

Erläuterungen

1 Allgemeiner Teil

Die 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket (IV-Revision 6a) umfasst folgende Teilbereiche:

- Eingliederungsorientierte Rentenrevision;
- Neuregelung Finanzierungsmechanismus;
- Preissenkungen im Hilfsmittelbereich;
- Assistenzbeitrag.

In die Umsetzung der eingliederungsorientierten Rentenrevision sind verschiedene Akteure eingebunden (versicherte Person, IV-Stellen, Vorsorgeeinrichtungen, Ärztinnen und Ärzte, Arbeitgeber, andere Sozialversicherungen). Zudem sind – neben den eher umsetzungstechnischen Fragen – die Gesamtphilosophie und der Umsetzungsprozess für eine erfolgreiche (Wieder-)eingliederung von versicherten Personen wichtig. Diese Aspekte werden in die einleitenden Erläuterungen (Ziff. 1.1) aufgenommen.

Demgegenüber beschränken sich die Erläuterungen in Bezug auf die Preissenkungen im Hilfsmittelbereich und den Assistenzbeitrag auf die einzelnen Verordnungsanpassungen. Die für die Umsetzung wichtigen Aussagen sind darin enthalten. Für die Umsetzung der Neuregelung des Finanzierungsmechanismus schliesslich genügen die in Artikel 78 IVG vorgesehenen Anpassungen. Weitergehende Regelungen und Erläuterungen auf Verordnungsebene sind nicht vorgesehen.

1.1 Eingliederungsorientierte Rentenrevision

1.1.1 Gesamtprozess: Vermeidung von Neurenten - Eingliederung - Wiedereingliederung

Mit der Revision 6a soll die Wiedereingliederung aktiv gefördert und der Rentenbestand innerhalb von 6 Jahren um 12'500 gewichtete Renten reduziert werden. Gleichzeitig zu diesem konkreten Umsetzungsziel kommt der Vermeidung von Neurenten in der Invalidenversicherung nach wie vor oberste Priorität zu. Kann eine Berentung nicht vermieden werden, soll künftig bereits im Zeitpunkt der Berentung ein auf den konkreten Fall bezogener Revisionszeitpunkt festgelegt und die Rentenbezügerinnen und –bezüger während der Rentenphase aktiv begleitet und auf eine Wiedereingliederung vorbereitet werden. Die IV stellt verschiedene Angebote und Massnahmen zur Verfügung, mit denen eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt unterstützt wird. Die versicherten Personen werden ihrerseits mit der Verpflichtung zur Mitwirkung in den Wiedereingliederungsprozess eingebunden. Insgesamt ist es wichtig, dass die Ziele der Vermeidung von Renten und der Eingliederung als Gesamtprozess verstanden werden. Insbesondere wichtig ist, dass

- eine Beratung und Begleitung der versicherten Personen und der Arbeitgeber vor, während und nach einer Berentung sowie während des gesamten Wiedereingliederungsprozesses stattfindet;
- ein Einbezug der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes vor und während einer Berentung sowie während des gesamten Wiedereingliederungsprozesses erfolgt.

In Bezug auf die Umsetzung der Revision 6a heisst das, dass der Fokus neben der Wiedereingliederung nach wie vor auf eine Vermeidung von Neurenten zu legen ist.

1.1.2 Wiedereingliederung: Rentenrevision nach Artikel 17 ATSG

Die Rentenbezügerinnen und –bezüger mit Eingliederungspotenzial sollen durch persönliche Beratung, Begleitung und weitere spezifische Massnahmen gezielt auf eine Wiedereingliederung vorbereitet werden. Kommen für eine Rentenbezügerin oder einen Rentenbezüger von vornherein keine zumutbaren Massnahmen in Frage, um die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen oder zu verbessern, bleibt die Rente ohne weitere Abklärungen unverändert bestehen. Dies ist beispielsweise bei Versicherten der Fall, deren Gesundheitsschädigung so schwer ist, dass sie nicht mehr ins Erwerbsleben eingegliedert werden können.

Für die Rentenrevisionen gelten für die IV-Stellen folgende übergeordnete Vorgaben:

Verbesserung der Erwerbsfähigkeit

Es besteht das Ziel, die Erwerbsfähigkeit zu verbessern und damit bei Personen mit Eingliederungspotenzial aktiv einen Revisionsgrund herbeizuführen. Möglich ist dies einerseits durch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes durch medizinische Behandlungen und andererseits durch eine Verbesserung der erwerblichen Verhältnisse durch Massnahmen zur Wiedereingliederung.

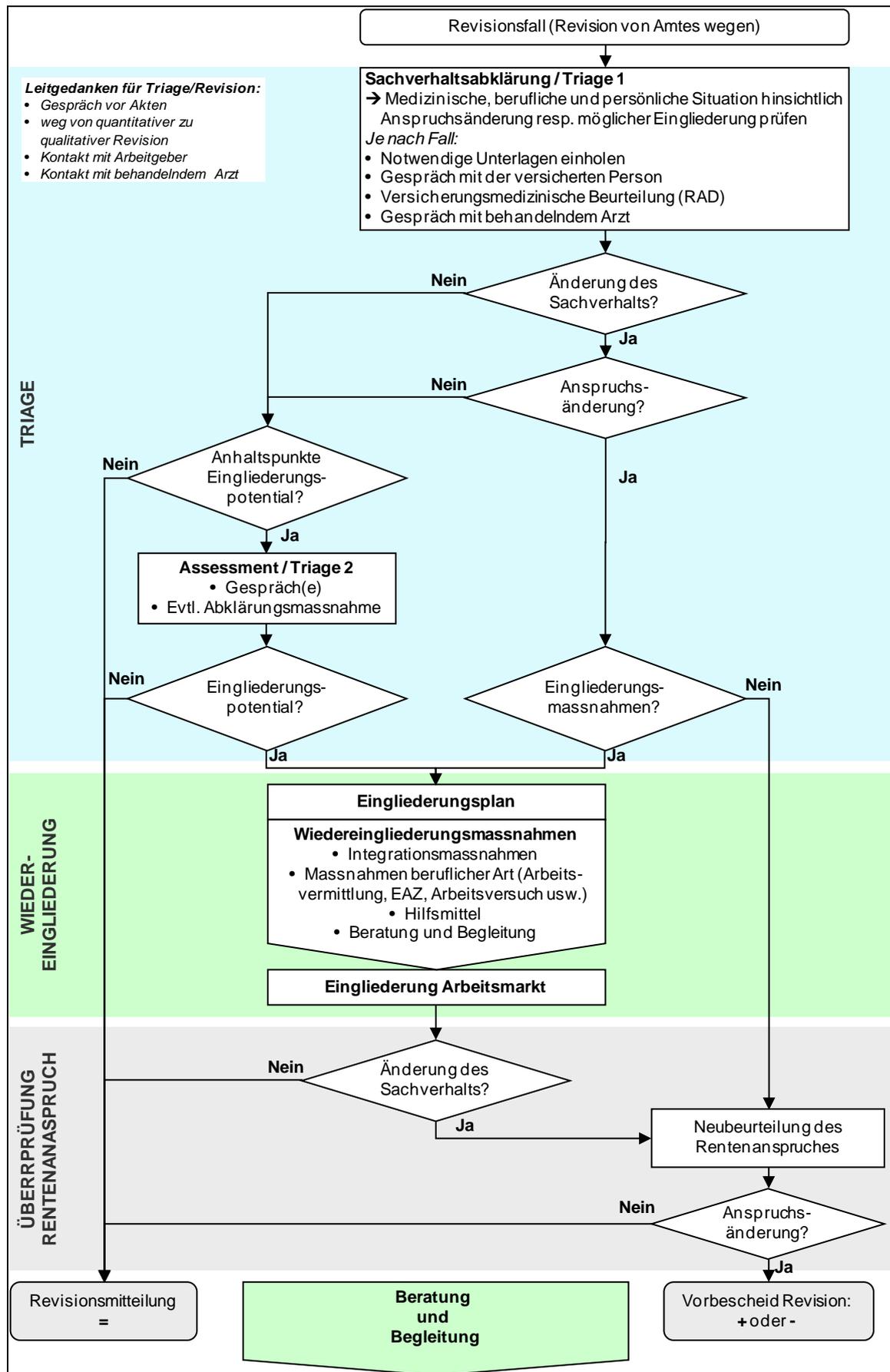
Gespräch vor Akten

In einem ersten Schritt sind die Informationen und die Vorgeschichte aufgrund der vorhandenen Akten wichtig und notwendig. Im Übrigen gilt jedoch der Grundsatz „Gespräch vor Akten“. Insbesondere langwierige versicherungsmedizinische Abklärungen sollen im Zusammenhang mit der Wiedereingliederung möglichst vermieden werden. Dies ist insbesondere dann möglich, wenn künftige Neubezügerinnen bzw. Neubezüger von Renten von Beginn weg in Richtung Wiedereingliederung begleitet werden und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in den gesamten Prozess eingebunden sind (bereits vor, spätestens aber ab dem Zeitpunkt einer Berentung).

Weg von der quantitativen hin zur qualitativen Rentenrevision

Für Rentenrevisionen gilt künftig: „Qualität vor Quantität“. Es wird bewusst in Kauf genommen, dass der bisherige Rhythmus (Rentenrevision alle 3 – 5 Jahre) zugunsten einer höheren Qualität wie z.B. – anstelle eines reinen Aktenstudiums - durch individuelle, auf die Situation abgestimmte Beratung und Begleitung von Rentenbezügerinnen und –bezügern sowie Arbeitgebern oder durch Gespräche mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, verlangsamt wird. Kommt eine IV-Stelle zum Schluss, dass ein Eingliederungspotenzial besteht, wird zusammen mit der versicherten Person und anderen Beteiligten (behandelnde Ärztinnen bzw. Ärzte, Arbeitgeber, anderen Versicherungen) der Wiedereingliederungsprozess angegangen. Es werden Assessments durchgeführt und je nach Ergebnis entweder ein Eingliederungsplan erarbeitet oder der Entscheid gefällt, dass die Rente weiter ausgerichtet wird. Im gesamten Prozess spielt die Interdisziplinarität und die Zusammenarbeit der IV-Stellen eine bedeutende Rolle. Ebenso zentral ist der Kontakt zu den Arbeitgebern.

Musterprozess Wiedereingliederung



1.1.3 Erfolg einer Wiedereingliederung

Die parlamentarische Diskussion und namentlich jene zu den Quoten hat gezeigt, dass das Ziel der eingliederungsorientierten Rentenrevision eine rentenreduzierende Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt ohne ganze Rente sein soll. Auch in Bezug auf die Nachhaltigkeit einer Eingliederung ist eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt anzustreben. In diesem Sinne spielen die Arbeitgeber und der erste Arbeitsmarkt im gesamten Wiedereingliederungsprozess eine wesentliche Rolle. Wichtig ist dabei die Zusammenarbeit aller betroffenen Stellen: Gedacht wird dabei an eine Zusammenarbeit der IV-Stellen mit den Arbeitgebern und den verschiedenen Sozialversicherungen im Sinne einer interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ).

In diesem Zusammenhang ist allerdings festzuhalten, dass nach dem in der Schweiz bestehenden Versicherungssystem eine Eingliederung für die Invalidenversicherung dann abgeschlossen ist, wenn die Rente herabgesetzt oder aufgehoben wird, weil sich der Invaliditätsgrad erheblich geändert hat – unabhängig davon, ob die betroffene Person nach Herabsetzung oder Aufhebung über eine Arbeitsstelle im ersten Arbeitsmarkt verfügt. Ist eine Person nach Herabsetzung oder Aufhebung der Rente arbeitslos, ist in einem nächsten Schritt die Arbeitslosenversicherung zuständig – und in einem letzten Schritt ist eine Verlagerung zur Sozialhilfe nicht auszuschliessen. An diesem System wird auch mit der Revision 6a nichts geändert, was bedeutet, dass die IV-Stellen nicht die Verantwortung dafür übernehmen können, ob eine Person nach einer Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente tatsächlich einen Arbeitsplatz hat. Dies bedeutet aber nicht, dass die IV-Stellen – in Zusammenarbeit mit den versicherten Personen und den Arbeitgebern – nicht alles unternehmen, was in ihrem Zuständigkeitsbereich möglich ist, dass die betroffenen Personen tatsächlich einen Arbeitsplatz finden.

1.1.4 Arbeitgeber

Die Arbeitgeber spielen beim Eingliederungsprozess eine wesentliche Rolle. Das betrifft die Bereitschaft zur Anstellung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen in verschiedenen Lebenssituationen, Lehrabgängern, Personen nach Umschulung, Personen, die durch die Arbeitsvermittlung der IV unterstützt werden und auch IV Rentenbezügerinnen und -bezüger, die wieder zurück in den Arbeitsprozess möchten. Damit die Arbeitgeber diese Rolle auch wahrnehmen können, wurden die Rahmenbedingungen verstärkt eingliederungsförderlich gestaltet.

Die Massnahmen der IV wurden ausgeweitet und bilden entlang dem Eingliederungsprozess eine möglichst lückenlose Unterstützung und Begleitung, je nach individuellem Unterstützungsbedarf. Dabei wird explizit die Unterstützung der Arbeitgeber mitgedacht. Als Einsatzbetrieb für Integrationsmassnahmen erhalten die Unternehmen durch die IV einen finanziellen Beitrag für die Betreuung. Es sind Massnahmen zur Risikoverminderung bei der Anstellung vorgesehen (Arbeitsversuch oder Verleih über XtraJobs). Im weiteren werden mit der Entschädigung für Beitragserhöhungen oder der Schutzfrist nach einer erfolgten Wiedereingliederung bisherige Kostenrisiken abgedeckt und die finanzielle Abfederung von Minderleistungen in der Einarbeitung wird administrativ vereinfacht (Einarbeitungszuschuss). Damit bietet die IV den Arbeitgebern verschiedene Zugänge zu neuen potentiellen Mitarbeitenden, ohne dass Rekrutierungskosten entstehen. Die Arbeitgeber werden zudem auch in Bezug auf die 2. Säule entlastet, indem sie während einer Schutzperiode (grundsätzlich 3 Jahre) nach der Herabsetzung oder Aufhebung der Rente diese neuen Arbeitnehmer nicht in ihrer Pensionskasse versichern müssen.

Mit diesen Massnahmen wird die Anstellung von Menschen, die eine Behinderung (teilweise) überwunden haben, aktiv gefördert und die Bereitschaft der Unternehmen zur Öffnung gegenüber Kandidaten mit (allfälligen) Einschränkungen erhöht. Für den Zugang zu den Leistungen der IV muss der Arbeitgeber keine speziellen Anforderungen erfüllen. Die Arbeitgeber müssen einzig bereit sein, Personen während der Rente im Rahmen von Eingliederungsmassnahmen einen Platz zu bieten (z.B. Arbeitsversuch) und Personen, deren Rente herabgesetzt oder aufgehoben wurde, Arbeitsplätze zur Verfügung zu stellen.

