



[Datum]

Ausführungsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversiche- rung (Weiterentwicklung der IV)

Erläuternder Bericht (nach Vernehmlassung)

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage	3
2. Ergebnisse der Vernehmlassung	3
3. Grundzüge der Vorlage	9
3.1 Optimierung der Eingliederung	9
3.2 Medizinische Massnahmen	12
3.3 Kompetenzzentrum Arzneimittel.....	13
3.4 Tarifierung und Rechnungskontrolle.....	13
3.5 Rentensystem	14
3.6 Fallführung	15
3.7 Verfahren und Begutachtung.....	16
3.8 Prioritätenordnung zu Artikel 101 ^{bis} AHVG	17
3.9 Weitere Massnahmen der Weiterentwicklung der IV	17
3.10 Massnahmen ohne Bezug zur Weiterentwicklung der IV.....	18
4. Erläuterungen zu einzelnen Bestimmungen	19
4.1 Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung	19
4.2 Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen	74
4.3 Verordnung vom 11. September 2002 über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts	74
4.4 Verordnung vom 31. Oktober 1947 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung	84
4.5 Verordnung vom 18. April 1984 über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge.....	89
4.6 Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung	91
4.7 Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung.....	94
4.8 Verordnung vom 31. August 1983 über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung	98
4.9 Verordnung vom 3. März 1997 über die obligatorische berufliche Vorsorge von arbeitslosen Personen.....	98
5. Finanzielle und personelle Auswirkungen	99
5.1 Auswirkungen auf den Bund.....	99
5.2 Auswirkungen auf die IV.....	101
5.3 Auswirkungen auf andere Sozialversicherungen	102
5.4 Auswirkungen auf Kantone	103
5.5 Auswirkungen auf die Wirtschaft	103

1. Ausgangslage

Am 15. Februar 2017 überwies der Bundesrat dem Parlament die Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der IV)¹. Das Parlament hat die Vorlage in der Schlussabstimmung vom 19. Juni 2020² angenommen.

Die Weiterentwicklung der IV (WE IV) hat zum Ziel, die Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und psychisch erkrankten Versicherten in Zusammenarbeit mit den beteiligten Akteuren zu verbessern, um das Eingliederungspotenzial der Versicherten auszuschöpfen und ihre Vermittlungsfähigkeit zu optimieren. Im Hinblick auf die Erreichung dieses Ziels wurde eine Vielzahl von Massnahmen beschlossen, wie die intensivere Begleitung und Steuerung bei Geburtsgebrechen, die gezielte Unterstützung von Jugendlichen beim Übergang ins Erwerbsleben und der Ausbau der Beratung und Begleitung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Weiter wird die Zusammenarbeit zwischen den Ärztinnen, Ärzten und Arbeitgebern sowie der IV ausgebaut. Ebenso wird das heutige Rentenmodell durch ein stufenloses System ersetzt, und eine einheitliche Regelung der Abklärungen und medizinischen Gutachten wird für alle Sozialversicherungen im Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000³ über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) verankert.

Für die Inkraftsetzung der WE IV, die auf den 1. Januar 2022 geplant ist, sind auch zahlreiche Anpassungen auf Verordnungsstufe nötig. Die meisten Änderungen wie auch einige zusätzliche Anpassungen ohne Bezug zur WE IV betreffen die Verordnung vom 17. Januar 1961⁴ über die Invalidenversicherung (IVV). Weiter sind Änderungen in der Verordnung vom 11. September 2002⁵ über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), der Verordnung vom 31. Oktober 1947⁶ über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV), der Verordnung vom 18. April 1984⁷ über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVV 2), der Verordnung vom 27. Juni 1995⁸ über die Krankenversicherung (KVV), der Verordnung vom 20. Dezember 1982⁹ über die Unfallversicherung (UVV) der Verordnung vom 31. August 1983¹⁰ über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung (AVIV) sowie der Verordnung vom 3. März 1997¹¹ über die obligatorische berufliche Vorsorge von arbeitslosen Personen nötig. Vorgesehen ist ausserdem, die bisherige Verordnung vom 9. Dezember 1985¹² über Geburtsgebrechen (GgV) in eine Departementsverordnung umzuwandeln.

Zu den Verordnungsanpassungen wurde vom 4. Dezember 2020 bis am 19. März 2021 ein Vernehmlassungsverfahren durchgeführt. Die wesentlichen Vernehmlassungsergebnisse werden in Kapitel 2 beschrieben. In Kapitel 3 werden die aufgrund der Vernehmlassung nochmals angepassten Verordnungsbestimmungen im Überblick dargestellt. Kapitel 4 erläutert die Verordnungsbestimmungen im Detail. Kapitel 5 thematisiert die finanziellen Auswirkungen der Vorlage.

2. Ergebnisse der Vernehmlassung

Die Vernehmlassung stiess auf sehr grosses Interesse. Insgesamt sind 204 Stellungnahmen eingegangen, die von 26 Kantonen, 3 politischen Parteien, dem Schweizerischen Gemeindeverband, dem Schweizerischen Städteverband, 3 Gesamtschweizerischen Dachverbänden

¹ BBI 2017 2535

² BBI 2020 5535

³ SR 830.1

⁴ SR 831.201

⁵ SR 830.11

⁶ SR 831.01

⁷ SR 831.441.1

⁸ SR 832.102

⁹ SR 832.202

¹⁰ SR 837.02

¹¹ SR 837.174

¹² SR 831.232.21

der Wirtschaft, 6 Versicherungsinstitutionen und 164 Organisationen der privaten Behindertenhilfe sowie weiteren Interessierten stammen. Bei den Stellungnahmen der Organisationen der privaten Behindertenhilfe handelt es sich zum Teil um Rückmeldungen der Regional- und Untergruppen der Dachverbände.

Teil der Vernehmlassung war auch die Prioritätenordnung zu Artikel 101^{bis} AHVG. Auch in diesem Bereich stiess die Vorlage auf grosses Interesse. Es sind insgesamt 33 Stellungnahmen eingegangen.

Die vom Bundesrat vorgeschlagenen Ausführungsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959¹³ über die Invalidenversicherung (IVG) werden im Wesentlichen begrüsst. Besonders positiv aufgenommen wird die Überführung der GgV in eine Departementsverordnung (Verordnung des EDI über Geburtsgebrechen; GgV-EDI), dass die Geburtsgebrechen, deren Behandlung durch die IV übernommen werden, präzisiert werden, und dass eine Liste der Arzneimittel zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste; GG-SL) eingeführt wird. Optimierungsbedarf sehen die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser vor allem bei den Themenbereichen medizinische Massnahmen, Invaliditätsbemessung, Verfahren und Begutachtung sowie Prioritätenordnung zu Artikel 74 IVG.

Die wichtigsten Rückmeldungen werden nachstehend zusammengefasst dargelegt.

Optimierung der Eingliederung

Die Optimierungen in der beruflichen Eingliederung werden von den Vernehmlasserinnen und Vernehmlassern durchwegs gutgeheissen und begrüsst. Rückmeldungen grundsätzlicher Natur wurden nicht eingereicht. Die eingegangenen Forderungen beziehen sich auf Anpassungs- oder Änderungsvorschläge zu Detailfragen:

Die Vorlage sieht vor, dass eine Grundausbildung auf höherem Niveau (gemäss Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002¹⁴ über die Berufsbildung [BBG]), die allenfalls im Anschluss an eine Ausbildung möglich ist, im ersten Arbeitsmarkt durchgeführt werden muss. Die Organisationen der privaten Behindertenhilfe fordern, dass diese auch im zweiten Arbeitsmarkt durchgeführt werden können soll. An der vorgeschlagenen Regelung wird festgehalten: Die Ausbildung soll entsprechend dem Entwicklungsstand und den Fähigkeiten der versicherten Person erfolgen. Sofern sinnvoll, soll dies gestaffelt geschehen, aber immer mit der Absicht, den nachhaltigen Einstieg in eine möglichst existenzsichernde Erwerbsarbeit zu begünstigen. Dem Ziel der Integration in den ersten Arbeitsmarkt – worauf die WE IV fokussiert – kann mit einer Ausbildung, die ausschliesslich im geschützten Rahmen erfolgt, nicht genügend Rechnung getragen werden.

In der Vorlage ist weiter vorgesehen, dass die Beiträge der IV an die Koordinationsstellen je nach Anteil der 13 – 25-Jährigen an der ständigen Wohnbevölkerung im Kanton zwischen 0,25 und 2 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) betragen, wobei die Beiträge ein Drittel der von der kantonalen Instanz finanzierten Stellenprozenten nicht übersteigen dürfen. Einige Kantone fordern von der IV eine höhere Beteiligung. Diesem Anliegen soll im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten insofern entsprochen werden, als der jährlich mögliche Höchstbetrag erhöht wird. Zudem soll zwecks besserer Klarheit nicht mehr auf VZÄ abgestellt werden, sondern es werden Minimal- und Maximalbeträge festgelegt. Dies entspricht den kantonalen Gegebenheiten besser.

In der IVV soll auch festgelegt werden, dass das Taggeld bei der erstmaligen beruflichen Ausbildung (EbA) dem Lohn gemäss Lehrvertrag entspricht. Wird der Lohn im Vergleich zum kantonalen branchenüblichen Lohn zu tief oder zu hoch angesetzt, soll das Taggeld nach den Richtlöhnen des «Lohnbuchs Schweiz»¹⁵ bemessen werden. 16 Kantone und die Durchführungsstellen fordern den Verzicht auf diese Korrekturmöglichkeit. 4 Kantone, die Durchführungsstellen und eine Versicherungsinstitution kritisieren zudem die Verwendung des «Lohnbuch Schweiz» als statistische Grundlage. Diese Anliegen werden teilweise in die Vorlage

¹³ SR 821.20

¹⁴ SR 412.10

¹⁵ Vgl. Amt für Wirtschaft und Arbeit des Kantons Zürich (2020): *Lohnbuch Schweiz 2020. Alle Löhne der Schweiz auf einen Blick* (erscheint jährlich).

aufgenommen. So sollen im Sinne der Gleichbehandlung unter- und überdurchschnittliche Lehrlingslöhne zwar angepasst werden können, sie sollen jedoch nicht auf dem «Lohnbuch Schweiz», sondern den jeweiligen kantonalen Empfehlungen für Ausbildungslöhne basieren.

Medizinische Eingliederungsmassnahmen

Um das aufwändige Abgrenzungsverfahren zwischen Krankenversicherung und IV zu vereinfachen, ist in der Vorlage vorgesehen, die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme zu konkretisieren. Unter anderem sollen medizinische Eingliederungsmassnahmen erst dann von der IV übernommen werden, wenn die Behandlung des Leidens an sich abgeschlossen und ein «stabilisierter Gesundheitszustand» erreicht ist.

2 Kantone, Behindertenorganisationen und diverse medizinischen Fachgesellschaften fordern, dass bei der Kostenübernahme – wie in der Rechtsprechung – auf das Kriterium eines «relativ stabilisierten Gesundheitszustands» abgestellt wird.

Die vorgeschlagene Regelung wird jedoch nicht angepasst: Um eine bessere Abgrenzung zwischen Krankenversicherung und IV zu erreichen, wurde bewusst auf den Begriff «relativ» verzichtet. So soll eine medizinische Eingliederungsmassnahme auch künftig zur Verbesserung des Gesundheitszustandes beitragen können, jedoch nicht in einem wesentlichen Masse, da sie hauptsächlich der Verbesserung der Eingliederungsfähigkeit dienen soll.

Definitionskriterien für Geburtsgebrechen und Aktualisierung der Geburtsgebrechen-Liste

Ergänzung der Chromosomen-Aberration als genetische Krankheit

Einzelne Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser fordern, auch die Chromosomen-Aberration als genetische Krankheit aufzuführen und damit verbunden verschiedene Krankheiten wie die Trisomie 13 oder 18 als Geburtsgebrechen anzuerkennen.

Dieser Forderung kann nicht entsprochen werden: Von Gesetzes wegen können nur behandelbare Krankheiten als Geburtsgebrechen anerkannt werden. Trisomie 13 oder 18 sind jedoch keiner Behandlung zugänglich. Die Trisomie 21 ist im IVG im Sinne einer Ausnahme explizit aufgeführt.

Neonatologie (GG-Ziffer 494)

In der überarbeiteten Geburtsgebrechen-Liste ist vorgesehen, dass die bisherige Ausgestaltung von Geburtsgebrechen (GG)-Ziffer 494 zur Neonatologie (Geburtsgewicht unter 2000 Gramm bis zur Erreichung eines Gewichts von 3000 Gramm) angepasst wird. Aus heutiger medizinischer Sicht ist festzustellen, dass das Unterschreiten einer Gewichtslimite als solches keine Krankheit darstellt. Deshalb ist in der Vorlage neu die 28. Gestationswoche als zeitliche Begrenzung festgelegt.

In der Vernehmlassung wurde zwar die Abkehr vom Richtwert «Geburtsgewicht» begrüsst. 2 Kantone, die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Direktoren (GDK) sowie betroffene Leistungserbringer fordern im Hinblick auf die Kostenverschiebung zu Lasten der Spitäler, der Kantone und der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) jedoch die Erhöhung der Grenze auf die 32. oder 35. Gestationswoche.

An der vorgeschlagenen Regelung wird festgehalten: Da die Frühgeburt die Kriterien eines Geburtsgebrechens nicht erfüllt, müsste die GG-Ziffer 494 eigentlich gestrichen werden. Um die Verschiebung eines Grossteils der Kosten für die Behandlung von Frühgeborenen in die Kantone und Spitäler bzw. zu den Versicherern zu verhindern, soll jedoch an der 28. Gestationswoche festgehalten werden. Damit werden drei Viertel der Gesamtkosten von rund 80 Millionen Franken bei der IV verbleiben. Die von den Vernehmlassenden zum Teil für Kantone, Spitäler und Krankenversicherer geltend gemachten Mehrkosten von 80 bis 100 Millionen Franken können nicht nachvollzogen werden.

Antragsverfahren

Es ist geplant, die Aktualisierung der Geburtsgebrechen-Liste regelmässig durchzuführen. Zu diesem Zweck soll ein Formular zur Anmeldung einer Krankheit als Geburtsgebrechen auf dem Internet aufgeschaltet werden. Die Gesuche sollen vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) geprüft werden, wobei auch die Begleitgruppe, in der unter anderem die Patientenorganisationen und die Fachgesellschaften vertreten sind, konsultiert werden soll.

Einige Vernehmlassungsteilnehmende wünschen nun Vorgaben und verbindliche Fristen betreffend die regelmässige Aktualisierung der Geburtsgebrechen-Liste. Diesem Wunsch kann allerdings nicht entsprochen werden: Um flexibel auf Veränderungen reagieren zu können, wird auf die Festlegung von Fristen für die Überprüfung der Geburtsgebrechen-Liste bewusst verzichtet. Der Antragsprozess und der Einbezug der Begleitgruppe werden in den Erläuterungen zum Erlassentwurf jedoch präziser umschrieben.

Rückmeldungen zur Liste der Geburtsgebrechen

Zu einzelnen Ziffern der Geburtsgebrechen-Liste gab es Rückmeldungen. Entsprechend wurde die Liste nochmals überprüft und grösstenteils im Sinne der Rückmeldungen angepasst.

Kompetenzzentrum Arzneimittel

Die Schaffung eines Kompetenzzentrums Arzneimittel beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) wird von verschiedenen Vernehmlassenden explizit begrüsst. Organisationen der privaten Behindertenhilfe und Patientenorganisationen kritisieren aber unter anderem, dass das BAG «innert zweckmässiger Frist» über ein Gesuch zur Aufnahme eines Arzneimittels auf die GG-SL entscheiden soll. Demgegenüber wird gefordert, diese Frist auf 60 Tage oder auf 30 Tage festzuschreiben. Die Formulierung «innert zweckmässiger Frist» wird jedoch beibehalten, weil es sich bei Arzneimitteln der GG-SL meist um komplexe Gesuche handelt, deren Prüfung bezüglich der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) sehr aufwändig ist.

Invaliditätsbemessung

Im Rahmen seiner neuen Kompetenz, die Invaliditätsbemessung zu regeln, sieht der Bundesrat vor, die Grundsätze für die Bestimmung von Status, Einkommen ohne und mit Invalidität sowie Bemessung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen zu konkretisieren.

Zahlreiche Stellungnahmen aus allen Vernehmlassungskategorien beanstanden die Regelung des leidensbedingten Abzuges, die Festlegung des Einkommens ohne bzw. mit Invalidität für Geburts- und Frühinvalide sowie die vorgesehene Anwendung der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS). Gefordert werden eine neue LSE-Tabelle mit spezifischen Anforderungen beim Einkommen mit Invalidität sowie das Anrechnen von jedem erzielten, tatsächlichen Einkommen.

Die vorgesehenen Grundsätze der Invaliditätsbemessung werden jedoch unverändert belassen. Diese orientieren sich zum einen am gesetzlich geregelten, ausgeglichenen Arbeitsmarkt und zum anderen soweit als möglich an den bisherigen, aktuell geltenden Regelungen. Das Anrechnen eines erzielten, tatsächlichen Einkommens soll sich weiterhin daran orientieren, dass die verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit erwerblich bestmöglich verwertet wird. Dies nicht zuletzt auch, um zu verhindern, dass Fehlanreize für tiefe, nicht gerechtfertigte Löhne geschaffen werden. Ein Abstellen auf spezifisch für die IV geschaffene LSE-Tabellen würden eine Abkehr vom ausgeglichenen Arbeitsmarkt und damit von den gesetzlichen Vorgaben bedeuten (Art. 16 ATSG). In der Vorlage ist jedoch neu eine Flexibilisierung bei der Anwendung von statistischen Werten vorgesehen. Zudem ist das BSV bereit, das Anliegen bezüglich der Verwendung der LSE-Tabellen im Rahmen der Evaluation der WE IV zu prüfen. Allfällige neue Tabellen müssten unter Berücksichtigung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, der finanziellen Konsequenzen und den Auswirkungen auf die übrigen Sozialversicherungen analysiert und entwickelt werden. Könnten neue Tabellen geschaffen werden, müssten ausserdem die Bestimmungen der IVV zur Invaliditätsbemessung nochmals gesamthaft geprüft werden.

Fallführung

In der Verordnung ist vorgesehen, dass die Kernelemente der durchgehenden und einheitlichen Fallführung, inklusive der Fallführung bei medizinischen (Eingliederungs-)Massnahmen, als Aufgabe der IV-Stellen umschrieben werden. Mehrere Kantone und die IV-Stellen-Konferenz (IVSK) kritisieren den hohen Regelungsgrad auf Stufe Verordnung. Aus Gründen der Rechtsgleichheit wird am Regelungsgrad festgehalten.

Verfahren und Begutachtung

Die vorgesehenen Regelungen zielen auf eine höhere Transparenz und bessere Qualität im Bereich Verfahren und Begutachtung ab. In der Vernehmlassung wurden sie grundsätzlich begrüsst. Nachfolgend werden die wichtigsten kritisierten Aspekte ausgeführt:

Einigungsverfahren

Die Vorlage sieht vor, dass bei Ausstandsgründen ein Einigungsverfahren durchgeführt wird. Versicherungsinstitutionen, Gewerkschaften und verschiedene Organisationen der privaten Behindertenhilfe fordern, dass ein Einigungsverfahren auf Verlangen einer Partei durchgeführt werden können soll. Namentlich Gewerkschaften und Organisationen der privaten Behindertenhilfe wünschen, dass bei Uneinigkeit in Bezug auf die sachverständige Person bei monodisziplinären Gutachten die Sachverständigen der beiden Parteien gemeinsam ein Gutachten erstellen («französisches Modell»).

Die Forderung, dass bei jeglichen Einwänden auf Verlangen einer Partei ein Einigungsversuch durchgeführt werden kann, wird übernommen. Auf die Übernahme des «französischen Modells» wird jedoch verzichtet, weil dieses nicht dem Amtsermittlungsverfahren entspricht, das Verfahren deutlich verlangsamen würde und dem Grundsatz eines monodisziplinären Gutachtens entgegenstehen würde.

Tonaufnahmen

Die Vorlage sieht Regelungen vor, die den Wunsch der versicherten Person, auf eine Tonaufnahme zu verzichten, präzisieren. Zudem sollen die Tonaufnahmen der Interviews gleich lang wie die übrigen Akten aufbewahrt werden. Die politischen Parteien, die IVSK und Behindertenorganisationen fordern bei einem Verzicht eine Verbesserung der Abläufe und die deutliche Verkürzung der Aufbewahrungsfrist. Auf diese Forderungen wird eingegangen; entsprechende Verbesserungen sind vorgesehen.

Aus- und Fortbildung der Sachverständigen

Die Vorlage beinhaltet Vorgaben in Bezug auf die Aus- und Fortbildung der Sachverständigen. Behindertenorganisationen, eine Versicherungsinstitution, der Verein Versicherungsmedizin Schweiz (Swiss Insurance Medicine [SIM]), Durchführungsstellen, Leistungserbringer, ärztliche Fachverbände und mehrere Kantone empfinden diese Vorgaben als zu einschränkend.

Vor diesem Hintergrund ist in der Verordnung eine Anpassung und Öffnung bei der Vorgabe für die versicherungsmedizinische Aus- und Fortbildung vorgesehen. Zudem soll die Eidgenössische Kommission zur Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung neue Empfehlungen zur Aus- und Fortbildung aussprechen können, die von den Versicherungsträgern anerkannt werden sollen.

Zusammensetzung und Aufgaben der Kommission zur Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung

Die Vorlage konkretisiert die Zusammensetzung und Aufgaben der Kommission zur Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung. Behindertenorganisationen, Versicherungsinstitutionen, SIM, Durchführungsstellen und Leistungserbringer kritisieren die Zusammensetzung der Kommission als zu wenig ausgewogen. Vor diesem Hintergrund wird in der Vorlage die Zusammensetzung dahingehend angepasst, dass die Patienten- und Behindertenorganisationen neu von zwei Personen vertreten sein werden, während die Ärzteschaft eine Vertretung weniger haben wird.

Bidisziplinäre Gutachten

Die Vernehmlassungsvorlage sieht vor, dass bidisziplinäre Gutachten nur noch an zugelassene Gutachterstellen und nach Zufallsprinzip vergeben werden. Behindertenorganisationen, eine Gewerkschaft, SIM, Durchführungsstellen, Leistungserbringer, einzelne Kantone sowie ärztliche Fachgesellschaften fordern, dass die Vergabe auch an Sachverständigentandems möglich sein soll. Dieser Forderung wird entsprochen: Um die Kapazität zu erhöhen, ist neu auch die Zulassung von Sachverständigen-Zweierteams vorgesehen.

Prioritätenordnung zu Artikel 74 IVG

Nach Artikel 74 Absatz 1 IVG werden die Dachorganisationen der privaten Invalidenhilfe durch Finanzhilfen der IV unterstützt. Im Rahmen der WE IV wurde Artikel 75 IVG mit einer Delegationsnorm ergänzt und damit die Grundlage für eine Prioritätenordnung auf Stufe Bundesrat geschaffen, die die Verteilung der Finanzhilfen im Rahmen des festgelegten Höchstbetrags regelt.

Der Mechanismus, der im Rahmen dieser Delegationsnorm in der IVV hätte definiert werden und die bestehende Verteilung der Mittel ergänzen sollen, ist in der Vernehmlassung auf fundamentalen Widerstand gestossen. Deshalb wird auf die geplante Neuregelung vorerst verzichtet. Eine mögliche Anpassung soll nun unter Einbezug der Behindertenorganisationen im Hinblick auf die neue Vertragsperiode (2024-2027) erfolgen.

Prioritätenordnung zu Artikel 101^{bis} AHVG

Auf Verordnungsstufe sollen im Bereich der Altershilfe die Finanzhilfen auf höchstens 50 Prozent der tatsächlichen Kosten beschränkt werden. Ausnahmsweise soll die Höchstgrenze auf 80 Prozent erhöht werden können. Unter anderem 14 Kantone und 10 interessierte Organisationen kritisieren die Anwendung einer starren Obergrenze von 50 Prozent und beziehen sich dabei unter anderem auf einzelne Leistungen wie jene von Pro Senectute im Bereich der Sozialberatung. Es wird gefordert, die Finanzhilfen in diesem Bereich grosszügiger zu sprechen bzw. mehr Flexibilität bei der Anwendung der Regel zu ermöglichen.

Diese Kritik hat keine Änderung von Artikel 224 Absatz 3 E-AHVV zur Folge. Jedoch werden im erläuternden Bericht Präzisionen vorgenommen. Zum einen wird präzisiert, dass die maximale Beteiligung von 50 Prozent für jede rechtlich selbständige Organisation und für Leistungsbereiche gilt, nicht aber für jede einzelne Leistung. Andererseits wird präzisiert, dass Pro Senectute Schweiz als grösste national tätige Altersorganisation von einer Ausnahme im Hinblick auf die Koordinations- und Entwicklungsaufgaben profitieren könnte.

Assistenzbeitrag

Die Vorlage sieht vor, die Nachtpauschale für den Assistenzbeitrag zu erhöhen, um dem Modell für die Ergänzung der kantonalen Normalarbeitsverträge im Hausdienst (Modell-NAV) Rechnung zu tragen. Sehr viele Organisationen der privaten Behindertenhilfe und weitere Vernehmlassende verlangen, dass pro aktiv geleistete Stunde in der Nacht ein Zuschlag von 25 Prozent bezahlt werden soll. Da es sich beim Nachtzuschlag jedoch um einen Pauschalbetrag handelt, der unerheblich von der Anzahl aktiv geleisteter Stunden erfolgt, wird dieser Forderung nicht entsprochen.

3. Grundzüge der Vorlage

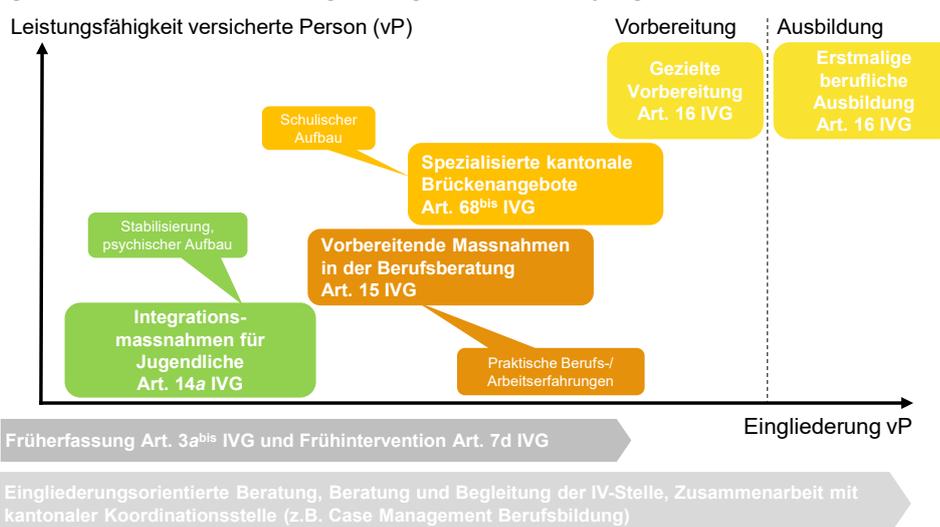
3.1 Optimierung der Eingliederung

Früherfassung und Frühintervention

Die WE IV soll insbesondere die Chancen der Jugendlichen, die die obligatorische Schulzeit noch nicht oder gerade abgeschlossen haben, auf eine Berufsausbildung, die ihren Fähigkeiten und ihrem Gesundheitszustand entspricht, erhöhen und Invalidität möglichst verhindern. Deshalb werden die Früherfassung und die Frühintervention auf von Invalidität bedrohte Minderjährige ab dem vollendeten 13. Altersjahr ausgeweitet (siehe **Grafik**). Zudem wird die Früherfassung auch auf Personen mit drohender Arbeitsunfähigkeit ausgedehnt.

In der IVV (Art. 1^{ter} und 1^{sexies} Abs. 2 E-IVV) sollen diese Änderungen konkretisiert werden.

Grafik: Massnahmen der IV zur adäquaten und koordinierten Unterstützung von gesundheitlich beeinträchtigten Jugendlichen und jungen Erwachsenen



Die Grafik zeigt die verschiedenen, bereits bestehenden sowie mit der WE IV neu geschaffenen Massnahmen zur Förderung des Eingliederungspotenzials von gesundheitlich beeinträchtigten Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Massnahmen zielen in Abstimmung mit den kantonalen Angeboten und in enger Zusammenarbeit mit den kantonalen Instanzen und anderen relevanten Akteuren darauf, die Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf eine erstmalige berufliche Ausbildung vorzubereiten. Sie sind unterschiedlich ausgestaltet, um die Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit ihren je unterschiedlichen physischen und psychischen Voraussetzungen bedarfsgerecht zu unterstützen.

Integrationsmassnahmen

Die im Rahmen der WE IV beschlossenen Änderungen in Artikel 14a IVG machen Integrationsmassnahmen neu auch für Jugendliche zugänglich, die noch nicht auf dem Arbeitsmarkt sind. Vor diesem Hintergrund müssen die Integrationsmassnahmen spezifisch auf Jugendliche ausgerichtet (vgl. **Grafik**) und mit den anderen, neuen Vorbereitungsmassnahmen für Jugendliche (Art. 15, 16, 68^{bis} Abs. 1^{ter} IVG) koordiniert werden, wobei der Fokus auf dem Aufbau der Leistungsfähigkeit und der psychologischen Begleitung liegen soll und nicht auf der Füllung schulischer Lücken. Hierfür ist die IVV entsprechend anzupassen (insb. Art. 4^{quingies} E-IVV). Im Weiteren wurde im Rahmen der WE IV die lebenslange Beschränkung der Dauer von Integrationsmassnahmen auf zwei Jahre aufgehoben. Integrationsmassnahmen können künftig auch dann noch verfügt werden, wenn bereits während insgesamt zwei Jahren solche Massnahmen gewährt worden sind. In der IVV sollen die Regelungen im Zusammenhang mit der Dauer der Integrationsmassnahmen präzisiert werden. Weitere Verordnungsanpassungen werden aufgrund neuer Regelungen in den Artikeln 3a, 14^{quater} und 57 IVG notwendig (u.a. Art. 4^{sexies} E-IVV).

Berufsberatung

Im Rahmen der Beratung der WE IV hat das Parlament Artikel 15 IVG so angepasst, dass alle Versicherten, die infolge Invalidität Schwierigkeiten bei der Berufswahl haben, neu auch Anspruch auf vorbereitende Massnahmen für den Eintritt in die Ausbildung haben. Gemäss Gesetzgeber ist das Ziel der Massnahme, Jugendliche zum Beispiel mittels Praktika besser auf eine Ausbildung in einem Betrieb vorzubereiten. In Artikel 4a E-IVV sollen die neuen vorbereitenden Massnahmen präzisiert werden, um sie in der Angebotspalette zu den Vorbereitungs-massnahmen der IV für Jugendliche (vgl. **Grafik**) und in den übrigen Elementen der Berufsberatung zielgerichtet und effektiv zu verorten. Der Fokus der vorbereitenden Massnahmen nach dem neuen Artikel 15 IVG soll nicht auf der Füllung schulischer Lücken oder der psychotherapeutischen Begleitung liegen. Die Massnahme soll vielmehr der praktischen Erprobung von möglichen Berufszielen und der Heranführung an die Anforderungen des ersten Arbeitsmarkts (Praktika) dienen.

Erstmalige berufliche Ausbildung

Damit eine erstmalige berufliche Ausbildung (EbA) (vgl. **Grafik**) erfolgreich absolviert werden und eine anschliessende Integration in den (ersten) Arbeitsmarkt möglichst nachhaltig gelingen kann, ist es wichtig, dass die EbA den Fähigkeiten und dem Entwicklungsstand der versicherten Person entspricht (vgl. Art. 8 Abs. 1^{bis} IVG).

Mit der WE IV wurde Artikel 16 IVG dahingehend ergänzt, dass eine EbA sich nach Möglichkeit an der beruflichen Eingliederung im ersten Arbeitsmarkt orientiert und bereits dort erfolgen soll. Auch wurde mit Absatz 4 dem Bundesrat in einer Delegationsnorm neu die Kompetenz erteilt, die Voraussetzungen für die Zusprache von praktischen, niederschweligen Ausbildungen hinsichtlich Art, Dauer und Umfang festzulegen.

Auf Verordnungsstufe soll die Regelung der EbA weiter konkretisiert werden, indem die folgenden Punkte neu in die IVV aufgenommen werden:

- Definition der Schnittstelle zu Artikel 15 IVG (Berufsberatung) (Art. 5 Abs. 2 E-IVV)
- Definition, wann eine EbA als abgeschlossen gilt (Art. 5 Abs. 3 E-IVV)
- Ausführungen zur Delegationsnorm an den Bundesrat (Art. 5 Abs. 4 und 5 E-IVV)
- Definition der Schnittstelle zu Artikel 17 IVG (Umschulung) (Art. 5^{bis} Abs. 1 E-IVV).

Mitfinanzierung von kantonalen Koordinationsstellen

Der im Rahmen der WE IV neu geschaffene Artikel 68^{bis} Absatz 1^{bis} IVG hat zum Ziel, Jugendliche mit Beeinträchtigungen früher zu erfassen und zu begleiten. Wenn die Zusammenarbeit zwischen der IV-Stelle und der kantonalen Instanz, die Jugendliche mit Mehrfachschwierigkeiten unterstützt (z.B. Case Management Berufsbildung), in einer Vereinbarung formalisiert ist, kann die IV diese kantonale Instanz mitfinanzieren (vgl. auch **Grafik**). In der IVV soll präzisiert werden, dass die IV-Stellen für die Erstellung und Überprüfung dieser Vereinbarungen zuständig sind und das (BSV im Auftrag des Bundesrates Mindeststandards für die Vereinbarungen festlegt (Art. 96^{bis} E-IVV). Dabei sind die Regelungen zur Früherfassung (Art. 3a^{bis} IVG) und zur ausgebauten Beratung und Begleitung (Art. 14^{quater} und Art. 57 IVG) zu berücksichtigen. Es soll eine bedarfsgerechte und längerfristig angelegte Objektfinanzierung der kantonalen Koordinationsstellen gewährleistet werden. Hierzu sollen in der Verordnung auf Basis der ständigen kantonalen Wohnbevölkerung zwischen 13 und 25 Jahren Beiträge festgelegt werden, die sich in der Höhe von 50'000 bis maximal 400'000 Franken bewegen (Art. 96^{ter} E-IVV). Die nachstehende Tabelle stellt den so entstandenen Verteilschlüssel dar:

Anzahl 13- bis 25-Jähriger		Beiträge in Franken (Basis Mai 2021), falls diese 1/3 der kantonalen Ausgaben nicht übersteigen ¹⁶	IV-Stellen in dieser Kategorie
< 10'000 (bis 9999)		50'000	AI, AR, NW, OW, GL, UR
10'000 – 29'999		100'000	SZ, ZG, BS, SH, GR, NE, JU
30'000 – 59'999		150'000	LU, FR, SO, BL, TG, TI, VS
60'000 – 99'999		200'000	SG, AG, GE
> 100'000		400'000	ZH, BE, VD

Die Berechnungen, die der Tabelle zugrunde liegen, sowie deren Aktualisierung werden in Weisungen detaillierter geregelt werden.

Mitfinanzierung von kantonalen Brückenangeboten

Ziel des neuen Artikels 68^{bis} Absatz 1^{ter} IVG ist ein besserer Zugang für Jugendliche mit Beeinträchtigungen zu den kantonalen Brückenangeboten der Regelstrukturen: Wenn die Zusammenarbeit zwischen der IV-Stelle und der Trägerschaft der kantonalen Angebote in einer Vereinbarung formalisiert ist, kann die IV die kantonalen Angebote mitfinanzieren, um diese je nach Situation und Bedarf der versicherten Person niederschwelliger auszugestalten. Die **Grafik** auf Seite 4 zeigt, dass bei kantonalen Brückenangeboten nach Artikel 68^{bis} Absatz 1^{ter} IVG der Fokus auf der schulischen Förderung liegt – im Unterschied zu den neuen Integrationsmassnahmen für Jugendliche nach Artikel 14a IVG (Fokus: psychologische Begleitung) und den ebenfalls neu eingeführten vorbereitenden Massnahmen nach Artikel 15 IVG (Fokus: Überprüfung von Berufszielen und sozialpädagogisch begleitete Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt). In der IVV soll präzisiert werden, dass die IV-Stellen für die Erstellung und Überprüfung dieser Vereinbarungen zuständig sind und das BSV im Auftrag des Bundesrates Mindeststandards für die Vereinbarungen festlegt (Art. 96^{bis} E-IVV). Um bedarfsgerechte, kantonale Angebote zu gewährleisten, sollen diese via Subjektfinanzierung passend ausgestaltet werden können (Art. 96^{quater} E-IVV).

Personalverleih

Mit der WE IV wird den IV-Stellen neu ermöglicht, nach dem Arbeitsvermittlungsgesetz vom 6. Oktober 1989¹⁷ (AVG) zugelassene Personalverleiher beizuziehen (Art. 18a^{bis} IVG). Das Gesetz sieht vor, dass Personalverleiher für ihre Leistungen eine Entschädigung erhalten. Zudem entschädigt die IV die gesundheitsbedingten Mehrkosten für die Beiträge an die berufliche Vorsorge und für die Krankentaggeldprämien.

In einer neuen Verordnungsbestimmung (Art. 6^{quinquies} E-IVV) sollen, wie in Artikel 18a^{bis} Absatz 4 IVG vorgesehen, der Höchstbetrag sowie die Modalitäten der Entschädigung konkretisiert werden.

Taggelder der IV

Mit der neuen IVG-Bestimmung zum Taggeld sollen gesundheitlich beeinträchtigte Jugendliche und junge Erwachsene gleichaltrigen gesunden Personen finanziell gleichgestellt werden. Es soll vermieden werden, dass die Taggelder von gesundheitlich beeinträchtigten Jugendlichen während der Ausbildung höher ausfallen als der Lohn, den gleichaltrige gesunde Personen erhalten. Der Anspruch auf Taggeld besteht künftig bereits ab Ausbildungsbeginn, dies

¹⁶ Im Jahr 2020 rechnet man mit Kosten von ca. 160'000 Franken für ein VZÄ. Dieser Betrag wird im Verlaufe der Jahre unter anderem wegen der Teuerung angepasst werden müssen, weshalb die Spalte «Höchstbeiträge» nur exemplarisch zu verstehen ist. Die in der Verordnung definierte Höchstgrenze der Mitfinanzierung bezieht sich auf die Anzahl VZÄ.

¹⁷ SR 823.11

auch ohne Vorliegen eines Erwerbsausfalls und vor dem vollendeten 18. Altersjahr. Mit diesem Modell erhalten versicherte Personen als Kompensation für die geleistete Arbeit vom Arbeitgeber einen richtigen Lohn.

Vor diesem Hintergrund ist die IVV anzupassen, insbesondere in Bezug auf die Regelungen zur Gewährung von Taggeldern während der Abklärung (Art. 17 Abs. 2 E-IVV) und während der Wartefrist (Art. 18 E-IVG). Anpassungen sind auch bei den Berechnungsgrundlagen für die Höhe der Taggelder nötig (Art. 21^{octies} Abs. 3 und Art. 22 E-IVV).

Unfallschutz

Die Unfallversicherung von Personen in Massnahmen der IV (UV IV), die mit der WE IV eingeführt wird, schafft Rechtssicherheit für alle beteiligten Personen, was der Eingliederung zugutekommt. Mit den vorgesehenen Bestimmungen entlastet die IV insbesondere Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber von Kosten und Pflichten, was deren Bereitschaft, Eingliederungsmassnahmen anzubieten, erhöhen soll.

Das Bundesgericht hat 2018 zum ersten Mal die Unterstellung einer Eingliederungsmassnahme der IV (konkret den Arbeitsversuch nach Art. 18a IVG) unter den Unfallversicherungsschutz nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981¹⁸ über die Unfallversicherung (UVG) beurteilt.¹⁹ In der Folge wurden die in der Botschaft zur WE IV angedachten Bestimmungen im Bereich Unfallversicherungsschutz an die neue Rechtsprechung des Bundesgerichts angepasst.

Für die Umsetzung der UV IV bedarf es sowohl in der IVV als auch in der UVV verschiedener Regelungen (insb. Art. 88^{sexies} ff. E-IVV, achter Titel a E-UVV). Diese betreffen hauptsächlich das Verfahren in Bezug auf den neuen Versicherungszweig. Aufgrund der spezifischen Ausgangslage von versicherten Personen in Eingliederungsmassnahmen sind zudem Präzisierungen betreffend Einzelheiten (u.a. Bemessung der Leistungen im Unfallfall) nötig.

3.2 Medizinische Massnahmen

Medizinische Eingliederungsmassnahmen

Im Rahmen der WE IV wird die Altersgrenze für medizinische Eingliederungsmassnahmen gemäss Artikel 12 IVG erhöht. Für versicherte Personen, die an einer beruflichen Eingliederungsmassnahme teilnehmen, werden die medizinischen Eingliederungsmassnahmen neu bis zur Vollendung des 25. Altersjahres ausgerichtet. In der IVV soll nun detailliert geregelt werden, was bei mehreren aufeinander folgenden beruflichen Eingliederungsmassnahmen gilt (Art. 2^{bis} E-IVV). Zudem sollen die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme dahingehend konkretisiert werden, dass die Anmeldung für eine medizinische Eingliederungsmassnahme vor Beginn der Behandlung erfolgen muss (Art. 2 Abs. 3 E-IVV). Damit soll ein Beitrag dazu geleistet werden, die administrativ aufwändigen Abgrenzungsverfahren zwischen Krankenversicherern und der IV zu reduzieren.

Kriterien für die Aufnahme von Geburtsgebrechen in die Geburtsgebrechen-Liste

Mit der WE IV werden die aus der Rechtsprechung entwickelten Definitionskriterien für Geburtsgebrechen im IV-rechtlichen Sinn kodifiziert und genauer definiert. Mit der Verankerung der Voraussetzungen zur Anerkennung eines Geburtsgebrechens auf Stufe Gesetz (fachärztliche Diagnose, Beeinträchtigung der Gesundheit mit einem gewissen Schweregrad, Erfordernis einer langdauernden oder komplexen Behandlung und Behandelbarkeit mit medizinischen Massnahmen gemäss neuem Art. 14 IVG) wird Klarheit und Rechtssicherheit sowohl für die Rechtsanwendenden als auch für die Versicherten geschaffen.

Die Kriterien für die Aufnahme eines Geburtsgebrechens in die Liste der Geburtsgebrechen sollen vor diesem Hintergrund ausführlicher und neu nicht mehr in der bisherigen GgV, sondern in der IVV (Art. 3 Abs. 1 bis 3, 3^{bis}, 3^{ter} E-IVV) geregelt werden. Die Aufgabe, diejenigen

¹⁸ SR 832.20

¹⁹ BGE 144 V 411

Geburtsgebrechen zu bestimmen, für die die IV medizinische Massnahmen gewährt, soll vom Bundesrat an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) übertragen werden. Entsprechend ist vorgesehen, die heutige Bundesrats- durch eine Departementsverordnung zu ersetzen (GgV-EDI). In den Anhang der neuen GgV-EDI soll auch die im Rahmen der WE IV aktualisierte Geburtsgebrechen-Liste aufgenommen werden. Die neue GgV-EDI mit der aktualisierten Liste der Geburtsgebrechen wird in einer separaten Vorlage behandelt (vgl. GgV-EDI und Erläuterungen zur GgV-EDI).

Ambulant erbrachte medizinische Pflegeleistungen

Im Rahmen der WE IV wurde beschlossen, dass künftig der Bundesrat die medizinischen Pflegeleistungen festlegt, für welche die IV die Kosten übernimmt (Art. 14^{ter} Abs. 1 Bst. c IVG). Der Bundesrat kann diese Aufgabe dem EDI oder dem BSV übertragen (Art. 14^{ter} Abs. 4 IVG).

Die medizinischen Pflegeleistungen, die aktuell erst in Weisungen (IV-Rundschreiben) beschrieben sind, sollen neu in Artikel 3^{quinquies} E-IVV geregelt werden. Die Leistungen entsprechen sinngemäss den Leistungen in Artikel 7 der Verordnung des EDI vom 29. September 1995²⁰ über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV), sind mit ihnen aber nicht identisch. Eine Verankerung der medizinischen Pflegeleistungen in der IVV ist angezeigt, damit deren Zusprache an die Versicherten rechtlich abgesichert ist. Als Teil der medizinischen Pflegeleistungen soll in Artikel 3^{quinquies} E-IVV auch die medizinische Überwachung geregelt werden, die per 1. Januar 2020 mit dem IV-Rundschreiben Nr. 394 eingeführt worden ist. Damit soll die medizinische Pflege für IV-Versicherte konkretisiert und ein standardisiertes Abklärungsverfahren für die einheitliche Leistungszusprache etabliert werden. Die ambulant erbrachten medizinischen Pflegeleistungen basierend auf Artikel 3^{quinquies} Absatz 4 E-IVV sollen gemäss dem in Artikel 14^{ter} Absatz 4 IVG festgelegten Delegationsrecht des Bundesrates auf Departementsstufe geregelt werden (vgl. dazu Verordnung des EDI über ambulant erbrachte medizinische Pflegeleistungen und Erläuterungen zur Verordnung des EDI über ambulant erbrachten medizinische Pflegeleistungen).

3.3 Kompetenzzentrum Arzneimittel

Der neue Artikel 14^{ter} Absatz 5 IVG sieht vor, dass eine Liste der Arzneimittel zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste; GG-SL) erstellt wird für Arzneimittel, die nicht auf der Spezialitätenliste (SL) aufgeführt sind. In den neuen Artikeln 3^{sexies} bis 3^{octies} und 3^{decies} E-IVV sollen die Bestimmungen zu dieser Liste konkretisiert werden: Die Führung der GG-SL wird an das BAG delegiert, das aufgrund seiner Zuständigkeit für die SL bereits Erfahrung in der Durchführung von WZW-Prüfungen bei Arzneimitteln hat. Ein Arzneimittel wird dann in die GG-SL aufgenommen, wenn es nur für die Behandlung von Geburtsgebrechen indiziert ist und die Behandlung in den überwiegenden Fällen vor dem 20. Altersjahr beginnt.

3.4 Tarifierung und Rechnungskontrolle

Im Rahmen der WE IV wurde der Bundesrat damit beauftragt, die Tarife im Bereich der IV mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen zu koordinieren (Art. 27 Abs. 2 IVG). Die Tarifierungsgrundsätze müssen daher in der IVV analog zu den anderen Sozialversicherungen, insbesondere zum Bundesgesetz vom 18. März 1994²¹ über die Krankenversicherung (KVG) und zum UVG, konkretisiert werden. Für die medizinischen Massnahmen sind die Grundsätze zur Tarifordnung und zur Kostenermittlung für die Leistungsabgeltung einzuführen (ambulante Leistungen und bei Spitalaufenthalten; Art. 24^{bis} bis 24^{quinquies} E-IVV). Die Tarifverträge für Integrationsmassnahmen und Massnahmen beruflicher Art sollen separat geregelt werden (Art. 24^{sexies} E-IVV).

²⁰ SR 832.112.31

²¹ SR 832.10

Infolge einer Empfehlung der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK)²² wurde im Rahmen der WE IV die Rechnungskontrolle konkretisiert (Art. 27^{ter} IVG). In der IVV soll diese im Detail ausgeführt werden (Art. 79^{ter} ff. E-IVV).

3.5 Rentensystem

Stufenloses Rentensystem

Mit der Einführung des stufenlosen Rentensystems in der IV wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und nicht mehr wie bisher nach Viertelsrentenstufen. Der Wegfall der Viertelsrentenstufen bedingt formelle Anpassungen in der IVV und der AHVV (Art. 33^{bis} Abs. 2, Art. 38 Abs. 2 E-IVV und Art. 51 Abs. 5 E-AHV); zudem ist eine Übergangsbestimmung betreffend die Kürzung der beiden Renten eines Ehepaars nötig. Im Weiteren sollen anstelle von Rententabellen Vorschriften zur Ermittlung der Rentenhöhe geschaffen werden (Art. 53 Abs. 1 E-AHV).

Da die Neuabstufungen des Rentenanspruchs auch für Invalidenleistungen der obligatorischen beruflichen Vorsorge gelten, ist auch die Anpassung von Artikel 4 und 15 E-BVV 2 sowie Artikel 3 der Verordnung über die obligatorische berufliche Vorsorge von arbeitslosen Personen nötig.

Bemessung Invaliditätsgrad

Im Rahmen der WE IV wurde die bisherige Delegationsnorm an den Bundesrat zur Festlegung des massgebenden Erwerbseinkommens präzisiert (Art. 28a Abs. 1 IVG). Damit kann der Bundesrat nun sowohl das Einkommen mit und ohne Invalidität als auch die anzuwendenden Korrekturfaktoren auf Verordnungsstufe regeln.

Die prozentgenaue Erhebung des IV-Grades erhält mit der Einführung des stufenlosen Rentensystems einen höheren Stellenwert. Neu kann bei Invaliditätsgraden zwischen 40 und 70 Prozent jedes Prozent die Höhe der Rente beeinflussen. Im Rahmen der Delegationsnorm an den Bundesrat soll die bisher hauptsächlich auf Weisungsebene abgebildete Praxis, die weitgehend auf die Rechtsprechung zurückzuführen ist, auf Verordnungsstufe festgeschrieben werden. Damit soll eine möglichst grosse Rechtssicherheit geschaffen werden, um rechtliche Auseinandersetzungen um die Bemessung des Invaliditätsgrades soweit als möglich zu verhindern.

Neu soll zunächst die Statusfestlegung geregelt werden, d.h. es soll festgelegt werden, wann die versicherte Person als erwerbstätig, nicht erwerbstätig oder teilerwerbstätig einzustufen ist (Art. 24^{septies} E-IVV). Weiter sollen allgemeine Grundsätze für den Einkommensvergleich, insbesondere zum massgebenden Zeitpunkt und zur Anwendung statistischer Werte, festgehalten werden (Art. 25 E-IVV). Schliesslich sollen die Festlegung des Einkommens mit und ohne Invalidität geregelt werden: Wenn möglich, ist dabei von den tatsächlichen Löhnen auszugehen, ansonsten sollen statistische Werte die Basis bilden (Art. 26 und 26^{bis} E-IVV). Hierfür sollen grundsätzlich die Tabellen der LSE verwendet werden; andere statistische Werte sollen zur Anwendung kommen, wenn das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades ist vorgesehen, für Geburts- und Frühinvaliden neu die allgemeinen Grundsätze anzuwenden und auf die bisher geltenden Altersstufen bis zum 30. Altersjahr zu verzichten (Art. 26 Abs. 5 und 6 E-IVV). Die Ungleichbehandlung in diesem Bereich wird damit aufgehoben. Junge Versicherte, die über ein Berufsattest oder Fähigkeitszeugnis nach BBG verfügen, sollen zukünftig gleich behandelt werden wie Gleichaltrige ohne gesundheitliche Einschränkungen.

Beim Einkommen ohne Invalidität soll in der Regel eine Parallelisierung erfolgen, wenn der durch die versicherte Person erzielte Lohn mehr als 5 Prozent unter dem branchenüblichen Einkommen liegt (Art. 26 Abs. 2 E-IVV). Mit dem neuen Abzug für Teilzeitarbeit (Art. 26^{bis} Abs.

²² EFK (2017): *Behandlung und Kontrolle der Rechnungen für individuelle Leistungen in der AHV und IV - Zentrale Ausgleichsstelle und Bundesamt für Sozialversicherungen*. Kann abgerufen werden unter: www.efk.admin.ch > Publikationen > Sozialversicherung und Altersvorsorge.

3 E-IVV) sowie der konsequenten Berücksichtigung der leidensbedingten Einschränkungen im Rahmen der Festlegung der funktionellen Leistungsfähigkeit (Art. 49 Abs. 1^{bis} E-IVV) soll der bisherige leidensbedingte Abzug abgelöst werden.

Für die Bemessung des Invaliditätsgrades von Nicht- und Teilerwerbstätigen sollen die bisherigen Regelungen weitgehend unverändert bleiben (Art. 27 und 27^{bis} E-IVV). Neu soll jedoch die Bemessung für Teilerwerbstätige einheitlich und rechtsgleich geregelt werden. Erwerbstätigkeit und Aufgabenbereich werden in Zukunft als komplementär betrachtet und zwar dahingehend, dass alles, was nicht als Erwerbstätigkeit gilt, unter die Besorgung des Aufgabenbereichs fällt (Art. 27^{bis} Abs. 1 E-IVV).

3.6 Fallführung

Die Fallführung leitet sich aus dem Ziel der WE IV einer adäquaten und koordinierten Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und psychisch erkrankten Versicherten in Zusammenarbeit mit den beteiligten Akteuren im Hinblick auf die Stärkung des Eingliederungspotenzials der versicherten Personen ab.

Im Rahmen der Arbeiten zu den Ausführungsbestimmungen der WE IV wurden die Grundsätze der Fallführung, wie sie in der Botschaft bereits in groben Zügen festgehalten sind, weiterentwickelt, konkretisiert und in einem Konzept ausgeführt. Zusammengefasst beinhaltet es die folgenden Überlegungen:

- Mit der WE IV wird der Grundsatz einer einheitlichen und durchgehenden Fallführung durch die IV-Stellen konsequent umgesetzt bzw. weiter gestärkt. Sie verläuft entlang der Lebenslinie einer versicherten Person über das gesamte IV-Verfahren hinweg von der Früherfassung, Anmeldung über medizinische Massnahmen, berufliche Eingliederung, Rentenabklärung, Rente bis hin zu Wiedereingliederung und Rentenrevision. Im Fokus der Fallführung steht damit der rehabilitative und eingliederungsorientierte Bedarf der versicherten Person sowie ein auf die gesundheitliche Situation und daher auf die Ressourcen und Einschränkungen der versicherten Person abgestimmtes Vorgehen.
- Kerngedanke der Fallführung ist die Zusprache der «richtigen» Massnahme (Frühinterventionsmassnahme, Eingliederungsmassnahmen, Rente etc.) zum «richtigen» Zeitpunkt im «richtigen» Umfang oder Setting, um die Erfolgchancen der Massnahme zu erhöhen. Die wichtigen Arbeitsschritte resp. Instrumente der Fallführung sind die Bestandsaufnahme der Situation der versicherten Person, die Planung des weiteren Vorgehens sowie die Überwachung der bewilligten Massnahmen und Leistungen. Die Koordination der IV-Stellen internen und -externen Akteure sowie deren Leistungen (gegebenenfalls unter Prüfung von Auflagen) wird somit gestärkt, und der gesamte Eingliederungsprozess bzw. das komplette IV-Verfahren wird stets im Blick behalten.
- Neu wird die Fallführung auch im Bereich der medizinischen Massnahmen eingeführt. Hier gibt es aktuell sehr wenige persönliche Kontakte zwischen Mitarbeitenden der IV-Stellen, den betroffenen Kindern und Jugendlichen resp. deren Eltern (bzw. gesetzlichen Vertretern) sowie den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Im Hinblick auf die weitere Zusammenarbeit zwischen den involvierten Akteuren ist es jedoch wichtig, auch in diesem Bereich frühzeitig Vertrauen zu schaffen.
- Die Fallführung ist insbesondere bei Übergängen (z.B. zwischen Leistungsbereichen innerhalb der IV-Stellen oder an Übergängen, die sich aufgrund des Alters oder des Ausbildungsweges der versicherten Person ergeben) wichtig: Bei jedem Übergang können sich neue Fragen stellen, die eine zielgerichtete Unterstützung seitens der IV-Stellen erfordern und allenfalls zu neuen Herausforderungen in der Zusammenarbeit mit den beteiligten Akteuren führen. Das Zusammenspiel der verschiedenen medizinischen und/oder beruflichen Massnahmen der IV soll aufeinander abgestimmt und mit involvierten Dritten koordiniert werden. Damit sollen Doppelspurigkeiten vermieden und Massnahmen zielgerichteter zugesprochen werden.

Damit die Fallführung in den IV-Stellen im Sinne der Rechtsgleichheit möglichst einheitlich umgesetzt werden kann, sollen die wichtigsten Elemente der Fallführung in der IVV geregelt werden, nämlich die Grundidee der Fallführung, die Arbeitsschritte und Instrumente der Fallführung, die Verantwortung der Fallführung bei der IV-Stelle und die Einführung der Fallführung im Bereich der medizinischen Massnahmen (Art. 41a E-IVV).

Die konkrete Ausgestaltung wird auf Weisungsstufe erfolgen.