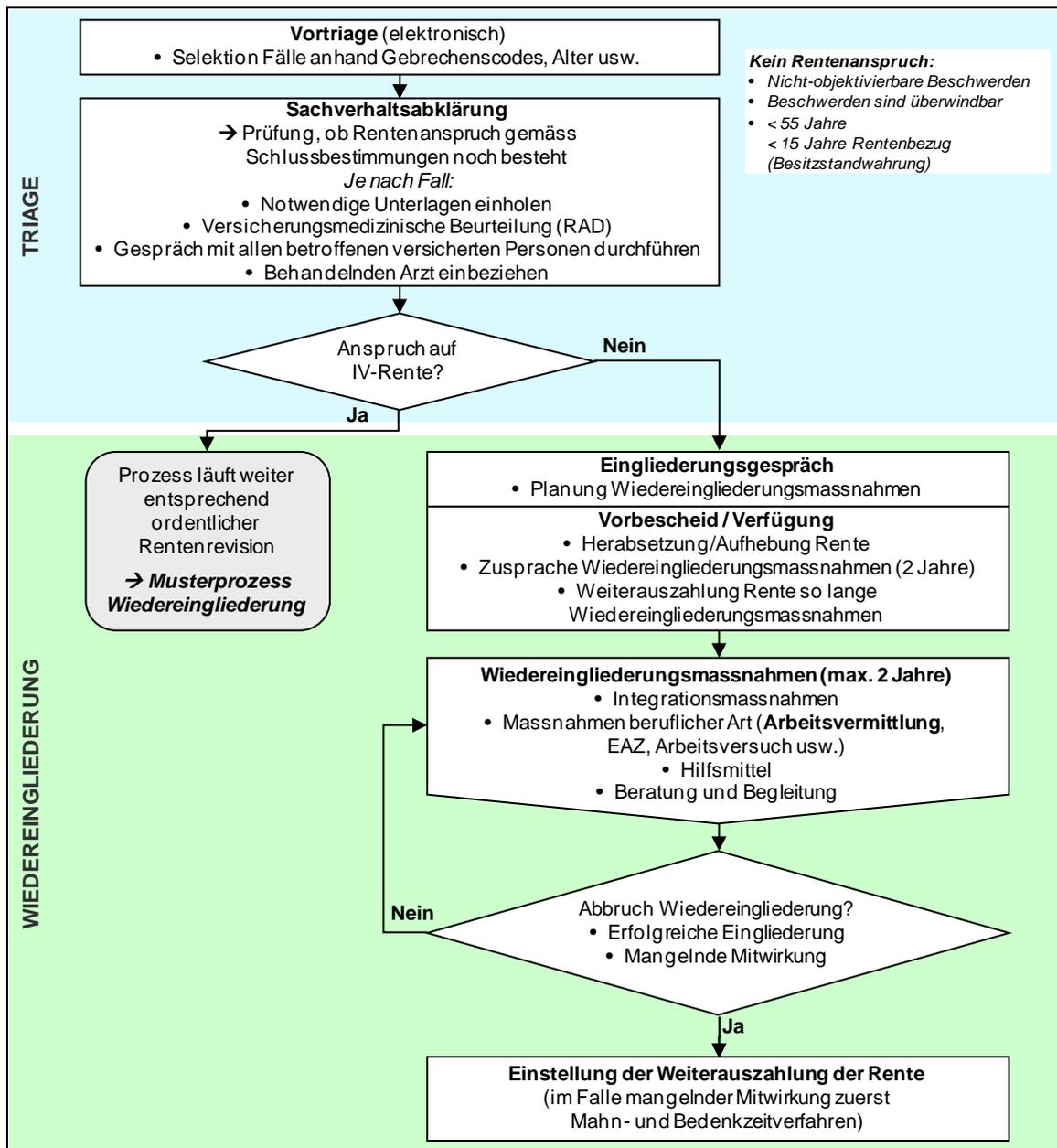
1.1.5 Rentenrevision nach den Schlussbestimmungen

Von der „Rentenrevision nach Artikel 17 ATSG“ ist die „Rentenrevision nach den Schlussbestimmungen“ der Revision 6a zu unterscheiden. Eine Rentenrevision nach den Schlussbestimmungen erfolgt in Abweichung zu Art. 17 ATSG. Während die IV-Stellen bei einer Rentenrevision nach Art. 17 ATSG (vgl. Ziff. 1.1.2.) zu prüfen haben, ob die durchgeführten Massnahmen zur Wiedereingliederung eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands oder der erwerblichen Verhältnisse bewirkt haben, bildet eine wesentliche Änderung des Invaliditätsgrads keine Voraussetzung für eine Rentenrevision. Bei den Schlussbestimmungen ist vielmehr zu prüfen, ob eine Arbeit trotz vorhandener Beschwerden aus objektiver Sicht zumutbar ist. Zur Prüfung sind die Foerster-Kriterien beizuziehen. Gemäss aktueller Bundesgerichtspraxis sind folgende Beschwerdebilder von den Schlussbestimmungen betroffen: Somatoforme Schmerzstörungen, Fibromyalgie, Chronic Fatigue Syndrome, Hypersomnie, Neurasthenie, dissoziative Bewegungsstörung, dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung, Distorsion der HWS (Schleudertrauma).

Gestützt auf die Prüfung wird der Entscheid über eine Herabsetzung oder Aufhebung der Rente gefällt. Vor Herabsetzung oder Aufhebung der Rente findet kein Wiedereingliederungsprozess statt. Mit bzw. nach einer allfälligen Herabsetzung oder Aufhebung der Rente, soll der Wiedereinstieg ins Arbeitsleben für betroffene Personen aber erleichtert werden, indem sie einen Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen erhalten. Bis zum Abschluss der Massnahmen wird die Rente weiter ausgerichtet, längstens aber während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung. Ein Anspruch auf eine Übergangsleistung besteht in diesen Fällen nicht. Der Mustereingliederungsprozess unter Ziff. 1.1.2 ist demnach für die Rentenrevision nach den Schlussbestimmungen nicht anwendbar.

Eine Überprüfung laufender Renten mit den obgenannten Beschwerdebildern hat innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Revision 6a zu erfolgen.

Musterprozess Schlussbestimmungen



2 Erläuterungen zu den einzelnen Bestimmungen

Artikel 4^{octies} Beitrag an den Arbeitgeber

Absatz 1: Wenn immer möglich, soll eine (Wieder-)Eingliederung in den 1. Arbeitsmarkt erfolgen. Dementsprechend sollen auch Integrationsmassnahmen vorzugsweise im 1. Arbeitsmarkt durchgeführt werden. Da dies beim Arbeitgeber Ressourcen bindet und das soziale Engagement, das solche Betriebe zeigen, erwünscht ist und weiter gefördert werden soll, wird der Beitrag, den die IV dem Arbeitgeber ausrichten kann (Art. 14a Abs. 5 IVG i.V.m. Art. 4^{octies} Abs. 1 IVV), von höchstens 60 auf höchstens 100 Franken erhöht.

Artikel 4^{novies} (neu) Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezügern

Massnahmen zur Wiedereingliederung bestehen nach Art. 8a IVG aus Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung nach Artikel 14a Absatz 2, Massnahmen beruflicher Art

nach den Artikeln 15 – 18c, der Abgabe von Hilfsmitteln nach den Artikeln 21-21^{quater} und der Beratung und Begleitung der Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger und ihrer Arbeitgeber.

Die Integrationsmassnahmen werden für den speziellen Fall der Wiedereingliederung flexibilisiert. Dies erfolgte auf Gesetzesstufe durch folgende Regelungen:

- Die Anspruchsvoraussetzungen sind in Artikel 8a offener formuliert als diejenigen in Artikel 14a Absatz 1 IVG. So gilt eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 Prozent nach Artikel 8a Absatz 1 nicht als Anspruchsvoraussetzung.
- Die Integrationsmassnahmen können im Gegensatz zu Artikel 14a Absatz 3 IVG insgesamt länger als ein Jahr dauern.

In der Verordnung sind für die beabsichtigte Flexibilisierung folgende zwei Anpassungen notwendig:

- Integrationsmassnahmen sollen gesprochen werden können, ohne dass die in Artikel 4^{quater} vorgesehenen Anspruchsbedingungen erfüllt sein müssen. Die Bestimmungen von Artikel 4^{quater} IVV sind deshalb bei der Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezügern nicht anwendbar.
- Da die Integrationsmassnahmen im Falle einer Wiedereingliederung mehrmals zugesprochen und insgesamt länger als ein Jahr dauern können (Art. 8a Abs. 3 IVG), kommen von Artikel 4^{sexies} lediglich die Absätze 3 und 4 zur Anwendung, nicht aber die Absätze 1, 2, 5 und 6.

Art. 5^{bis} Berufliche Weiterbildung

Absatz 4, zweiter Satz: Einerseits ist Artikel 73 mit der Einführung der NFA weggefallen. Andererseits wurde eine spezielle Verordnung, wie sie im zweiten Satz der bestehenden Verordnung erwähnt wird, bisher nicht geschaffen und soll voraussichtlich auch nicht geschaffen werden. Der zweite Satz von Absatz 4 kann deshalb ersatzlos gestrichen werden.

Art. 6 Umschulung

Absatz 1^{bis} (neu): Ist die Ausübung einer bisherigen Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich, soll mit der Umschulung eine (Wieder-)eingliederung so weit sichergestellt werden, als diese im Einzelfall notwendig, aber auch genügend ist. Ziel einer Umschulung ist somit in jedem Fall die Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit (Art. 17 IVG).

Mit Artikel 6 Absatz 1^{bis} wird auf Verordnungsebene explizit festgehalten, dass im Rahmen der Umschulung auch ein Anspruch auf Ausbildungsmassnahmen, die zu einer höherwertigen als die vorhandene Ausbildung (Aufqualifizierung) führen, besteht, sofern sie zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit notwendig sind. Auch in diesem Fall ist das Verhältnismässigkeitsprinzip zu beachten, d.h.:

- Ein Anspruch auf eine höherwertige Ausbildung besteht nur dann, wenn dies die einzige Möglichkeit ist, das Ziel einer (Wieder-)eingliederung zu erreichen. Gibt es andere – adäquatere – Möglichkeiten, sind diese zu wählen.
- Der voraussichtliche Erfolg einer (Wieder-)eingliederungsmassnahme muss in einem vernünftigen Verhältnis zu ihren Kosten stehen. Unangemessen teure Ausbildungen sind vom Anspruch der Umschulung ausgeschlossen.

Wählt die versicherte Person – ohne invaliditätsbedingte Notwendigkeit – eine Ausbildung, die den Rahmen der Gleichwertigkeit sprengt, wird die IV die Kosten für die Umschulung nicht übernehmen können. Allerdings besteht in einem solchen Fall die Möglichkeit, dass die IV Beiträge im Ausmass des Leistungsanspruchs auf eine gleichwertige Umschulungsmassnahme gewähren kann (sog. Austauschbefugnis). Ebenso ist ein Anspruch auf eine kostengünstigere Ausbildung nach wie vor ebenfalls möglich. Insgesamt ist zu beachten, dass sich die Frage der Gleichwertigkeit immer auf die Erwerbsmöglichkeiten und nicht die Ausbildung bezieht.

Art. 6^{bis} – 6^{quater}

Mit der gesetzlichen Regelung des Arbeitsversuchs und den Anpassungen und Optimierungen im Zusammenhang mit dem Einarbeitungszuschuss wurde im IVG – entsprechend dem Ablauf in der

Praxis – die Gesetzessystematik angepasst. Diese Systematik wird in der Verordnung wie folgt übernommen:

- Artikel 6^{bis} (Arbeitsversuch): neu
- Artikel 6^{ter} (Einarbeitungszuschuss): bleibt Artikel 6^{ter}
- Artikel 6^{quater} (Entschädigung für Beitragserhöhungen): entspricht dem bisherigen Artikel 6^{bis}

Art. 6^{bis} (neu) Arbeitsversuch

Mit der neu eingeführten Eingliederungsmassnahme des Arbeitsversuches wird eine versicherte Person mit entsprechendem Eingliederungspotenzial in einem Einsatzbetrieb platziert, ohne dass dadurch ein fest verpflichtendes Arbeitsverhältnis entsteht. Mit dem Arbeitsversuch soll die praktische Leistungsfähigkeit der versicherten Person in einem geeigneten Tätigkeitsgebiet im 1. Arbeitsmarkt erprobt werden. Die Massnahme richtet sich sowohl an versicherte Personen mit einer Rente bzw. einer Teilrente, als auch an solche ohne Rente. Längerfristig stellt der Arbeitsversuch einen Baustein in einem gesamten Prozess zur Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt dar. Im Vorfeld eines Arbeitsversuches kann eine versicherte Person z.B. mit Integrationsmassnahmen an den Arbeitsalltag herangeführt werden. Findet sich in der Folge ein Einsatzbetrieb, besteht die Möglichkeit, die durch die Integrationsmassnahmen erlangten Fähigkeiten in einem Arbeitsversuch 1:1 zu erproben. Nach erfolgreichem Abschluss eines Arbeitsversuchs kann dem Einsatzbetrieb schliesslich ein Einarbeitungszuschuss gewährt werden, sofern es zu einem Anstellungsverhältnis kommt.

Der konkrete Arbeitsversuch wird in einer Vereinbarung geregelt. Darin werden die Rahmenbedingungen sowie Ziel, Zweck und Dauer des Arbeitsversuchs festgelegt. Die Vereinbarung wird von allen beteiligten Parteien (Einsatzbetrieb, versicherte Person, Eingliederungsperson der IV-Stelle) unterzeichnet. Bestandteil der Vereinbarung ist u.a. die laufende Begleitung und Evaluation des Arbeitsversuches durch die zuständige Fachperson der IV-Stelle. Die Dauer eines Arbeitsversuches bemisst sich im Einzelfall nach den jeweiligen Erfordernissen und beträgt je nach Situation zwischen 30 und maximal 180 Tagen.

Im Grundsatz liegt ein erfolgreich durchgeführter Arbeitsversuch dann vor, wenn nach spätestens 180 Tagen fest steht, in welchem Umfang eine Erwerbstätigkeit im 1. Arbeitsmarkt realisierbar ist. Im einzelnen Fall ist das in der von allen Parteien unterschriebenen Vereinbarung festgelegte Ziel massgebend. So ist es im konkreten Einzelfall durchaus möglich, dass sich der Arbeitsversuch nicht als die geeignete Massnahme erweist, sei es aus medizinischen oder anderen beachtlichen Gründen (z.B. wenn der Einsatzbetrieb sich nicht an die vereinbarten Vorgaben hält) und demzufolge früher abgebrochen werden muss, als dies im Eingliederungsplan festgehalten wurde. Im vorliegenden Artikel werden deshalb die Voraussetzungen festgelegt, unter welchen die IV-Stelle einen vorzeitigen Abbruch eines Arbeitsversuchs verfügen kann (Vorbescheid, Verfügung, Beschwerde). Als „beachtliche Gründe“ nach Buchstabe d gelten ausschliesslich von der versicherten Person selbst geltend gemachte Gründe.

Art. 6^{ter} Einarbeitungszuschuss

Der Einarbeitungszuschuss (EAZ) wurde auf Gesetzesstufe von der Kann-Formulierung in einen echten Anspruch überführt. Der Arbeitgeber bezahlt der versicherten Person während der Einarbeitungszeit den vereinbarten Lohn (mit den üblichen Abzügen) und erhält einen frei festzulegenden, allenfalls gestuft ausgestalteten monatlichen Betrag in Form des EAZ. Gestützt auf diese Vorgaben aus dem Gesetz wird die Verordnung entsprechend angepasst.

Absätze 1 und 2: Der Arbeitgeber entrichtet im Rahmen des ordentlichen Arbeitsverhältnisses wie bei anderen Angestellten die auf ihn entfallenden Beiträge an AHV, IV, den Erwerbssersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft sowie an die Arbeitslosenversicherung und die obligatorische Berufs- und Nichtberufsunfallversicherung sowie die berufliche Vorsorge. Die auf den Arbeitnehmer anfallenden Abzüge und Prämien werden diesem verrechnet.

Absatz 3 entspricht dem bisherigen Absatz 4. In diesem Absatz wird die „Anlernzeit“ – entsprechend der vorgenommenen Anpassungen auf Gesetzesstufe - auch auf Verordnungsebene gestrichen.

Absatz 4 entspricht dem bisherigen Absatz 5.