3.7 Verfahren und Begutachtung

Das Amtsermittlungsverfahren soll eine möglichst einfache und rasche Abwicklung von Sozialversicherungsverfahren gewährleisten. Im Rahmen der WE IV wurden die entsprechenden Partizipationsrechte der Versicherten und die Rolle sowie die Kompetenzen der Durchführungsstellen im ATSG für alle Sozialversicherungen gesetzlich verankert. Zudem wurden die Abklärungsmassnahmen insbesondere in Zusammenhang mit medizinischen Begutachtungen klarer und einheitlich geregelt:

- Wenn der Versicherungsträger und die versicherte Person sich nicht auf eine Sachverständige oder einen Sachverständigen einigen können, teilt der Versicherungsträger seinen Entscheid neu mittels Zwischenverfügung mit (Art. 44 Abs. 4 ATSG). Vor dem Entscheid soll allerdings wenn immer möglich eine Einigung zwischen dem Versicherungsträger und der versicherten Person erreicht werden, damit eine einvernehmliche Wahl der Sachverständigen erfolgen kann. Das entsprechende Einigungsverfahren soll auf Stufe ATSV (vgl. Art. 7j E-ATSV) näher umschrieben werden.
- Im Bereich der Vergabe von Gutachten kann der Bundesrat für jeden Sozialversicherungsbereich Regelungen erlassen (Art. 44 Abs. 7 ATSG). Handlungsbedarf besteht im Bereich der IV. So sollen zur Qualitätssicherung neben den polydisziplinären neu auch die bidisziplinären Gutachten nach dem Zufallsprinzip an zugelassene Gutachterstellen und Sachverständigen-Zweierteams vergeben werden (Art. 72^{bis} Abs. 1^{bis} E-IVV). Zudem sollen an die berufliche Qualifikation von medizinischen Sachverständigen, die im Auftrag einer Sozialversicherung ein medizinisches Gutachten erstellen wollen, bundesrechtliche Anforderungen definiert werden (Art. 7l E-ATSV).
- Die Interviews zwischen der oder dem Sachverständigen und der versicherten Person werden neu mittels Tonaufnahme erfasst und zu den Akten genommen (Art. 44 Abs. 6 ATSG). Zudem werden die IV-Stellen künftig eine öffentlich zugängliche Liste führen, um in der Frage der Zuteilung von Gutachtensaufträgen an die Sachverständigen eine möglichst grosse Transparenz herzustellen (Art. 57 Abs. 1 Bst. n IVG). Beide Neuerungen sollen auf Verordnungsstufe präzisiert werden (Art. 7k und 7l E-ATSV; Art. 41b E-IVV).
- Zur Qualitätssicherung im Begutachtungswesen ist ausserdem eine unabhängige, ausserparlamentarische Kommission zu schaffen (Art. 44 Abs. 7 Bst. c ATSG). Auf Verordnungsstufe sollen die Aufgaben und Kompetenzen dieser Kommission geregelt werden. Konkret ist vorgesehen, dass die Kommission im Bereich der Qualitätssicherung (Zulassung von Gutachterstellen, Qualitätsvorgaben für die Begutachtung, standardisierte Instrumente zur Überprüfung der Qualität von Gutachten, Aus- und Fortbildung von Gutachterinnen und Gutachern usw.) Vorgaben und Instrumente erarbeitet, Empfehlungen ausspricht und diese überwacht (Art. 7p E-ATSV).

Mehrere dieser auf Gesetzes- und Verordnungsstufe realisierten Massnahmen, so die Schaffung einer unabhängigen Kommission, die Festlegung von Zulassungskriterien für medizinische Begutachtende und die Vergabe der bidisziplinären Gutachten nach Zufallsprinzip, entsprechen den Empfehlungen des im Herbst 2020 veröffentlichten Expertenberichts zur medizinischen Begutachtung in der IV.²³ Die von der Firma «Interface Politikstudien Forschung

²³ Müller, Franziska / Liebrecht, Michael / Schleifer, Roman / Schwenkel, Christof / Balthasar, Andreas (2020): *Evaluation der medizinischen Begutachtung in der Invalidenversicherung: Bericht zuhanden des Generalsekretariats des Eidgenössischen Departements des Innern EDI (GS-EDI)*. Kann abgerufen werden unter: <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/63204.pdf>

Beratung» zusammen mit dem Forensisch-Psychiatrischen Dienst der Universität Bern verfasste Studie geht zurück auf einen Auftrag des EDI von Ende 2019 und evaluierte das System der Gutachtertätigkeit und die Zuteilung der Aufträge.

3.8 Prioritätenordnung zu Artikel 101^{bis} AHVG

Zur Umsetzung des im Rahmen der WE IV angepassten Artikels 101^{bis} des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946²⁴ über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) muss die AHVV wie folgt angepasst werden:

- *Höchstbetrag für die Ausrichtung der Finanzhilfen:* Es ist vorgesehen, dass der Bundesrat unter Berücksichtigung der Teuerung alle vier Jahre den jährlichen Höchstbetrag zur Ausrichtung der Finanzhilfen festlegt. Ebenso setzt er eine Obergrenze für die finanzielle Beteiligung des Ausgleichsfonds der AHV (AHV-Ausgleichsfonds) an der privaten Invalidenhilfe fest (Art. 224^{bis} E-AHV). Der dem Bundesrat vorgeschlagene Betrag basiert auf einer Überprüfung der ausgezahlten Finanzhilfe und auf einer Schätzung des künftigen Bedarfs, wobei insbesondere die demografische Entwicklung mitberücksichtigt wird. Damit erfolgt die Anpassung nicht automatisch, sondern aufgrund des ausgewiesenen Bedarfs. Das BSV bereitet die Entscheidungsgrundlagen vor. Die in Auftrag gegebenen Studien können von der Versicherung finanziert werden.
- *Prioritätenordnung:* In der AHVV soll für den Fall, dass die Anträge den Höchstbetrag insgesamt übersteigen, eine Prioritätenordnung nach Artikel 13 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 5. Oktober 1990²⁵ über Finanzhilfen und Abgeltungen (Subventionsgesetz, SuG) festgelegt werden, nach der die Subventionen nach Artikel 101^{bis} AHVG gewährt werden.

Gleichzeitig ermöglicht die vorgesehene AHVV-Änderung die Einführung einer Obergrenze für die finanzielle Beteiligung des Bundes, entsprechend den aktuellen Anforderungen an die Bewirtschaftung der Finanzhilfen. Dieser Höchstbetrag soll bei maximal 50 Prozent (in Ausnahmefällen maximal 80 %) der tatsächlichen Kosten der Organisationen für die subventionierten Leistungen festgelegt werden. Diese Regel wird in der Praxis auf der Basis des SuG sowie infolge von Empfehlungen der EFK²⁶ bereits angewandt.

3.9 Weitere Massnahmen der Weiterentwicklung der IV

Zusammenarbeitsvereinbarung

Der neue Artikel 68^{sexies} IVG ermöglicht es dem Bundesrat künftig, mit den Dachorganisationen der Arbeitswelt im Hinblick auf die Förderung der Eingliederung, die Weiterbeschäftigung und die Wiedereingliederung von Personen mit Beeinträchtigungen in den Arbeitsmarkt Zusammenarbeitsvereinbarungen abzuschliessen und sich an diesen Massnahmen finanziell zu beteiligen. Vor diesem Hintergrund sind in der IVV zwei neue Artikel (Art. 98^{ter} und 98^{quater} E-IVV) vorgesehen, die dem EDI die Kompetenz übertragen, Zusammenarbeitsvereinbarungen abzuschliessen und den Inhalt der Vereinbarungen sowie die Anspruchsvoraussetzungen für die von der IV gewährten Finanzhilfen (mit Verweis auf das SuG) zu regeln.

Taggelder der Arbeitslosenversicherung

Derzeit haben IV-Bezügerinnen und -Bezüger, deren Rente infolge einer Revision herabgesetzt oder aufgehoben wurde (Art. 17 ATSG oder Art. 8a IVG), Anspruch auf höchstens 90 Taggelder der Arbeitslosenversicherung (Art. 27 Abs. 4 des Bundesgesetzes vom 25. Juni 1982²⁷ über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung Arbeitslosenversicherungsgesetz; AVIG). Mit der WE IV wurden die Artikel 68^{septies} IVG sowie Artikel 27 Absatz 5 und 94a AVIG eingeführt, die den Taggeldanspruch dieser arbeitslosen

²⁴ SR 831.10

²⁵ SR 616.1

²⁶ EFK (2013): *Beiträge zur Förderung der Altershilfe – Bundesamt für Sozialversicherungen*. Kann abgerufen werden unter: www.efk.admin.ch > Publikationen > Sozialversicherung und Altersvorsorge > Archiv Sozialversicherung & Altersvorsorge.

²⁷ SR 837.0

Versicherten auf 180 Taggelder erhöhen und es der IV erlauben, die Taggelder ab dem 91. Tag zu übernehmen. Auf Verordnungsstufe soll nun in einem neuen Artikel 120a E-AVIV das Abrechnungsverfahren zwischen der IV und der Arbeitslosenversicherung für die Kosten ab dem 91. Taggeldtag geregelt werden.

Betriebsräume

Mit der WE IV wird dem Bundesrat in Artikel 68^{octies} IVG die bisher fehlende Legitimation zum Beauftragen von Compenswiss zu Erwerb, Erstellung und Verkauf der Betriebsräume für die Durchführungsstellen der IV erteilt. In diesem Sinn ist auch Artikel 56 E-IVV anzupassen.

3.10 Massnahmen ohne Bezug zur Weiterentwicklung der IV

Verwaltungskosten

Das BSV beabsichtigt, die Verwaltungskosten der IV-Stellen über ein Globalbudget und über einen längeren Zeithorizont als nur für 1 Jahr (Voranschlag) zu steuern. Auch die EFK empfiehlt in ihrem Bericht über die Prüfung der Kostenvergütung an die IV-Stellen vom 27.6.2019²⁸ die Bewilligung der Verwaltungskosten der IV-Stellen über einen Mehrjahreszyklus. Mit einem verlängerten Planungs- und Bewilligungszyklus wird die Planungssicherheit für die Aufsicht und die Durchführungsstellen erhöht.

Die IVV soll dahingehend angepasst werden, dass in Anlehnung an die Planungslogik des Bundes und der Kantone neu auf der Basis einer insgesamt 4-jährigen Planungsperiode rollend ein Voranschlag für das kommende Jahr sowie ein Finanzplan für die dem Voranschlag folgenden 3 Jahre von den IV-Stellen beantragt und vom BSV geprüft werden (Art. 53 Abs. 2 E-IVV).

Assistenzbeitrag

Die Evaluation des Assistenzbeitrags (2012 bis 2019)²⁹ machte darauf aufmerksam, dass die Nachtpauschalen nicht genügen. Die Dringlichkeit von Anpassungen in diesem Bereich nahm durch das Modell für die Ergänzung der kantonalen Normalarbeitsverträge im Hausdienst (Modell-NAV), das den Kantonen vom Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) zur Verfügung gestellt worden ist, weiter zu. Ziel des Modell-NAV ist es, die Situation von Personen zu verbessern, die 24-Stunden-Betreuungsarbeit für ältere Personen oder Menschen mit Beeinträchtigungen leisten. Die aktuellen Nachtpauschalen beim Assistenzbeitrag erlauben es nicht, Assistenzpersonen gemäss diesen Bestimmungen zu entlönnen.

Eine Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern des BSV, der IVSK und von Behindertenorganisationen, der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK) sowie der Konferenz Kantonaler Volkswirtschaftsdirektorinnen und Volkswirtschaftsdirektoren (VDK) hat sich mit diesem Problem befasst und mehrere Möglichkeiten analysiert. Schliesslich hat sie sich für eine Variante entschieden, die in Übereinstimmung mit den Empfehlungen des SECO eine Erhöhung der Nachtpauschale von Fr. 88.55 auf Fr. 160.50 vorsieht (Art. 39f Abs. 3 E-IVV).

Eine weitere Änderung beim Assistenzbeitrag betrifft die Aufhebung der Begrenzung auf nur eine einzige Beratungsleistung. Diese Änderung ist das Ergebnis von Diskussionen mit Behindertenorganisationen im Anschluss an die Evaluation des Assistenzbeitrags. So hat die Praxis nämlich gezeigt, dass die Beratungen vor allem am Anfang gefragt sind, um die Leistung einzurichten (Personal einstellen, Arbeitsverträge erstellen, Erwerbsausfallversicherungen abschliessen usw.). Entgegen der ursprünglichen Annahme können sich Beratungsleistungen

²⁸ EFK (2019): *Prüfung der Kostenvergütung an die IV-Stellen – Bundesamt für Sozialversicherungen*. Kann abgerufen werden unter: www.efk.admin.ch > Publikationen > Sozialversicherung und Altersvorsorge.

²⁹ Guggisberg, Jürg / Bischof, Severin (2020): *Evaluation Assistenzbeitrag 2012-2019: Schlussbericht 2020*. FoP-IV, Berichtnummer 16/20. Kann abgerufen werden unter: www.bsv.admin.ch > Publikationen & Service > Forschung und Evaluation > Forschungspublikationen.

auch später als notwendig erweisen, und zwar in einem grösseren Umfang als zunächst angenommen.

Reisekosten

Die Regelung betreffend Ortskreis in Artikel 90 Absatz 2 IVV wirft in der Praxis immer wieder Fragen auf. Auch die in diesem Zusammenhang auf Weisungsstufe vorgesehene Kostengrenze von 10 Franken pro Monat und Person (inkl. Begleitperson) ermöglicht keine einheitliche und praktikable Umsetzung. Aufgrund des unverhältnismässigen Kontrollaufwands soll die Regelung zum Ortskreis in Artikel 90 Absatz 2 IVV ersatzlos gestrichen werden.

4. Erläuterungen zu einzelnen Bestimmungen

4.1 Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung

Artikel 1^{ter} Absatz 1

Im Zuge der Ausdehnung der Früherfassung (vgl. Art. 3a^{bis} Abs. 2 IVG) werden die im bestehenden Artikel 1^{ter} Absatz 1 Buchstaben a und b IVV definierten Kriterien aufgehoben.

Artikel 1^{quinquies}

Dieser Artikel wird aufgehoben. Das Gespräch zur Früherfassung findet im Rahmen der Fallführung statt (vgl. Art. 41a Abs. 2 Bst. a IVV).

Artikel 1^{sexies} Absatz 2

Der neue Absatz 2 präzisiert die Voraussetzungen für die Zusprache von Massnahmen der Frühintervention für Minderjährige ab dreizehn Jahren während der obligatorischen Schulzeit. Die Ausdehnung der Massnahmen der Frühintervention auf diese Altersgruppe muss der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) Rechnung tragen. Da die Kantone für die Schulung aller Kinder und Jugendlichen zuständig sind (inkl. Sonderschule, Time-Outs, Heilpädagogik usw.), kann die IV während der obligatorischen Schulzeit keine Frühinterventions-Massnahmen wie zum Beispiel Kurse oder andere Tagesstrukturen verfügen.

Rechtfertigt eine gesundheitliche Beeinträchtigung eine IV-Anmeldung, wird der Unterstützungsbedarf der Schülerinnen und Schüler im Einzelfall gemeinsam von den Schulbehörden und der IV-Stelle abgeklärt. Massnahmen der Frühintervention können gewährt werden, wenn sich die Massnahmen der Schulbehörden und der kantonalen Instanzen als unzureichend erweisen und aufgrund der Beeinträchtigung spezielle Massnahmen im Bereich Berufsberatung und Arbeitsvermittlung erforderlich sind, um den Zugang zu einer EbA oder zum Arbeitsmarkt zu erleichtern.

Artikel 2

Artikel 2 IVV wird in diversen Punkten ergänzt und an die Rechtsprechung angepasst. Diverse bisherige Regelungen, namentlich diejenigen in Absatz 2 bis 5 gelten zwar immer noch, werden neu jedoch auf Weisungsstufe geregelt, da sie keinen rechtsetzenden Charakter aufweisen.

Artikel 2 Absatz 1

Absatz 1 wird an die Rechtsprechung angepasst und vereinfacht. Um die Abgrenzung zu den Leistungen der OKP stärker zu betonen, wird der Wortlaut des IVG wiederholt. Danach darf eine medizinische Eingliederungsmassnahme gemäss Artikel 12 IVG nie auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sein, sondern erst nach Abschluss dieser Behandlung einsetzen. Zur Festlegung des Zeitpunkts, an dem eine Behandlung des Leidens an sich abgeschlossen

ist, wird der von der Rechtsprechung entwickelte Begriff des «relativ stabilisierten Gesundheitszustands» in die Verordnung übernommen. Anders als in der Rechtsprechung wird indessen auf den Begriff «relativ» verzichtet. Der Begriff «relativ» ist zu wenig bestimmt und eignet sich deshalb nicht für eine sinnvolle Abgrenzung zwischen der Leistungspflicht der OKP und der IV. Es bedarf somit einer Situation, in der die Behandlung des Leidens abgeschlossen ist, der Gesundheitszustand sich mittels medizinischer Massnahmen nicht mehr wesentlich verbessern lässt und die medizinischen Massnahmen hauptsächlich der Verbesserung der Eingliederungsfähigkeit dienen. Der Fokus der medizinischen Eingliederungsmassnahme liegt somit bei der Verbesserung der Eingliederungsfähigkeit, was aber nicht gänzlich ausschliesst, dass sie untergeordnet zur Verbesserung des Gesundheitszustandes beitragen kann.

Unberührt bleibt die durch die Rechtsprechung entwickelte Praxis der sogenannten vorbeugenden Eingliederungsmassnahmen. Bei Vorliegen eines Gesundheitsschadens zielen diese darauf ab, einem später drohenden stabilen, nur schwer korrigierbaren Defekt vorzubeugen, der sich wesentlich auf die Erwerbstätigkeit oder Berufsbildung auswirken würde. Eigentliche Krankheitsprophylaxe sowie Vorkehren, die lediglich das Entstehen eines stabilisierten Zustandes hinausschieben, sind indessen ausgeschlossen.³⁰

Auf die Voraussetzung, dass die Massnahmen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein müssen, wird verzichtet, zumal Absatz 2 diese Voraussetzungen detaillierter definiert.

Artikel 2 Absatz 2

Im revidierten Artikel 14 Absatz 2 IVG wird neu explizit festgehalten, dass die WZW-Kriterien bei medizinischen Massnahmen erfüllt sein müssen. Der neue Artikel 14^{ter} Absatz 2 IVG gibt dem Bundesrat die Kompetenz, eine Vergütung auch dann zu ermöglichen, wenn den Grundsätzen nach Artikel 14 Absatz 2 IVG nicht entsprochen wird oder, wenn sie von der IV im Hinblick auf die Eingliederung in einem grösseren Umfang oder unter anderen Bedingungen als von der OKP übernommen werden.³¹ Von dieser Regelungsmöglichkeit macht der Bundesrat Gebrauch und räumt die Möglichkeit zur Übernahme von medizinischen Eingliederungsmassnahmen unter bestimmten Voraussetzungen ein. So ist eine Kostenübernahme beispielsweise auch dann möglich, wenn die Wirksamkeit noch nicht vollständig belegt und weitere Erfahrungen notwendig sind. Dabei muss eine besonders hohe Eingliederungswahrscheinlichkeit vorliegen und die möglichen Einsparungen müssen dank der Eingliederung den Mehraufwand der Behandlung übersteigen. Die Wirtschaftlichkeit misst sich in diesen Fällen nicht allein am medizinischen Nutzen hinsichtlich der körperlichen oder psychischen Verbesserungen, sondern auch an den erwarteten Einsparungen durch die Eingliederung.

Bei den Anforderungen an die Wirksamkeit wird auf eine Ausnahmeregelung verzichtet, da gemäss den aktuellen Grundsätzen der Wirksamkeitsbewertung im Rahmen der OKP – entgegen den Ausführungen zu Artikel 14^{ter} Absatz 3 IVG in der Botschaft zur WE IV³² – nicht immer klinisch randomisierte Studien notwendig sind, sondern nur das erwartbare Niveau des Wirksamkeitsnachweises gefordert wird und bei einem Mangel ausreichender Studiendaten auch auf eine breit abgestützte Expertenmeinung abgestellt werden kann.

Falls die beantragten medizinischen Eingliederungsmassnahmen den Grundsätzen nach Artikel 14 Absatz 2 IVG nicht entsprechen, so ist dies im Antrag gemäss Absatz 3 auszuweisen.

Artikel 2 Absatz 3

Artikel 12 Absatz 3 IVG setzt für das Entstehen eines Anspruchs auf medizinische Eingliederungsmassnahmen voraus, dass die behandelnde Fachärztin oder der behandelnde Facharzt eine günstige Prognose gestellt hat. Da eine Prognose per Definition nur vor der Behandlung erfolgen kann (und nicht retrospektiv), muss sie also bereits vor der vorgesehenen Behandlung erfolgt sein.

³⁰ Vgl. BGE 131 V 9, E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_355/2012 vom 29. November 2012, E. 1.1

³¹ Für weitergehende Ausführungen vgl. BBI 2017 2653

³² BBI 2017 2653

Gestützt auf diese Überlegung wird das Verfahren betreffend Massnahmen nach Artikel 12 IVG in dem Sinne ausgestaltet, als dass die positive Prognose der behandelnden Fachärztin oder des behandelnden Facharztes vor Beginn der medizinischen Massnahme bei der zuständigen IV-Stelle eintreffen muss. Dadurch können die zahlreichen Gerichtsverfahren der letzten Jahre vermieden werden. So war zwischen der IV und Krankenversicherung umstritten, wer die Kosten von medizinischen Eingliederungsmassnahmen zu tragen hat. Diese Auseinandersetzungen waren administrativ aufwändig und beanspruchten die ohnehin spärlichen Ressourcen von Ärztinnen und Ärzten der IV-Stellen. Bei Differenzen über die Kostentragung gilt die Vorleistungspflicht der Krankenversicherer gemäss Artikel 70 Absatz 2 Buchstabe a ATSG weiterhin. Wird ein Anspruch trotzdem verspätet geltend gemacht, kann nach wie vor Artikel 48 IVG zur Anwendung gelangen. Diese Konstellation wird sich aber aufgrund der Konzeption von Artikel 12 IVG voraussichtlich nur selten ergeben.

Artikel 2 Absatz 4

Aktuell wird die Verpflichtung zur Aufnahme von Art (z.B. Art des Eingriffs), Dauer (Zeithorizont) und Umfang (Intensität/Frequenz, Anzahl und Dauer der Sitzungen) der Leistung in Randziffer 32 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der IV (KSME) festgehalten. Nachdem die EFK in ihrem Bericht zur Nachprüfung in den Bereichen medizinische Massnahmen der IV und Kostenkontrolle der Hilfsmittel vom 16. Oktober 2018³³ kritisiert hat, dass Zusprachen (Verfügungen oder Mitteilungen) bisweilen ohne Angabe von Art, Dauer und Umfang verfügt worden sind, wird eine entsprechende Verpflichtung nun explizit in die Verordnung aufgenommen: Medizinische Eingliederungsmassnahmen können nicht unbefristet vergütet werden, es muss regelmässig überprüft werden, ob die Massnahmen zur Erreichung des Therapieziels beitragen und die Eingliederungsfähigkeit tatsächlich stärken. Wie häufig diese Überprüfung stattfinden soll, hängt von der Art der Beeinträchtigung und der Behandlung ab. Sie muss aber mindestens alle zwei Jahre erfolgen.

Artikel 2^{bis}

Die Altersgrenze für den Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen gemäss revidiertem Artikel 12 IVG wurde im Rahmen der WE IV auf 25 Jahre erhöht, falls eine Person bei Vollendung des 20. Altersjahres an einer beruflichen Eingliederungsmassnahme teilnimmt.

Artikel 2^{bis} Absatz 1 Buchstabe a

Absatz 1 Buchstabe a hält fest, dass die Vergütung der medizinischen Eingliederungsmassnahmen fortgesetzt werden kann, wenn eine berufliche Eingliederungsmassnahme zwar abgeschlossen oder abgebrochen worden ist, aber eine weitere berufliche Eingliederungsmassnahme zum Zeitpunkt des Abschlusses der vorangehenden Eingliederungsmassnahme bereits zugesprochen worden ist. Die maximale Dauer zwischen den beruflichen Massnahmen wird auf Weisungsebene umschrieben. Voraussetzung für die Fortsetzung der Vergütung der medizinischen Eingliederungsmassnahmen ist weiter, dass sie für den Eingliederungserfolg notwendig sind.

Artikel 2^{bis} Absatz 1 Buchstabe b

Gemäss Buchstabe b ist die Fortsetzung der Vergütung der medizinischen Eingliederungsmassnahmen in gewissen Fällen auch dann möglich ist, wenn die nächste berufliche Eingliederungsmassnahme noch nicht zugesprochen worden ist: Sollte die IV-Stelle zum Beispiel bei Abbruch einer beruflichen Eingliederungsmassnahme zum Schluss kommen, das Eingliederungspotenzial der versicherten Person sei noch nicht ausgeschöpft und sie somit die erfolgreiche Durchführung einer weiteren beruflichen Massnahme als absehbar einschätzt, kann die Vergütung der medizinischen Eingliederungsmassnahmen von der IV übernommen werden, wenn jene für den Eingliederungserfolg notwendig sind.

³³ EFK (2018): *Nachprüfung in den Bereichen medizinische Massnahmen der Invalidenversicherung und Kostenkontrolle der Hilfsmittel*: Bundesamt für Sozialversicherungen. Kann abgerufen werden unter: www.efk.admin.ch > Publikationen > Gesundheit.

Artikel 2^{bis} Absatz 2

Absatz 2 bezieht sich auf Absatz 1 Buchstabe b. Danach darf die Dauer zwischen den beiden beruflichen Massnahmen sechs Monate nicht übersteigen. So werden die Kosten für medizinische Eingliederungsmassnahmen während längstens sechs Monaten nach Abschluss oder Abbruch der letzten beruflichen Massnahme übernommen.

Artikel 2^{ter}

In der Praxis der IV stellten sich immer wieder Fragen zur Definition der Eingliederungsfähigkeit. In diesem Artikel soll deshalb in Einklang mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung festgehalten werden, dass die Anforderungen an die Eingliederungsfähigkeit nicht besonders hoch anzusetzen sind: Der Begriff «Schulfähigkeit» wird deshalb insofern konkretisiert, dass eine versicherte Person eine Regel-, Sonder- oder Privatschule besuchen muss. Unter den Begriff «berufliche Erstausbildung» fallen auch solche Ausbildungen, die nicht von der IV finanziert werden. Unter dem Begriff «Erwerbsfähigkeit» ist auch der zweite Arbeitsmarkt (z.B. geschützte Arbeitsplätze) zu subsumieren.

Artikel 3

Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe a bis c

Die Definition von Geburtsgebrechen nach Artikel 3 Absatz 2 ATSG gilt unverändert. Im revidierten Artikel 13 IVG werden die Voraussetzungen für Geburtsgebrechen, die von der IV anerkannt werden, konkretisiert. Im vorliegenden Artikel 3 E-IVV werden die in Artikel 13 IVG genannten Begriffe präzisiert. Geburtsgebrechen im Sinne des neuen Artikels 13 Absatz 2 IVG sind durch die folgenden, nicht kumulativen Kriterien definiert:

Buchstabe a: Als angeborene Missbildungen gelten bei Geburt bestehende Fehlbildungen (Malformationen) von Organen oder Körperteilen.

Buchstabe b: Unter genetischen Krankheiten werden Leiden verstanden, die auf eine Veränderung des Erbgutes (Genmutation bzw. Gendefekt) zurückzuführen sind. Dabei wird nicht vorausgesetzt, dass das Leiden perinatal manifest ist. Ein Leiden im Sinne dieses Buchstabens liegt vor, wenn es vor dem 20. Altersjahr diagnostiziert wird (Beispiel: Spinale Muskelatrophie SMA).

Buchstabe c: Das Leiden muss pränatal oder perinatal bestehen. Dies bedeutet, dass das Leiden bereits zum Zeitpunkt der Geburt besteht oder spätestens sieben Tage nach der Geburt entstanden sein muss.

Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe d bis h

Der neue Artikel 13 IVG kodifiziert die fünf durch die Rechtsprechung entwickelten kumulativen Definitionskriterien für Geburtsgebrechen. In der Verordnung zu präzisieren sind die Kriterien «Gesundheitsbeeinträchtigung», «bestimmter Schweregrad», «langdauernde oder komplexe Behandlung» und «Behandelbarkeit», was im Absatz 1 in den Buchstaben d bis h von Artikel 3 E-IVV geschieht. Das Kriterium der «fachärztlichen Diagnose», das im Gesetz aufgeführt ist, muss auf Verordnungsstufe nicht näher präzisiert werden.

Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe d

Die Definition der «Gesundheitsbeeinträchtigung» ist erforderlich, weil der letzte Satz in den Erläuterungen zu Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe b IVG der Botschaft zur WE IV³⁴ missverständlich ist. Die Bezugnahme auf eine spätere Beeinträchtigung der Erwerbstätigkeit geht fehl, da sich der neue Artikel 13 IVG auf Geburtsgebrechen bezieht, die keinen Zusammenhang mit der Erwerbsfähigkeit haben.

Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe e

Nach Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe c IVG muss ein Geburtsgebrechen einen bestimmten Schweregrad aufweisen. Als Leiden, die einen bestimmten Schweregrad aufweisen, gelten

³⁴ BBI 2017 2650

Leiden, die sich ohne Behandlung nicht oder kaum günstig entwickeln und anhaltende Spätfolgen nach sich ziehen. Die funktionelle Einschränkung kennzeichnet das Ergebnis einer dauerhaften Beeinträchtigung des Körpers.

Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe f und g

Nach Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe d IVG ist eine langdauernde oder komplexe Behandlung erforderlich.

Buchstabe f: Der Begriff «langdauernd» wird so präzisiert, dass die Behandlung länger als ein Jahr dauert.

Buchstabe g: Eine Behandlung wird als «komplex» angesehen, eine regelmässige und wiederkehrende Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Fachärztinnen und -ärzten von mindestens zwei verschiedenen Fachgebieten erfordert. Den Ärztinnen und Ärzten mit Fachärztinnen und -ärzten sind die diplomierten Zahnärztinnen und -ärzte gleichgestellt.

Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe h

Als behandelbar gelten Leiden, bei denen die medizinischen Massnahmen den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen können. Dies ist der Fall, wenn die medizinische Behandlung den Gesundheitszustand verbessert oder den progredienten Krankheitsverlauf verlangsamt oder einstellt.

Chromosomenanomalien (z.B. die Trisomie 13, Patau-Syndrom) stellen keine Geburtsgebrechen im Sinne des neuen Artikels 13 IVG dar, weil sie als solche nicht behandelbar sind. Auch die Trisomie 21 ist nicht behandelbar. Für die Behandlung der Trisomie 21 sieht der neue Artikel 13 Absatz 3 IVG jedoch eine Ausnahme vor.³⁵

Artikel 3 Absätze 2 und 3

Diese Absätze nehmen den Regelungsinhalt des zweiten und dritten Satzes von Artikel 1 Absatz 1 GgV in der bisher gültigen Fassung auf. Die blossе Veranlagung, insbesondere genetische Prädispositionen, stellen kein Geburtsgebrechen dar. Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist unerheblich. D.h. das Geburtsgebrechen muss nicht zwingend bereits zum Zeitpunkt der Geburt oder sieben Tage danach diagnostiziert werden können. Die Altersgrenze, die bei gewissen Geburtsgebrechen vorgesehen wird (vgl. GgV-EDI) darf nicht verwechselt werden mit dem Zeitpunkt der Feststellung. In diesem Zusammenhang geht es darum, die von der blossen Veranlagung und das bei vollendeter Geburt bereits vorhandene, aber noch nicht manifeste Geburtsgebrechen zu unterscheiden (Art. 1 Abs. 1 Satz 3). Dies ist besonders am Beispiel der Stoffwechselerkrankungen ersichtlich: diese sind zwar schon bei der Geburt vorhanden (und diagnostizierbar), werden aber erst nach einiger Zeit (Wochen bis Jahre) manifest. Es ist also unerheblich, ob das Geburtsgebrechen zum Zeitpunkt der Geburt noch nicht erkennbar war. Eine Prädisposition zu einer Krankheit ist ein Faktor, der die Entwicklung einer Krankheit begünstigt. Dieser Faktor alleine kann aber nicht die Krankheit auslösen.

Ausschlaggebend für die Kostenübernahme durch die IV ist, dass sich die Auswirkungen des Geburtsgebrechens vor Vollendung des 20. Altersjahres manifestieren. Die Altersgrenze, die bei gewissen Geburtsgebrechen vorgesehen wird, dient dazu, angeborene von nicht angeborenen Gebrechen und geringfügige von schweren Leiden zu unterscheiden.

Wenn diese Krankheitsbilder nach den angegebenen Altersgrenzen diagnostiziert werden, muss davon ausgegangen werden, dass es sich nicht um ein angeborenes oder schweres Leiden handelt und somit kein Geburtsgebrechen im Sinne des IVG ist.

Artikel 3 Absatz 4

Aktuell wird die Verpflichtung zur Aufnahme von Art (z.B. Art des Eingriffs), Dauer (Zeithorizont) und Umfang (Intensität/Frequenz, Anzahl und Dauer der Sitzungen) der Leistung in Randziffer 32 des KSME festgehalten. Damit Zusprachen (Verfügungen oder Mitteilungen)

³⁵ Vgl. Motion Zanetti 13.3720 vom 18. September 2013 «Trisomie 21 auf der Liste der Geburtsgebrechen aufführen».

nicht ohne Angabe von Art, Dauer und Umfang verfügt werden, wird eine entsprechende Verpflichtung nun explizit in die Verordnung aufgenommen: Medizinische Massnahmen können nicht unbefristet vergütet werden. Es muss regelmässig überprüft werden, ob die Massnahmen zur Erreichung des Therapieziels beitragen und dem Eingliederungszweck dienlich sind. Wie häufig diese Überprüfung stattfinden soll, hängt von der Art der Beeinträchtigung und der Behandlung ab. Wenn eine Behandlung für einen längeren Zeitraum als zwei Jahre zugesprochen wird, ist eine vertiefte Abklärung und Begründung notwendig. Dies im Unterschied zu den medizinischen Eingliederungsmassnahmen nach dem neuen Artikel 2 E-IVV. Auch dort ist in Absatz 4 eine Überprüfung vorgesehen, diese muss aber mindestens alle zwei Jahre erfolgen (vgl. Erläuterungen zu Art. 2 Abs. 4 IVV).

Artikel 3^{bis}

Artikel 3^{bis} Absatz 1

Auch in Zukunft wird die GgV als eigenständige Verordnung bestehen bleiben. Bei der Anerkennung von Geburtsgebrechen durch die IV handelt es sich vorwiegend um eine medizinisch-technische Beurteilung. Da die Liste in Zukunft häufiger geändert werden wird, wird die Kompetenz zur Ordnungsgebung direkt dem EDI übertragen. Dies erlaubt, schneller auf die medizinischen Entwicklungen zu reagieren, indem zum Beispiel seltene Krankheiten rascher in die Geburtsgebrechenliste aufgenommen werden können. Neu soll die Verordnung inklusive deren Anhang als Departementsverordnung ausgestaltet werden.

Artikel 3^{bis} Absatz 2

Dieser Artikel orientiert sich an der Regelung in Artikel 75 KVV, wonach dem EDI die Kompetenz erteilt wird, nähere Vorschriften über die Erstellung der Listen (Analysenliste, Arzneimittelliste mit Tarif, Spezialitätenliste) zu erlassen.

Neu wird es jeder Person jederzeit möglich sein, beim BSV einen Antrag auf Aufnahme eines Geburtsgebrechens in die Geburtsgebrechenliste zu stellen. Das BSV definiert die Anforderungen an den Antrag und macht im Internet ein offizielles Antragsformular zugänglich. Das BSV prüft die jeweiligen Anträge unter Einbezug der Begleitgruppe (Ärztinnen und Ärzte vom BAG, H+, FMH, Pro Raris, Inclusion Handicap, Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte und IV-Stellen) und unterbreitet diese, wenn sie vollständig sind, dem EDI. Das EDI entscheidet endgültig über die Aufnahme eines Geburtsgebrechens in die Geburtsgebrechenliste. Es hat gestützt auf die vorliegende Kompetenzdelegation die Möglichkeit, weitere Präzisierungen auf Verordnungsstufe vorzunehmen.

Artikel 3^{ter}

Künftig wird darauf verzichtet, die Übernahme der Kosten für die Unterbringung eigens zu regeln. Der heutige Artikel 3^{ter} IVV entspricht der Regelung in Artikel 90 IVV und ist somit rein deklaratorischer Natur. Eine zusätzliche Regelung in Artikel 3^{ter} E-IVV ist deshalb nicht nötig.

Artikel 3^{ter} Absätze 1 und 2

Die Absätze 1 und 2 von Artikel 3^{ter} greifen den Regelungsinhalt von Artikel 2 Absatz 1 sowie Artikel 3 GgV auf, die die Dauer des Anspruchs auf medizinische Massnahmen regeln. Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Der Anspruch auf medizinische Massnahmen beginnt nach Absatz 1 frühestens mit der Geburt. Damit ist klaggestellt, dass vorgeburtliche Behandlungen nicht von der IV übernommen werden. Der Anspruch erlischt bei Vollendung des 20. Altersjahrs, selbst wenn die vorher begonnenen medizinischen Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens weitergeführt werden. Ab diesem Zeitpunkt ist die obligatorische Krankenpflegeversicherung zuständig.

Auf eine Konkretisierung des revidierten Artikels 14 Absatz 1 Buchstabe g IVG auf Verordnungsstufe wird verzichtet. In Anwendung von Artikel 51 IVG werden weiterhin sämtliche medizinisch notwendigen Reise- und Transportkosten übernommen.

Artikel 3^{quater}

Dieser Artikel wird aufgehoben. Der Inhalt entspricht im Wesentlichen Artikel 24^{quater} Abs. 1 E-IVV.

Artikel 3^{quinquies}

Die von der IV zu übernehmenden medizinischen Pflegeleistungen wurden in den letzten Jahren laufend verbessert und erweitert. Um die in Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe b IVG festgelegten Leistungen zu präzisieren, soll neu ein Artikel auf Stufe IVV eingefügt werden.

In der französischen Version der IVV wird auf den Zusatz «medizinisch» verzichtet. Das entspricht dem Gesetzestext von Artikel 14 Absatz 1 Buchstabe b IVG. Der deutsche Text geht in dieser Bestimmung vor, weshalb auch auf Französisch nur die medizinischen Pflegeleistungen von der Bestimmung eingeschlossen sind.

Artikel 3^{quinquies} Absatz 1

Die IV und OKP regeln nach Zweck und zu gewährenden Leistungen unterschiedliche Anspruchsbereiche. Grundsätze, die im einen Bereich gelten, sind daher nicht ohne weiteres auf den anderen Bereich übertragbar. So liegt den beiden Leistungsbereichen IV und KV eine unterschiedliche Zwecksetzung zugrunde, die Abweichungen hinsichtlich der Anspruchsvoraussetzungen rechtfertigt, weshalb die medizinischen Pflegeleistungen der IV nur sinngemäss den Leistungen von Artikel 7 Absatz 2 Buchstaben a und b KLV entsprechen:

Die medizinischen Pflegeleistungen in der IV umfassen einerseits die Massnahmen zur Abklärung, Beratung und Koordination. Diese dienen der Abklärung wie auch der Planung und Dokumentation des Pflegebedarfs. Weiter wird darunter die Instruktion der Eltern und deren regelmässige Supervision durch die Pflegefachperson verstanden. Auch Koordinationsaufgaben können in diesem Rahmen berücksichtigt werden. Die Massnahmen entsprechen sinngemäss den Leistungen, die in Buchstabe a von Artikel 7 Absatz 2 KLV beschrieben werden.

Andererseits werden darunter Massnahmen zur Untersuchung und Behandlung erfasst. Diese entsprechen den Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Diese Massnahmen entsprechen sinngemäss den Leistungen, die in Buchstabe b von Artikel 7 Absatz 2 KLV beschrieben werden.

Der Begriff «Pflegefachperson» umfasst Personen mit medizinischer Berufsqualifikation, die gestützt auf einem mit der IV abgeschlossenen Tarifvertrag nach Artikel 27 Absatz 1 IVG ambulante medizinische Pflegeleistungen zulasten der IV erbringen dürfen.

Artikel 3^{quinquies} Absatz 2

Bei stationärem Aufenthalt in einem Spital oder in einem Pflegeheim sind die medizinischen Pflegeleistungen Teil der zu erbringenden Gesamtleistung, die mittels Tages- oder Fallpauschale vergütet wird. Eine zusätzliche Übernahme der Pflegeleistungen durch die IV würde zu einer Doppelvergütung führen.

Artikel 3^{quinquies} Absatz 3

Die medizinische Langzeitüberwachung ist eine medizinische Massnahme im Sinne von Artikel 3^{quinquies} Absatz 2 Buchstabe b und umfasst die Pflege von Kindern und Jugendlichen, bei denen jederzeit eine lebensbedrohliche oder gesundheitsgefährdende Situation auftreten kann, die das Intervenieren durch eine medizinische Fachperson erfordert.

Die Leistungen der medizinischen Langzeitüberwachung sind auf wenige, gravierende Krankheitsbilder begrenzt und vor allem bei Kindern angezeigt, die unselbständig sind und ihren Bedarf nicht artikulieren können. Mit zunehmendem Alter wird die versicherte Person im Umgang mit ihrem Leiden selbständiger und kann sich besser mitteilen. Damit verringert sich in der Regel der Umfang an Überwachungsleistungen. Beim Übergang der Leistungspflicht zur Krankenversicherung nach dem 20. Altersjahr der versicherten Person besteht somit nur in seltenen Fällen weiterer Bedarf nach diesen Leistungen, weshalb keine Koordinationsschwierigkeiten zu erwarten sind.

Das Maximum von 16 Stunden am Tag ergibt sich daraus, dass die Kinder und Jugendlichen in der Regel während mindestens acht Stunden pro Tag durch ihre Eltern oder ihre familiären

Bezugspersonen überwacht und gepflegt werden sollten. Dies ist aus pädagogischer Sicht für eine bestmögliche Entwicklung des Kindes resp. des oder der Jugendlichen wichtig. Auch werden dadurch die Wahrung der Intimsphäre, die Autonomie der Familie und die Bindung zwischen Kind/Eltern/Geschwistern positiv unterstützt.

In speziellen Fällen können diese acht Stunden pro Tag unterschritten werden und die IV kann medizinische Leistungen bis 24 Stunden pro Tag vergüten. Dies kann der Fall sein, wenn die gesetzlichen Vertreter aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sind, die acht Stunden zu übernehmen. Da das BSV diese Ausnahmen auf Weisungsstufe regelt, können Anpassungen schnell beschlossen und umgesetzt werden. Die Koordination mit anderen Leistungen der IV ist sichergestellt.

Artikel 3^{quingies} Absatz 4

Um die Bestimmung der medizinischen Pflegeleistungen, die von der IV übernommen werden, aktuell halten zu können, ist es erforderlich, dass das EDI den Leistungsumfang und die Leistungsinhalte nach Absatz 1 definiert. Dies wird in der neuen Verordnung des EDI über ambulant erbrachte medizinische Pflegeleistungen festgelegt, die voraussichtlich mit dieser Verordnungsänderung in Kraft treten wird (vgl. Verordnung des EDI über ambulant erbrachte medizinische Pflegeleistungen und die dazugehörigen Erläuterungen).

Artikel 3^{sexies}

Artikel 3^{sexies} Absatz 1

In Ausführung des neuen Artikels 14^{ter} Absatz 5 IVG ist das für die Erstellung der neuen Arzneimittelliste zuständige Bundesamt zu bestimmen. Aufgrund der grossen Erfahrung und des Bedarfs nach einer Koordination mit dem Aufnahmeverfahren für die SL gemäss Artikel 64a ff. KVV wird diese Aufgabe an das BAG delegiert. Das BAG ist zuständig für die Aufnahmeverfahren der GG-SL und das BSV wird dabei nicht involviert werden. Das BSV ist hingegen für die Beurteilung von Gesuchen zur Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall zuständig (vgl. Art. 3^{decies} E-IVV) und nimmt so die Rolle ein, die im Rahmen der OKP den einzelnen Versicherten zukommt.

Wie bei der Erstellung der SL wird das BAG von der Eidgenössischen Arzneimittelkommission (EAK) nach Artikel 37e KVV beraten. Für die Beurteilung von Gesuchen um Aufnahme in die GG-SL ist es nicht notwendig, eine Erweiterung der Zusammensetzung der EAK vorzusehen. Der Bereich der Geburtsgebrechen stellt ein sehr weites Feld dar und es wäre deshalb wenig realistisch, dass eine einzige weitere Person alle Bereiche der Geburtsgebrechen abdecken könnte. Es wird somit bei Geburtsgebrechen – wie heute schon bei spezifischen Fragestellungen bei anderen Arzneimitteln – unausweichlich sein, zusätzlich auf weiteres Expertenwissen ausserhalb der EAK zurückzugreifen. Allenfalls kann bei Neu- oder Ersatzwahlen der EAK darauf geachtet werden, dass vermehrt pädiatrische Fachkenntnisse benötigt werden.

Die Bezeichnung GG-SL orientiert sich an der Bezeichnung der bestehenden SL, weil die Verfahren für die Aufnahme von Arzneimitteln sowie die Operationalisierung der WZW-Kriterien identisch sein sollen. Zudem ist es im Hinblick auf die Vergütung für die Versicherten und die Leistungserbringer irrelevant, ob ein Arzneimittel auf der SL oder der GG-SL aufgeführt ist:

- Leistung SL: Die OKP und die IV (nach Art. 3^{novies} Abs. 1 Bst. a E-IVV) vergüten die in der SL aufgeführten Arzneimittel.
- Leistung GG-SL: Die IV vergütet die in der GG-SL aufgeführten Arzneimittel bei Vorliegen eines Geburtsgebrechens bis zum 20. Altersjahr (Art. 3^{novies} Abs. 2 Bst. a E-IVV). Die OKP vergütet die in der GG-SL aufgeführten Arzneimittel gemäss dem revidierten Artikel 52 Absatz 2 KVG grundsätzlich bei Erwachsenen oder wenn ein versichertes Kind die versicherungsmässigen Voraussetzungen der IV nicht erfüllt.

Bei der Aufnahme eines Arzneimittels in die SL resp. die GG-SL ist jeweils zu berücksichtigen, dass die beiden Arzneimittellisten grundsätzlich sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen zur Anwendung kommen können. Dies kann beispielsweise dazu führen, dass bei der Aufnahme in die SL oder die GG-SL unterschiedliche Limitierungen je nach Alter etc. (vgl. Art. 73

KVV) definiert werden. Für die GG-SL gilt, dass im Rahmen der Aufnahme eines Arzneimittels auf die GG-SL auch die WZW-Kriterien für die Anwendung des Arzneimittels bei Erwachsenen geprüft und entsprechende Bedingungen in die Limitierung gemäss Artikel 73 KVV aufgenommen werden müssen. Auflagen und Bedingungen für die Behandlung von Erwachsenen können somit von denjenigen für Kinder abweichen. Eine explizite Regelung dessen in der KVV ist nicht notwendig, da sich dies sachlogisch aus den Bestimmungen ergibt.

Artikel 3^{sexies} Absatz 2

Ein Arzneimittel wird grundsätzlich nur in die GG-SL aufgenommen, wenn es ausschliesslich für die Behandlung von Geburtsgebrechen nach Artikel 3^{bis} Absatz 1 E-IVV indiziert ist (vorbehalten bleibt eine allfällige Vergütung im Einzelfall bei Anwendung in einer anderen Indikation, die kein Geburtsgebrechen darstellt). Unter den Begriff «ausschliesslich indiziert» fallen zudem auch Medikamente mit mehreren Indikationen, bei denen die WZW-Kriterien aber nur in Bezug auf Geburtsgebrechen erfüllt sind. Auch diese werden nur in der GG-SL (und nicht in der SL) gelistet sein. Wird das Arzneimittel auch für weitere Indikationen regulär vergütet, wird es in die SL aufgenommen resp. bei einer Indikationserweiterung aus der GG-SL gestrichen und in die SL aufgenommen.

Zweite Voraussetzung für eine Aufnahme in die GG-SL ist, dass die Behandlung mit dem Arzneimittel in der Regel vor dem 20. Altersjahr beginnt. Es sollen somit grundsätzlich nur Arzneimittel in die GG-SL aufgenommen werden, deren Kosten bei Behandlungsbeginn durch die IV vergütet werden. Ist ein Arzneimittel zwar für die Behandlung eines Geburtsgebrechens indiziert, beginnt die Anwendung des Arzneimittels zur Behandlung des Geburtsgebrechens aber in den überwiegenden Fällen erst im Erwachsenenalter, wird es in die SL aufgenommen.

Ein Arzneimittel kann nicht gleichzeitig in die SL und die GG-SL aufgenommen werden. Jedes Arzneimittel wird nur in derjenigen Liste aufgeführt, deren Voraussetzungen es erfüllt. Dies soll zum einen mit den in diesem Artikel aufgeführten Voraussetzungen und zum anderen mit der Regelung in Artikel 65 Absatz 1^{bis} E-KVV sichergestellt werden. Hingegen bestehen keinerlei Unterschiede für Versicherte oder Leistungserbringer, ob ein Arzneimittel auf der SL oder der GG-SL aufgeführt ist.

Artikel 3^{sexies} Absatz 3

Der Verweis auf die Ausführungsbestimmungen zum KVG stellt sicher, dass die Voraussetzungen für die SL analog auch für die GG-SL zur Anwendung gelangen. Unter diesen Verweis fallen aktuell die Abschnitte 4 und 5 des 3. Kapitels des 4. Titels des ersten Teils der KVV (inkl. Anhang 1 KVV betreffend Gebühren) sowie die Abschnitte 3 und 4 des 8. Kapitels des 1. Titels der KLV. Die Form des Verweises auf einzelne Abschnitte stellt sicher, dass allfällige Anpassungen von KVV und KLV analog auch für die GG-SL gelten. Damit ist die Koordination dieser beiden Listen gewährleistet.

Veröffentlichungen im Zusammenhang mit der GG-SL erfolgen auf der öffentlich zugänglichen Online-Plattform nach Artikel 71 Absatz 6 KVV.

Artikel 3^{sexies} Absatz 4

Für die Aufnahme von Arzneimitteln auf die GG-SL soll auf eine Frist analog zu Artikel 31b KLV verzichtet werden, weil es sich in vielen Fällen um Arzneimittel für die Behandlung von seltenen Krankheiten handelt, deren WZW-Prüfung sehr aufwändig ist. Grund dafür ist, dass die Preisforderungen bei seltenen Erkrankungen hoch sind und vermehrt Analysen zur Kosteneffektivität erforderlich sind, da der Vergleich mit den Preisen im Ausland wenig aussagekräftig ist. Denn im Ausland werden in der Regel Preismodelle in Form von Rabatten oder Volumengrenzen umgesetzt. Zudem ist die Evidenz der Studiendaten aufgrund der niedrigen Teilnehmerzahlen in der Regel aufwändiger zu beurteilen, und es müssen klinisch tätige Fachexpertinnen und Fachexperten konsultiert und Auflagen definiert werden, damit die Pharmaunternehmen die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit dieser Arzneimittel im Rahmen einer befristeten Aufnahme definitiv aufzeigen können. Dies ist im Vergleich zu anderen, für die WZW-Be-

urteilung weniger komplexen Arzneimitteln mit erheblichem Aufwand verbunden. Bei Arzneimitteln der GG-SL ist eine Frist von «in der Regel innert 60 Tagen» nach Artikel 31b KLV daher nicht realistisch.

Artikel 3^{septies}

Artikel 3^{septies} Absatz 1 und 2

Analog zu Artikel 67a KVV sollen Mehreinnahmen von auf der GG-SL aufgeführten Arzneimitteln zurückerstattet werden. Die Rückerstattungen von Mehreinnahmen folgen grundsätzlich denselben Regeln wie bei der SL (vgl. auch Art. 37e KLV) mit dem Unterschied, dass sie dem Ausgleichsfonds der IV (IV-Ausgleichsfonds) nach Artikel 79 IVG rückerstattet werden.

Mehreinnahmen sind auch dann an den IV-Ausgleichsfonds zurückzuerstatten, wenn ein Teil der Mehreinnahmen auf Vergütungen durch Krankenversicherer zurückzuführen ist (z.B. aufgrund der Vergütung bei Erwachsenen nach Vollendung des 20. Altersjahres). Dasselbe gilt vice versa schon heute bei der Rückerstattung von Mehreinnahmen gemäss Artikel 67a KVV an die gemeinsame Einrichtung KVG, wenn die IV einen Teil der Vergütungen geleistet hat.

Artikel 3^{octies}

Gemäss dem neuen Absatz 1^{bis} von Artikel 67 IVG kann das BAG für seinen Aufwand im Zusammenhang mit der GG-SL über den IV-Ausgleichsfonds entschädigt werden. Dabei sollen diejenigen Kosten in Rechnung gestellt werden dürfen, die nicht bereits durch die Gebühren gedeckt sind.

BSV und BAG schliessen zu diesem Zweck eine Verwaltungsvereinbarung ab.

Artikel 3^{novies}

Artikel 3^{novies} Absatz 1

Die sinngemässe Übernahme von Artikel 52 KVG stellt sicher, dass die IV analog der OKP die in den Listen von Artikel 52 Absatz 1 KVG aufgeführten Leistungen übernimmt. Die Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) kommt nur zur Anwendung, wenn die Mittel und Gegenstände der Untersuchung oder Behandlung eines Geburtsgebrechens dienen. Für Hilfsmittel nach Artikel 21 IVG kommt somit nicht die MiGeL, sondern die mit der IV vereinbarten Tarifverträge zur Anwendung.

Artikel 3^{novies} Absatz 2

Artikel 3^{novies} Absatz 2 Buchstabe a hält fest, dass die Arzneimittel auf der GG-SL gemäss dem neuen Artikel 3^{sexies} E-IVV von der IV übernommen werden. Diagnostische Massnahmen werden nach Buchstabe b von der IV übernommen, wenn sie zur Diagnostizierung oder Behandlung eines vorhandenen Geburtsgebrechens und seiner Folgen dienlich sind. Dies bedeutet, dass diagnostische Massnahmen, die allein aus Interesse, aber ohne Konsequenzen auf das Management eines Geburtsgebrechens vorgenommen werden, sowie zu Forschungszwecken dienen, nicht von der IV getragen werden können. Auch kann die IV keine diagnostischen Massnahmen übernehmen, wenn sich aufgrund deren Resultate ergibt, dass es sich bei dem Leiden nicht um ein Geburtsgebrecen im Sinne von Artikel 13 des Gesetzes handelt.

Artikel 3^{decies}

Mit diesem Artikel wird der neue Artikel 14^{ter} Absatz 3 IVG umgesetzt, der eine Kompetenzdelegation an den Bundesrat für eine Regelung der Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall vorsieht.

Artikel 3^{decies} Absatz 1

Der Verweis auf die Ausführungsbestimmungen zum KVG stellt sicher, dass die Bestimmungen der OKP für die Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall auch in der IV analog zur Anwendung gelangen. Unter diesen Verweis fällt aktuell insbesondere der Abschnitt 4a des 3. Kapitels des 4. Titels des ersten Teils der KVV. Die allgemein gehaltene Form des Verweises

stellt sicher, dass allfällige Anpassungen der OKP-Bestimmungen über die Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall analog auch in der IV gelten.

Mit der analogen Anwendung von Artikel 71a bis 71d KVV in der IV wird eine Konkretisierung der heutigen Praxis angestrebt. Das Anliegen des Parlaments (AB 2019 N 112 f.), wonach die Einführung der neuen IV-Arzneimittelliste nicht zu einer Verschlechterung gegenüber dem Status Quo führen dürfe, kann zudem damit umgesetzt werden, dass das BSV auf Weisungsstufe festhalten wird, dass sämtliche Geburtsgebrechen als Krankheiten gelten, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen können. Dieses relativ einschränkende Kriterium in Artikel 71a KVV gilt somit generell für alle Geburtsgebrechen nach Artikel 13 IVG als erfüllt und wird entsprechend der bestehenden Praxis nicht weiter geprüft. Weiter soll auf Weisungsstufefestgehalten werden, dass bei Arzneimitteln, die ursprünglich nur für Erwachsene zugelassen sind, die Prüfung der Vergütung im Einzelfall primär auf die Frage der Sicherheit des Arzneimittels bei Kindern fokussiert.

Artikel 3^{decies} Absatz 2

Die abschliessende Verantwortung für Entscheide über die Vergütung von Arzneimitteln zur Behandlung von Geburtsgebrechen im Einzelfall liegt bei den IV-Stellen, da diese die Leistung verfügen. Um einen rechtsgleichen Zugang zu gewährleisten, kann das BSV eine vorgängige Konsultation verlangen und eine Empfehlung abgeben.