Absatz 5: Der Einarbeitungszuschuss wurde im Rahmen der 5. IV-Revision auf den 1. Januar 2008 eingeführt. Die Ausrichtung des Einarbeitungszuschusses erfolgte dabei über die AHV-Ausgleichskassen. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass das System des Einarbeitungszuschusses viele Besonderheiten aufweist und eine dezentrale Auszahlung mit hohem administrativem Aufwand verbunden ist. Neu soll deshalb der Einarbeitungszuschuss direkt durch die Zentrale Ausgleichsstelle (ZAS) ausgerichtet werden. Diese Form der Ausrichtung entspricht der heutigen Ausgestaltung bei der Entschädigung für Beitragserhöhungen.

Die bisherigen Absätze 3 und 6 werden ersatzlos gestrichen. Die Streichung des bisherigen Absatzes 3 ergibt sich daraus, dass neu auf Gesetzesstufe geregelt ist, dass der EAZ direkt an den Arbeitgeber ausgerichtet wird. Die Streichung von Absatz 6 ist die Folge der Entscheidung, den EAZ aus dem Korsett der Taggeldbestimmungen heraus zu lösen. Die Bestimmung, wonach der EAZ grundsätzlich am Ende der Einarbeitungszeit ausbezahlt wird, bleibt bestehen, ist neu jedoch auf Weisungsstufe geregelt.

Art. 6^{quater} (neu) Entschädigung für Beitragserhöhungen

Absätze 1 – 4: Die Entschädigung für Beitragserhöhungen (EBE) wurde auf Stufe Gesetz von der Kann-Formulierung in einen echten Anspruch überführt. Zudem wurde der Zeitraum, während dem ein Anspruch auf eine EBE entstehen kann, im Sinne einer Harmonisierung mit der 3-jährigen Schutzfrist (Übergangsleistung nach Art. 32 IVG) und der Möglichkeit der Beratung und Begleitung während 3 Jahren nach erfolgter Eingliederung von ursprünglich 2 auf neu 3 Jahre ausgedehnt. Die Verordnung wird entsprechend angepasst. Bezüglich der bisherigen 2-jährigen Frist, nach Ablauf welcher die Entschädigung zur Auszahlung gelangt, hat sich in der Praxis gezeigt, dass eine Frist von über einem Jahr mit erheblichem administrativem Mehraufwand bei den IV-Stellen verbunden ist. Eine jährliche Abrechnung und Auszahlung der Entschädigung soll ausserdem verhindern, dass ein Einsatzbetrieb unnötig lange auf die Entschädigung warten muss, obschon ein Anspruch vorliegt.

Schliesslich wird der Verweis auf das IVG angepasst (bisher: Art. 18 Abs. 3 IV– neu: Art. 18c IVG).

Art. 14^{bis} (neu) Beschaffung und Vergütung von Hilfsmitteln

Absatz 1: In Anwendung von Artikel 21^{quater} IVG stehen dem Bundesrat für die Beschaffung und Vergütung von Hilfsmitteln vier Instrumente zur Verfügung: Festsetzung von Pauschalbeträgen, Abschluss von Tarifverträgen, Festsetzung von Höchstbeträgen und das Vergabeverfahren. Obwohl im Gesetz nicht erwähnt, besteht darüber hinaus die Möglichkeit, ein Hilfsmittel in einfacher und zweckmässiger Ausführung vollständig zu vergüten.

Dem Eidgenössischen Departement des Innern (Departement) ist die Kompetenz zu übertragen, zwischen den verschiedenen Instrumenten gemäss Artikel 21^{quater} Absatz 1 Buchstaben a–c IVG (Pauschalbeträge, Tarifverträge und Höchstbeträge) zu wählen. Konkret wird also das Departement im Rahmen des Anhangs der HVI entscheiden, welches Instrument sich im Einzelfall am besten für ein bestimmtes Hilfsmittel eignet.

Absatz 2: Beim Vergabeverfahren muss der Bundesrat kraft des Artikels 21^{quater} Absatz 2 IVG zuerst prüfen, ob eines der ersten drei Instrumente (Festsetzung von Pauschalbeträgen, Abschluss von Tarifverträgen, Festsetzung von Höchstbeträgen) angewendet werden kann. Kommt er dabei zum Schluss, dass mit dem Vergabeverfahren das gewünschte Ergebnis am besten erreicht wird, wird er zum Zeitpunkt des Entscheids in der IVV die dazu notwendige Anpassung vornehmen. Da bis jetzt noch keine Hilfsmittelkategorie und keine damit zusammenhängenden Dienstleistungen dem Vergabeverfahren unterstellt worden sind, existiert noch keine entsprechende Verordnungsbestimmung.

Wird für eine Hilfsmittelkategorie das Vergabeverfahren vorgesehen, erhält das Departement die Kompetenz, die Modalitäten der Abgabe und der Vergütung in den Departementsverordnungen (HVI, HVA) zu regeln.

Art. 14^{ter} (neu) Einschränkung der Austauschbefugnis

Artikel 14^{ter} konkretisiert Artikel 21^{bis} Absatz 3 IVG, wonach die Austauschbefugnis für ein Hilfsmittel eingeschränkt werden kann, wenn dieses über ein Vergabeverfahren beschafft wird. Von der

Austauschbefugnis ausgeschlossen werden alle Arten von Leistungen, welche im Rahmen der Ausschreibung hätten angeboten werden können, aber nicht angeboten wurden oder angeboten wurden, aber nicht in einem Zuschlag enthalten sind. Ziel der Limitierung der Austauschbefugnis ist es, die vertraglich eingegangenen Abnahmeverpflichtungen der Versicherung zu schützen und jenen Anbietern keine Vorteile zu verschaffen, welche nicht an der Ausschreibung teilgenommen haben oder wirtschaftlich unattraktive Angebote unterbreitet haben.

Da es Sache des Departements ist, das vom Bundesrat beschlossene Vergabeverfahren durchzuführen und die Modalitäten der Abgabe und der Vergütung des Hilfsmittels oder einer damit zusammenhängenden Dienstleistung in der HVI bzw. HVA zu regeln, ist ihm auch die Kompetenz für die Limitierung der Austauschbefugnis zu übertragen, wenn das Vergabeverfahren zur Anwendung kommt.

Art. 14^{quater} (neu) Auszahlung

Artikel 14^{quater} definiert die Ausrichtung der Pauschalbeträge nach Artikel 21^{quater} Absatz 1 Buchstabe a IVG.

Ein Pauschalbetrag ist die im Voraus festgelegte Kostenbeteiligung der IV bei der Abgabe eines Hilfsmittels oder für eine damit zusammenhängende Dienstleistung (z. B. Nachbetreuung, Anpassungen und Reparaturen). Das Departement legt den Pauschalbetrag in der Liste der Hilfsmittel im Anhang der Verordnung vom 29. November 1976 über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung¹ fest, und zwar ungeachtet der Kosten, die der versicherten Person tatsächlich entstehen. Der Pauschalbetrag kann also sowohl über als auch unter den von der versicherten Person zu tragenden Kosten liegen. Die versicherte Person hat folglich ein Interesse daran, den Wettbewerb spielen zu lassen. Der Pauschalbetrag wird der versicherten Person direkt ausbezahlt.

Art. 20^{quater} Unterbrüche von Eingliederungsmassnahmen

Absatz 2: In Artikel 20^{quater} IVV werden die Taggeldansprüche im Krankheitsfall oder bei Unfall geregelt. Infolge Wegfalls von Artikel 11 IVG und Artikel 23 IVV (Eingliederungsrisiko) wird Artikel 20^{quater} IVV geändert, um eine klare, einheitliche und den Bedürfnissen der Versicherten und der IV-Stellen angepasste Taggeldregelung zu schaffen. In Anlehnung an die Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers gemäss Obligationenrecht (OR) wird in Absatz 2 eine neue Regelung geschaffen, gemäss welcher sich die Dauer der Taggeldzahlung nach der Dauer der durchgeführten Eingliederungsmassnahmen richtet. Je länger die Eingliederungsmassnahmen angedauert haben, desto länger wird das Taggeld bei Krankheit oder Unfall fortbezahlt. Dabei ist auf die gesamte Dauer der Eingliederungsmassnahme abzustellen. Hierbei sind auch diejenigen Jahre anzurechnen, in welchen eine Eingliederungsmassnahme ohne gleichzeitigen Taggeldanspruch lief. So hat z.B. eine 18-jährige jugendliche Person, die bereits im zweiten Jahr der Eingliederungsmassnahmen steht, einen Anspruch auf Weiterzahlung von 60 Taggeldern. Absolviert eine Person mehrere Eingliederungsmassnahmen hintereinander, so wird die gesamte Zeit aller Eingliederungsmassnahmen angerechnet, sofern die einzelnen Massnahmen direkt aufeinander folgen. Hingegen bildet das Wartezeittaggeld keine Eingliederungsmassnahme, so dass diese Zeit entsprechend nicht anzurechnen ist.

Absatz 3: Mit dem Inkrafttreten der 5. IV-Revision entstand der Anspruch auf ein IV-Taggeld nur noch dann, wenn die versicherte Person vor Eintritt der Invalidität erwerbstätig gewesen ist. Sofern eine versicherte Person mit Taggeldanspruch eine Eingliederungsmassnahme in Folge Niederkunft unterbrechen musste, wurde das Taggeld während 56 Tagen (Dauer des Arbeitsverbotes) weiter ausgerichtet. Seit dem Inkrafttreten der Bestimmungen über die Mutterschaftsentschädigung gemäss dem Bundesgesetz über den Erwerbsersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft (SR 834.1) haben alle im Zeitpunkt der Niederkunft als erwerbstätig geltende Mütter Anspruch auf einen bezahlten 14-wöchigen Mutterschaftsurlaub. Bezügerinnen eines IV-Taggeldes werden dabei den erwerbstätigen Müttern gleichgestellt. Nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen geht die Mutterschaftsentschädigung allen anderen Taggeldleistungen vor (UV, KV, ALV, IV und MV). Eine schwangere IV-Taggeldbezügerin hat somit nach der Niederkunft Anspruch auf eine Mutterschaftsentschädigung nach dem EOG. Die bisherige Bestimmung über den Weiterbezug eines IV-Taggeldes nach der Niederkunft kann daher aufgehoben werden.

¹ SR 831.232.51

Absatz 5: Dieser Absatz ist als Konsequenz der Aufhebung von Artikel 23 (Eingliederungsrisiko) ebenfalls aufzuheben.

Art. 21 Bemessungsgrundlagen

Absatz 3: Zur Ermittlung des für die Berechnung des Taggeldes massgebenden Einkommens ist auf die Erwerbstätigkeit abzustellen, welche die versicherte Person zuletzt ohne gesundheitliche Einschränkung ausgeübt hat (Art. 23 IVG). Die bisherige Verordnungsbestimmung ging immer noch von dem bis zur 5. IV-Revision gültig gewesenen Grundsatz aus, wonach auf das Einkommen aus der zuletzt voll ausgeübten Tätigkeit abzustellen ist.

Art. 21^{bis} Versicherte mit regelmässigem Einkommen

Absatz 5: Zur Ermittlung des für die Berechnung des Taggeldes massgebenden Einkommens ist auf die Erwerbstätigkeit abzustellen, welche die versicherte Person zuletzt ohne gesundheitliche Einschränkung ausgeübt hat (Art. 23 IVG). Die bisherige Verordnungsbestimmung ging immer noch von dem bis zur 5. IV-Revision gültig gewesenen Grundsatz aus, wonach auf das Einkommen aus der zuletzt voll ausgeübten Tätigkeit abzustellen ist.

Art. 21^{novies} (neu) Besitzstandgarantie

Nach Artikel 24 Absatz 4 IVG entspricht das Taggeld mindestens dem bisher bezogenen Taggeld der Unfallversicherung, sofern bis zur Eingliederung Anspruch auf ein Taggeld nach UVG bestand. Diese Regelung kommt in Fällen von Artikel 22 Absatz 5^{ter} IVG sinngemäss zur Anwendung.

Art. 23 Eingliederungsrisiko

Mit der Streichung von Artikel 11 IVG entfällt die Übernahme des Eingliederungsrisikos bzw. die Pflicht der IV, Behandlungskosten und Taggelder im Falle von Krankheit oder Unfall im Zusammenhang mit Eingliederungsmassnahmen zu übernehmen. Diese werden grundsätzlich von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen, sofern nicht eine Deckung nach UVG besteht. Damit ist ein umfassender Versicherungsschutz für Heilungskosten gewährleistet, sowie eine einfache und klare Regelung für alle Versicherten und eine Vereinfachung für die Durchführungsstellen. Bezüglich dem Taggeld wird die bisherige Regelung nicht einfach aufgehoben, sondern in das System der Unterbrüche von Eingliederungsmassnahmen (vgl. Art. 20^{quater} IVV) überführt. Artikel 23 IVV kann dementsprechend integral aufgehoben werden. Vorbehalten bleibt Artikel 64 Absatz 4 ATSG, nach dem der leistungspflichtige Sozialversicherungsträger für ausserhalb seines Leistungsbereichs liegende Gesundheitsschäden aufkommt, „*die während einer stationären Heilbehandlung auftreten und nicht getrennt behandelt werden können.*“

Art. 24 Wahlrecht und Verträge

Absatz 2 : Neu wird den IV-Stellen die Kompetenz erteilt, im Bereich der Integrationsmassnahmen (Art. 14a IVG) und der Massnahmen beruflicher Art (Art. 15, 16, 17 und 18 IVG) mit den Leistungserbringern Verträge abzuschliessen (vgl. Erläuterungen zu Art. 41 Abs. 1 Bst. I).

Absatz 3 : Die Höchstbeträge für die Kostenübernahme für Hilfsmittel sind neu in Artikel 21^{quater} Absatz 1 Buchstabe c IVG festgehalten. Der Verweis ist hier folglich entsprechend zu ergänzen.

Dritter Abschnitt: Die Renten, die Hilflosenentschädigung und der Assistenzbeitrag

Der Titel dieses Abschnitts wird aufgrund der Einführung des Assistenzbeitrags entsprechend angepasst.

III Übergangsleistung

Art. 29^{quater} Wiederaufleben der Rente nach einer beruflichen Integration

Dieser Artikel entfällt durch die im Rahmen der Revision 6a vorgesehene Regelung in den Artikeln 32 – 34 IVG. Die Ausführungsbestimmungen werden in den Artikeln 30 und 31 IVV geregelt.

Art. 30 (neu) Ausrichtung der Übergangsleistung

Ein Anspruch auf eine Übergangsleistung entsteht, wenn die Voraussetzungen nach Artikel 32 Absatz 1 Buchstaben a – c IVG erfüllt sind, d.h. wenn eine versicherte Person

- im Laufe der drei auf die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente folgenden Jahre zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig wird;
- die Arbeitsunfähigkeit mindestens 30 Tage gedauert hat und weiter andauert; und
- sie vor Herabsetzung oder Aufhebung der Rente an Massnahmen zur Wiedereingliederung teilgenommen hat oder die Rente wegen der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit oder der Erhöhung des Beschäftigungsrades herabgesetzt oder aufgehoben wurde.

Absatz 1: Damit die zuständige IV-Stelle beurteilen kann, ob die Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine Übergangsleistung erfüllt sind, muss ein entsprechendes ärztliches Attest vorliegen. Die IV-Stelle stützt sich bei ihrem Entscheid u.a. auf dieses ärztliche Attest ab und nimmt im Grundsatz keine weiteren medizinischen Abklärungen vor. Dadurch soll gewährleistet werden, dass die Übergangsleistung rasch und ohne Verzögerung ausgelöst wird. Indem das ärztliche Attest eine medizinische Prognose enthält, wird für die IV-Stelle zudem ersichtlich, ob die Arbeitsunfähigkeit weiter andauert.

Ergibt die Prüfung der IV-Stelle, dass die Voraussetzungen für einen Anspruch auf eine Übergangsleistung erfüllt sind, wird die Übergangsleistung ausgerichtet und zwar rückwirkend auf den Anfang des Monats, in welchem die Voraussetzungen erfüllt waren (vgl. Art. 32 Abs. 2 IVG).