Das Verfahren wird sich wie folgt gestalten und auf Weisungsstufe konkretisiert: Die IV-Stellen werden grundsätzlich verpflichtet, Einzelfall-Anfragen – nach einer Beurteilung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) – an das BSV weiterzuleiten. Das BSV prüft zum einen, ob die Wirksamkeit des entsprechenden Arzneimittels im Einzelfall belegt ist oder nicht und spricht basierend auf der aktuellen wissenschaftlichen Literatur und den internationalen Richtlinien eine Empfehlung zu Handen der ersuchenden IV-Stelle aus. Ebenso prüft das BSV, ob ein anderes wirksames und in der Schweiz zugelassenes Arzneimittel verfügbar ist. Ist dies der Fall, wird eine Vergütung im Einzelfall abgelehnt. Die IV-Stelle verfügt erst anschliessend. Mittels Vorlagepflicht an das BSV und eines noch aufzubauenden Monitorings soll dem Anliegen der Gleichbehandlung bei der Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall Rechnung getragen werden.

Aufgrund dieses Prozesses wird in Abweichung zu Artikel 71d Absatz 3 KVV auf die Festlegung einer in Tagen bestimmten Frist verzichtet.

Artikel 4^{bis}

Der heutige Artikel 4^{bis} IVV wird aufgehoben. Der materielle Gehalt wird neu in Artikel 3^{novies} E-IVV geregelt.

Artikel 4^{quater} Absatz 1

Ist die Mindestanforderung für Integrationsmassnahmen von zwei Stunden Präsenzzeit pro Tag nicht erfüllbar, ist die Durchführung dieser Massnahmen nicht sinnvoll. Der Aufbau der Arbeitsfähigkeit muss indes nicht an vier Tagen pro Woche erfolgen, die versicherte Person kann eine Integrationsmassnahme auch an drei Tagen pro Woche absolvieren. Nicht sinnvoll ist hingegen die Durchführung von acht Stunden Integrationsmassnahme an nur einem Tag; in diesem Fall wäre eine andere Massnahme angezeigt. Im Rahmen der ausgebauten Beratung und Begleitung (Art. 14^{quater} IVG) und der bedarfsgerechten Ausrichtung von Massnahmen soll die Festlegung der Anzahl Tage pro Woche in der fachlichen Verantwortung der fallführenden Stelle liegen, unter der Bedingung, dass die acht Stunden Anwesenheit pro Woche eingehalten werden.

Artikel 4^{quinqies}

Dieser Artikel beschreibt die verschiedenen Integrationsmassnahmen und deren konkrete Ausgestaltung näher. Durch die Ausweitung der Integrationsmassnahmen auf von Invalidität

bedrohte unter 25-jährige Versicherte, entsteht eine neue Art von Integrationsmassnahme, die mit den anderen Vorbereitungsmaßnahmen für Jugendliche zu koordinieren ist.

Artikel 4^{quinquies} Absätze 1 und 2

Der Aufbau der Arbeitsfähigkeit ist ein zentrales Ziel von Integrationsmassnahmen, weshalb dieses Ziel hier aufgenommen wird. Zudem wird in Absatz 2 der Ausdruck «freier Arbeitsmarkt» durch «erster Arbeitsmarkt» ersetzt.

Artikel 4^{quinquies} Absatz 3

In diesem Absatz wird die Ausdehnung der Integrationsmassnahmen auf Jugendliche präzisiert. Wie in den Absätzen 1 und 2 ausgeführt, geht es bei den Integrationsmassnahmen um die Vorbereitung von versicherten Personen für berufliche Massnahmen. Absatz 3 thematisiert, dass es bei Integrationsmassnahmen für Jugendliche zusätzlich eines spezifischen Fachwissens bedarf, um zwischen Auswirkungen von psychischen Beeinträchtigungen und pubertätsbedingten Verhaltensweisen unterscheiden zu können. Der Fokus von Integrationsmassnahmen für Jugendliche liegt im Aufbau der Anwesenheits- und Leistungsfähigkeit, so dass der Besuch von Folgemaassnahmen möglich wird. Folgemaassnahmen können kantonale Brückenangebote zum Füllen schulischer Lücken (Art. 68^{bis} Abs. 1^{ter} IVG), Praktika (Art. 15 IVG) zum Sammeln von Arbeitserfahrungen oder eine EbA (Art. 16 IVG) sein. Die IV-Stellen können Integrationsmassnahmen für Jugendliche analog der anderen Vorbereitungsmaßnahmen für Jugendliche erst nach Abschluss der obligatorischen Schulzeit verfügen, da gemäss Artikel 62 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV)³⁶ die Kantone für die obligatorische Schulung aller Kinder und Jugendlicher zuständig sind. Dies umfasst auch die Angebote für gesundheitlich beeinträchtigte Kinder und Jugendliche während der obligatorischen Schulzeit (wie z.B. Sonderschule, Time-Outs, Heilpädagogik usw.). Die IV kann nicht in den Kompetenzbereich der Kantone eindringen.

Artikel 4^{quinquies} Absatz 4

Bei Integrationsmassnahmen gibt es keine vorgegebene Dauer mit offiziellem Abschluss (wie z.B. bei der EbA). Sowohl die voraussichtliche Dauer als auch die Ziele der Integrationsmassnahme sind immer individuell gemäss den Möglichkeiten der versicherten Person in Zielvereinbarungen festzulegen. Es müssen dabei wie bis anhin Zwischenschritte definiert und deren Umsetzung von der fallführenden Stelle überprüft und begleitet werden. Seit der 5. IV-Revision und mehr noch im Rahmen der WE IV werden die beruflichen Eingliederungsmassnahmen stärker am ersten Arbeitsmarkt ausgerichtet. Auch Integrationsmassnahmen sollen nach Möglichkeit im ersten Arbeitsmarkt stattfinden, um ein dauerhaftes Fernbleiben der versicherten Person vom ersten Arbeitsmarkt zu vermeiden und die Voraussetzungen für den Besuch beruflicher Massnahmen in einer realen Umgebung zu schaffen. Die Begleitung der versicherten Person und der Arbeitgebenden durch die IV ist dabei zentral. Die Bestimmung «teilweise» kann auch dahingehend ausgelegt werden, dass die versicherte Person eine Integrationsmassnahme beispielsweise während drei Tagen pro Woche im ersten Arbeitsmarkt und während den restlichen zwei Tagen in einer Institution absolviert.

Artikel 4^{sexies}

Dieser Artikel enthält verschiedene Regelungen im Zusammenhang mit der Dauer der Integrationsmassnahmen, wie Präzisierungen zur konkreten Dauer in Tagen, zu Unterbrechungen, zu Verlängerungsbedingungen, zur erneuten Anmeldung und zur vorzeitigen Beendigung.

Artikel 4^{sexies} Absatz 1

In diesem Absatz wird präzisiert, dass es sich um die Dauer der Integrationsmassnahmen nach Artikel 14a Absatz 3 IVG handelt.

³⁶ SR 101

Artikel 4^{sexies} Absatz 3 Buchstabe a

Wie in den Erläuterungen zu Artikel 4^{quinquies} Absatz 4 aufgeführt, gibt es bei Integrationsmassnahmen keine vorgegebene Dauer mit fixem Abschluss. Deshalb werden Dauer und Ziele zu Beginn individuell in Zielvereinbarungen mit den Versicherten sowie den Leistungserbringern oder Arbeitsgebern festgelegt. Die Umsetzung dieser Vereinbarung wird von der IV-Stelle eng begleitet. Stellt sie fest, dass das vereinbarte Ziel früher erreicht wird oder trotz aller Versuche und Anpassungen nicht erreichbar ist, wird die Integrationsmassnahme unter Berücksichtigung der Verhältnismässigkeit vorzeitig (in Bezug auf die in der Zielvereinbarung festgelegte Dauer) beendet. Dies hat auch zu erfolgen, wenn eine andere Eingliederungsmassnahme geeigneter ist oder eine Weiterführung aus gesundheitlichen Gründen nicht zumutbar ist.

Artikel 4^{sexies} Absatz 4

Der bisherige Absatz 4 dieser Bestimmung ist infolge der Ausführungen in Absatz 3 des neuen Artikels 8 IVG und der Verordnungsartikel zu Artikel 3a, 14^{quater} und 57 IVG nicht mehr nötig.

Artikel 4^{sexies} Absatz 5

In Absatz 5 wird für die Verlängerung einer Integrationsmassnahme weiterhin verlangt, dass die Integrationsmassnahme für das Erreichen der Eingliederungsfähigkeit in Bezug auf Massnahmen beruflicher Art nötig ist. Zudem ist, wie bereits in den Erläuterungen zu Artikel 4^{quinquies} Absatz 4 ausgeführt, die Ausrichtung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen am ersten Arbeitsmarkt ein zentrales Element der WE IV. Deshalb soll eine Integrationsmassnahme, die länger als ein Jahr dauert, zumindest teilweise im ersten Arbeitsmarkt stattfinden. Es geht auch hier darum, dass nicht «mehr vom Gleichen» die versicherte Person weiterbringt, sondern nach einer gewissen Anfangszeit, in der eine Stabilisierung in der Institution erfolgt ist, ein weiterer Schritt erfolgen muss, damit die Rehabilitation voranschreiten kann. Auch hier besteht jedoch die Möglichkeit, dass je nach Situation nur ein Teil der verlängerten Massnahme im ersten Arbeitsmarkt erfolgt.

Artikel 4^{sexies} Absatz 6

Bisher war in Absatz 6 festgehalten, dass der Anspruch auf Integrationsmassnahmen nach einer Gesamtdauer der Massnahmen von zwei Jahren erlischt. Diese lebenslange Beschränkung auf zwei Jahre wird im Rahmen der WE IV aufgehoben. Gemäss der Botschaft zur WE IV ist eine erneute Zusprache zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Der Begriff «späterer Zeitpunkt» wird dahingehend präzisiert, dass die versicherte Person vor der Zusprache einer erneuten Integrationsmassnahme alles ihr Zumutbare für die berufliche Integration unternommen hat oder eine massgebliche Änderung des gesundheitlichen Zustandes erfolgt sein muss. Bezüglich des Nachweises ist eine schriftliche Bestätigung ausreichend. Diese Präzisierung wird dem Verlauf von psychischen Krankheiten gerecht, da sie bedarfsgerechte Wiederholungen ermöglicht. Dies ist gerade für Jugendliche wichtig. Die Voraussetzung der erfolgten Bemühungen kann zudem bei Jugendlichen die gewünschte Weiterentwicklung auslösen.

Artikel 4^{septies}

Der Artikel kann aufgehoben werden, da dessen Inhalt in den neuen Bestimmungen zur Beratung und Begleitung der versicherten Person und deren Arbeitgeber (Art. 14^{quater} IVG), zur den Aufgaben der IV-Stelle (Art. 57 IVG) und der Fallführung (Art. 41a E-IVV) bereits enthalten ist.

Artikel 4a

Die in Artikel 15 IVG neu eingeführten vorbereitenden Massnahmen zum Eintritt in eine Ausbildung werden zusammen mit den bestehenden Bestandteilen der Berufsberatung in der Verordnung präzisiert, so dass sie auf die anderen Vorbereitungsmassnahmen für Jugendliche abgestimmt sind.

Artikel 4a Absatz 1

Alle in der IV möglichen Bestandteile einer professionellen Berufsberatung werden aufgeführt:

- Buchstabe a nennt die allgemeinen Methoden und Massnahmen einer professionellen Berufsberatung wie zum Beispiel Berufsberatungsgespräch und -analyse, Begleitung und all-fällige psychologische Testverfahren.
- Buchstabe b präzisiert die in Artikel 15 Absatz 1 IVG aufgeführten vorbereitenden Massnahmen zum Eintritt in eine Ausbildung. Der Gesetzgeber erwähnte bei der Schaffung von Artikel 15 Absatz 1 IVG vor allem die Jugendlichen und jungen Erwachsenen.
- Buchstabe c führt die längerdauernde Überprüfung der unter Buchstabe a gefundenen Ergebnisse im Sinne von Artikel 15 Absatz 2 IVG auf. Eignung und Neigung der Versicherten für die identifizierten Berufsrichtungen sollen in der Praxis getestet werden.

Artikel 4a Absatz 2

In der parlamentarischen Beratung wurden beispielhaft für Artikel 15 Absatz 1 IVG die Praktika genannt. Praktika finden in Betrieben des ersten Arbeitsmarktes statt und sind zeitlich beschränkt. Die Präzisierung der Massnahme nach Artikel 15 Absatz 1 IVG mit dem Begriff «arbeitsmarktnah» bedeutet, dass die Massnahme direkt im ersten Arbeitsmarkt stattfindet oder sich zumindest an der Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt orientiert. Die zeitliche Begrenzung auf zwölf Monate ist damit zu begründen, dass die Massnahmen nach Artikel 15 Absatz 1 IVG zu einer Palette verschiedener Vorbereitungsmassnahmen gehören. Diese Massnahmen werden zeitlich befristet, damit die versicherten Personen möglichst zeitnah die eigentliche Ausbildung beginnen könnten. Der Fokus der Massnahme nach dem neuen Artikel 15 IVG soll nicht auf der Füllung schulischer Lücken oder der psychotherapeutischen Begleitung liegen. Die Massnahme soll vielmehr der praktischen Erprobung von möglichen Berufszielen und der Heranführung an die Anforderungen des ersten Arbeitsmarkts (Praktika) dienen. Die IV-Stellen können die Massnahmen zur Vorbereitung nach Artikel 15 Absatz 1 IVG gleich den übrigen Massnahmen, die Jugendliche auf eine Ausbildung vorbereiten, erst nach Abschluss der obligatorischen Schulzeit verfügen. Nach Artikel 62 BV sind die Kantone für die Schulung aller Kinder und Jugendlicher zuständig, was auch die Angebote für gesundheitlich beeinträchtigte Kinder und Jugendliche (wie z.B. Sonderschule, Time-Outs, Heilpädagogik usw.) umfasst.

Artikel 4a Absatz 3

Dieser Absatz beschreibt die im Rahmen von Artikel 15 Absatz 2 IVG möglichen, längerdauernden Massnahmen zur vertieften Klärung von Eignung und Neigung von Versicherten für neue Berufsrichtungen oder Tätigkeiten (z.B. für eine Umschulung). Die Überprüfungen können durch Einsätze in Betrieben des ersten Arbeitsmarkts oder in Institutionen der beruflichen Eingliederung erfolgen. Die Einsätze sind auf maximal drei Monate zu befristen. In gewissen Fällen ist eine Dauer von drei Monaten nicht ausreichend, um die benötigten Erkenntnisse zu generieren. In solchen Ausnahmefällen kann die Massnahme zur vertieften Klärung verlängert werden. Im Gegensatz zu den beruflichen Abklärungsmassnahmen «BEFAS» hat Artikel 4a Absatz 3 E-IVV nicht die Klärung der Eingliederungsfähigkeit zum Ziel.

Artikel 4a Absatz 4

Berufsberatungsmassnahmen nach Artikel 4a Absatz 2 und 3 E-IVV weisen keine vorgegebene Dauer mit offiziellem Abschluss auf wie dies zum Beispiel bei der EbA der Fall ist. Sowohl die voraussichtliche Dauer als auch die Ziele der Massnahmen sind individuell entsprechend den Möglichkeiten der versicherten Person in Zielvereinbarungen festzulegen. Dabei soll die Maximaldauer von drei bzw. zwölf Monaten nach den Absätzen 2 und 3 nur dann gewählt werden, wenn sie notwendig ist. Zudem soll die Massnahme beendet werden, wenn das vereinbarte Ziel erreicht ist. Artikel 4a Absatz 4 E-IVV listet weitere Gründe für eine vorzeitige Beendigung auf, die sich an den Regelungen zu den Integrationsmassnahmen orientieren.

Artikel 5

Artikel 5 Absatz 1

Rein formale Anpassung. Das BBG wird hier neu erstmalig im Erlass erwähnt und deshalb ausgeschrieben sowie wegen der mehrfachen Erwähnung im Erlass abgekürzt.

Artikel 5 Absatz 2

Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann im Rahmen von Artikel 16 IVG eine Vorbereitung auf eine EbA verfügt werden, wenn die Berufswahl getroffen und die Vorbereitung auf die eigentliche Ausbildung notwendig ist und es sich nicht um ein Berufswahljahr oder um ein allgemeines Zwischenjahr handelt.³⁷ Als Abgrenzungskriterium zur neuen Massnahme nach Artikel 15 Absatz 1 IVG dient folglich die getroffene Berufswahl. Die Berufswahl im Rahmen von Artikel 16 IVG gilt als getroffen, wenn für die anschliessende EbA bereits ein Lehrvertrag nach BBG oder ein Vertrag für andere Ausbildungen (insbesondere für die Vorbereitung auf eine Hilfsarbeit oder eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte) besteht, oder eine verbindliche Anmeldung für eine Ausbildung erfolgt ist, oder eine berufsspezifische Vorbereitung festgelegt wurde, die für die Ausbildung notwendig ist (z.B. berufsspezifische Vorlehre, Praktikum, Vorkurs usw.). Aufgrund dieser Definitionen wird die Vorbereitung im Rahmen von Artikel 16 als «gezielte Vorbereitung» bezeichnet. Ist eine der obigen drei Bedingungen erfüllt, kann eine gezielte Vorbereitung nach Artikel 16 Absatz 1 IVG verfügt werden.

Bei der Zusprache von Massnahmen nach Artikel 16 Absatz 1 IVG muss den Bestimmungen der NFA Rechnung getragen werden.

Ein möglicher Anspruch auf Taggelder wird in Artikel 22 Absatz 3 E-IVV geregelt.

Artikel 5 Absatz 3

Für eine möglichst rasche, nachhaltige und rentenausschliessende Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt kann nach einer EbA, die nach BBG aber im zweiten Arbeitsmarkt erfolgte, eine weiterführende EbA ermöglicht werden, sofern die in Artikel 5 Absatz 3 verlangten Voraussetzungen erfüllt sind. Die Übergangsbestimmung zur Änderung der Taggelder (Bst. a) findet Anwendung, wenn eine EbA gemäss Artikel 5 Absatz 3 E-IVV als nicht abgeschlossen gilt und die EbA gemäss Artikel 5 Absatz 3 Buchstabe a oder b unmittelbar weitergeführt wird. In diesem Fall müssen die Anspruchsvoraussetzungen für die Weiterführung einer EbA nach Artikel 5 Absatz 3 Buchstabe a und b E-IVV erfüllt sein. Die Unmittelbarkeit orientiert sich am eidgenössischen Bildungssystem: Ende der ersten Ausbildung im Juni und Aufnahme der zweiten Ausbildung im August oder September desselben Jahres. Wird die EbA nicht unmittelbar weitergeführt, richtet sich die Taggeldausrichtung nach neuem Recht.

Artikel 5 Absatz 3 Buchstabe a

Die Gewährung einer weiterführenden EbA ist nach Artikel 5 Absatz 3 Buchstabe a E-IVV möglich, sofern diese auf einem höheren Ausbildungsniveau (zwingend nach BBG) und im ersten Arbeitsmarkt erfolgt. Die Weiterführung auf einem höheren Ausbildungsniveau bedeutet zum Beispiel ein Abschluss auf Stufe EFZ oder EBA. Zudem darf das Eingliederungspotenzial der versicherten Person noch nicht ausgeschöpft sein.

Die Präzisierung der Voraussetzungen, wonach eine solche weiterführende Ausbildung ermöglicht werden kann, wird auf Weisungsstufe vorgenommen.

Artikel 5 Absatz 3 Buchstabe b

Analog zur Änderung in Artikel 5 Absatz 3 Buchstabe a E-IVV kann nach einer EbA, die der Vorbereitung auf eine Hilfsarbeit oder auf die Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte dient, eine weiterführende EbA ermöglicht werden, sofern diese nach BBG und im ersten Arbeitsmarkt erfolgt und die versicherte Person ihr Eingliederungspotenzial noch nicht vollständig ausgenutzt hat.

³⁷ Vgl. ZAK 1981 487

Die Präzisierung der Voraussetzungen, wonach eine solche weiterführende Ausbildung erfolgen kann, wird auf Weisungsstufe vorgenommen.

Artikel 5 Absatz 4

Analog zur Änderung in Artikel 16 Absatz 2 IVG durch die WE IV, wonach eine EbA sich nach Möglichkeit an der beruflichen Eingliederung im ersten Arbeitsmarkt orientieren und bereits dort erfolgen soll, soll eine EbA nach Artikel 16 Absatz 3 Buchstabe c IVG nach Möglichkeit ebenfalls den Regeln des BBG folgen oder sich daran orientieren, insbesondere was die praktischen Aspekte anbelangt.

Artikel 5 Absatz 7

Die Kompetenz zur Regelung der Voraussetzungen für Ausbildungen nach Artikel 16 Absatz 3 Buchstabe c IVG bleibt beim Bundesrat. Der Bundesrat verzichtet auf eine detaillierte Bestimmung auf Verordnungsstufe.

Die EbA muss den Fähigkeiten und dem Entwicklungsstand der versicherten Person entsprechen (vgl. Art. 8 Abs. 1^{bis} IVG). Im Rahmen der Fallführung muss deshalb darauf geachtet werden, dass eine versicherte Person eine Ausbildung erhält, die ihrem Niveau entspricht und im für sie geeigneten Setting stattfindet (vgl. Artikel 41a IVV).

Die Zusprache für EbA, die nicht im BBG geregelt sind, erfolgt weiterhin für die gesamte Dauer und ohne Staffelung.³⁸ Die Erläuterungen zur Fallführung (vgl. Art. 41a E-IVV) sind auch für Artikel 16 Absatz 3 Buchstabe c IVG anwendbar.

Artikel 5^{bis}

Artikel 5^{bis} E-IVV zu den invaliditätsbedingten Mehrkosten setzt sich neu aus den Absätzen 2 bis 6 des bisherigen Artikels 5 IVV zusammen.

Artikel 5^{bis} Absatz 1

Die Anpassung nimmt die aktuelle Rechtsprechung auf, die bisher weder auf Verordnungsstufe noch auf Weisungsstufe festgehalten war: Demnach kommt es für die Abgrenzung der Leistungsansprüche nach Artikel 16 und Artikel 17 IVG entscheidend darauf an, ob die versicherte Person vor Eintritt der Invalidität im Sinne des für die jeweilige berufliche Massnahme spezifischen Versicherungsfalles bereits erwerbstätig war oder nicht. Im Normalfall handelt es sich um eine Umschulung, wenn die versicherte Person eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, bei der sie während mindestens sechs Monaten ein ökonomisch relevantes Erwerbseinkommen erzielte, und sich aus gesundheitlichen Gründen beruflich neu orientieren muss. Vor der Umschulung muss zwar kein Beruf erlernt worden sein, doch muss die versicherte Person unmittelbar vor Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben.

In Abgrenzung dazu darf bei der EbA zuletzt kein massgebendes Erwerbseinkommen erzielt worden sein. Dieses wird anhand der Mindestrente nach Artikel 34 Absatz 5 AHVG ermittelt, worunter eine minimale volle einfache ordentliche Rente verstanden wird. «Minimal» bedeutet dabei der tiefstmögliche Betrag der Rente entsprechend dem beitragspflichtigen Einkommen, «einfach» bedeutet eine Rente für eine Einzelperson, «ordentlich» die Erfüllung von mindestens drei und «voll» diejenige aller nötigen Beitragsjahre.

Als Abgrenzung zum «Normalfall» war der «Spezialfall» bisher bereits auf Verordnungs- und Weisungsstufe geregelt (vgl. hierzu Art. 6 Abs. 2 IVV).

Artikel 5^{bis} Absatz 2

Dieser Absatz entspricht inhaltlich dem bisherigen Artikel 5 Absatz 3 zweiter Satz IVV.

Artikel 5^{bis} Absatz 3

Dieser Absatz entspricht inhaltlich dem bisherigen Artikel 5 Absatz 3 erster Satz IVV und wurde nur formal angepasst.

³⁸ Vgl. BGE 142 V 523

Artikel 5^{bis} Absatz 4

Dieser Absatz entspricht inhaltlich dem bisherigen Artikel 5 Absatz 2 zweiter Satzteil IVV und wurde nur formal angepasst.

Artikel 5^{bis} Absatz 5

Dieser Absatz entspricht inhaltlich dem bisherigen Artikel 5 Absatz 4 und wurde nur formal angepasst.

Artikel 5^{bis} Absatz 6

Dieser Absatz entspricht inhaltlich dem bisherigen Artikel 5 Absatz 5 IVV und wurde nur formal angepasst.

Artikel 5^{bis} Absatz 7

Dieser Absatz entspricht inhaltlich dem bisherigen Artikel 5 Absatz 6 IVV und wurde nur formal angepasst.

Artikel 5^{ter}

Artikel 5^{ter} E-IVV ist neu, entspricht inhaltlich jedoch den bisherigen Regelungen in Artikel 5^{bis} IVV. Als formale Anpassung wird der Begriff «Versicherung» zum besseren Verständnis durch «Invalidenversicherung» ersetzt.

Artikel 6

Artikel 6 Absatz 2

Hier wird der Spezialfall für die Abgrenzung der Leistungsansprüche nach Artikel 16 und Artikel 17 IVG definiert. Da der bisherige Artikel 23 IVG in der WE IV aufgehoben wird, ist eine Anpassung nötig. Es wird direkt auf den Artikel verwiesen, der den Höchstbetrag des Taggeldes regelt (vgl. Art. 24 Abs. 1 IVG).

Wenn eine versicherte Person ihre EbA invaliditätsbedingt abrechnen muss und das zuletzt erzielte Erwerbseinkommen einen bestimmten Betrag übersteigt, ist die neue berufliche Ausbildung als Umschulung zu betrachten.

Artikel 6^{quater} Absatz 1

Die französische und italienische Sprachversion werden an die deutsche Sprachversion der Verordnung angepasst. Der Begriff «jours ouvrables» respektive «giorni lavorativi» meint nur die Tage Montag bis Freitag. Der deutsche Begriff «Arbeitstage» bezeichnet dagegen weitergehend die (vertraglich) vereinbarten Tage, an denen eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer arbeiten soll. Diese Arbeitstage können unter Umständen und unter Einhaltung des Bundesgesetzes vom 13. März 1964³⁹ über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (Arbeitsgesetz) auch Samstag oder Sonntag betreffen. Man denke beispielsweise an einen Verkäufer oder eine Bäckerin, die regelmässig an Samstagen arbeiten.

Wegen der Nähe zum neuen Artikel 6^{quinqüies} E-IVV betreffend den Personalverleih ist die Richtigstellung jetzt angezeigt.

Artikel 6^{quinqüies}

Artikel 6^{quinqüies} Absatz 1

Der Höchstbetrag von 12 500 Franken deckt sämtliche im Rahmen des Personalverleihs erbrachten Leistungen des Personalverleihers ab (Vermittlung eines Arbeitseinsatzes in einem Einsatzbetrieb, Vertragsausarbeitung, Verwaltung der Lohnzahlung und der Sozialversicherungen usw.). Die Leistungsvereinbarung kann für den Personalverleiher davon eine Entschä-

³⁹ SR 822.11

digung vorsehen, wenn der Verleih zu einer Anstellung der versicherten Person im ersten Arbeitsmarkt führt. Bei einer befristeten Anstellung im Anschluss an den Personalverleih wird die Entschädigung nur gewährt, wenn die Vertragsdauer mindestens ein Jahr beträgt.

Die Entschädigung wird längstens während einem Jahr bezahlt (vgl. Abs. 5). Im Rahmen des Höchstbetrags von 12 500 Franken wird die Entschädigung der Personalverleiher in Leistungsvereinbarungen geregelt (Art. 18a^{bis} Abs. 3 Bst. a IVG).

Die Personalverleiher unterliegen den Bestimmungen des AVG und der Verordnung vom 16. Januar 1991⁴⁰ über die Arbeitsvermittlung und den Personalverleih (AVV). Die Artikel 18 bis 22 AVG sowie die Artikel 46 bis 50 AVV gelten auch für Personalverleiher, die von der Bewilligungspflicht nach Artikel 12 AVG befreit sind.