Absatz 2: In Artikel 32 Absatz 3 IVG ist geregelt, dass der Anspruch auf eine Übergangsleistung spätestens am Ende des Monats erlischt, in dem die IV-Stelle über den Invaliditätsgrad entschieden hat. Sind die Voraussetzungen für eine Übergangsleistung nicht mehr gegeben, bevor die IV-Stelle über den Invaliditätsgrad entschieden hat (z.B. Wegfall der Arbeitsunfähigkeit), soll die Ausrichtung der Übergangsleistung – in Anlehnung an Artikel 32 Absatz 3 IVG – am Ende des Monats eingestellt werden, in dem die IV-Stelle die Aufhebung der Übergangsleistung verfügt.

Art. 31 (neu) Bestimmung der Übergangsleistung

Bei der Ausrichtung einer Übergangsleistung ist zwischen zwei Fällen zu unterscheiden. Im ersten Fall ist der Rentenanspruch der versicherten Person, welche die Wiedereingliederung erfolgreich abgeschlossen hat, auch nach Aufnahme einer Erwerbstätigkeit weiterhin gegeben (z. B. eine halbe Invalidenrente). Sollte sich ihre Erwerbsfähigkeit in den drei auf die Herabsetzung der IV-Rente folgenden Jahren aus gesundheitlichen Gründen dauerhaft während länger als 30 Tagen um mindestens 50 Prozent reduzieren, entspricht die Übergangsleistung der Differenz zwischen der laufenden Rente und der Rente, welche die versicherte Person ohne Herabsetzung erhalten hätte. Im zweiten Fall ist die versicherte Person zum Zeitpunkt, in dem sich ihre Erwerbsfähigkeit im gleichen Verhältnis wie im ersten Fall reduziert, nicht mehr IV-Rentenbezügerin. Auf der Basis der früheren IV-Rente entsteht ein Anspruch auf eine Übergangsleistung. Die Höhe der Übergangsleistung entspricht dem Betrag der aufgehobenen IV-Rente. In beiden Fällen wird die Höhe der früheren IV-Rente aufrechterhalten.

Absatz 1: Die Übergangsleistung wird in folgenden Punkten einer IV-Rente gleichgestellt: die Berechnung der Rente, die Höhe, die Ausrichtung, die Aufhebung, die Kinderrenten, die Überversicherung und die Koordination mit anderen Leistungen. Die Übergangsleistung kann nicht zusätzlich zu einer Hinterlassenenrente ausgerichtet werden. Die Vorschriften in Artikel 43 IVG bei Zusammenfallen mehrerer Leistungen gelten ebenfalls für die Übergangsleistung.

Da die Übergangsleistung der IV-Rente gleichgestellt wird, ist bezüglich Verrechnungen von Nachzahlungen an bevorschussende Dritte Artikel 85^{bis} IVV sinngemäss auch für die Übergangsleistung anwendbar. Eine zusätzliche gesetzliche Bestimmung dazu ist nicht notwendig.

Absatz 2: Bei Herabsetzung der Invalidenrente im Sinne von Artikel 33 Absatz 1 Buchstabe a IVG entspricht die Übergangsleistung der laufenden IV-Rente, erhöht auf den Betrag, den die versicherte Person erhalten würde, wenn ihre IV-Rente nicht herabgesetzt worden wäre. Ausgerichtet wird

lediglich eine Leistung. Entspricht die Übergangsleistung lediglich der Differenz zwischen der laufenden IV-Rente und der Rente, welche die versicherte Person erhalten würde, wenn ihre IV-Rente nicht herabgesetzt worden wäre, so werden die laufende IV-Rente und die Übergangsleistung in Form einer einzigen Leistung ausgerichtet.

Art. 36 Besondere Leistungen für Minderjährige

Absatz 1: Minderjährige, die im Heim übernachten, erhalten keinen Kostgeldbeitrag mehr, da diese Leistung mit der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) den Kantonen übertragen wurde. Artikel 42^{ter} Absatz 2 IVG wurde entsprechend angepasst. Als Folge davon, ist in der Verordnung Absatz 1 von Artikel 36 aufzuheben.

E. Der Assistenzbeitrag

Der Assistenzbeitrag und die Hilflosenentschädigung sind eng miteinander verbunden, so dass es sinnvoll ist, den Assistenzbeitrag an dieser Stelle der Verordnung einzufügen, das heisst nach den Ausführungsbestimmungen zur Hilflosenentschädigung. Laut Gesetz haben nämlich nur jene Versicherte Anspruch auf einen Assistenzbeitrag, denen eine Hilflosenentschädigung der IV ausgerichtet wird (Art. 42^{quater} Abs. 1 Bst. a IVG).

Art. 39a (neu) Minderjährige Versicherte

Kraft des Artikels 42^{quater} Absatz 3 IVG legt der Bundesrat die Voraussetzungen fest, unter denen Minderjährige Anspruch auf einen Assistenzbeitrag haben. Minderjährige müssen somit nicht nur die Voraussetzungen nach Artikel 42^{quater} Absatz 1 Buchstaben a und b IVG erfüllen, sondern auch die Bedingungen nach Artikel 39a IVV.

Da zwischen der Assistenzperson und der minderjährigen versicherten Person ein Arbeitsvertrag abgeschlossen werden muss, braucht letztere einen gesetzlichen Vertreter, da ansonsten Rechtshandlungen nicht gelten (Art. 19 Abs. 1 ZGB). Der gesetzliche Vertreter bestimmt demnach die Modalitäten der zu erbringenden Leistungen und schliesst den Arbeitsvertrag im Namen der minderjährigen versicherten Person ab, wobei die üblichen Regeln des Zivilgesetzbuches zur Anwendung kommen. Allerdings darf der gesetzliche Vertreter nicht gegen den Willen der minderjährigen Person handeln und muss wenn möglich deren Einverständnis einholen (vgl. Art. 304, bzw. 409 ZGB).

Mit dem Assistenzbeitrag soll in erster Linie die selbstbestimmte Lebensführung der versicherten Person unterstützt und ihre Eigenverantwortung gefördert werden. Versicherte Personen, selbst Minderjährige, müssen folglich ein gewisses Mass an Selbstständigkeit aufweisen, um selbst ihren Bedarf zu formulieren, bei der Wahl der Assistenzperson mitzuentcheiden und sich zu den örtlichen und zeitlichen organisatorischen Abläufen der erbrachten Leistungen zu äussern. Voraussetzung für die Leistung sind der Besuch einer Regelschule, die Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder eine Berufsausbildung oder eine Ausbildung auf Sekundarstufe II (Bst. a–b).

Buchstabe a: Der Besuch der obligatorischen Schule in einer Regelklasse oder eine Ausbildung auf Sekundarstufe II (einschliesslich Berufsausbildung) sind Kriterien, anhand derer sich feststellen lässt, ob die versicherte Person ein gewisses Mass an Selbstständigkeit aufweist und aktiv den Hilfebedarf und die Organisation der Hilfe mitbestimmen kann. Angesichts der derzeit vorherrschenden Praxis in den Kantonen, möglichst viele Kinder in eine Regelklasse zu integrieren, kann der Besuch einer Regelklasse nicht mehr als absolutes Indiz für Selbstständigkeit gewertet werden. Dennoch erlaubt es dieses Kriterium, die Integration der minderjährigen Versicherten angemessen zu beurteilen. Der Assistenzbeitrag ist zudem ein wichtiges Element, damit die Kinder weiterhin zu Hause leben und eine Regelschule besuchen können. Der Assistenzbeitrag darf jedoch nicht die den Kantonen und Gemeinden zufallenden Aufgaben ersetzen. Das Unterrichtswesen fällt nämlich in die Zuständigkeit der Kantone und Gemeinden, die allenfalls auch zusätzliche Ressourcen für den Unterricht (Zeichensprache, Computer) und die Begleitung bei Sport- und/oder kulturellen Anlässen (Transport, Umkleiden usw.) bereitzustellen haben. Deshalb ist der Hilfebedarf in der Schule nicht über den Assistenzbeitrag gedeckt. Auch eine Ausbildung in einer Institution schliesst den Anspruch auf einen Assistenzbeitrag aus.

Buchstabe b: Die versicherte Person muss eine Erwerbstätigkeit im Umfang von wöchentlich mindestens 10 Stunden ausüben. Dies entspricht etwas mehr als einem Tag; damit sollen gelegentliche Arbeitseinsätze ausgeschlossen werden. Eine gewisse Regelmässigkeit und der Abschluss eines Arbeitsvertrags bilden hier die Voraussetzung. Eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte schliesst den Anspruch auf einen Assistenzbeitrag aus.

Buchstabe c: Minderjährige Versicherte haben bei hohem Pflege- und Überwachungsbedarf zusätzlich zur Hilfenentschädigung Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag. Um die Eltern von Kindern mit einem Intensivpflegezuschlag zu entlasten und damit besser zu ermöglichen, dass ihre Kinder zuhause wohnen können, soll in diesen Fällen ebenfalls ein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag bestehen. In jedem Fall erfüllt sein müssen die Voraussetzungen nach Artikel 42^{quater}, Absatz 1 Buchstaben a und b IVG. Die in Artikel 39a Buchstaben a und b IVV vorgesehenen Voraussetzungen gelten für sie jedoch nicht. Sie haben somit unabhängig davon, ob sie eine Regelschule besuchen, eine Ausbildung auf Sekundarstufe II absolvieren oder eine Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt ausüben, Anspruch auf den Assistenzbeitrag.

Der beim Intensivpflegezuschlag anerkannte Hilfebedarf muss allerdings mindestens 6 Stunden pro Tag betragen.

Die Voraussetzungen der Buchstaben a – c gelten alternativ, d.h. wenn eine der Voraussetzungen gegeben ist, besteht ein Anspruch auf Assistenzbeitrag.

Art. 39b (neu) Versicherte mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit

Gemäss Artikel 39b haben volljährige Versicherte mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit Anspruch auf einen Assistenzbeitrag, wenn sie:

- einen eigenen Haushalt führen (Bst. a);
- regelmässig eine Berufsausbildung auf dem regulären Arbeitsmarkt bzw. eine Ausbildung auf Sekundarstufe II oder Tertiärstufe absolvieren (Bst. b);
- während mindestens 10 Stunden pro Woche eine Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt ausüben (Bst. c);
- bis zum Erreichen des 18. Altersjahres einen Assistenzbeitrag nach Artikel 39a Buchstabe c bezogen haben und immer noch einen beziehen (Bst. d).

Wird eine der Voraussetzungen gemäss Buchstaben a, b oder c erfüllt, kann davon ausgegangen werden, dass die Person trotz eingeschränkter Handlungsfähigkeit ein gewisses Mindestmass an Selbstständigkeit aufweist.

Buchstabe a: Was das Wohnen im eigenen Haushalt anbelangt, so muss die versicherte Person in einem ihrem Alter und ihrem beruflichen und gesellschaftlichen Umfeld entsprechenden Haushalt leben. Zum Beispiel lebt eine ledige 40-jährige Person normalerweise in einem eigenen Haushalt. Folglich erhält eine versicherte Person gleichen Alters nur einen Assistenzbeitrag, wenn sie auch in einem eigenen Haushalt lebt.

Ebenfalls als eigenen Haushalt gelten Wohngemeinschaften, in denen zwei oder mehrere Personen sich eine Wohnung teilen, in der jeder sein eigenes Zimmer hat, die Gemeinschaftsräume aber gemeinsam genutzt werden.

Buchstaben b und c: Die Voraussetzungen betreffend Ausbildung oder Erwerbstätigkeit sind die gleichen wie in Artikel 39a für minderjährige Versicherte. Allerdings kommt bei Volljährigen aufgrund ihres Alters noch die Ausbildung auf Tertiärstufe als Voraussetzung hinzu.

Buchstabe d: Dieser Passus gewährt den Besitzstand der Versicherten bei Erreichen der Volljährigkeit. Hat eine versicherte Person vor Erreichen der Volljährigkeit im Rahmen des Intensivpflegezuschlages für einen anerkannten Hilfebedarf von mindestens 6 Stunden pro Tag einen Assistenzbeitrag gemäss Artikel 39a Buchstabe c bezogen, bleibt ihr Anspruch auch nach Erreichen der Volljährigkeit bestehen. Dadurch ist die Betreuung nachhaltig und auch nach der Volljährigkeit gewährleistet. Allerdings muss die versicherte Person den Assistenzbeitrag ohne Unterbruch im Rahmen des Intensivpflegezuschlages bezogen haben. Hat sie den Assistenzbeitrag aus einem anderen Grund bezogen oder hat sie zu einem bestimmten Zeitpunkt darauf verzichtet, so muss sie für den Anspruch eine der Voraussetzungen gemäss Buchstabe a, b und c erfüllen.

Volljährige Versicherte mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit müssen, wie Minderjährige, und gestützt auf die Regeln des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, aktiv an der Definition ihres Hilfebedarfs sowie an der Organisation und Kontrolle der für sie erbrachten Hilfeleistungen mitwirken und das obwohl sie im Hinblick auf den Arbeitsvertragsabschluss mit der Assistenzperson einen gesetzlichen Vertreter haben.

Die Voraussetzungen der Buchstaben a – d gelten alternativ, d.h. wenn eine der Voraussetzungen gegeben ist, besteht ein Anspruch auf Assistenzbeitrag.

Art. 39c (neu) Bereiche

Der anerkannte Hilfebedarf kann sowohl über direkte als auch indirekte Hilfe abgedeckt werden, insbesondere bei Versicherten, die eine Hilflosenentschädigung für die lebenspraktische Begleitung erhalten.

Der Bundesrat legt gemäss Artikel 42^{sexies} Absatz 4 Buchstabe a IVG die Bereiche fest, für die ein Assistenzbeitrag ausgerichtet wird. Folgende Bereiche werden abgedeckt:

Buchstabe a: alltägliche Lebensverrichtungen: Gemäss Artikel 9 ATSG gilt eine Person als hilflos, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf.

Zu den alltäglichen Lebensverrichtungen gehören wie bei der Hilflosenentschädigung die folgenden Bereiche:

1. Ankleiden, Auskleiden (inkl. allfälliges Anziehen oder Ablegen der Prothese), Kleidung bereitlegen, kontrollieren, dass die versicherte Person sich der Witterung entsprechend kleidet
2. Aufstehen, Absitzen, Abliegen (inkl. ins Bett gehen oder das Bett verlassen)
3. Essen (Nahrung ans Bett bringen, Nahrung zerkleinern, Nahrung zum Mund führen, Nahrung pürieren und Sondenernährung)
4. Körperpflege (Waschen, Kämmen, Rasieren, Baden/Duschen)
5. Verrichten der Notdurft (Ordnen der Kleider, Körperreinigung/Überprüfen der Reinlichkeit, unübliche Art der Verrichtung der Notdurft)
6. Fortbewegung (in der Wohnung, im Freien), Pflege gesellschaftlicher Kontakte (z. B. Lesen, Schreiben, Besuch von Konzerten, von politischen oder religiösen Anlässen usw.).

Buchstabe b: Haushaltsführung: Unter die Haushaltsführung fallen Haushaltarbeiten, administrative Aufgaben, Mahlzeiten zubereiten, Wohnungspflege, Einkauf und weitere Besorgungen sowie Wäsche- und Kleiderpflege. Ein Hilfebedarf kann für Minderjährige hier nicht anerkannt werden, wenn sie noch bei den Eltern zuhause wohnen. Je nach Haushaltszusammensetzung sind Zuschläge bei Haushalten mit eigenen minderjährigen Kinder oder Reduktionen bei Haushalten mit mehreren Erwachsenen vorgesehen.