Artikel 6^{quinquies} Absatz 2

Neben der Entschädigung für die Leistungen des Personalverleihers aus der Leistungsvereinbarung sieht Artikel 18a^{bis} Absatz 3 IVG in einem weiteren Buchstaben eine Entschädigung des Personalverleihers für die durch den Gesundheitszustand bedingten Mehrkosten für die Beiträge an die berufliche Vorsorge und die Krankentaggeldprämien vor. In diesem Absatz wird der Beginn dieser Entschädigung nach Artikel 18a^{bis} Absatz 3 Buchstabe b IVG geregelt. Für die Ausrichtung einer Entschädigung nach Artikel 18a^{bis} Absatz 3 Buchstabe b IVG gelten sinngemäss die Voraussetzungen wie für eine Entschädigung nach Artikel 18c IVG und Artikel 6^{quater} IVV. Da der Verleiher Arbeitgeber der versicherten Person ist, muss er auch die Sozialbeiträge bezahlen, insbesondere die Beiträge an die berufliche Vorsorge und die Prämien der Krankentaggeldversicherung. Diese Beiträge und Prämien können im Übrigen höher ausfallen, wenn die versicherte Person krankheitsbedingt arbeitsunfähig wird oder wenn sie später eine IV-Rente bezieht. Die Entschädigung deckt nur diese Mehrkosten und versichert keine Lohnfortzahlungspflicht des Personalverleihers. Die Entschädigung nach Artikel 18a^{bis} Absatz 3 Buchstabe b IVG kann nur ausgerichtet werden, wenn ein Krankentaggeldversicherer Leistungen erbringt oder der Personalverleiher weiterhin einen Lohn ausrichtet der nach dem Bundesgesetz vom 25. Juni 1982⁴¹ über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) versichert ist. Ist der Lohn nicht nach dem BVG versichert und hat der Personalverleiher keine Krankentaggeldversicherung für seine Mitarbeitenden abgeschlossen, dann ist keine Entschädigung geschuldet, weil keine Mehrkosten nach Artikel 18a^{bis} Absatz 3 Buchstabe b IVG entstehen können. Mehrkosten nach Artikel 18a^{bis} Absatz 3 Buchstabe b IVG können auch nicht entstehen, wenn der Personalverleiher im Krankheitsfall den Lohn weiterausrichtet. Gemäss Absatz 2 genügt eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit. Die Ursache der Erkrankung (vorbestehend oder nicht) ist unerheblich, und es muss auch kein Kausalzusammenhang zwischen der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit und einer möglichen Erhöhung der Beiträge an die obligatorische berufliche Vorsorge oder die Krankentaggeldversicherung hergestellt werden. Die Karenzfrist von zwei Arbeitstagen entspricht den ordentlichen Wartefristen anderer Sozialversicherungen (vgl. Art. 72 Abs. 2 zweiter Satz KVG für Taggelder bei Krankheit, Art. 16 Abs. 2 UVG für Taggelder bei Unfall und Art. 22 Abs. 1 IVG für Taggelder der IV).

Artikel 6^{quinquies} Absatz 3

Die Pauschalansätze entsprechen jenen in Artikel 6^{quater} IVV. Damit wird die Gleichbehandlung von Personalverleihern und anderen Arbeitgebern gewährleistet. Die Absenztage beziehen sich auf die im Arbeitsvertrag zwischen dem Personalverleiher und der versicherten Person vorgesehenen Arbeitstage, an denen die versicherte Person ihren Verpflichtungen beim Einsatzbetrieb krankheitsbedingt nicht nachkommen kann.

⁴⁰ SR 823.111

⁴¹ SR 831.40

Artikel 6^{quinquies} Absatz 4

Die Entschädigung wird längstens während der im Arbeitsvertrag zwischen dem Personalverleiher und der versicherten Person festgelegten Dauer des Arbeitseinsatzes der versicherten Person im Einsatzbetrieb ausgerichtet. Im Übrigen gelten die Absätze 2 und 3.

Die Entschädigung wird längstens bis zum Ende des Arbeitsverhältnisses, das im Rahmen der maximalen Dauer der Massnahme (vgl. Abs. 5) abgeschlossen wurde, und nur bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit während der Dauer des Arbeitsverhältnisses ausgerichtet.

Artikel 6^{quinquies} Absatz 5

Die maximale Dauer der Massnahme von einem Jahr entspricht dem Zeitraum, während dem die IV-Stelle einen Personalverleiher hinzuziehen darf. Während dieses Zeitraums kann der Personalverleiher in Absprache mit der IV-Stelle mit der versicherten Person mehrere Einsätze vereinbaren.

Artikel 6^{quinquies} Absatz 6

Die Modalitäten für die Zahlung der Entschädigungen sind sinngemäss zu Artikel 6^{quater} Absatz 4 IVV.

Artikel 17

Artikel 17 Absatz 1

(Betrifft nur die französische Fassung)

Der Begriff «examen» wird durch «instruction» ersetzt. Es handelt sich um eine terminologische Anpassung ohne materielle Änderung, damit der französische Wortlaut näher beim deutschen und italienischen ist und mit dem Titel übereinstimmt.

Artikel 17 Absatz 2

Artikel 22^{bis} Absatz 7 Buchstabe b IVG beauftragt den Bundesrat, zu bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Taggelder für Abklärungszeiten ausgerichtet werden. Die versicherte Person hat für den Zeitraum der Abklärung vor einer EbA nach Artikel 16 IVG keinen Anspruch auf Taggeld.

Artikel 18 Absätze 1 und 2

Gemäss Artikel 22^{bis} Absatz 3 IVG entsteht ein Taggeldanspruch mit dem Beginn einer EbA. Folglich wird bei einer EbA das Taggeld für die Wartezeit nicht mehr ausgerichtet, sondern nur während der Umschulung.

Artikel 19

Artikel 19 Titel und Absatz 1 erster Satz

Die deutsche Fassung des Titels und von Absatz 1 wird dahingehend geändert, dass der Begriff «Vermittlung» nicht mehr verwendet wird. Im Titel wird «Arbeitsvermittlung» durch «Stellensuche» ersetzt. Absatz 1 spricht jetzt von der «Suche einer geeigneten Stelle». 1994 hielt das Bundesgericht in BGE 120 V 429 fest, dass ein Taggeldanspruch gegeben ist, wenn der Stellensuche die erwähnten Eingliederungsmassnahmen vorausgingen, und sich der Anspruch somit nicht auf den Zeitraum beschränkt, während dem die versicherte Person eine «Arbeitsvermittlung» nach Artikel 18 IVG beansprucht, wie es der heute bestehende deutsche Wortlaut vermuten lässt. Der deutsche Wortlaut ist deshalb im Vergleich zum französischen und italienischen Wortlaut in diesem Sinne zu verstehen.

Die französische und die italienische Version erfahren eine geringe inhaltliche Anpassung in der Formulierung, damit deutlich wird, dass die Stellensuche der versicherten Person mit oder ohne Unterstützung der IV-Stelle gemeint ist. Die versicherte Person soll keine passive Rolle der auf eine Vermittlung einer geeigneten Stelle wartenden Person einnehmen.

Artikel 19 Absatz 1 zweiter Satz

Die Änderung von Absatz 1 zweiter Satz ergibt sich nicht direkt aus der WE IV. Taggelder für die Wartezeit werden heute nur im Anschluss an eine Umschulung oder eine EbA gewährt. Dieser Artikel wurde allerdings zuletzt 2003 angepasst, während der Arbeitsversuch (Art. 18a IVG) 2012 eingeführt wurde und ebenfalls einen Anspruch auf Taggeld begründet. Um die Gleichbehandlung und die Kohärenz des Systems der Wiedereingliederung zu gewährleisten, ist eine Ausdehnung des Taggeldanspruchs während Wartezeiten auf den Zeitraum der Stellensuche nach einem Arbeitsversuch notwendig. Diese Änderung schliesst eine systematische Lücke im Wiedereingliederungsprozess, indem gemäss Artikel 22 Absatz 6 IVG die Liste der Eingliederungsmassnahmen ergänzt wird, nach denen eine versicherte Person während der Stellensuche Anspruch auf Taggeld hat.

Entsprechend hat eine versicherte Person auch während der Wartezeit bis zum Beginn eines Arbeitseinsatzes im Rahmen der Massnahme Personalverleih nach Artikel 18a^{bis} IVG Anspruch auf Taggeld, sofern dem Personalverleih eine EbA, eine Umschulung oder ein Arbeitsversuch vorausging.

Artikel 19 Absatz 2

Diese Bestimmung koordiniert den Taggeldanspruch für den Fall, dass die versicherte Person während der Stellensuche die Voraussetzungen für den Anspruch auf Taggeld während der Wartezeit sowohl bei der IV als auch bei der Arbeitslosenversicherung (Art. 15 Abs. 3 AVIV) erfüllt.

Sie kodifiziert die Praxis des Bundesgerichts, wonach die versicherte Person während des IV-Verfahrens bei einem bestehenden Anspruch auf ein Taggeld der Arbeitslosenversicherung kein Anrecht auf ein IV-Taggeld hat.⁴²

Artikel 20^{ter}

Artikel 20^{ter} Absatz 1

Diese Änderung ergibt sich nicht direkt aus der WE IV. Artikel 23 Absatz 1^{bis} IVG wurde zusammen mit Artikel 8a IVG (Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezügern) im Rahmen des ersten Massnahmenpakets der 6. IV-Revision⁴³ (Revision 6a) eingeführt. Der Verweis in Artikel 20^{ter} Absatz 1 IVV wurde allerdings nicht angepasst. Dieser gilt nur für Artikel 23 Absatz 1 IVG. Artikel 23 Absatz 1^{bis} IVG bezieht sich nämlich auf das Taggeld während einer Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezügern nach Artikel 8a IVG und ist folglich auszuschliessen. Dieser Fall ist bereits in Artikel 22^{bis} Absatz 5 IVG geregelt.

Der französische Text wurde ausserdem rein sprachlich angepasst.

Artikel 20^{ter} Absatz 2

Da Artikel 23 Absatz 2^{bis} IVG im Rahmen der WE IV aufgehoben wird, ist der Verweis in Artikel 20^{ter} Absatz 2 IVV ohne materielle Änderung anzupassen.

Artikel 20^{quater} Absätze 1 und 6

Artikel 20^{quater} Absatz 1

Gemäss Artikel 22^{bis} Absatz 7 Buchstabe d IVG bestimmt der Bundesrat, unter welchen Voraussetzungen Taggelder im Fall eines Unterbruchs von Eingliederungsmassnahmen wegen Krankheit, Unfall oder Mutterschaft weitergewährt werden. Die Taggelder im Fall eines Unterbruchs von Eingliederungsmassnahmen wegen Unfall werden neu in Absatz 6 geregelt.

Mit der WE IV wird eine neue Unfallversicherung von Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG in Massnahmen der IV (sogenannte Unfallversicherung von Personen in Massnahmen der IV, UV IV) eingeführt. Sowohl Artikel 20^{quater} IVV als auch Artikel 16 Absatz 3 UVG

⁴² Urteil des BG 8C_27/2017 vom 27. März 2017

⁴³ AS 2011 5659

beinhalten jeweils eine Subsidiaritätsklausel gegenüber der anderen Sozialversicherung. Für die UV IV ist das Verfahren gemäss UVG massgebend, soweit nichts Anderes bestimmt ist. Da demnach das UVG vorgehendes Recht ist, muss Art. 20^{quater} IVV angepasst werden, um nicht wegen der Subsidiaritätsklausel in Artikel 16 Absatz 3 UVG einen Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung zu verhindern.

Artikel 20^{quater} Absatz 6

Nach Artikel 16 Absatz 2 UVG entsteht der Anspruch auf ein Taggeld der Unfallversicherung am dritten Tag nach dem Tag, an dem sich der Unfall ereignet hat. Um mit der Anpassung, also dem Streichen des Unfalls aus der Liste der Ausnahmen in Artikel 20^{quater} Absatz 1, keine Lücke in der Taggeldzahlung zu schaffen, wird Artikel 20^{quater} IVV dahingehend angepasst, dass bis zu diesem dritten Tag (also für zwei Tage) das Taggeld der IV weiterausgerichtet wird.

Für versicherte Personen, die während einer Eingliederungsmassnahme keine obligatorische Unfallversicherung haben und nicht nach der neuen UV IV versichert sind, soll die Weiterausrichtung der IV-Taggelder bei Unterbruch der Massnahme wie bisher bestehen bleiben.

Ein Beispiel dafür könnte eine versicherte Person sein, die sich in einer Umschulungsmassnahme befindet, die ausschliesslich in einer Schule stattfindet. Wegen der Umschulung kann die versicherte Person nicht ihrer bisherigen Erwerbstätigkeit nachgehen, weshalb sie in der Umschulungsmassnahme Anspruch auf ein IV-Taggeld hat.

Artikel 20^{sexies} Absatz 1 Buchstabe b

Im BGE 146 V 271 vom 27. Mai 2020 hat das Bundesgericht festgestellt, dass für den bisherigen Artikel 20^{sexies} Absatz 1 Buchstabe b IVV, wonach Versicherte auch als erwerbstätig gelten, wenn sie glaubhaft machen, dass sie nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit eine Erwerbstätigkeit von längerer Dauer aufgenommen hätten, die gesetzliche Grundlage fehle. Folglich haben diese Personen keinen Anspruch mehr auf Taggelder.

Buchstabe b muss also gelöscht werden und der ganze Absatz 1 wird formal an diese Löschung angepasst.

Artikel 21^{quater}

Rein formale Anpassung. Das AHVG wird neu erstmalig in Art. 5^{bis} Absatz 1 E-IVV erwähnt und deshalb kann in Artikel 21^{quater} IVV direkt die Abkürzung AHVG verwendet werden.

Artikel 21^{septies} Absätze 1, 4 und 5

Artikel 21^{septies} Absatz 1

Artikel 22 IVV wird totalrevidiert. Aus diesem Grund muss der zweite Satz von Artikel 21^{septies} Absatz 1 IVV dahingehend angepasst werden, dass nur das Taggeld gemäss Artikel 22 Absatz 1 IVG gekürzt wird. Um die Gleichbehandlung zwischen den gesundheitlich eingeschränkten und den gesunden Personen zu garantieren, wird das Taggeld bei der EbA nicht reduziert, was auch dem Willen des Gesetzgebers entspricht.

Artikel 21^{septies} Absatz 4

Mit der WE IV wird Artikel 22 Absatz 3 IVG neu zu Artikel 22^{bis} Absatz 2 IVG. Der Verweis in Artikel 21^{septies} Absatz 4 IVV ist somit anzupassen.

Artikel 21^{septies} Absatz 5

Die Änderung von Absatz 5 ergibt sich nicht direkt aus der WE IV. Bei Personen, die eine ordentliche oder «definitive» Rente des Unfallversicherers infolge Invalidität erhalten, darf diese während einer Eingliederungsmassnahme nicht aufgehoben werden.⁴⁴ Die IV-Rente der Unfallversicherung und das IV-Taggeld zusammen führen indessen zu einer Überentschädi-

⁴⁴ BGE 139 V 514

gung, denn das Taggeld berechnet sich auf dem Einkommen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung. Es existiert zwar mit Artikel 47 Absatz 1^{ter} IVG eine rechtliche Grundlage beim Zusammentreffen von Rente und Taggeld. Diese Bestimmung gilt aber nur in Bezug auf die IV-Rente. Entsteht beim Zusammentreffen einer IV-Rente der Unfallversicherung und dem Taggeld der IV eine Übererschädigung, hat das Bundesgericht die Frage offengelassen, welcher der beiden Sozialversicherer berechtigt ist, seine Leistung zu reduzieren.⁴⁵ Gestützt auf die Artikel 68 und 69 ATSG, darf das Taggeld nach Artikel 22 Absatz 1 IVG nur soweit gekürzt werden, als es zusammen mit der IV-Rente der Unfallversicherung das massgebende Erwerbseinkommen nach den Artikeln 21–21^{quinquies} übersteigt. Die Kürzung des Taggeldes ist nur bei einer Invalidenrente nach UVG möglich. Eine Hinterlassenenrente rechtfertigt keine Kürzung.

Artikel 21^{octies} Absatz 3

Heute werden vom Taggeld die Kosten für Verpflegung und Unterkunft abgezogen, wenn die IV während der Eingliederung aufgrund einer tariflichen Vereinbarung vollständig dafür aufkommt. Wird hingegen eine EbA bei einem Arbeitgeber absolviert, werden die Taggelder diesem ausgerichtet und er bezahlt sie als Lohn der versicherten Person aus. Ein Abzug wäre äusserst komplex und würde gegen die Gleichbehandlung verstossen, weil die Löhne von Lernenden im Allgemeinen sehr tief sind. Folglich erfolgt während einer EbA keine Kürzung des Taggeldes.

Artikel 21^{novies}

Mit der WE IV wird Artikel 22 Absatz 5^{ter} IVG neu zu Artikel 22^{bis} Absatz 6 IVG. Der Verweis in Artikel 21^{novies} IVV ist somit anzupassen. Zudem wird der Begriff «Versicherung» durch «Invalidenversicherung» ersetzt. Diese Anpassungen stellen keine materielle Änderung dar.

Artikel 22

Die im Rahmen der WE IV vorgenommenen Änderungen im System der Taggelder bedingen eine Anpassung von Titel und Aufbau von Artikel 22 IVV. Versicherte in einer EbA erhalten nicht mehr ein «kleines Taggeld». Es gilt zudem, die verschiedenen bestehenden Fälle klar zu regeln, insbesondere jene, bei denen Massnahmen zur gezielten Vorbereitung auf eine EbA durchgeführt werden.

Artikel 22 Absatz 1

Die Höhe des Taggeldes für alle Ausbildungen ohne Lehrvertrag (insbesondere die Vorbereitung auf eine Hilfsarbeit oder eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte sowie Massnahmen zur gezielten Vorbereitung auf eine EbA), mit Ausnahme jener in Artikel 22 Absatz 4 IVG, entspricht im ersten Ausbildungsjahr monatlich einem Viertel der minimalen Altersrente nach Artikel 35 Absatz 5 AHVG. Ab dem zweiten Ausbildungsjahr entspricht das Taggeld monatlich einem Drittel der minimalen Altersrente nach Artikel 35 Absatz 5 AHVG. Um den erworbenen Fähigkeiten aus dem ersten Ausbildungsjahr Rechnung zu tragen, wird das Taggeld im zweiten Ausbildungsjahr angehoben.

Die Beträge werden nach der Berechnung aufgerundet.

Artikel 22 Absatz 2

Zu den Ausbildungen auf Tertiärstufe gehören Ausbildungen an universitären Hochschulen, Fachhochschulen und pädagogischen Hochschulen sowie der höheren Berufsbildung. Die Höhe des Taggeldes basiert auf dem monatlichen Medianlohn gemäss Erhebung zur sozialen und wirtschaftlichen Lage der Studierenden (SSEE) des BFS und beträgt 500 Franken pro Monat, abzüglich der Sozialabgaben, die der versicherten Person überwiesen werden. Dieser Betrag berücksichtigt das Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit aber auch die Verwandtenunterstützung und weitere allfällige Einkommensquellen (namentlich Zuschüsse und Stipendien).

⁴⁵ BGE 139 V 514, Erw. 4

Mit der Berücksichtigung des Erwerbseinkommens bei der Taggeldberechnung ist die Gleichbehandlung gewährleistet, insbesondere gegenüber Versicherten, die eine erstmalige berufliche Grundbildung nach BBG absolvieren, deren Entschädigung allein auf dem Einkommen aus der Erwerbstätigkeit und nicht auf der Verwandtenunterstützung beruht. Die Medianwerte gemäss SSEE sind von den Extremwerten kaum berührt, weshalb sie zuverlässiger als die Durchschnittswerte sind.

Artikel 22 Absatz 3

Für die gezielte Vorbereitung auf eine EbA nach Artikel 16 IVG beziehungsweise Artikel 5 Absatz 2 E-IVV können in gewissen Fällen Taggelder beansprucht werden. Dies gilt namentlich, wenn die versicherte Person danach während der EbA einen Taggeldanspruch hat. Die Höhe des Taggeldes berechnet sich nach Artikel 22 Absatz 1 E-IVV. Die gezielte Vorbereitung auf eine EbA ist zu unterscheiden von vorbereitenden Massnahmen nach Artikel 15 Absatz 1 IVG, für die keine Taggelder beansprucht werden können. Die Auszahlung erfolgt nach Artikel 80 Absatz 1^{bis} IVV.

Artikel 22 Absatz 4

Dieser Absatz definiert die Höhe des Taggeldes einer versicherten Person, die wegen ihrer Invalidität eine EbA abbricht und eine neue beginnt.

Damit die Gleichbehandlung zwischen Personen mit einer gesundheitlichen Einschränkung und gesunden Personen gewährleistet ist, muss das Taggeld für die neue Ausbildung dem branchenüblichen Tageslohn für die jeweilige Ausbildung entsprechen. Während der praktischen Ausbildung hängt der Lohn vom Ausbildungsjahr und nicht vom Alter der auszubildenden Person ab. Die Ausrichtung von Taggeldern befreit die Eltern nicht von der Unterhaltspflicht. Auch Jugendliche, die nicht von der IV betreut werden, können in diese Situation gelangen (Bildungsabbruch, Wechsel des Ausbildungsfachs, Umorientierung nach gescheiterter Ausbildung usw.).

Artikel 22 Absatz 5

Mit der WE IV wird Artikel 22 Absatz 3 IVG neu zu Artikel 22^{bis} Absatz 2 IVG. Erhalten Versicherte im Rahmen ihrer EbA einen Lohn, haben sie grundsätzlich für jedes Kind Anspruch auf Familienzulagen gemäss Bundesgesetz vom 24. März 2006⁴⁶ über die Familienzulagen (FamZG), sofern der Lohn mindestens dem halben jährlichen Betrag der minimalen vollen Altersrente der AHV entspricht (Art. 13 Abs. 3 FamZG), für das Jahr 2019 monatlich 592 Franken oder jährlich 7110 Franken. Liegt der Lohn unter diesem Betrag, was bei einer EbA möglich ist, und erfüllt die versicherte Person die Voraussetzungen für die Ausrichtung von Familienzulagen gemäss FamZG, bezahlt die IV das Kindergeld.

Artikel 22^{quinquies} Absatz 1

Mit der WE IV wird Artikel 22 Absatz 3 IVG neu zu Artikel 22^{bis} Absatz 2 IVG. Der Verweis in Artikel 21^{quinquies} Absatz 1 IVV ist somit anzupassen. Diese Anpassung stellt keine materielle Änderung dar.

Artikel 24 Absätze 2 und 3

Artikel 24 Absatz 2

Die Delegation der Kompetenz zum Abschluss von Tarifverträgen ans BSV ist in Artikel 27 Absatz 1 IVG geregelt. Mit der Einführung dieser Änderung wird der Verweis auf Artikel 27 IVG und Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe I IVV obsolet (vgl. Art. 41 Abs. 1 Bst. I E-IVV).

Artikel 24 Absatz 3 Die bisherige Bestimmung von Artikel 24 Absatz 3 IVV erzeugte insbesondere im Bereich der Hilfsmittel Probleme, weil damit Nichtvertragslieferanten de facto besser gestellt wurden als Vertragslieferanten. Sie konnten ausschliesslich aufgrund ihrer beruflichen Qualifikation zum selben Tarif abrechnen wie die Vertragslieferanten, die ihrerseits aber zusätzliche Qualitätsvorgaben erfüllen mussten.

⁴⁶ SR 836.2

Für Nichtvertragslieferanten sollen daher nicht nur dieselben Rechte, sondern auch dieselben Pflichten wie für die Vertragslieferanten gelten. Es läuft also auf das Gleiche hinaus, ob einem Vertrag beigetreten wird oder nicht. In diesem Sinne wird in Artikel 24 Absatz 3 E-IVV neu festgehalten, dass alle in einem Vertrag aufgeführten Bedingungen (berufliche, infrastrukturelle, qualitative und monetäre) auch für Nichtvertragslieferanten gelten, wenn sie mit der IV abrechnen wollen.

Artikel 24^{bis}

Dieser Artikel stellt die Harmonisierung der Tarifierungsregeln der IV, der Unfallversicherung und der OKP sicher und übernimmt hierzu partiell die Artikel 59c KVV und 70 UVV. Eine KVV-Revision zu Artikel 59c KVV wurde in die Vernehmlassung geschickt und Artikel 24^{bis} E-IVV wird in Kenntnis der Vernehmlassungsergebnisse entsprechend angepasst.

Artikel 24^{bis} Absatz 1

Das Bundesverwaltungsgericht stellte fest⁴⁷, dass das IVG keine inhaltlichen Vorgaben zur Bemessung der Tarife enthält. Die generell-abstrakten Grundsätze zur Tarifordnung und zur Kostenermittlung für die Leistungsabgeltung sind in Absatz 1 aufgeführt.

Gemäss Artikel 27 Absatz 2 zweiter Satz IVG ist es Aufgabe des Bundesrates, für die Koordination der Tarife der IV mit den Tarifsystemen der anderen Sozialversicherungen zu sorgen. Absatz 1 übernimmt deshalb den genauen Wortlaut von Artikel 70 Absatz 1 UVV, der auf gewisse Tarifbestimmungen des KVG verweist, die künftig sinngemäss auch für medizinische Massnahmen der IV gelten.

Artikel 24^{bis} Absatz 2

Dieser Absatz entspricht Artikel 70 Absatz 2 UVV, dessen zweiter Satz seinerseits von Artikel 59c Absatz 1 Buchstaben a und b KVV übernommen wurde. Er konkretisiert die in Artikel 27 Absatz 2 IVG aufgeführten Grundsätze in Abstimmung mit der OKP und der Unfallversicherung.

Er verpflichtet die Leistungserbringer, die im Tarif vorgesehenen Kosten transparent auszuweisen.

Die nationale Tarifstruktur (unten anderem Typ SwissDRG oder TARMED) muss von den Erbringern von medizinischen Leistungen einheitlich angewandt werden.

Artikel 24^{bis} Absatz 3

Dieser Absatz entspricht Artikel 59c Absatz 1 Buchstabe c KVV (wurde in der UVV nicht übernommen). Ein Wechsel des Tarifmodells muss kostenneutral bleiben. Diese Bestimmung weicht vom Tarifschutz ab, weil sie das System selbst und nicht die versicherte Person betrifft.

Artikel 24^{bis} Absatz 4

Dieser Absatz entspricht Artikel 59c Absatz 2 erster Satz KVV und wurde an die IV angepasst. Im Verlauf der Jahre können die Tarifstrukturen obsolet werden, wenn sie den medizinischen Fortschritten und den finanziellen Auswirkungen nicht angepasst werden. Diese Regel verpflichtet die Vertragsparteien, zu überprüfen, ob dies der Fall ist, und gegebenenfalls die erforderlichen Anpassungen an die medizinischen und finanziellen Gegebenheiten vorzunehmen.

Artikel 24^{bis} Absatz 5

Dieser Absatz entspricht dem Grundsatz der OKP gemäss Artikel 59c Absatz 3 KVV. Er definiert die Grundsätze der Tariffestsetzung durch den Bundesrat (Art. 27 Abs. 3 bis 5 IVG) beziehungsweise das EDI (Art. 27 Abs. 6 und 7 zweiter Satz IVG), wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können.

⁴⁷ BVGE 2014/51

Artikel 24^{ter}

Artikel 24^{ter} Absatz 1

Dieser Absatz entspricht Artikel 59d Absatz 1 zweiter Satz KVV. Er präzisiert den Inhalt der Verträge und deren Anwendungsmodalitäten zwischen dem BSV und den Erbringern von medizinischen Leistungen.

Artikel 24^{ter} Absatz 2

Dieser Artikel enthält die Verpflichtung, im Rahmen der Überprüfung der Angemessenheit eines Tarifs gemäss Artikel 14 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985⁴⁸ den Preisüberwacher anzuhören. Diese Anhörung erfolgt vor Abschluss von gesamtschweizerischen Tarifverträgen und im Rahmen der Tariffestsetzung durch die zuständige Behörde gemäss Artikel 24^{bis} Absatz 5.

Artikel 24^{ter} Absatz 4

Dieser Absatz entspricht Artikel 70a zweiter Satz UVV. Dem BSV, dem Verein Medizinaltarif-Kommission UVG, der für die IV mit der Aushandlung der Verträge beauftragt ist, und den Tarifpartnern werden die Unterlagen der Leistungserbringer zur Verfügung gestellt.

Artikel 24^{quater}

Dieser Artikel ersetzt Artikel 3^{quater} IVV.

Artikel 24^{quater} Absatz 1

Dieser Absatz entspricht Artikel 70c Absatz 1 UVV, jedoch ohne Bezug auf die Vergütung von Verpflegung und Unterkunft, die in der IV separat geregelt ist (Art. 90 IVV). Die Tarifstrukturen müssen für gleiche Leistungen schweizweit einheitlich sein. Dieser Grundsatz vereinfacht die Anwendung der Versicherung sowie einheitlicher wirtschaftlicher Kriterien unter den verschiedenen Sozialversicherungen.

Artikel 24^{quater} Absatz 2

Dieser Absatz entspricht Artikel 70c Absatz 2 UVV und gilt namentlich für besonders kostspielige Behandlungen.

Artikel 24^{quater} Absatz 3

Dieser Absatz entspricht Artikel 59d Absatz 2 erster Satz KVV. Das Handbuch enthält neben den Kodierrichtlinien auch Informationen bezüglich der wichtigsten Variablen der Medizinischen Statistik, die im Datensatz verwendet werden, sowie einen kurzen Abriss über die Geschichte der Klassifikation ICD (Version Stand 1.1.2022). Das Handbuch wird regelmässig aktualisiert.