Buchstabe c: gesellschaftliche Teilhabe und Freizeitgestaltung: Der Assistenzbeitrag soll es der versicherten Person in einem gewissen Ausmass auch erlauben, mit der Unterstützung einer Assistenzperson ihren Hobbys nachzugehen, Pflanzen und Haustiere zu betreuen, zu lesen, Radio zu hören und Fernsehsendungen anzusehen, Sport zu treiben oder am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (Kultur, Besuch von Anlässen).

Buchstabe d: Erziehung und Kinderbetreuung: Die Erziehung und Betreuung der eigenen Kinder begründen einen zusätzlichen Hilfebedarf, welcher ebenfalls anerkannt wird.

Buchstabe e: Ausübung einer gemeinnützigen oder ehrenamtlichen Tätigkeit: Im Pilotversuch waren die Bereiche Bildung, Arbeit, gemeinnützige Tätigkeiten und Kinderbetreuung in einer Kategorie zusammengefasst. Gemeinnützige Tätigkeiten, worunter gemeinnützige Arbeiten und ehrenamtliche Tätigkeiten fallen, sind neu in einem eigenen Bereich zusammengefasst.

Gemeinnützige und ehrenamtliche Tätigkeiten sind unentgeltlich zu leisten, Auslagen dürfen jedoch entschädigt werden. Die Hilfe muss sich darauf beschränken, dass die versicherte Person die Tätigkeit ausüben kann, sie darf aber nicht eingesetzt werden, um die Leistung anstelle der versicherten Person zu erbringen.

Buchstabe f: berufliche Aus- und Weiterbildung: Es handelt sich um eine Aus- oder Weiterbildung im Zusammenhang mit der aktuellen oder künftigen beruflichen Tätigkeit. Ausgeschlossen sind Ausbildungen in Eingliederungsstätten und Weiterbildungen der Behindertenorganisationen, weil diese anderweitig finanziert werden.

Die Aus- und Weiterbildung an sich sowie die Fahrkosten zwischen dem Wohnort der versicherten Person und dem Ausbildungsort werden nicht als Hilfebedarf angerechnet, Hilfeleistungen, welche für den Besuch der Veranstaltung behinderungsbedingt notwendig sind, hingegen schon.

Buchstabe g: Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt: Es handelt sich um eine bezahlte berufliche Tätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt. Beschäftigungsmassnahmen in einer spezialisierten Institution fallen somit nicht unter Buchstabe g.

Die Hilfe in diesem Bereich kann insbesondere folgende Aufgaben umfassen: Handreichungen, Anleitung und Erlernen neuer Aufgabenfelder sowie Fortbewegung und Kommunikation.

Buchstabe h: Überwachung während des Tages: Die Überwachung versteht sich als Hilfeleistung, die aufgrund des Gesundheitszustandes der versicherten Person erforderlich ist. Laut Rechtsprechung liegt eine solche Überwachungsbedürftigkeit vor, wenn eine Person zum Beispiel tagsüber wegen geistiger Absenzen aufgrund von Selbst- und Fremdgefährdung nicht allein gelassen werden kann. Gleiches gilt beispielsweise auch, wenn eine versicherte Person auf eine Atmungsunterstützung angewiesen ist.

Die Überwachung umfasst nur Überwachungsleistungen, die nicht bereits durch andere Bereiche abgedeckt sind.

Buchstabe i: Nachtdienst: Der Nachtdienst kann aufgrund des Gesundheitszustandes erforderlich sein, wenn die Person umgelagert werden muss, zum Beispiel bei künstlicher Beatmung. Der Nachtdienst ist auf höchstens acht Stunden beschränkt: zwischen 22 Uhr abends und 6 Uhr morgens, unabhängig davon, wie lange die versicherte Person effektiv geschlafen hat.

Art. 39d (neu) Mindestanstellungsdauer

Artikel 39d bestimmt die Mindestanstellungsdauer für Assistenzpersonen: Damit die erbrachten Hilfeleistungen im Rahmen des Assistenzbeitrages anerkannt werden können, muss die versicherte Person mit einer oder mehreren Assistenzpersonen einen Arbeitsvertrag von mindestens 3 Monaten abschliessen.

Art. 39e (neu) Bestimmung des anerkannten Hilfebedarfs

Dieser Gesetzesartikel definiert die Höchstansätze in Stunden, oberhalb derer keine Hilfeleistungen mehr ausgerichtet werden.

Was die Mindestvoraussetzungen für den Anspruch auf den Assistenzbeitrag anbelangt, so muss der anerkannte Hilfebedarf höher sein, als jener, der bereits von der Hilflosenentschädigung, den anderen Leistungen der Invalidenversicherung (Dienstleistungen Dritter) sowie von der Grundpflege gemäss KVG abgedeckt ist (vgl. Art. 42^{sexies} Abs. 1 und 3 IVG).

Absatz 1: Es ist Sache der IV-Stelle, anhand von Abklärungen und standardisierter Instrumente den anerkannten monatlichen Hilfebedarf in Stunden zu bestimmen.

Absatz 2: Absatz 2 bestimmt die maximale für die Berechnung des Assistenzbeitrages anrechenbare Stundenzahl und zwar bezogen auf den anerkannten Hilfebedarf in den einzelnen Bereichen gemäss Artikel 39c.

Die verschiedenen Bereiche werden in folgende drei Kategorien zusammengefasst:

- alltägliche Lebensverrichtungen, Haushaltsführung und Freizeitgestaltung (Bst. a);
- Erziehung und Kinderbetreuung, Ausübung einer gemeinnützigen oder ehrenamtlichen Tätigkeit, Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt oder berufliche Aus- und Weiterbildung (Bst. b);
- Überwachung (Bst. c).

Für alle drei Kategorien gelten Höchstansätze in Stunden. Für den Nachtdienst gibt es keine Begrenzung. Die Höchstansätze kommen nur zur Anwendung, wenn in der jeweiligen Kategorie ein anerkannter Hilfebedarf besteht.

Buchstabe a: Die gemäss Buchstabe a berechneten Höchstansätze gelten für alle anerkannten Hilfeleistungen zur Deckung des Hilfebedarfs nach Artikel 39c Buchstaben a–c. Für die Berechnung dieser Obergrenze sind die für die Bemessung der Hilflosigkeit festgehaltene Anzahl alltäglicher Lebensverrichtungen und der Hilflosigkeitsgrad gemäss Artikel 42–42^{ter} IVG massgebend.

Die nachfolgende Tabelle illustriert die Berechnungsmethode in Artikel 39e Absatz 2 Buchstabe a.

Maximaler Hilfebedarf für alltägliche Lebensverrichtungen, Haushalt und Freizeit			
HE-Grad	Anzahl Lebensverrichtungen (Art. 37 IVV)	max. Anzahl Stunden pro Monat und pro Lebensverrichtung (Art. 39e Abs. 2 Bst. a)	max. Anzahl Stunden pro Monat
leicht	2	20	40
leicht	3	20	60
mittel	2	30	60
mittel	3	30	90
mittel	4	30	120
mittel	5	30	150
mittel	6	30	180
schwer	6	40	240

Buchstabe b: Bei der zweiten Kategorie gilt ein Hilfebedarf von durchschnittlich maximal 2 Stunden pro Tag, das sind 60 Stunden pro Monat. Diese Obergrenze muss entsprechend angepasst werden, wenn die Person nur Teilzeit arbeitet.

Buchstabe c: Bei der dritten Kategorie können maximal 4 Stunden pro Tag geltend gemacht werden. Folglich liegt der Höchstansatz bei 120 Stunden pro Monat.

Die Höchstansätze für die drei Kategorien können kumuliert werden, wenn die versicherte Person in mehreren Kategorien gleichzeitig Hilfe benötigt. Theoretisch hat eine versicherte Person mit einer Hilflosigkeit schweren Grades damit Anspruch auf Hilfeleistungen von maximal 420 Stunden pro Monat. In der Praxis ist dies aber nicht realistisch. So wird eine Person, die einer dauernden Überwachung bedarf, kaum in der Lage sein, einer Vollzeitbeschäftigung nachzugehen oder eine vollzeitliche Berufsbildung zu absolvieren. Ist der Hilfebedarf für alltägliche Lebensverrichtungen ausserdem besonders gross, können die dafür aufgewendeten Stunden nicht mehr bei der Überwachung angerechnet werden.

Absatz 3: Bei diesen in Absatz 3 genannten Personen entsteht der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung in der Regel nicht aufgrund einer massgebenden Einschränkung in den alltäglichen Lebensverrichtungen. Aus diesem Grund ist in diesen Sonderfällen von schwerer und leichter Hilflosigkeit die Anzahl der zu berücksichtigenden alltäglichen Lebensverrichtungen zu definieren.

Absatz 4: Gemäss Artikel 42^{sexies} Absatz 2 IVG werden Hilfeleistungen, die während eines Aufenthaltes in stationären oder teilstationären Institutionen benötigt werden bei der Berechnung nicht berücksichtigt. Um zu vermeiden, dass Personen, die sich teilweise in einer Institution aufhalten, von höheren Höchstansätzen profitieren, als Personen, die ausschliesslich zu Hause sind, werden die Höchstansätze gemäss Absatz 2 für jeden pro Woche in einer Institution verbrachten Tagesaufenthalt bzw. für jede Übernachtung um 10 Prozent gekürzt. Es geht dabei nicht um punktuelle, sondern um regelmässige, wöchentlich anstehende Aufenthalte.

Als Institution gelten, in Anlehnung an Artikel 3 des Bundesgesetzes über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (IFEG; SR 831.26):

- Werkstätten, die dauernd intern oder an dezentral ausgelagerten Arbeitsplätzen invalide Personen beschäftigen, die unter üblichen Bedingungen keine Erwerbstätigkeit ausüben können,
- Wohnheime und andere betreute kollektive Wohnformen für invalide Personen,
- Tagesstätten, in denen invalide Personen Gemeinschaft pflegen und an Freizeit- und Beschäftigungsprogrammen teilnehmen können,
- Einheiten einer Einrichtung, welche die oben erwähnten Leistungen erbringen.

Zusätzlich gelten auch Heime, Spitäler, psychiatrische Kliniken, Sonderschulen und berufliche Eingliederungsstätten als Institutionen.

Artikel 39f (neu) Höhe des Assistenzbeitrages

Absätze 1–3: Als Grundlage für die Höhe der Beiträge in Absätzen 1–3 dienen die im Rahmen des Pilotversuchs gemachten Erfahrungen. Im Assistenzbeitrag eingerechnet ist die Ferienentschädigung von 8,33 Prozent (vgl. dazu die Erläuterung zu Art. 39g Abs. 2).

Behinderungsbedingte Gründe lösen die erhöhte Stundenpauschale für Hilfeleistungen aus, für die die Assistenzperson über besondere Qualifikationen verfügen muss (Abs. 2). Eine solche Ausgangslage ist gegeben, wenn spezielle Anforderungen in Bezug auf die Kommunikation und den Umgang mit Personen mit einer Hör- oder Sehbehinderung oder einer psychischen Behinderung erforderlich sind. Ist für die betreffende Assistenzleistung speziell anspruchsvolles zu erwerbendes Wissen erforderlich (z. B. Lormen für Taubblinde, Beherrschen der Gebärdensprache), so gilt eine erhöhte Stundenpauschale. Diese beläuft sich auf 48.75 Franken pro Stunde (Fr. 45.– plus 8.33 %). Der Sondertarif gilt nicht in jedem Fall, sondern nur für Leistungen im Zusammenhang mit den in Artikel 39c Buchstaben e–g erwähnten Bereichen: Ausübung einer beruflichen, gemeinnützigen oder ehrenamtlichen Tätigkeit, Absolvieren einer beruflichen Ausbildung.

Der Nachtdienst wird mit höchstens 86.70 Franken pro Nacht entschädigt (Fr. 80.– plus 8,33 %). Der Assistenzbeitrag wird jedoch anhand der Anzahl Interventionen festgelegt, die aufgrund des Gesundheitszustandes der versicherten Person erforderlich sind:

- Für eine punktuelle Hilfeleistung während der Nacht beträgt der Ansatz 10.80 Franken pro Nacht.
- Ist eine Hilfeleistung nachtsüber während mindestens vier Nächten pro Woche, beziehungsweise mindestens 16 Nächten pro Monat erforderlich, beträgt der Assistenzbeitrag 32.50 Franken.
- 54.20 Franken erhält die versicherte Person, wenn sie jede Nacht präsent sein muss, jedoch nicht mehr als eine Intervention pro Nacht erforderlich ist oder mehrere Interventionen weniger als zwei Stunden dauern.
- Ist jede Nacht eine Intervention von mindestens zwei Stunden pro Nacht erforderlich, beläuft sich der Ansatz auf 86.70 Franken pro Nacht.

In den erwähnten Ansätzen sind die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge an die Sozialversicherungen und die Ferienentschädigungen inbegriffen.

Im Zusammenhang mit der Bedarfsabklärung entscheidet die abklärende IV-Stelle, ob aufgrund des Gesundheitszustandes der versicherten Person eine besondere Qualifikation für die jeweilige Assistenz nötig ist. Ist dies der Fall, so gilt für die entsprechende Anzahl Stunden der Tarif in Absatz 2.

Für den Nachtdienst bestimmt die IV-Stelle die Intensität der von der Assistenzperson zu erbringenden Hilfeleistung und legt den Tarif fest. Höchstens wird der Nachtdienst aber mit 86.70 Franken entschädigt. Die IV-Stelle kann jedoch einen geringeren Tarif festsetzen.

Absatz 4: Die Anpassung der in den Absätzen 1–3 festgehaltenen Beträge erfolgt zeitgleich und analog zur Anpassung der AHV-Rente (Art. 33^{ter} AHVG) und folglich auch der Hilflosenentschädigung. Die AHV-Rente wird in der Regel alle zwei Jahre an die Lohn- und Preisentwicklung angepasst. Durch die gewählte Formulierung muss die Verordnung nicht bei jeder Anpassung geändert werden.

Für die Berechnung des Assistenzbeitrags wird vom gesamten Hilfebedarf die Zeit abgezogen, welche der Hilflosenentschädigung entspricht (Art. 42^{sexies} Abs. 1 IVG). Der Stundenansatz des

Assistenzbeitrags und die Hilflosenentschädigung werden jeweils im gleichen Ausmass an die Preis- und Lohnentwicklung angepasst. Dadurch wird erreicht, dass die Anzahl Stunden Hilfebedarf, welche nicht durch die Hilflosenentschädigung gedeckt ist und für welche ein Assistenzbeitrag zugesprochen werden kann, auch bei Anpassungen an die Lohn- und Preisentwicklung konstant bleibt.

Artikel 39g (neu) Berechnung des Assistenzbeitrages

Absatz 1: Die IV-Stelle bestimmt den monatlichen Assistenzbeitrag anhand des mit Hilfe einer standardisierten Abklärungsinstrument (FAKT) erfassten täglichen Hilfebedarfs, multipliziert mit 365 und dividiert durch 12. Das ergibt den monatlichen Hilfebedarf der versicherten Person. Danach prüft die IV-Stelle, ob die unteren und oberen Begrenzungen eingehalten werden, nach Abzug der Hilfeleistungen, die bereits anderweitig gedeckt sind (insbesondere über die Hilflosenentschädigung und die Grundpflege gemäss KVG, vgl. Art. 42^{sexies} Abs. 1 und 3 IVG).

Der Assistenzbeitrag deckt somit den Hilfebedarf in Stunden, der nicht über andere Leistungen abgedeckt ist und die Höchstansätze gemäss Artikel 39e Absatz 2 nicht übersteigt.

Absatz 2: Die IV-Stelle bestimmt zudem noch den jährlichen Assistenzbeitrag. Bei Versicherten, die nicht im gleichen Haushalt mit einer in Artikel 42^{quinquies} Buchstabe b IVG erwähnten Person leben, beinhaltet der jährliche Assistenzbeitrag auch die von einer Ersatz-Assistenzperson erbrachten Leistungen; eine Vertretung kann beispielweise dann erforderlich sein, wenn die Assistenzperson ihren Ferienanspruch geltend macht. Damit während des ganzen Jahres Leistungen von Assistenzpersonen eingekauft werden können, wird der monatliche Hilfebedarf bei diesen Versicherten mit 12 multipliziert. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, eine Ersatz-Assistenzperson zu engagieren. Es geht hier einzig um die Berechnung des maximal ausgerichteten jährlichen Assistenzbeitrags, da ja nur jene Leistungen von der Invalidenversicherung übernommen werden, die auch tatsächlich erbracht werden. Verzichtet die versicherte Person auf eine Ersatz-Assistenzperson, wird auch keine Zahlung fällig.

Die Stundentarife in Artikel 39f Absätze 1–3 enthalten bereits den Ferienzuschlag von 8,33 Prozent, so dass für die Lohnfortzahlung während Ferien einer Assistenzperson nicht zusätzlich in Rechnung gestellt werden können.

Von Personen, die mit der versicherten Person verheiratet sind, in eingetragener Partnerschaft leben, eine faktische Lebensgemeinschaft führen oder in auf- oder absteigender Linie verwandt sind, darf gemäss Zivilgesetzbuch oder Partnerschaftsgesetz ein gewisses Mass an Hilfeleistungen erwartet werden. Die Hilfeleistungen können während des ganzen Jahres oder ausschliesslich während der Ferien der Assistenzperson geleistet werden. Deshalb wird für den maximalen jährlichen Assistenzbeitrag in diesem Fall der monatliche Assistenzbeitrag nur mit 11 multipliziert. Bezieht die Assistenzperson demnach ihre Ferien – die im Übrigen mit der versicherten Person geplant und organisiert sein müssen, ist es zumutbar, dass diese Personen, sofern sie volljährig sind und nicht selbst eine Hilflosenentschädigung beziehen, die benötigte Hilfe leisten können. Leisten sie während des ganzen Jahres einen Teil der von der versicherten Person benötigten Hilfe selber, kann mit dem dadurch eingesparten Anteil des Assistenzbeitrages (der ja nicht in Rechnung gestellt wird) während den Ferien der Assistenzperson eine Vertretung eingestellt werden.

Die Aufrechnung auf ein Jahr erlaubt eine gewisse Flexibilität. So ist es möglich, in einzelnen Monaten den monatlichen Assistenzbeitrag zu überschreiten, solange der für ein Jahr anerkannte maximale Assistenzbeitrag eingehalten wird. Dazu ist es notwendig, dass der monatliche Assistenzbeitrag in anderen Monaten unterschritten wird. Allerdings wird pro Monat höchstens das Anderthalbfache des monatlichen Assistenzbeitrages ausgerichtet (vgl. Art. 39i Abs. 2). Bei akuten Phasen, welche jeweils durch einen Psychiater zu bestätigen sind, ist bei Überschreitungen eine Sonderregelung vorgesehen (vgl. Art. 39i Abs. 3).

Artikel 39h (neu) Verhinderung an der Erbringung der Arbeitsleistung

Dieser Artikel regelt den Fall, in dem ein Assistenzbeitrag ausbezahlt werden muss, obwohl keine Arbeitsleistung erbracht worden ist (in Anwendung von Art. 42^{sexies} Abs. 4 Bst. c IVG).

Absatz 1: Absatz 1 regelt die Zahlung des Assistenzbeitrages, wenn die Assistenzperson an der Arbeitsleistung verhindert ist und zwar in den in Artikel 324a OR genannten Fällen und analog dazu. Bei Krankheit oder Unfall der Assistenzperson hat die versicherte Person als Arbeitgeberin für eine

beschränkte Zeit den darauf entfallenden Lohn zu entrichten, ohne dass eine Arbeitsleistung erbracht worden ist. Die genaue Dauer kann per Vertrag, Normalarbeitsvertrag oder Gesamtarbeitsvertrag festgesetzt werden.

Im Arbeitsrecht ist die Dauer der Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers bei Verhinderung des Mitarbeiters an der Arbeitsleistung nach diversen Skalen geregelt. Am häufigsten kommen die Berner, die Basler und die Zürcher Skala zur Anwendung. Die IV zieht für den Assistenzbeitrag die Berner Skala heran.

- 3 Wochen Lohnfortzahlung im 1. Dienstjahr
- 1 Monat Lohnfortzahlung im 2. Dienstjahr
- 2 Monate Lohnfortzahlung im 3. und 4. Dienstjahr
- 3 Monate Lohnfortzahlung vom 5. bis 9. Dienstjahr
- 4 Monate Lohnfortzahlung vom 10. bis 14. Dienstjahr
- 5 Monate Lohnfortzahlung vom 15. bis 19. Dienstjahr
- 6 Monate Lohnfortzahlung ab dem 20. und mehr Dienstjahren

Der Assistenzbeitrag wird nach dieser Skala ausbezahlt, höchstens aber während drei Monaten. Die versicherte Person sollte deshalb eine Erwerbsausfallversicherung für die Zeit nach Ablauf der drei Monate abschliessen, insbesondere wenn sie den Lohn bei Verhinderung der Assistenzperson an der Arbeitsleistung von sich aus länger ausrichten will oder aufgrund eines Normal- oder Gesamtarbeitsvertrages dazu verpflichtet ist.

Absatz 2: Wenn die versicherte Person beispielsweise notfallmässig in ein Spital eingeliefert werden muss, kann sie dort womöglich keine Hilfeleistung durch die Assistenzperson erhalten. Somit ist der Arbeitgeber gemäss Artikel 324 OR mit der Annahme der Arbeitsleistung in Verzug und ist zur Entrichtung des Lohnes verpflichtet. Der Assistenzbeitrag wird in diesen Fällen während der entsprechenden Dauer weiter ausbezahlt, jedoch höchstens während drei aufeinanderfolgenden Monaten. Der Arbeitsvertrag kann davon abweichende Bestimmungen enthalten. Analog zu den Regeln zur Einleitung eines Revisionsverfahrenes wird der Lohn während höchstens drei Monaten weiter ausbezahlt. Nach dieser Zeitspanne darf man davon ausgehen, dass sich die Situation der versicherten Person langfristig ändert, was eine Revision des Anspruchs auslösen könnte.

Der Assistenzbeitrag wird bis zur Höhe des jährlichen Assistenzbeitrags ausbezahlt. Ist der Annahmeverzug der versicherten Person jedoch planbar (z. B. im Voraus geplante Operation), muss sie die Arbeit der Assistenzperson so organisieren, dass kein Lohn fällig wird oder die Assistenzperson in dieser Zeit Ferien bezieht.

Artikel 39i (neu) Rechnungsstellung

Artikel 39i regelt das Abrechnungsverfahren für den Assistenzbeitrag.

Absätze 1 und 2: Nur für tatsächlich erbrachte Hilfeleistungen wird ein Assistenzbeitrag entrichtet (vgl. Art. 42^{quinquies} IVG). Vorbehalten bleibt Artikel 39h. Anhand der von der versicherten Person eingereichten Abrechnung kann die IV-Stelle die nötigen Kontrollen vornehmen und die ZAS mit der Auszahlung des Assistenzbeitrags beauftragen. Die versicherte Person reicht die Abrechnung bei der IV-Stelle ein. Die Abrechnung enthält die Anzahl der durch Assistenzpersonen geleisteten Stunden sowie gegebenenfalls Informationen zur Auszahlung des Lohnes in Anwendung von Artikel 39h.

Absatz 3: Der Assistenzbeitrag wird aufgrund des regelmässigen Hilfebedarfes bestimmt. Diese Regelung soll es ermöglichen, auch kurzfristig etwas höheren Hilfebedarf zu decken, solange der jährliche Assistenzbeitrag nicht überschritten wird.

Absatz 4: Dieser Absatz bezieht sich auf Akutphasen. Eine Akutphase liegt vor, wenn die versicherte Person während einer Zeitdauer von höchstens 3 Monaten einen deutlich erhöhten Hilfebedarf wahrnimmt. Der erhöhte Hilfebedarf muss in direktem Zusammenhang mit dem Gesundheitsschaden stehen, der die Hilflosigkeit begründet.

Erfahrungswerte zeigen, dass nur bei bestimmten Krankheitsbildern grosse Schwankungen auftreten (z. B. multiple Sklerose, verschiedene psychische Störungen usw.). Die Auswirkungen auf den

Hilfebedarf können gravierend sein bei Personen mit leichter Hilfslosigkeit. Deshalb ist gemäss Absatz 4 ein Zuschlag für eine Akutphase nur bei leichter Hilfslosigkeit zulässig.

Während diesen Akutphasen und sofern sie ärztlich attestiert wurden, darf der monatliche Assistenzbeitrag überschritten werden, solange die in Artikel 39e Absatz 2 festgehaltenen Höchstansätze eingehalten werden und

- der anerkannte Hilfebedarf wegen der akuten Phase ansteigt, oder
- wenn es wegen der Akutphase zu einem Hilfebedarf in einer Kategorie kommt (Art. 39e Abs. 2), für die ursprünglich kein Assistenzbeitrag zugesprochen worden ist. In der Praxis handelt es sich hier hauptsächlich um Überwachungsleistungen.

Dauert die Akutphase weniger als einen Monat an (beispielsweise 15 Tage), wird die zulässige Überschreitung proportional angerechnet. Eine Überschreitung ist lediglich während längstens drei aufeinander folgenden Monaten möglich, da es sich ansonsten nicht mehr um eine akute Phase handelt, sondern um eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes, was eine Revision durch die IV-Stelle auslöst. Akutphasen können innerhalb eines Jahres mehrmals auftreten. Bei wiederholten Akutphasen, die auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der versicherten Person schliessen lassen, leitet die IV-Stelle zudem ein Revisionsverfahren ein.

Artikel 39j (neu) Beratungs- und Unterstützungsleistungen

Gemäss Artikel 27 Absatz 2 ATSG hat eine versicherte Person Anspruch auf Beratung über ihre Rechte und Pflichten. Die Beratung erfolgt über die IV-Stelle. Da es sich beim Assistenzbeitrag um eine spezifische Leistung handelt, ist eine Beratung erforderlich, die weit über die üblicherweise von den IV-Stellen erbrachten Leistungen hinausgeht (Assistenz einrichten und organisieren, arbeitsrechtliche Fragen usw.). Die versicherte Person soll sich angesichts der Komplexität der Situation in organisatorischer und administrativer Sicht beraten und unterstützen lassen können. Aus diesem Grund kann die IV-Stelle Drittpersonen (Institutionen, Treuhänder, natürliche Personen) beauftragen. Die IV-Stelle kann diese Personen selbst oder auf Empfehlung der versicherten Person hin wählen. Der beauftragte Dritte erbringt die Leistungen für die versicherte Person gemäss Auftrag der IV-Stelle. Dabei hat er insbesondere die im Auftrag festgehaltenen Stunden- und Höchstansätze einzuhalten. Die Rechnung stellt der Auftragnehmer direkt der IV-Stelle zu. Ein Anspruch auf die Übernahme von Beratungs- und Unterstützungsleistungen besteht bis nach Ablauf des 18. Monats nach Zusprache des Assistenzbeitrages.

Absatz 2: Absatz 2 beschränkt die Beratungs- und Unterstützungsleistungen auf höchstens 1500 Franken, verteilt auf die ersten 18 Monate. Es handelt sich dabei um einen Erfahrungswert aus dem Pilotversuch. Die IV-Stelle verfügt die Übernahme von Beratungs- und Unterstützungsleistungen im Einzelfall. So ist bei Personen, die im Heim wohnen, im Allgemeinen von einem höheren Bedarf auszugehen als bei Personen, welche zu Hause wohnen und die benötigte Hilfe bereits selber organisieren.

Der Beitrag für Beratungs- und Unterstützungsleistungen beträgt höchstens 75 Franken pro Stunde. Im Gegensatz zu den Beiträgen in Artikel 39f wird dieser Beitrag nicht automatisch an die Lohn- und Preisentwicklung angepasst.

Artikel 39k (neu)

Artikel 39k entspricht dem bisherigen Artikel 39^{bis}. Die Aufnahme der Bestimmungen zum Assistenzbeitrag in die IVV führt dazu, dass diese Bestimmung neu eingereiht wurde.

Art. 40 Zuständigkeit

Absatz 1 Bst. b und Absatz 2^{bis}: Heute bleibt die einmal begründete Zuständigkeit einer IV-Stelle im Verlaufe eines Verfahrens erhalten. Die Praxis hat aber gezeigt, dass wenn eine versicherte Person die Schweiz verlassen hat, ein Wechsel der Zuständigkeit sinnvoll wäre (vgl. z.B. Entscheid des Bundesverwaltungsgerichts C-7817/2009). Dasselbe gilt für den Fall einer Rückkehr in die Schweiz. In Absatz 1 Buchstabe b wird als Grundsatz festgehalten, dass für Versicherte, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, die IV-Stelle für Versicherte im Ausland zuständig ist. In Absatz 2^{bis} wird in Abweichung zu diesem Grundsatz der Sonderfall für versicherte Personen geregelt, die ihren

Wohnsitz im Ausland, ihren gewöhnlichen Aufenthalt aber in der Schweiz haben. In diesem Fall ist die IV-Stelle in deren Tätigkeitsgebiet die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat, für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Gibt die versicherte Person während des Verfahrens ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz auf, so geht die Zuständigkeit auf die IV-Stelle für Versicherte im Ausland über.

Absatz 2^{ter} und 2^{quater}: In den Absätzen 2^{ter} und 2^{quater} wird die Zuständigkeit für diejenigen Fälle geregelt, in denen eine versicherte Person ihren Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt während des Verfahrens ändert (Verlegung vom Ausland in die Schweiz oder von der Schweiz ins Ausland).

Absatz 3: Die Anpassungen der Absätze 2bis – 2quater führen zu einer entsprechenden Anpassung von Absatz 3.

Art. 41

Absatz 1 Bst. f: Der Einbezug der behandelnden Ärzte vor und während einer Berentung sowie während des gesamten Wiedereingliederungsprozesses ist von wesentlicher Bedeutung. Einerseits kann dadurch eine gewisse Kontinuität im Gesamtprozess erreicht und immer wieder neue medizinische Abklärungen reduziert werden. Andererseits ist der Einbezug der behandelnden Ärzte im Hinblick auf die Koordination mit der Krankenversicherung unabdingbar. Nur in der Zusammenarbeit zwischen IV, den behandelnden Ärzten und der Krankenversicherung ist es möglich, auch medizinische Massnahmen vorzusehen, welche einer Eingliederung dienlich sein können. In diesem Sinne dient die Ergänzung in Buchstabe f der Konkretisierung von Artikel 57 Absatz 1 Buchstabe i IVG (Koordination der medizinischen Massnahmen mit dem Kranken- und Unfallversicherer).

Absatz 1 Bst. l (neu): Zum heutigen Zeitpunkt obliegt es, in Anwendung von Artikel 27 IVG und Artikel 24 IVV dem BSV, Verträge mit den Leistungserbringern abzuschliessen. Mit der vorliegenden Bestimmung wird den IV-Stellen die Kompetenz erteilt, im Bereich der Integrationsmassnahmen (Art. 14a IVG) und der Massnahmen beruflicher Art (Art. 15, 16, 17 und 18 IVG) mit den Leistungserbringern Verträge abzuschliessen. Bei der Berufsberatung (Art. 15) und der Arbeitsvermittlung (Art. 18) handelt es sich um Kernaufgaben der IV-Stellen. Diese sollen die Möglichkeit haben, die Berufsberatung und Arbeitsvermittlung an Ausbildungsstätten delegieren zu können, insofern diese durch die Ausbildungsstätten eingesetzten Instrumente massgebend und wirkungsvoll die (Wieder-)eingliederung beeinflussen (z.B. Supported Employment). Die Nähe der IV-Stellen zu den Leistungserbringern soll sich positiv auf die Innovation und die Flexibilität auswirken und zu mehr Effizienz führen. Das BSV konzentriert sich in Zukunft auf seine Aufgabe als Aufsichtsorgan. Die Kompetenz, Verträge abzuschliessen geht per 1. Januar 2012 an die IV-Stellen über.