Die Erbringer von Pflegedienstleistungen müssen sich zwecks Qualitätssicherung periodisch einer Überprüfung der Kodierung nach DRG unterziehen.

Artikel 24^{quater} Absatz 4

Dieser Absatz entspricht Artikel 15 Absatz 2 UVV und wurde an die IV angepasst.

Beabsichtigt die versicherte Person, Leistungen eines Leistungserbringers in Anspruch zu nehmen, der nicht vertraglich gebunden ist, muss ein formeller Antrag auf Kostenübernahme gestellt werden. Die IV vergütet in diesem Fall nur die Kosten gemäss Tarif der nächstgelegenen vertraglich gebundenen Einrichtung, die gleichartige Leistungen erbringt. Die Kosten werden nach denselben Kriterien vergütet, die für Behandlungen nach Absatz 1 gelten.

Artikel 24^{quingies}

Dieser Artikel entspricht Artikel 70b Absatz 1 UVV und wurde an die IV angepasst.

Die Tarifstrukturen müssen für gleiche Leistungen schweizweit einheitlich sein. Dieser Grundsatz vereinfacht die Anwendung einheitlicher wirtschaftlicher Kriterien. Ausserdem präzisiert

⁴⁸ SR 942.20

dieser Artikel, dass in der IV für die Vergütung der ambulanten Behandlung gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen massgebend sein müssen.

Artikel 24^{sexies}

Dieser Artikel ersetzt den derzeitigen Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe I IVV, der die IV-Stellen zum Abschluss von Vereinbarungen ermächtigt. Allerdings besteht für Leistungserbringer kein Anspruch auf eine Vereinbarung.

Artikel 24^{sexies} Absatz 1

Gestützt auf Artikel 57 Absatz 2 IVG sind die IV-Stellen befugt, Verträge nach Artikel 27 Absatz 1 IVG für Massnahmen nach den Artikeln 14a bis 18 IVG abzuschliessen. Dieser Absatz übernimmt die geltende Delegationsnorm nach Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe I IVV; die Befugnis, Verträge zur Leistungserbringung im Bereich der Eingliederungsmassnahmen abzuschliessen, bleibt somit bei den IV-Stellen.

In der Regel ist die IV-Stelle des Standortkantons oder am Ort der ständigen Berufsausübung des Anbieters für den Abschluss der Vereinbarung zuständig. Artikel 24^{sexies} Absatz 1 präzisiert, dass Leistungserbringer keinen Anspruch auf den Abschluss einer Vereinbarung haben. Zudem werden die Grundsätze zur Preisfestsetzung und wirtschaftlichen Bemessung festgelegt. Diese Formulierung soll es den IV-Stellen ermöglichen, auch Leistungen bei kommerziellen Anbietern von Leistungen (wie z.B. Ausbildungskurse) in Auftrag zu geben, ohne die Kostenvergütung zu überprüfen, sofern es sich um orts- und marktübliche Preise handelt. Bei institutionellen Leistungserbringern können weitergehende betriebswirtschaftliche sowie qualitative Kriterien festgelegt und die Kostentransparenz eingefordert werden.

Artikel 24^{sexies} Absatz 2

Dieser Absatz verpflichtet die IV-Stelle, die durch den Anbieter erbrachten Leistungen regelmässig auf die Qualität der Durchführung sowie die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Einzelfall zu überprüfen und, wenn nötig, Massnahmen zur Verbesserung zu ergreifen. Zudem sollen die abgeschlossenen Vereinbarungen periodisch überprüft und gegebenenfalls angepasst werden.

Gliederungstitel vor Artikel 24^{septies}

Der Titel vor Artikel 24^{septies} IVV muss redaktionell an den neuen Ausdruck in Artikel 28a IVG angepasst werden.

Artikel 24^{septies}

Artikel 24^{septies} Absatz 1

Damit die anwendbare Bemessungsmethode festgelegt werden kann, muss der Status (erwerbstätig, nichterwerbstätig, teilerwerbstätig) der versicherten Person bestimmt sein. Für die Bestimmung des Status ist danach zu fragen, in welchen erwerblichen Verhältnissen sich die versicherte Person befinden würde, wenn sie keinen Gesundheitsschaden erlitten hätte. Hierbei wird grundsätzlich an die Situation angeknüpft, wie sie bis zum Eintritt des Gesundheitsschadens vorlag. Allerdings können seither massgebliche Änderungen in den Verhältnissen eingetreten sein, die eine andere Bestimmung des Status bedingen. Entsprechende massgebliche Änderungen müssen objektiv nachvollziehbar sein oder durch die versicherte Person belegt werden. Es ist aufgrund objektiver Umstände zu beurteilen, wie die betreffende Person in ihrer konkreten Lebenssituation ohne gesundheitliche Einschränkungen entschieden hätte, wobei stets allein die hypothetische Verhaltensweise der am Recht stehenden versicherten Person ausschlaggebend ist.⁴⁹ Hierbei sind sämtliche Gegebenheiten des Einzelfalles wie Abmachungen zur Aufgabenverteilung innerhalb der Familie, allfällige Betreuungsaufgaben ge-

⁴⁹ Vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_889/2011 vom 30. März 2012, E. 3.2.1

genüber Angehörigen, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten, die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen.⁵⁰

Der Status der versicherten Person beurteilt sich dabei nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung entwickelt haben.⁵¹

Artikel 24^{septies} Absatz 2 Buchstabe a

Die grösste Gruppe bilden die erwerbstätigen Personen, deren Invaliditätsgrad mittels eines Einkommensvergleichs nach Artikel 16 ATSG bemessen wird. Der Status «erwerbstätig» gilt nach Absatz 2 Buchstabe a für alle versicherten Personen, die ohne Gesundheitsschaden eine Erwerbstätigkeit ausüben würden, die einem Beschäftigungsgrad von 100 Prozent oder mehr entspricht. Welches Pensum einer Erwerbstätigkeit von mindestens 100 Prozent entspricht, variiert von Tätigkeit zu Tätigkeit und ist nach der betriebsüblichen Arbeitszeit beim entsprechenden Arbeitgeber zu beurteilen. Ein Beschäftigungsgrad von 100 Prozent oder mehr kann sowohl durch eine einzelne Tätigkeit alleine als auch durch mehrere Erwerbstätigkeiten, die zusammen mindestens ein Pensum von 100 Prozent ergeben, erreicht werden.

Es spielt zudem keine Rolle, ob die versicherte Person eine unselbständige Tätigkeit oder eine selbständige Tätigkeit ausübt oder ob sie unentgeltlich im Betrieb der Ehegattin oder des Ehegatten mithilft. Damit wird gleichzeitig auch die Regelung des bisherigen Artikel 27^{bis} Absatz 1 IVV aufgenommen. Dieser hält fest, dass Teilerwerbstätige und Personen, die in einem Teilzeitpensum unentgeltlich im Betrieb der Ehegattin oder des Ehegatten mithelfen, als erwerbstätig einzustufen sind, wenn anzunehmen ist, dass sie ohne Gesundheitsschaden zum Zeitpunkt der Prüfung des Rentenanspruchs ganztätig erwerbstätig wären.

Personen, die in Ausbildung begriffen sind, werden neu unter Buchstabe a und nicht länger unter den bisherigen Artikel 26^{bis} IVV subsumiert. Für Personen wie Schülerinnen und Schüler, Gymnasiasten, Personen in der Berufsausbildung oder Studierende wird dabei die Regelung von Artikel 5 IVG beachtet. Nach Artikel 5 Absatz 2 IVG richtet sich die Invalidität bei nichterwerbstätigen Versicherten vor der Vollendung des 20. Altersjahres nach Artikel 8 Absatz 2 ATSG. Bei diesen sehr jungen Versicherten wird danach gefragt, ob der Gesundheitsschaden voraussichtlich zu einer Erwerbsunfähigkeit führen wird. Dies bedeutet, dass in diesen Fällen diese Personen als erwerbstätig eingestuft werden. Nach Artikel 5 Absatz 1 IVG richtet sich die Invalidität von nicht erwerbstätigen Versicherten nach der Vollendung des 20. Altersjahres grundsätzlich nach einer zumutbaren Erwerbstätigkeit. Nur wenn ihnen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, ist nach Artikel 8 Absatz 3 ATSG vom Status «nichterwerbstätig» und damit von der Unmöglichkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, auszugehen. Insgesamt kann somit vereinfacht gesagt werden, dass bei Versicherten in Ausbildung, die vor Eintritt des Gesundheitsschadens nicht erwerbstätig waren, grundsätzlich davon auszugehen ist, dass diese als erwerbstätig einzustufen sind, es sei denn, es sprechen konkrete Umstände für eine Unzumutbarkeit der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit. Somit erfolgt bei ihnen die Invaliditätsbemessung grundsätzlich mittels Einkommensvergleich.

Artikel 24^{septies} Absatz 2 Buchstabe b

Der Status «nichterwerbstätig» liegt vor, wenn eine Person auch beim Fehlen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung keiner Erwerbstätigkeit nachgehen würde. In diesen Fällen wird der Invaliditätsgrad nach der sogenannten spezifischen Methode des Betätigungsvergleichs nach Artikel 28a Absatz 2 IVG bemessen.

Privatiers und vorzeitig Pensionierte, bei denen der Gesundheitsschaden erst nach Eintritt in den Privatier-Status bzw. nach der Pensionierung eintritt, gelten ebenfalls als nichterwerbstätig. Bei diesen Versicherten ist grundsätzlich davon auszugehen, dass sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung den Status als Privatiers oder Pensionierte beibehalten hätten und somit keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen wären. Ihnen ist also ein Aufgabenbereich im Sinne von Artikel 28a Absatz 2 IVG anzurechnen. Es wäre insbesondere nicht sachgerecht,

⁵⁰ Vgl. etwa BGE 117 V 194

⁵¹ Vgl. ZAK 1989 116

vom Vorliegen reiner Freizeittätigkeiten ausgehen,⁵² weil sie damit in der IV nicht mehr gegen die Folgen einer Erwerbsunfähigkeit infolge Invalidität versichert wären, was dem Sinn und Zweck einer obligatorischen Volksversicherung zuwiderlaufen würde.⁵³ Zudem ist zu berücksichtigen, dass auch bei den Teilerwerbstätigen neu davon ausgegangen wird, dass diese neben einer Erwerbstätigkeit immer auch einen komplementären Aufgabenbereich haben (vgl. hierzu die entsprechenden Ausführungen bei Art. 27^{bis} Abs. 1 E-IVV).

Soweit ein Privatier die Verwaltung seines Vermögens selbst übernimmt, kann ihm diese Tätigkeit allerdings als Erwerbstätigkeit oder Teilerwerbstätigkeit im Sinne von Artikel 24^{septies} Absatz 2 Buchstabe a oder c E-IVV angerechnet werden.

Artikel 24^{septies} Absatz 2 Buchstabe c

Die versicherten Personen, die ohne Vorliegen eines Gesundheitsschadens eine Erwerbstätigkeit ausüben würden, die einem Beschäftigungsgrad von weniger als 100 Prozent entspricht, gelten als «teilerwerbstätig» und werden nach der sogenannten gemischten Methode nach Artikel 28a Absatz 3 IVG bemessen.

Es spielt analog zu Absatz 2 Buchstabe a auch hier keine Rolle, ob die versicherte Person eine unselbständige Tätigkeit oder eine selbständige Tätigkeit ausübt oder ob sie unentgeltlich im Betrieb der Ehegattin oder des Ehegatten mithilft.

Artikel 25

Titel

Der Titel von Artikel 25 IVV wird in «Grundsätze des Einkommensvergleichs» geändert, weil hier neu die wichtigsten Grundsätze für die Festsetzung der massgebenden Erwerbseinkommen nach Artikel 28a Absatz 1 IVG geregelt werden.

Artikel 25 Absatz 1

Absatz 1 übernimmt weitgehend die bisherige Regelung zu den anrechenbaren Erwerbseinkommen, die Aufzählung wird allerdings neu strukturiert. Absatz 1 Buchstabe a übernimmt die bisherige Regelung. Absatz 1 Buchstabe b übernimmt neu die Regelung des bisherigen Absatz 1 Buchstabe c. Die bisherige Regelung von Absatz 1 Buchstabe b fällt neu weg, da bei der Bestimmung des Einkommens mit Invalidität (Art. 26^{bis} Abs. 1 E-IVV) nicht mehr danach gefragt wird, ob allfällig ein Soziallohn ausgerichtet wurde. Weil neu ein tatsächlich erzieltetes Einkommen immer als Einkommen mit Invalidität angerechnet wird, wenn damit die funktionelle Leistungsfähigkeit bestmöglich erwerblich verwertet wird, würde bei einer Beibehaltung der bisherigen Regelung ein Widerspruch entstehen.

Artikel 25 Absatz 2

Der bisherige Absatz 2 von Artikel 25 IVV enthält eine Sonderregelung für Selbständigerwerbende, die sachlogisch ist und daher keiner Regelung auf Verordnungsstufe bedarf.

Neu regelt Absatz 2 eine wichtige Grundlage beim Einkommensvergleich, nämlich, dass die massgebenden Erwerbseinkommen immer in Bezug auf den gleichen Zeitraum festzusetzen sind. Grundsätzlich sind die tatsächlichen Verhältnisse zum Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns massgebend, wobei allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind.⁵⁴

Wichtig ist in der Praxis auch, dass jegliche die Vergleichseinkommen beeinflussenden (invaliditätsfremden) Faktoren immer sowohl beim Einkommen mit Invalidität als auch beim Einkommen ohne Invalidität berücksichtigt oder aber bei beiden Einkommen ausser Acht gelassen werden.⁵⁵ Aus diesem Grund ist es wichtig, dass die beiden Vergleichseinkommen auf

⁵² Vgl. hierzu BGE 142 V 290 Erw. 7.1

⁵³ Vgl. dazu etwa Gächter / Meier, *Rechtsprechung des Bundesgerichts im Bereich der Invalidenversicherung*, in: SZS 3/2017, S. 311 ff.

⁵⁴ Vgl. anstelle vieler Urteil des Bundesgerichtes 8C_132/2020 vom 18. Juni 2020, E. 4.1

⁵⁵ Vgl. BGE 129 V 222, E. 4.4

demselben Arbeitsmarkt verglichen werden. Dies ist vor allem für die IV-Stelle für die Versicherten im Ausland und für die IV-Stellen der Grenzkantone essentiell. Würden hier etwa ausländische Löhne mit den verhältnismässig hohen Löhnen in der Schweiz verglichen, käme es zu Verzerrungen, die je nach Sachlage zu einer Besserstellung oder zu einer Schlechterstellung der betreffenden versicherten Personen führen könnten. Aus diesem Grund wird in Absatz 2 auch geregelt, dass die Verhältnisse und Löhne im Schweizer Arbeitsmarkt für die Bemessung des Invaliditätsgrades massgebend sind. Die IV-Stelle für die Versicherten im Ausland kann in begründeten Einzelfällen die Vergleichseinkommen auch auf einem ausländischen Arbeitsmarkt festsetzen, etwa dann, wenn die tatsächlichen Einkommen auf dem ausländischen Arbeitsmarkt bekannt sind und nicht ohne weiteres auf den schweizerischen Arbeitsmarkt umgemünzt werden können. Dies setzt aber voraus, dass die beiden Vergleichseinkommen auf demselben ausländischen Arbeitsmarkt festgesetzt werden.

Artikel 25 Absatz 3

Immer wenn es notwendig wird, auf statistische Werte zurück zu greifen, sind die Zentralwerte der LSE des BFS heranzuziehen.

Dabei ist die bisherige Rechtsprechung des Bundesgerichtes zur Anwendung der Tabellenlöhne weiterhin zu berücksichtigen.

In der Regel sind die Werte der Tabelle TA1_tirage_skill_level (Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) massgebend.⁵⁶ In begründeten Fällen kann nach wie vor auch auf andere Tabellen der LSE abgestellt werden (z.B. wenn einer versicherten Person sowohl Stellen des öffentlichen wie des privaten Sektors offenstehen oder wenn es sich um eine besonders qualifizierte Fachperson mit Hochschulabschluss handelt).

Bei der Anwendung der Tabelle TA1_tirage_skill_level muss zunächst festgelegt werden, ob die Werte für einen spezifischen Wirtschaftszweig (Branche) oder das Total über alle Wirtschaftszweige die Situation der versicherten Person besser abbilden. Anzuknüpfen ist dabei an die Berufsausbildung der versicherten Person, ausser die versicherte Person hat nie oder über Jahre hinweg nicht mehr im entsprechenden Beruf gearbeitet. Grundsätzlich werden die der Berufsausbildung entsprechenden Branchenwerte der Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE beigezogen. Steht der versicherten Person aufgrund ihrer Ausbildung oder ihrer Berufserfahrung dagegen der gesamte Arbeitsmarkt offen, können die Totalwerte der Tabelle TA1_tirage_skill_level herangezogen werden.

Sodann muss das anwendbare Kompetenzniveau festgelegt werden. Die Berufsausbildung der versicherten Person spielt auch hier eine Rolle. So finden sich Personen ohne Berufsausbildung häufig im Kompetenzniveau 1 und ein Grossteil der Personen mit einer Berufsausbildung wie zum Beispiel dem EBA oder dem EFZ im Kompetenzniveau 2.⁵⁷

Wird ein Einkommen in einem Einzelfall in der LSE nicht abgebildet, so ist es weiterhin möglich, auf andere statistische Werte zurück zu greifen. So insbesondere etwa bei den Selbständigerwerbenden, für die die Werte der LSE zuweilen unpassend sind, weil sie auf den Löhnen von Unselbständigerwerbenden basieren.⁵⁸ So können bei den Selbständigerwerbenden statistische Werte der jeweiligen Branche⁵⁹ oder allenfalls auch die konkret bezahlten Löhne der Angestellten beigezogen werden.

Die Rechtsprechung des Bundesgerichtes berücksichtigt bei den statistischen Werten altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte.⁶⁰ Diese Handhabung soll kodifiziert werden.

⁵⁶ Vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_671/2010 vom 25. Februar 2011, E. 6.4.2

⁵⁷ Zu den einzelnen Kompetenzniveaus vgl. die Anmerkungen in den kommentierten Ergebnissen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2016 25f., kann abgerufen werden unter: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/184-1600>; vgl. ausserdem die Einteilung der Berufshauptgruppen nach ISCO in die Kompetenzniveaus, welche die Hilfsarbeitkräfte der Berufshauptgruppe 9 im Kompetenzniveau 1 führt und die Berufshauptgruppen 4 – 8 im Kompetenzniveau 2, vgl. hierzu etwa die Erläuterungen zur Tabelle T17 Monatlicher Bruttolohn nach Berufsgruppen, Lebensalter und Geschlecht, kann abgerufen werden unter: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/je-d-03.04.01.02.47>

⁵⁸ Vgl. die Art der Erhebung der LSE. Kann abgerufen werden unter: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/inq-15-lse-de>

⁵⁹ Vgl. ZAK 1962 139

⁶⁰ Vgl. AHl 2000 79 E. 2a, und BGE 129 V 408 E. 3.1.2

Gerade die Berücksichtigung des Geschlechts bei der Festlegung der statistischen Werte dient dazu, eine ungerechtfertigte Schlechterstellung aufgrund der geschlechtsspezifischen Lohnunterschiede zu verhindern, indem die die Vergleichseinkommen beeinflussenden invaliditätsfremden Faktoren auf beiden Seiten berücksichtigt werden.⁶¹

Artikel 25 Absatz 4

Die Werte der LSE werden alle auf der Basis einer 40-Stunden-Woche angegeben. Weil die «Arbeitszeit je nach Wirtschaftsabteilung» in der Schweiz aber höher liegt, müssen die Werte entsprechend an die jeweils geltenden betriebsüblichen Arbeitszeiten angepasst werden. Anwendbar ist hierfür die Statistik «Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche» des BFS.⁶²

Werden Tabellenlöhne beigezogen, so ist gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichtes immer die aktuellste zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses verfügbare LSE-Tabelle beizuziehen.⁶³ Allenfalls ist dabei der Tabellenwert, der sich auf ein vorangehendes Jahr bezieht, entsprechend auf das massgebende Jahr hoch zu indexieren, d.h. der Nominallohnentwicklung anzupassen. Hierfür wird der schweizerische Lohnindex des BFS herangezogen⁶⁴, wobei geschlechtsspezifische Werte zu verwenden sind.⁶⁵

Wenn statistische Werte für eine spezifische Branche beigezogen werden, sind auch die betriebsüblichen Arbeitszeiten und die Nominallohnentwicklung für diese jeweilige Branche zu verwenden. In den anderen Fällen wird auf das Total der betriebsüblichen Arbeitszeiten bzw. der Nominallohnentwicklung über alle Wirtschaftsabteilungen abgestellt.

Artikel 26

Der bisherige Artikel 26 IVV enthält Regelungen zu den sogenannten Geburts- und Frühinvaliden, denjenigen Personen also, die invaliditätsbedingt keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben oder eine begonnene berufliche Ausbildung nicht abschliessen konnten. Neu wird in Artikel 26 E-IVV die Bestimmung des Einkommens ohne Invalidität gesamthaft für alle Versicherten geregelt. Aus Gründen der Gleichstellung sollen diese allgemeinen Regelungen, soweit möglich und sinnvoll, auch für die Geburts- und Frühinvaliden zur Anwendung kommen.

Artikel 26 Absatz 1

Nach Artikel 16 ATSG ist das «Einkommen ohne Invalidität» dasjenige Erwerbseinkommen, das die versicherte Person erzielen würde, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Rechtsprechung und Verwaltungspraxis nannten dieses Einkommen bisher «Valideneinkommen». Für die Festlegung des Einkommens ohne Invalidität wird grundsätzlich am zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommen angeknüpft.⁶⁶

Massgebend ist dabei das Einkommen, das die versicherte Person in derjenigen Tätigkeit erzielte, die sie zuletzt ausgeübt hat, bevor sie invalid wurde, solange davon ausgegangen werden kann, dass die versicherte Person im Gesundheitsfall weiterhin im entsprechenden Beruf tätig wäre. Analog der bisherigen Praxis des Bundesgerichtes wird anstelle des zuletzt erzielten Einkommens auf ein Durchschnittseinkommen abgestellt, wenn das Einkommen in den letzten Jahren vor Eintritt der Invalidität beispielsweise aufgrund häufiger Stellenwechsel oder Arbeitslosigkeit starken Schwankungen unterlag. Um ein angemessenes Durchschnittseinkommen zu berechnen, werden die entsprechenden Einkommen der letzten Jahre vor Eintritt der Invalidität berücksichtigt.

⁶¹ Vgl. BGE 129 V 222, Erw. 4.4

⁶² Kann abgerufen werden unter: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/je-d-03.02.03.01.04.01>. Die Wirtschaftsabteilungen werden nach der allgemeinen Systematik der Wirtschaftszweige (Nomenclature générale des activités économiques 2008; NOGA 2008) festgelegt. Kann abgerufen werden unter: <https://www.kubb-tool.bfs.admin.ch/de>

⁶³ Vgl. BGE 143 V 295 E. 2.3

⁶⁴ Kann abgerufen werden unter: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/je-d-03.04.03.00.05>; <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/je-d-03.04.03.00.03>; <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/je-d-03.04.03.00.04>

⁶⁵ Vgl. BGE 129 V 408 E. 3.1.2

⁶⁶ Vgl. anstelle vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_4040/2007 vom 11. April 2008, E. 2.3

Hat eine versicherte Person vor Eintritt der Invalidität eine Tätigkeit mit einem Beschäftigungsgrad von mehr als 100 Prozent ausgeübt, wird ihr das gesamte damit erzielte Erwerbseinkommen als Einkommen ohne Invalidität angerechnet. Dabei spielt es keine Rolle, ob die versicherte Person neben einem Haupterwerb noch eine Nebenerwerbstätigkeit ausübte oder ob sie durch mehrere Teilzeittätigkeiten einen Beschäftigungsgrad von mehr als 100 Prozent erreichte. Es erfolgt neu in keinem Fall eine Kürzung auf einen Beschäftigungsgrad von 100 Prozent, womit die bisher uneinheitliche Rechtsprechung des Bundesgerichtes vereinheitlicht wird.⁶⁷ Die Regeln zur Festlegung des Einkommens ohne Invalidität gelten grundsätzlich sowohl für unselbständig Erwerbstätige als auch für Selbständigerwerbende.

Bei den Selbständigerwerbenden ist zusätzlich danach zu fragen, in welcher Weise sich das Unternehmen der versicherten Person voraussichtlich entwickelt hätte, wenn diese nicht invalid geworden wäre. Für die Festsetzung der tatsächlichen Einkommen werden in der Regel die entsprechenden Buchhaltungsunterlagen einverlangt und diese mit den Einträgen im individuellen Konto abgeglichen. Wo die Verhältnisse nicht bereits anderweitig genügend bekannt sind, führt die IV-Stelle zudem eine Abklärung an Ort und Stelle durch. Da starke Schwankungen beim Einkommen von Selbständigerwerbenden häufig vorkommen, ist in diesen Fällen auch hier entsprechend von einem angemessenen Durchschnittswert auszugehen.⁶⁸

Geschäftsführer einer Aktiengesellschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung werden grundsätzlich wie unselbständig Erwerbende eingestuft. Verfügen sie jedoch über massgeblichen Einfluss auf die Gesellschaft (z.B. aufgrund einer Einzelunterschriftsberechtigung oder als Alleinaktionär), ist es gerechtfertigt, die Invaliditätsgradbemessung analog den Selbständigerwerbenden durchzuführen.⁶⁹

Artikel 26 Absatz 2

Liegt das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nach Absatz 1 mindestens fünf Prozent unter dem branchenüblichen Zentralwert der LSE, ist eine sogenannte Parallelisierung vorzunehmen.⁷⁰

Parallelisierung heisst, dass wirtschaftliche Faktoren, die das Einkommen der versicherten Person bereits vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens negativ beeinflussten (hierzu gehören beispielsweise ein regional tiefes Lohnniveau, der Aufenthaltsstatus inkl. Grenzgängerinnen und Grenzgänger, die Nationalität, fehlende Sprachkenntnisse, fehlende Ausbildung oder das Alter), bei der Festlegung der Vergleichseinkommen korrigierend berücksichtigt werden. Damit wird dem Grundsatz entsprochen, wonach invaliditätsfremde Faktoren entweder überhaupt nicht oder dann bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig berücksichtigt werden müssen.⁷¹

Die Parallelisierung wird auf der Seite des Einkommens ohne Invalidität vorgenommen, indem dieses auf 95 Prozent des entsprechenden branchenüblichen Zentralwertes der LSE festgesetzt wird. Auch hier ist analog zu Artikel 25 Absatz 3 E-IVV grundsätzlich die Tabelle TA1_tirage_skill_level (Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) zu verwenden. Es ist dabei der anwendbare Wirtschaftszweig und das anwendbare Kompetenzniveau festzulegen, ausserdem sind gemäss den allgemeinen Regeln die altersunabhängigen und geschlechtsspezifischen Werte beizuziehen.

Die neue Regelung ist für die versicherten Personen vorteilhafter als die bisherige Regelung, weil neu nicht mehr danach zu fragen ist, welche Faktoren genau zu einer Unterdurchschnittlichkeit geführt haben und ob sich die versicherte Person nicht allenfalls mit einem derart bescheidenen Einkommen begnügt hatte.⁷² Vielmehr wird davon ausgegangen, dass sich ein unselbständig Erwerbender kaum je freiwillig mit einem derart tiefen Einkommen begnügen würde. Die Parallelisierung ist damit immer automatisch vorzunehmen, wenn das tatsächlich

⁶⁷ Vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_765/2007 vom 11. Juli 2008, E. 4.1.2, und 8C_671/2010 vom 25. Februar 2011, E. 4.5

⁶⁸ Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_771/2017 vom 29. Mai 2018, E. 3.1.6

⁶⁹ Vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_898/2010 vom 13. April 2011, E. 5.3

⁷⁰ Vgl. BGE 135 V 58; BGE 135 V 297

⁷¹ Vgl. BGE 129 V 222, Erw. 4.4

⁷² Vgl. hierzu etwa BGE 134 V 322, E. 4.1

erzielte Erwerbseinkommen nach Absatz 1 fünf Prozent oder mehr unter dem branchenüblichen Zentralwert gemäss LSE liegt.