Bei der Neuregelung handelt es sich um eine Neuorganisation der Zuständigkeiten und Abläufe mit dem Ziel, grössere Kundennähe, Flexibilisierung der Angebote, grössere Bedarfs- und Wirkungsorientierung sowie bessere Qualität und höhere Effizienz zu erreichen.

Art. 47 Regionen

Absatz 3, zweiter Satz: Die regionalen ärztlichen Dienste sind den IV-Stellen unterstellt, weshalb die in Absatz 3, zweiter Satz vorgesehene personelle Trennung von RAD und IV-Stellen keinen Sinn macht. Zudem widerspricht der zweite Satz von Absatz 3 Sinn und Geist der 5. und 6. IV-Revision, wonach die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen RAD und IV-Stelle gefördert und dadurch bürokratische Hindernisse abgebaut und die Eingliederung beschleunigt werden soll. Der zweite Satz von Absatz 3 wird deshalb gestrichen.

Art. 56 Betriebsräume für die Durchführungsorgane

Absatz 3: Die Verordnung über das Immobilienmanagement und die Logistik des Bundes wurde revidiert; der Verweis ist entsprechend zu aktualisieren.

Absatz 4: Im Rahmen der Einführung der RAD erliess das BSV im Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI), gültig ab 1. Januar 2004, Kriterien für die Zuweisung der Dossiers an die RAD (Anhang V). Auf Grund der praktischen Erfahrungen und im Hinblick auf eine möglichst effiziente Nutzung der Ressourcen der RAD wurden die Kriterien für die Zuweisung der Dossiers an die RAD per 1. Januar 2008 aufgehoben und aus dem KSVI gestrichen. Seit dem 1. Januar 2008 liegt es im Ermessen und der Verantwortung der IV-Stellen, welche Dossiers sie zur Prüfung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen dem RAD unterbreiten. Damit in Zukunft keine rechtlichen Unsicherheiten mehr betreffend Zuweisung von Dossiers an die RAD entstehen, wird Absatz 4 von Artikel 69 IVV gestrichen.

Das Bundesgericht (BG) hat in seinem Urteil vom 28. Juni 2011 zu verschiedenen Fragen im Zusammenhang mit einer polydisziplinären Begutachtung Stellung genommen. Grundsätzlich hielt das BG fest, dass die Beschaffung medizinischer Entscheidungsgrundlagen durch externe Gutachtensinstitute wie die MEDAS in der schweizerischen Invalidenversicherung sowie deren Verwendung auch im Gerichtsverfahren an sich verfassungs- und konventionskonform ist. Andererseits sah das BG die Verfahrensgarantien auf Grund des Ertragspotentials der Tätigkeiten der MEDAS zuhanden der IV und der damit gegebenen wirtschaftlichen Abhängigkeit als latent gefährdet an. Diesbezüglich wurde das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) auf administrativer Ebene dazu aufgefordert, binnen angemessener Zeit folgende Korrekture vorzunehmen:

- Vergabe der MEDAS-Begutachtungsaufträge über eine IT-Plattform nach dem Zufallsprinzip
- Mindestdifferenzierung des Gutachtenstarif
- Verbesserung und Vereinheitlichung der Qualitätsanforderungen und –kontrolle
- Stärkung der Partizipationsrechte der versicherten Personen
 - Bei Uneinigkeit ist die Expertise durch eine anfechtbare Zwischenverfügung anzuordnen
 - Der versicherten Person stehen vorgängige Mitwirkungsrechte zu

Das BG kam in seinem Urteil auch zum Schluss, dass das BSV die MEDAS-Begutachtungen im Laufe der Zeit zunehmend dem Markt der (teilweise eigens zu diesem Zweck gegründeten) Gutachtensanbieter überlassen habe. Diese behördliche Zurückhaltung sei nur schwerlich vereinbar mit Artikel 64 Absatz 1 IVG, wonach die Aufsicht des Bundes, wahrgenommen durch das Bundesamt, in ihrem unverzichtbaren Kerngehalt darin bestehe, für die einheitliche Anwendung des IVG zu sorgen. Das gelte zweifellos im Hinblick auf die Offenheit und Konkretisierungsbedürftigkeit der medizinischen Komponenten der Anspruchsprüfung auch und gerade für das System der externalisierten medizinischen Tatsachenerhebung, welche für die administrative und gerichtliche Beurteilung der Leistungsberechtigung von erstrangiger Bedeutung sei.

Im Zusammenhang mit der Auswahl der Gutachterstellen wird den IV-Stellen häufig vorgeworfen, sie würden nur sehr gezielt einzelne MEDAS für ihre Aufträge auswählen. Entsprechend diesem Vorwurf hat Herr Prof. Erwin Murer die Idee einer zentralen Zuweiserstelle² lanciert, mit welcher die Gutachten unabhängig unter den MEDAS verteilt werden sollen. Die IV hat dieses Anliegen bereits aufgenommen und das Projekt „MED@P“ gestartet. Dabei handelt es sich um eine IT-Plattform, auf welcher die IV-Stellen ihre Aufträge mit der gewünschten Frist platzieren können, die MEDAS entsprechend ihre vorhandenen Kapazitäten. Mittels Zufallsgenerator werden dann die Aufträge an die MEDAS vergeben.

Mit dieser Vergabepattform sollen aber auch die Qualitätsbeurteilung wie auch die Qualitätskontrolle der Gutachten massiv verbessert werden. Es sollen Rückmeldungen der IV-Stellen über die Qualität und die Termineinhaltung erfolgen und mit diesen Angaben dann entsprechende Auswertungen vorgenommen werden. Damit lassen sich gegenüber heute stark verbesserte Aussagen im statistischen Bereich machen und es lässt sich ein von Seiten der Versicherten gefordertes Qualitätsmonitoring für Gutachten aufbauen.

² Freiburger Sozialrechtstage 2010; Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Begutachtung; Jörg Jeger / Erwin Murer; Medizinische Begutachtung: Vorschläge zur Lösung des Unabhängigkeitsproblems und zur Qualitätssteigerung, S. 247ff.; Stämpfli Verlag AG Bern, 2010

Mit dem Aufbau der IT-Plattform laufen parallel Massnahmen zur Verbesserung der Qualität der Gutachten. Für die oben umschriebene konsequente Rückmeldung über die Qualität der einzelnen Gutachten an die MEDAS durch die IV-Stelle bzw. den RAD müssen noch allgemeingültige, versicherungsmedizinische Qualitätskriterien erarbeitet werden. Diese Qualitätskriterien sollen eine möglichst grosse Akzeptanz haben.

Im Hinblick auf die Einführung der neuen IT-Plattform ist das BSV auch bereits an der Ausarbeitung von Zulassungskriterien für die MEDAS. Damit soll eine grössere Transparenz hinsichtlich Organisation, Trägerschaft, Auftragsvolumen, Auftraggeber, Ärztstab, Qualitätskontrollen geschaffen werden. Die Erfüllung und Einhaltung dieser Zulassungskriterien wird die Voraussetzung für den Abschluss und die allfällige Fortsetzung eines Tarifvertrags mit der IV sein. Mit der im Rahmen dieser Tarifverträge eingeführten Qualitätsbeurteilung und –kontrolle (Qualitätsmonitoring) lässt sich dann auch bedeutend besser über Unzulänglichkeiten und entsprechende Massnahmen diskutieren.

Seit letztem Jahr steht das BSV auch bereits in Verhandlungen über neue Tarife mit den Gutachterstellen. Eine der wesentlichen Neuerungen soll die Einführung des vom Bundesgericht geforderten Entschädigungssystems sein, wonach nicht mehr eine Einheitspauschale pro polydisziplinäres Gutachten bezahlt werden soll, sondern eine differenzierte Entschädigung nach Art und Umfang des polydisziplinären Gutachtens. Es ist geplant, das neue Entschädigungssystem zeitgleich mit dem Start der neuen Vergabepattform „MED@P“ einzuführen. Dementsprechend wurden die bestehenden Tarifverträge bereits auf Ende 2011 gekündigt.

Absatz 1: Mit dieser Regelung wird einerseits sichergestellt, dass nur noch Gutachterstellen polydisziplinäre Gutachten für die IV erstellen dürfen, welche die Qualitätsanforderungen und –kontrollen erfüllen, welche in der Vereinbarung mit dem BSV vorgesehen sind (vgl. obige Ausführungen). Andererseits dürfen die IV-Stellen auch nur noch Aufträge an solche Gutachterstellen geben, welche über eine entsprechende Vereinbarung mit dem BSV verfügen.

Absatz 2: Das Bundesgericht verlangt für polydisziplinäre Gutachten eine auf dem Zufallsprinzip beruhende Zuweisung der Aufträge an die Gutachterstelle. Dieses Prinzip wird hier auf Verordnungsstufe Verankert.

Wie oben umschrieben, hat die IV bereits eine, gemäss den Anforderungen des Bundesgerichts entsprechende Plattform (MED@P) für die Vergabe der Aufträge für polydisziplinäre Gutachten entwickelt. Damit sichergestellt ist, dass die Vergabe bzw. Annahme der Aufträge für polydisziplinäre Gutachten auch tatsächlich nach dem Zufallsprinzip erfolgt, wird die Abwicklung der Aufträge über MED@P ein zentraler Bestandteil der Vereinbarungen nach Absatz 1 sein.

Inkrafttreten: Die IV wird alles daran setzen, dass diese Massnahmen und Anpassungen so rasch als möglich umgesetzt werden. Aus Gründen der Rechtssicherheit ist vorgesehen, die neuen Regelungen in der IVV per 1. März 2012 in Kraft zu setzen. Sofern die technischen Voraussetzungen und Verträge jedoch vorher erfüllt und unterzeichnet sind, werden die Massnahmen auch bereits früher umgesetzt.

Art. 73^{bis} Gegenstand und Zustellung des Vorbescheids

Absatz 1: Mit Einführung der 5. IV-Revision wurde Art. 57 Absatz 1 IVG ergänzt und neu durchbuchstabiert (vgl. BBI 2005 4571). Eine Anpassung der Verweise in Art. 73^{bis} Absatz 1 wurde damals nicht vorgenommen und wird nun bei dieser Gelegenheit nachgeholt.

Art. 74^{ter} Leistungszusprache ohne Verfügung

Artikel 74^{ter} räumt die Möglichkeit ein, eine Leistung ohne Erlass eines Vorbescheides oder einer Verfügung zuzusprechen oder weiter auszurichten, wenn die Anspruchsvoraussetzungen offensichtlich erfüllt sind und die versicherte Person keinen Grund hat, dagegen vorzugehen, da ihrem Begehren entsprochen wird.

Buchstabe g (neu): Damit die Übergangsleistung nach Artikel 32 IVG tatsächlich rasch einsetzen und damit den vom Gesetzgeber gewollten Sinn und Zweck erfüllen kann, wird die in Artikel 58 IVG i.V.m. Artikel 51 ATSG vorgesehene Möglichkeit des formlosen Verfahrens vorgesehen. Die IV-Stelle hat der versicherten Person die Leistungszusprache zu einer Übergangsleistung schriftlich mitzuteilen und macht sie darauf aufmerksam, dass sie den Erlass einer Verfügung verlangen kann, wenn sie mit dem Beschluss nicht einverstanden ist (vgl. Art. 74^{quater}). Kommt die IV-Stelle dagegen zum Schluss, dass

die Voraussetzungen für die Entrichtung einer Übergangsleistung nicht gegeben sind und lehnt sie eine solche ab, hat dies mittels Vorbescheid und Verfügung zu erfolgen.

Art. 74^{quater} Mitteilung der Beschlüsse

Absatz 2 (neu): Bei der 2. Säule bleibt eine versicherte Person, deren IV-Rente nach Verminderung des Invaliditätsgrades herabgesetzt oder aufgehoben wird, während drei Jahren zu den gleichen Bedingungen bei der leistungspflichtigen Vorsorgeeinrichtung versichert. Ihr Anspruch auf Invalidenleistungen der beruflichen Vorsorge bleibt ebenfalls aufrechterhalten, kann allerdings unter bestimmten Voraussetzungen zur Vermeidung ungerechtfertigter Vorteile gekürzt werden (vgl. Art. 26a Abs. 3 BVG). Tritt nun eine Arbeitsunfähigkeit ein, die eine Übergangsleistung auslöst, kann dies für die Vorsorgeeinrichtung der versicherten Person ebenfalls zu einer veränderten Sachlage führen, insbesondere was die Berechnung der Invalidenleistung anbelangt. Der Beschluss über die Entrichtung einer Übergangsleistung muss deshalb auch der leistungspflichtigen Vorsorgeeinrichtung mitgeteilt werden, damit diese die Invalidenleistungen der beruflichen Vorsorge ebenfalls anpassen kann, sofern dies notwendig ist. Ausserdem verlängert sich gemäss Artikel 26a Absatz 2 BVG die «Schutzperiode» von 3 Jahren, sofern und solange die versicherte Person eine Übergangsleistung bezieht. Deshalb sind die Vorsorgeeinrichtungen zwingend und detailliert über die Zusprache einer Übergangsleistung zu informieren.

Die Vorsorgeeinrichtung, deren Leistungspflicht durch den Entscheid der IV-Stelle berührt ist, kann gemäss Artikel 49 Absatz 4 ATSG dieselben Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person. Der neue Artikel 74^{ter} Buchstabe g IVV sieht für die Zusprechung der Übergangsleistung nun aber das formlose Verfahren vor, d.h. der Versicherte muss den Erlass einer Verfügung verlangen, wenn er mit dem Beschluss nicht einverstanden ist (Art. 74^{quater} Abs. 1 IVV). Die Zusprechung einer Übergangsleistung betrifft wie oben dargelegt auch die leistungspflichtige Vorsorgeeinrichtung. Würde der Beschluss über die Entrichtung einer Übergangsleistung der leistungspflichtigen Vorsorgeeinrichtung lediglich mitgeteilt, würde ihr damit das Recht auf eine gerichtliche Überprüfung genommen. Deshalb hat auch sie die Möglichkeit, den Erlass einer Verfügung zu verlangen.

Art. 76 Zustellung der Verfügung

Absatz 1 Buchstabe g: Es ist fraglich, ob eine Zustellung der Verfügung an Ärztinnen und Ärzte, bei welchen nicht ein Gutachten, sondern lediglich ein Arztbericht angefordert wurde und die somit über wenig Dossierkenntnis verfügen, datenschutzrechtlich zulässig ist. Die Verfügung soll deshalb künftig Ärztinnen und Ärzten, die einen Arztbericht erstellt haben nicht mehr zugestellt werden.

Art. 77 Meldepflicht

Artikel 77 verpflichtet die versicherte Person, deren gesetzliche Vertretung sowie Behörden, denen die Leistung der IV zukommt, jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung unverzüglich zu melden.

Der Hilfebedarf ist ein massgebendes Kriterium für die Berechnung des Assistenzbeitrages und wird neu in den Katalog der unter die Meldepflicht fallenden Änderungen aufgenommen.

Auch der Assistenzbeitrag gehört neu zu den erwähnten Leistungen. Im Zusammenhang mit dem Assistenzbeitrag fallen eine Änderung des Gesundheitszustandes, ein Spitalaufenthalt, die Dauer des Aufenthalts in einer Institution oder auch die gemäss KVG regelmässig erbrachten Leistungen der Grundpflege ebenfalls unter die Meldepflicht gemäss Artikel 77 IVV.

Art. 78 Vergütung

Absatz 4: Da seit der 5. IV-Revision die Taggelder nicht mehr zu den Eingliederungsmassnahmen (Art. 8 Abs. 3 IVG) gehören und es die Artikel 58 und 59 nicht mehr gibt, ist Absatz 4 entsprechend anzupassen.

Art. 82 Auszahlung

Absatz 3: Absatz 3 wurde ergänzt, so dass die Zentrale Ausgleichsstelle neu auch für die Auszahlung des Assistenzbeitrages zuständig ist. Sie veranlasst die Auszahlung des Assistenzbeitrages, nachdem die zuständige IV-Stelle die von der versicherten Person vorgelegte Abrechnung geprüft und für gut befunden hat. Die im Rahmen des Assistenzbeitrages erbrachten Leistungen sind monatlich in Rechnung zustellen. Für die Hilflosenentschädigung erfolgt die Rechnungsstellung weiterhin quartalsweise.

Artikel 85 Nachzahlung und Rückerstattung

Absatz 2: Der Verweis auf Artikel 88^{bis} Absatz 2 erstreckt sich neu auch auf den Assistenzbeitrag.

Art. 86 und Art. 86^{bis} Einstellung von Taggeldern / Kürzung und Verweigerung von Renten

Die mit der 5. IV-Revision geschaffenen Verordnungs-Regelungen betreffend die Kürzung und Verweigerung von Leistungen wurden von der Lehre und teilweise auch von den Gerichten stark kritisiert. Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass für eine derartige Einschränkung der gesetzlichen Vorgaben (Art. 21 Abs. 4 ATSG, Art. 7b Abs. 1 IVG) jegliche Delegationsnorm an den Bundesrat fehle. Mit anderen Worten sind die bisherigen Regelungen in Art. 86 und 86^{bis} IVV gesetzeswidrig (vgl. Hansjörg SEILER, Vom Umgang mit Leistungskürzungen – ein Blick auf Artikel 21 ATSG in: Schaffhauser/Kieser (Hrsg.) Sozialversicherungsrechtstagung 2010, Seite 133 ff., Ulrich MEYER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2. Auflage 2010, Seite 82 f. und Markus KRAPF, Selbsteingliederung und Sanktion in der 5. IV.-Revision, SZS 2008 Seiten 127 und 146). Auch die IV-Stellen haben die Regelung wiederholt als in der Praxis kaum umsetzbar, wenig sinnvoll und den Handlungsspielraum zu stark einschränkend bezeichnet. Aus diesen Gründen werden Artikel 86 und 86^{bis} IVV ersatzlos gestrichen.

Artikel 87 Revisionsgründe

Absätze 1-3: Der Assistenzbeitrag muss neu in die Bestimmung aufgenommen werden. Artikel 87 Absätze 1-3 sind entsprechend anzupassen. Der Hilfebedarf gehört neu ebenfalls zu den Revisionsgründen und kann Auslöser für eine von Amtes wegen durchgeführte Revision des Leistungsanspruchs sein, beispielsweise wenn sich der Gesundheitszustand der versicherten Person verschlechtert.

Artikel 88 Verfahren

Absatz 3: Die Institution, welcher das Ergebnis des Revisionsverfahrens mitzuteilen ist, ist die Zentrale Ausgleichsstelle; sie ist gemäss Artikel 82 Absatz 3 das für die Vergütung zuständige Organ.

Artikel 88a Änderung des Anspruchs

Absatz 1 erster Satz und Absatz 2 erster Satz: Die Absätze 1 und 2 halten fest, unter welchen Voraussetzungen die Leistungen ganz oder teilweise aufgehoben oder heraufgesetzt werden können. Ob der Hilfebedarf zunimmt oder sich vermindert ist neu ebenfalls ein massgebender Faktor für die Berechnung des Assistenzbeitrages.

Artikel 88^{bis} Wirkung

Absätze 1 und 2: Artikel 88^{bis} bestimmt, wann genau eine Erhöhung (Abs. 1) bzw. eine Herabsetzung oder Aufhebung (Abs. 2) der Rente oder der Hilflosenentschädigung erfolgt. Diese Regeln gelten neu auch für den Assistenzbeitrag.

Buchstabe b: Im italienischen Text sind Ursache und Wirkung vertauscht, weshalb diese Bestimmung entsprechend angepasst werden muss.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom 2011

Absatz 1: Die in der Verordnung über den Pilotversuch «Assistenzbudget» (SR 801.203) festgehaltenen Anspruchsvoraussetzungen weichen von denjenigen der vorliegenden Verordnung ab. Minderjährige Versicherte konnten im Rahmen des Assistenzbudgets am Pilotversuch teilnehmen. Gemäss Artikel 39a Buchstaben a und b der vorliegenden Verordnung haben minderjährige Versicherte keinen Anspruch auf den Assistenzbeitrag, wenn sie nicht eine Regelschule besuchen, eine Ausbildung absolvieren oder eine Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt ausüben oder einen Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag für einen Pflege- und Überwachungsbedarf von mindestens 6 Stunden pro Tag haben (Bst. c). Um im Übergang zum Assistenzbeitrag den minderjährigen Versicherten eine gewisse Kontinuität dieser für sie förderlichen Massnahmen zu ermöglichen, können alle minderjährigen Versicherten, welche die Voraussetzungen gemäss IVV nicht erfüllen, diese jedoch bis zum 31. Dezember 2012 (1 Jahr nach Inkraftsetzung der vorliegenden Änderung) erfüllen werden, sofort einen Assistenzbeitrag beziehen.

Absatz 2: Dasselbe gilt für volljährige Versicherte mit eingeschränkter Handlungsfähigkeit. Sie konnten zu den gleichen Voraussetzungen wie die anderen Versicherten am Pilotversuch «Assistenzbudget» teilnehmen, obwohl sie für den Anspruch auf den Assistenzbeitrag zusätzlich die Voraussetzungen gemäss Artikel 39b IVV erfüllen müssen. Damit eine gewisse Kontinuität gewährleistet ist und die versicherten Personen über eine angemessene Frist für die Erfüllung der neuen Anforderungen verfügen, wird ihnen die Möglichkeit eingeräumt, die Anforderungen der IVV bis zum 31. Dezember 2012, d.h. innerhalb eines Jahres ab Inkrafttreten der vorliegenden Änderung, zu erfüllen, ohne in der Zwischenzeit den Anspruch auf den Assistenzbeitrag zu verlieren. Buchstabe b der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 bleibt vorbehalten.

Absatz 3: Nach allgemeinen übergangsrechtlichen Grundsätzen ist bei Fehlen einer die Frage regelnden Übergangsbestimmung die Verwirkungsordnung des neuen Rechts auf unter dem alten Recht entstandene (fällige) Ansprüche anwendbar, sofern diese bei Inkrafttreten des neuen Rechts noch nicht verwirkt sind (BGE 131 V 425 E. 5.2 S. 429 mit Hinweisen). Mit der 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket wurde für Artikel 48 keine Übergangsbestimmung geschaffen, womit der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz anzuwenden ist. Für die Sicherstellung einer schweizweit einheitlichen Anwendung soll dieser allgemeine Grundsatz in der Verordnung verankert werden. Inhaltlich geht es darum, dass mit der 5. IV-Revision der Anspruchsbeginn verschiedener Leistungen neu definiert und dabei der rückwirkende Anspruch für Hilflosenentschädigungen, medizinische Massnahmen und Hilfsmittel ungewollt von bisher einem auf neu fünf Jahre verlängert wurde. Für den rückwirkenden Anspruch auf Nachzahlung dieser Leistungen wird mit Artikel 48 IVG der Zustand **vor** der 5. IV-Revision wiederhergestellt (Verwirkungsfrist von 1 Jahr). Mit Absatz 3 der vorliegenden Schlussbestimmungen wird nun festgehalten, dass die Verwirkungsfrist von 1 Jahr (Regelung 6. IV Revision) auch auf vor dem 1. Januar 2012 entstandene Ansprüche auf Hilflosenentschädigungen, medizinische Massnahmen und Hilfsmittel anwendbar ist, sofern vor dem 1. Januar 2012 noch keine Anmeldung erfolgt ist. Andernfalls gilt die Verwirkungsfrist von 5 Jahren (Regelung 5. IV-Revision).

Absatz 4: Müssen die Massnahmen wegen Krankheit, Unfall oder Mutterschaft unterbrochen werden, wird die Rente weiter ausgerichtet und zwar während dem in Absatz 4 konkretisierten Zeitraum von längstens zwei Jahren.

Schlussbestimmungen der Änderung vom 2. Februar 2000, vom 12. Februar 2003 und vom 28. Januar 2004

Änderung vom 2. Februar 2000: In dieser Schlussbestimmung wurde die Berechnung und Höhe der Beitrag im Zusammenhang mit der Beitragsberechtigung für die Jahre 2001 – 2003 konkretisiert. Diese Bestimmung hat heute keine Geltung mehr und kann deshalb aufgehoben werden.

Änderung vom 12. Februar 2003: Diese Schlussbestimmung regelt den jährlichen Zuschlag für die Anstellung von Invaliden in den Organisationen für die Jahre 2004 bis 2006 sowie Beiträge an Leistungen für das Begleitete Wohnen für das Jahr 2004. Die Bestimmung hat heute keine Geltung mehr und kann deshalb aufgehoben werden.

Änderung vom 28. Januar 2004: Diese Schlussbestimmung bezieht sich auf Beiträge an die Personalkosten für die Betreuung von Invaliden im Rahmen des Begleiteten Wohnens für die Jahre 2005 und 2006. Die Bestimmung hat heute keine Geltung mehr und kann deshalb aufgehoben werden.

Änderung bisherigen Rechts

Änderung der Verordnung über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung

Artikel 19b Erhöhung des Höchstbetrages

Absätze 1 und 2 Einleitungssatz: Artikel 14 Absatz 3 des Bundesgesetzes über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG; SR 831.30) sieht vor, dass die Kantone für die zusätzlich zur jährlichen Ergänzungsleistung vergüteten Krankheits- und Behinderungskosten Höchstbeträge festlegen können. Für alleinstehende zu Hause lebende Personen dürfen diese Beträge 25'000 Franken nicht unterschreiten. Für zu Hause lebende Personen mit einem Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung erhöht sich dieser Betrag in Anwendung von Artikel 19b ELV allerdings auf 60'000 Franken. Diese Erhöhung erfolgte bisher nur, soweit die Kosten für Pflege und Betreuung durch die Hilflosenentschädigung nicht gedeckt waren. Neu erfolgt die Erhöhung erst, wenn die Kosten weder von der Hilflosenentschädigung noch vom Assistenzbeitrag gedeckt sind. Absatz 1 und der Einleitungssatz von Absatz 2 Artikel 19b ELV wurden entsprechend ergänzt.

Art. 25a Heimdefinition

Absatz 2: Die vorliegende Anpassung ist rein redaktioneller Art. Da in diesem Artikel das IVG das erste Mal erwähnt wird, ist der Erlass mit Titel und Datum zu zitieren.

Art. 27c (neu) Übergangsleistung

Anspruch auf Ergänzungsleistungen haben nach Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe c des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006³ über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung Personen, wenn sie einen Anspruch haben auf eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung der Invalidenversicherung oder ununterbrochen während mindestens sechs Monaten ein Taggeld der IV beziehen. Artikel 27c ist nötig, damit Personen ohne Anspruch auf eine IV-Rente, aber mit Anspruch auf eine Übergangsleistung dennoch Ergänzungsleistung beziehen können. Der Gesetzgeber hat die Übergangsleistung systematisch im Abschnitt über die Renten eingegliedert und die Leistung wie eine Rente ausgestaltet. Die Übergangsleistung kann daher für die Ergänzungsleistungen als IV-Rente angesehen werden.

Änderung der Verordnung über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge

Art. 1j Von der obligatorischen Versicherung ausgenommene Arbeitnehmer

Absatz 1 Buchstabe d: Auf den Seiten 1916 und 1917 der Botschaft ist festgehalten, dass der Bundesrat „für den neu erzielten Lohn, den die wiedereingegliederte versicherte Person in der Schutzperiode gemäss Artikel 26a BVG bezieht, die Ausnahmen von der Unterstellung unter die obligatorische Versicherung auf Verordnungsstufe regeln [wird].“

Für die versicherte Person, deren Rente im Rahmen der IV-Revision 6a herabgesetzt oder aufgehoben wird, beginnt eine Schutzperiode von 3 Jahren, während derer sie zu den gleichen Bedingungen bei der leistungspflichtigen Vorsorgeeinrichtung versichert bleibt (vgl. Art. 26a BVG). Während dieser Schutzperiode wird weder von der versicherten Person noch von ihrem Arbeitgeber ein Beitrag auf den neu erzielten Lohn geschuldet. Die Weiterversicherung im bisherigen Umfang und demzufolge die Nichtunterstellung unter die obligatorische Versicherung betrifft lediglich das neu erzielte Einkommen, unabhängig davon, wie hoch dieses tatsächlich ist.

Es ist möglich, dass das Einkommen einer teilinvaliden Person, die vor der Herabsetzung oder Aufhebung der Teilrente ihre Restarbeitsfähigkeit genutzt hat, obligatorisch in der 2. Säule versichert war. Wenn diese Person den selben Arbeitsplatz nach Herabsetzung oder Aufhebung der IV-Rente beibehält, bleibt dieses Gehalt „normal“ bei der Pensionskasse des „alten“ Arbeitgebers

³ SR 831.30

weiterversichert. Nur das neu erzielte Einkommen ist von der Unterstellungspflicht unter die Versicherung befreit. Die Ergänzung von Art. 1j Abs. 1 Bst. d BVV 2 stellt sicher, dass wiedereingegliederte Personen für das während der Schutzperiode neu erzielte Einkommen nicht der obligatorischen Versicherung unterstellt sind.

Art. 24 Ungerechtfertigte Vorteile

Absatz 2: Der Bundesrat hielt in seiner Botschaft fest (vgl. Art. 22 Abs. 5^{bis} IVG, S. 1895), es sei dafür zu sorgen, dass eine Rentenbezügerin bzw. ein Rentenbezüger während der Durchführung von Massnahmen zur Wiedereingliederung (Art. 8a IVG) die Möglichkeit habe, ein höheres Einkommen zu erzielen als vor der Durchführung einer Massnahme zur beruflichen Wiedereingliederung (z.B. ein Arbeitsversuch, vgl. Art. 18a IVG). Dies wird insbesondere damit begründet, dass ein Praktikum beispielsweise auch mit gewissen neuen Auslagen (Arbeitsweg, auswärtige Verpflegung usw.) verbunden ist, die nicht von der IV übernommen werden. Ausserdem sollen die Rentenbezügerinnen und -bezüger nicht entmutigt werden, von der Rente wegzukommen, indem eine eventuelle Entschädigung, welche durch die Praktikumsleitung ausgerichtet wird, bei der versicherten Person bleibt. Durch die Änderung von Artikel 24 Absatz 2 BVV 2 wird deshalb das eventuell während der Wiedereingliederung erzielte Einkommen bei der Berechnung der Überentschädigung aus den anrechenbaren Einkünften ausgeschlossen.

Änderung der Verordnung über die Unfallversicherung

Art. 72b Amtszeitbeschränkung für die Mitglieder des Verwaltungsrates

Die in Art. 72b aufgeführte Verordnung über ausserparlamentarische Kommissionen sowie Leitungsorgane und Vertretungen des Bundes existiert nicht mehr. Die Verordnungsänderungen zur Revision 6a werden als Gelegenheit genommen, die entsprechend notwendige Anpassung vorzunehmen und auf die neue Regierungs- und Verwaltungsorganisationsverordnung (RVOV) zu verweisen.