Entgegen der bisherigen Praxis des Bundesgerichtes wird neu auch dann parallelisiert, wenn die versicherte Person den Mindestlohn gemäss einem Gesamtarbeitsvertrag (GAV) oder Normalarbeitsvertrag (NAV) erzielt, dabei aber trotzdem fünf oder mehr Prozent unter dem branchenüblichen Zentralwert gemäss LSE bleibt.⁷³ Ein GAV oder ein NAV regelt nur den Mindestlohn und damit grundsätzlich nicht das branchenübliche Einkommen. Und schliesslich gibt es eine grosse Anzahl von GAV und NAV, die teilweise nur regional gültig sind. Es würde einen grossen Aufwand für die Durchführungsstellen bedeuten, wenn sie in jedem Fall abklären müssten, ob nicht allenfalls ein GAV oder NAV zur Anwendung kommt. Mit dieser automatischen Gewährung der Parallelisierung bei den unselbständig Erwerbenden sind all jene wirtschaftlichen Faktoren, die auch beim leidensbedingten Abzug berücksichtigt werden können, schon in der Parallelisierung enthalten. Der bisherige leidensbedingte Abzug wird daher in einen Teilzeitabzug umgewandelt (vgl. Art. 26^{bis} Abs. 3 E-IVV).⁷⁴

Artikel 26 Absatz 3 Buchstabe a

Eine Parallelisierung entfällt, wenn für die Ermittlung des Einkommens mit Invalidität ebenfalls auf das tatsächliche Einkommen abgestellt wird und dieses Einkommen seinerseits mindestens fünf Prozent unterhalb des branchenüblichen Zentralwertes der LSE liegt. Dies ist wiederum Ausfluss des bereits erwähnten Grundsatzes, wonach invaliditätsfremde Faktoren entweder überhaupt nicht oder dann bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind.⁷⁵

Artikel 26 Absatz 3 Buchstabe b

Bei einer oder einem Selbständigerwerbenden kann nicht davon ausgegangen werden, sie oder er hätte sich nicht aus freien Stücken mit einem derart bescheidenen Einkommen begnügt. Vielmehr ist es bei Selbständigerwerbenden gerade typisch, dass sie sich auch über mehrere Jahre mit einem bescheidenen Einkommen zufriedengeben, dies nicht zuletzt auch aus teilweise versicherungs- und steuerrechtlichen Gründen. Vorliegend wird die entsprechende bisherige Rechtsprechung⁷⁶ aufgenommen. Im Sinne einer einfachen, einheitlichen Regelung ist eine Parallelisierung daher bei Selbständigerwerbenden ausgeschlossen.

Ungeachtet des Ausschlusses einer Parallelisierung bei den Selbständigerwerbenden bedeutet dies nicht automatisch, dass in jedem Fall ein tiefes nicht existenzsicherndes Einkommen als Einkommen ohne Invalidität anzurechnen wäre. Vielmehr ist gerade bei Fällen, in denen das Unternehmen noch sehr jung ist und die Einkommen der ersten Jahre nicht repräsentativ sind, allfällig auf statistische Werte für die Festlegung des Einkommens ohne Invalidität zurück zu greifen.⁷⁷

Artikel 26 Absatz 4

Kann nicht auf ein tatsächliches Einkommen nach Absatz 1 zurückgegriffen werden, weil dieses nicht hinreichend genau bestimmt werden kann zum Beispiel wegen langjähriger Absenz vom Arbeitsmarkt oder weil die von der versicherten Person bisher innegehabte Stelle aus betrieblichen Gründen gekündigt worden war⁷⁸ oder bei einem Selbständigerwerbenden etwa in den wenig repräsentativen ersten Jahren der Tätigkeit⁷⁹, ist auf statistische Werte zurückzugreifen.

Es muss im konkreten Einzelfall danach gefragt werden, was eine gesunde Person mit der gleichen Ausbildung bei den gleichen beruflichen Verhältnissen statistisch gesehen verdienen

⁷³ Vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_537/2016 vom 11. April 2017, E. 6, und 8C_141/2016 vom 17. Mai 2016, E. 5.2.2.3

⁷⁴ Vgl. BGE 135 V 297 E. 6.2

⁷⁵ Vgl. BGE 129 V 222, Erw. 4.4

⁷⁶ Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_148/2016 vom 2. November 2016, E. 2.1; BGE 135 V 58

⁷⁷ Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_148/2016 vom 2. November 2016

⁷⁸ Vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_513/2014 vom 17. Dezember 2014, E. 6.5 f.

⁷⁹ Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_148/2016 vom 2. November 2016, E. 2.1

würde.⁸⁰ Für die Bestimmung des statistischen Wertes gelten die Ausführungen zu Artikel 25 Absatz 3 E-IVV.

Versicherte Personen mit einem EBA oder einem eidgenössischen Fähigkeitszeugnis fallen, wenn kein tatsächliches Einkommen angerechnet werden kann, immer unter Absatz 4. Das Bundesgericht hat in diesen Fällen teilweise den Erwerb von zureichenden beruflichen Kenntnisse verneint, wenn die versicherten Personen trotz ihrem erlangten Berufsattest oder Fähigkeitszeugnis im ersten Arbeitsmarkt nicht richtig Fuss fassen konnte.⁸¹ Diese Rechtsprechung steht nicht im Einklang mit den Grundsätzen des BBG, das die Anforderungen für das EBA oder das eidgenössische Fähigkeitszeugnis ausführlich regelt. Da die starke Standardisierung der Berufsausbildung sicherstellt, dass eine Person mit einem Berufsattest oder Fähigkeitszeugnis über die entsprechenden Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt, ist eine Ungleichbehandlung von Personen mit oder ohne Gesundheitsschaden nicht möglich. Die allenfalls herabgesetzte Verwertbarkeit des entsprechenden Berufsabschlusses ist bei der Festlegung des Einkommens mit Invalidität zu berücksichtigen.

Artikel 26 Absatz 5

Absatz 5 übernimmt die bisherige Regelung von Artikel 26 Absatz 2 IVV.

Personen, die eine berufliche Ausbildung geplant oder begonnen haben und anschliessend erkranken bzw. verunfallen, werden für die Festlegung des Einkommens ohne Invalidität so gestellt, wie wenn sie die Ausbildung abgeschlossen hätten.

Darunter fallen einerseits Personen, die eine berufliche Ausbildung begonnen haben und während der Ausbildung erkranken bzw. verunfallen und in der Folge die begonnene Ausbildung nicht abschliessen können oder in eine tiefer qualifizierte Ausbildung wechseln müssen.

Andererseits fallen darunter auch Personen, die eine konkrete Berufsausbildung geplant haben, aber infolge einer nachträglich eintretenden Invalidität diese Ausbildung nicht beginnen können oder in eine tiefer qualifizierte Ausbildung wechseln müssen.

Unter den Begriff der beruflichen Ausbildung fallen jegliche Ausbildungen, die an den Abschluss der obligatorischen Schule anschliessen und in einer Regelstruktur erfolgen.⁸² Es sind dies sowohl Ausbildungen der beruflichen Grundbildung (EBA, EFZ, Berufsmatur), der allgemeinbildenden Schulen (Fachmittelschulabschluss, Fachmittelschul-Maturität oder gymnasiale Maturität) als auch jegliche Ausbildungen der Tertiärstufe (höhere Berufsbildung oder Hochschulen). Die Ausbildungen sind nicht auf Ausbildungen nach Artikel 16 IVG beschränkt.

Jugendliche in einer IV-Anlehre oder einer praktischen Ausbildung INSOS fallen nicht unter Absatz 5, sondern unter den nachfolgenden Absatz 6.

Wie bei Absatz 4 ist auch hier der statistische Wert nach Artikel 25 Absatz 3 E-IVV heranzuziehen.

Artikel 26 Absatz 6

Mit diesem Absatz wird die Regelung des heutigen Artikel 26 Absatz 1 IVV für Versicherte übernommen, die bereits zum Zeitpunkt der Berufswahl respektive Berufsausbildung einen Gesundheitsschaden aufweisen und invaliditätsbedingt nicht die Chance haben, eine Berufsausbildung nach dem BBG oder eine Ausbildung an einer allgemeinbildenden Schule zu absolvieren. Es geht somit um Personen, die entweder gar keine berufliche Ausbildung beginnen können oder allenfalls eine IV-Anlehre oder praktische Ausbildung INSOS machen.

Neu fallen bei diesen Versicherten die bisherigen Altersstufen des Artikel 26 Absatz 1 IVV weg, weil sie dazu führen, dass in den Folgejahren bis zur Erreichung des 30. Altersjahres auch ohne Sachverhaltsänderungen stufenweise Anpassungen am Invaliditätsgrad und damit allfällig auch am Rentenanspruch zu erfolgen haben.

⁸⁰ Vgl. BGE 114 V 310 E. 4a

⁸¹ Vgl. anstelle vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_233/2018 vom 11. April 2019

⁸² Vgl. Übersicht «Bildungssystem der Schweiz» des SBFJ. Kann abgerufen werden unter: <https://www.sbfj.admin.ch/sbfj/de/home/bildung/bildungsraum-schweiz/bildungssystem-schweiz.html>

Mit der Anwendung der statistischen Werte ohne die Altersabstufungen wird denjenigen Geburts- und Frühinvaliden, denen trotz aller Eingliederungsbemühungen der IV eine ordentliche Berufsausbildung nicht offensteht, unter Umständen bereits ab dem 18. Altersjahr ein nach den allgemeinen Grundsätzen ermitteltes Einkommen ohne Invalidität nach der Statistik angerechnet. Die mit der bisherigen künstlichen Verringerung des Einkommens ohne Invalidität und damit auch des Invaliditätsgrades vor dem 30. Altersjahr verbundene Ungleichbehandlung wird aufgehoben. Dies ist umso wichtiger, als gerade solche Geburts- und Frühinvaliden kaum je über eine Versicherung aus der 2. Säule verfügen und somit ihren gesamten Lebensbedarf über die Versicherungsleistungen aus der 1. Säule decken müssen.

Auch die Bestimmung des Einkommens ohne Invalidität soll sich bei diesen Geburts- und Frühinvaliden nach den gleichen Grundsätzen wie bei den anderen versicherten Personen richten. So ist gleich wie bei Absatz 4 und 5 grundsätzlich der Zentralwert der LSE der Tabelle TA1_tirage_skill_level massgebend (vgl. dazu Art. 25 Abs. 3 E-IVV). Dieser deckt letztlich das gesamte Lohnspektrum über alle Altersklassen ab.

Innerhalb der Tabelle TA1_tirage_skill_level wird auf den Totalwert aller Wirtschaftszweige und auf das Total über alle Kompetenzniveaus abgestellt, da nicht vorausgesagt werden kann, welche Ausbildung die versicherte Person im Gesundheitsfall hätte abschliessen können und welches Kompetenzniveau damit erreicht worden wäre. In Abweichung von Artikel 25 Absatz 3 E-IVV wird bei den Geburts- und Frühinvaliden auf geschlechtsunabhängige Werte abgestellt, weil dies bereits bisher so gehandhabt wurde und weil sich bei diesen Versicherten keinerlei Bezüge oder Anhaltspunkte auf irgendeine bereits einmal ausgeführte Tätigkeit ergeben, für die ein geschlechtsspezifischer Lohn ausgerichtet worden wäre.

Artikel 26^{bis}

Bisher regelt Artikel 26^{bis} IVV den Status der in Ausbildung begriffenen Versicherten. Diese Regelung findet sich neu und in allgemeiner Weise in Artikel 24^{septies} E-IVV. Daher wird in Artikel 26^{bis} E-IVV die Bestimmung des Einkommens mit Invalidität geregelt.

Artikel 26^{bis} Absatz 1

Das «Einkommen mit Invalidität» ist das Erwerbseinkommen nach Artikel 16 ATSG, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen aus einer ihr zumutbaren Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte. Rechtsprechung und Verwaltungspraxis nannten dieses Einkommen bisher «Invalideneinkommen».

Gleich wie beim Einkommen ohne Invalidität soll auch beim Einkommen mit Invalidität zunächst auf tatsächlich erzielte Löhne abgestellt werden.

Voraussetzung für die Anrechnung des konkreten Einkommens als Einkommen mit Invalidität ist, dass die versicherte Person damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit (vgl. dazu Art. 54a Abs. 3 IVG und Art. 49 Abs. 1^{bis} E-IVV) erwerblich bestmöglich verwertet. Es ist dies Ausfluss des allgemeinen Grundsatzes der Schadenminderungspflicht der versicherten Person. Nur wenn die versicherte Person mit der ausgeübten Tätigkeit ein Einkommen in der Höhe erzielt, wie es aufgrund der verbliebenen funktionellen Leistungsfähigkeit grundsätzlich zu erwarten wäre, kann dieses Einkommen als Grundlage für das Einkommen mit Invalidität herangezogen werden. Weil nach Artikel 26^{bis} Absatz 2 E-IVV dann, wenn kein anrechenbares tatsächliches Einkommen vorliegt, auf statistische Werte nach Artikel 25 Absatz 3 E-IVV abgestellt wird, bedeutet dies, dass eine erwerblich bestmögliche Verwertung nur dann gegeben ist, wenn das damit erzielte Einkommen annähernd so hoch ausfällt wie der entsprechende statistische Zentralwert. Die bisherigen zusätzlich von der Rechtsprechung⁸³ geforderten Kriterien «erzielter Lohn entspricht der Arbeitsleistung» und «besonders stabiles Arbeitsverhältnis bzw. Möglichkeit der dauernden Erzielung eines entsprechenden Einkommens auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt» fallen weg. Diese Kriterien sind in der Praxis kaum überprüfbar

⁸³ Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_720/2012 vom 11. Februar 2013, E. 2.3.2

und bergen die Gefahr, dass der Arbeitgeber durch die Ausrichtung eines absichtlich tief gehaltenen Lohnes ihre resp. seine Kosten senken kann, im Wissen darum, dass die versicherte Person durch höhere Leistungen zu Lasten der IV schadlos gehalten wird.

Analog der bisherigen Rechtsprechung bleibt es weiterhin möglich, den tatsächlich erzielten Lohn auf das zumutbare Pensum hochzurechnen, wenn die versicherte Person ihre verbliebene Restarbeitsfähigkeit wegen eines zu geringen Beschäftigungsgrades nicht voll ausgeschöpft hat und wenn sich eine entsprechende Erhöhung des Beschäftigungsgrades zumindest seitens des Arbeitgebers als möglich erweist.⁸⁴

Artikel 26^{bis} Absatz 2

Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität kein Erwerbseinkommen mehr oder kann ihr ein solches nicht angerechnet werden, so muss für die Festlegung des Einkommens mit Invalidität auf statistische Werte zurückgegriffen werden. Es ist nach Artikel 16 ATSG im konkreten Einzelfall zu fragen, was die Person mit der verbliebenen funktionellen Leistungsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch verdienen könnte. Dabei müssen analog der Regelung beim Einkommen ohne Invalidität die vorhandene Ausbildung und die bisherigen beruflichen Verhältnisse der versicherten Person sowie allfällig eingetretene Qualifizierungen durch erfolgte berufliche Eingliederungsmassnahmen berücksichtigt werden.

Dieser statistisch ermittelte Lohn für eine Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100 Prozent entspricht, muss im Anschluss daran auf die gemäss der medizinischen Einschätzung verbleibende funktionelle Leistungsfähigkeit heruntergebrochen werden.

Handelt es sich um eine Person, die im Gesundheitsfall ein Pensum von über 100 Prozent ausgeübt hat und über ein entsprechend hohes Einkommen ohne Invalidität verfügt (vgl. Art. 26 Abs. 1 E-IVV), muss abgeklärt werden, ob es der versicherten Person auch nach dem Eintritt des Gesundheitsschadens allenfalls noch zumutbar ist, ein Pensum von mehr als 100 Prozent auszuüben, was entsprechend bei der Ausgangsbasis des statistisch ermittelten Lohnes zu berücksichtigen wäre.⁸⁵

Bei Selbständigerwerbenden kann unter Umständen im Rahmen der Schadenminderungspflicht erwartet werden, dass sie eine unselbständige Erwerbstätigkeit aufnehmen, wenn hier von einer besseren erwerblichen Verwertung der Restarbeitsfähigkeit erwartet werden kann und wenn ein entsprechender beruflicher Wechsel nach den subjektiven und objektiven Gegebenheiten zumutbar erscheint.⁸⁶

Bei geburts- und frühinvaliden Versicherten wird das Einkommen ohne Invalidität aufgrund statistischer Werte festgelegt, die nicht nach dem Geschlecht differieren (vgl. Art. 26 Abs. 6 E-IVV). Deshalb muss auch das Einkommen mit Invalidität mit entsprechenden geschlechtsunabhängigen Werten festgelegt werden, damit keine Verzerrungen entstehen.⁸⁷

Artikel 26^{bis} Absatz 3

Um invaliditätsbedingte lohnmindernde Faktoren zu berücksichtigen, hat das Bundesgericht den sogenannten leidensbedingten Abzug entwickelt.⁸⁸ Dieser wird vom tabellarisch ermittelten Einkommen mit Invalidität abgezogen und ist auf 25 Prozent des Tabellenlohns beschränkt.

Der leidensbedingte Abzug in der bisherigen Form wird neu nicht mehr angewendet. Leidensbedingte Einschränkungen der versicherten Person sowie die Auswirkungen der Teilzeitarbeit werden jedoch weiterhin berücksichtigt, wenn teilweise auch mittels anderer Instrumente als heute:

- Zunächst sollen die leidensbedingten Einschränkungen im engeren Sinne (medizinisch bedingte quantitative und qualitative Einschränkungen bei der Ausübung einer Erwerbstätig-

⁸⁴ Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_720/2012 vom 11. Februar 2013, E. 2.3.2

⁸⁵ Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_766/2011 vom 30. Dezember 2011, E. 3.2.2

⁸⁶ Vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_460/2011 vom 22. September 2011, E. 4

⁸⁷ Vgl. BGE 129 V 222, Erw. 4.4

⁸⁸ Vgl. anstelle vieler BGE 126 V 75

keit) konsequent bei der Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit der versicherten Person berücksichtigt werden (vgl. auch Art. 49 Abs. 1^{bis} E-IVV). Dies führt im Vergleich zur heutigen Lösung mit dem leidensbedingten Abzug zu einer Besserstellung der versicherten Personen, weil damit die Beschränkung des leidensbedingten Abzuges auf maximal 25 Prozent des Tabellenlohns wegfällt.

- Wirtschaftliche Faktoren, die bereits vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens vorlagen und das erzielbare Einkommen beeinflussten (z.B. Aufenthaltsstatus oder Nationalität), werden nur noch bei der Parallelisierung des Einkommens ohne Invalidität berücksichtigt (vgl. Art. 26 Abs. 2 E-IVV). Weil die Parallelisierung neu grundsätzlich konsequenter und ohne Abklärung der Gründe für die Unterdurchschnittlichkeit des Einkommens erfolgt, erleidet die versicherte Personen im Vergleich zur heutigen Regelung keinen Nachteil.
- Die beiden Faktoren «Alter» und «Dienstjahre» können ohne Auswirkungen für die versicherten Personen künftig weggelassen werden.⁸⁹ Tabelle T17 der LSE (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Berufsgruppen, Lebensalter und Geschlecht)⁹⁰ zeigt, dass sich der Faktor Alter in keiner der Kategorien lohnsenkend auswirkt. Gleichzeitig nimmt auch die Bedeutung des Faktors Dienstalter im privaten Sektor ab, je niedriger das Anforderungsprofil (bzw. neu Kompetenzniveau) ist.⁹¹ Weiter erachtet es die Rechtsprechung zwar als plausibel, dass der Verlust einer Arbeitsstelle nach einer lang dauernden Anstellung auch den Verlust des lohnrelevanten Vorteils der bisherigen Dienstjahre nach sich zieht, hingegen kann ein langjähriges Arbeitsverhältnis beim gleichen Arbeitgeber sich auch positiv auf den Anfangslohn beim neuen Arbeitgeber auswirken.⁹² Weiter ist zu berücksichtigen, dass immer dann, wenn ein unterdurchschnittliches tatsächliches Einkommen ohne Invalidität parallelisiert oder auf einen statistischen Wert abgestellt wurde, Faktoren wie fehlende Ausbildung, Alter oder Anzahl Dienstjahre nicht zu einem leidensbedingten Abzug geführt hätten, weil diese Faktoren ansonsten doppelt berücksichtigt worden wären.⁹³

Damit verbleibt der Faktor «Teilzeitarbeit», dem nicht an anderer Stelle Rechnung getragen wird. Dieser Faktor wird künftig durch einen pauschalen Teilzeitabzug berücksichtigt werden, der sich an den Werten der LSE, T18: Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht der Jahre 2008 bis 2018⁹⁴ orientiert. Er führt dazu, dass bei allen versicherten Personen, die nun invaliditätsbedingt nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Artikel 49 Absatz 1^{bis} E-IVV von 50 Prozent oder weniger arbeiten können, der Tabellenlohn um pauschal 10 Prozent reduziert wird.

Für die Gewährung des Abzuges spielt es keine Rolle, ob es sich bei der versicherten Person um eine voll- oder teilzeitarbeitende Person handelt, weil in beiden Fällen der Einkommensvergleich grundsätzlich bezogen auf eine Vollerwerbstätigkeit vorgenommen wird (vgl. für eine teilzeitarbeitende Person etwa die Ausführungen zu Art. 27^{bis} Abs. 2 E-IVV). Massgebend ist jeweils die Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit. Liegt diese bezogen auf eine Vollerwerbstätigkeit bei 50 Prozent oder weniger, so wird der Abzug gewährt, unabhängig davon, wie hoch sich das zeitliche Pensum gestaltet, um die entsprechende Leistung zu erbringen.

Artikel 27

Artikel 27 Sachüberschrift

Der Titel von Artikel 27 wird angepasst, weil die Bestimmungen zur klösterlichen Gemeinschaft mangels Praxisrelevanz neu nicht mehr auf Verordnungsebene geregelt werden.

⁸⁹ Der Faktor Alter kann jedoch weiterhin bei der Prüfung einer allfälligen Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt berücksichtigt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_610/2007 vom 23. Oktober 2007, E. 4)

⁹⁰ Kann abgerufen werden unter: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/je-d-03.04.01.02.47>

⁹¹ Vgl. BGE 126 V 75, E. 5a/cc

⁹² Vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_552/2017 vom 18. Januar 2018, E. 5.4.1

⁹³ Vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_774/2019 vom 3. März 2020, E. 8.6

⁹⁴ Kann abgerufen werden unter: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/je-d-03.04.01.01.18>

Artikel 27 Absatz 2

Weil in der Praxis bei der Bemessung des Invaliditätsgrades grundsätzlich kaum Fälle von Personen in einer klösterlichen Gemeinschaft vorkommen, werden diese nicht mehr weiter auf Verordnungsebene geregelt.

Artikel 27^{bis}

Der Sachtitel von Artikel 27^{bis} E-IVV wird angepasst, weil die bisherige Sonderregelung von Artikel 27^{bis} Absatz 1 IVV zum Status von Teilerwerbstätigen oder von Personen, die unentgeltlich im Betrieb der Ehegattin oder des Ehegatten mitarbeiten, neu mit einer Regelung zur Statusbestimmung in Artikel 24^{septies} E-IVV abgedeckt wird. Damit verbleiben in Artikel 27^{bis} E-IVV nur noch die Regelungen zur Invaliditätsgradbemessung bei Teilerwerbstätigen.

Artikel 27^{bis} Absatz 1

Artikel 27^{bis} E-IVV wird neu strukturiert. Der bisherige Artikel 27^{bis} Absatz 2 IVV wird in Absatz 1 verschoben.

Die Regelung der Invaliditätsgradbemessung bei Teilerwerbstätigen erfährt eine inhaltliche Änderung. Die Bemessung erfolgt für alle Teilerwerbstätigen gleich, um eine einheitliche und rechtsgleiche Lösung für alle Teilerwerbstätigen zu schaffen. Erwerbstätigkeit und nicht-erwerblicher Aufgabenbereich sind komplementär: Alles, was nicht Erwerbstätigkeit ist, fällt unter die Besorgung des Aufgabenbereichs. Mit anderen Worten geben die beiden Bereiche zusammen einen Wert von 100 Prozent. Diese Betrachtungsweise entspricht der als Volksversicherung konzipierten IV. Die bisherige Präzisierung «Teilerwerbstätige, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Artikel 7 Absatz 2 IVG betätigen» wird gestrichen. Zudem wird nur noch von «Teilerwerbstätigen» gesprochen, und die in jüngerer Zeit durch das Bundesgericht geschaffenen Sonderfälle der Teilerwerbstätigen ohne Aufgabenbereich fallen ersatzlos weg.

Die gemischte Methode erfuhr mit der Ordnungsänderung vom 1. Dezember 2017 folgende Änderung: Die Teilzeittätigkeit wurde nur noch bei der Gewichtung der Invaliditätsgrade im Erwerb und im Aufgabenbereich berücksichtigt. Aufgrund dieser Änderung bei der gemischten Methode wurden die Teilerwerbstätigen ohne Aufgabenbereich schlechter gestellt als jene mit Aufgabenbereich. So sind die Teilerwerbstätigen ohne Aufgabenbereich nur für den Erwerbsanteil versichert, und für die restliche Zeit besteht kein Versicherungsschutz. Dies führt in Fällen, in denen das Erwerbsspensum weniger als 70 Prozent beträgt dazu, dass diese Personen keinen Anspruch auf eine ganze Rente mehr erreichen können, selbst wenn sie keine Resterwerbsfähigkeit mehr aufweisen. Mit der Anpassung von Absatz 1 wird diese Ungleichbehandlung behoben.

Artikel 27^{bis} Absatz 2

Der bisherige Artikel 27^{bis} Absatz 3 IVV wird neu in Absatz 2 geregelt.

Absatz 2 wird so angepasst, dass neu neben der Art der Festlegung des Einkommens ohne Invalidität (Bst. a) und der Gewichtung der Erwerbseinbusse (Bst. c) in Buchstabe b festgehalten wird, dass sich auch das Einkommen mit Invalidität ausgehend von einer Erwerbstätigkeit mit einem Beschäftigungsgrad von 100 Prozent rechnet. Diese Anpassung ist eine Folge der Rechtsprechung, die festhält, dass es keine Rolle spiele, dass die versicherte Person ein solches Pensum vor Eintritt des Gesundheitsschadens nicht geleistet habe.⁹⁵ Der einmal ermittelte Vollzeitlohn ist an die medizinisch attestierte funktionelle Leistungsfähigkeit anzupassen (vgl. dazu auch Art. 26^{bis} Abs. 2 E-IVV).

Artikel 27^{bis} Absatz 3

Der bisherige Artikel 27^{bis} Absatz 4 IVV wird neu in Absatz 3 geregelt. Der letzte Satz erfährt dabei eine rein redaktionelle Anpassung.

⁹⁵ Vgl. BGE 145 V 370

Artikel 33^{bis} Absatz 2

Mit der Einführung des stufenlosen Rentensystems in der IV wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und nicht mehr wie bisher nach Viertelsrentenstufen. Mit dem Wegfall der Viertelsrentenstufen braucht es bei der Kürzung der Kinderrenten eine neue Formulierung, die dem Umstand Rechnung trägt, dass es neu eine Vielzahl verschiedener prozentualer Anteile einer ganzen Rente geben kann. Die Kürzung der Kinderrente erfolgt weiterhin nach dem Verhältnis zur ganzen Rente. Die vorgeschlagene Änderung ist rein formeller Natur und stellt keine materielle Änderung dar.

Artikel 38 Absatz 2

Der bisherige Absatz 2 kann aufgehoben werden, da er lediglich Artikel 42 Absatz 3 IVG wiederholt.

Artikel 39e Absatz 5

Im Jahr 2020 wurde der Leistungskatalog der spitalexternen Pflegeleistungen mit IV-Rundschreiben Nr. 394 erweitert; dieser wird nun in Artikel 3^{quinquies} Absatz 3 E-IVV aufgenommen. Nach dem neuen Absatz 5 sollen die entsprechenden Stunden der Langzeitüberwachung anteilmässig vom Hilfebedarf beim Assistenzbeitrag abgezogen werden. Dies soll sicherstellen, dass es in Bezug auf die Überwachung nicht zu Doppelentschädigungen kommt.

Artikel 39f

Artikel 39f Absatz 1

In diesem Absatz wird eine formale Anpassung des Begriffs «Franken» vorgenommen. In der französischen Version der Bestimmung wird zusätzlich der Begriff «se monte» mit «s'élève» ersetzt. Hiermit wird der Absatz 1 an die Absätze 2 und 3 angepasst. Es handelt sich dabei um eine rein sprachliche Harmonisierung ohne materielle Änderung.

Artikel 39f Absatz 2

In diesem Absatz wird eine formale Anpassung des Begriffs «Franken» vorgenommen.

Artikel 39f Absatz 3

Diese Anpassung erfolgt nicht aufgrund der WE IV, sondern wegen der Evaluation Assistenzbeitrag (2012 bis 2019)⁹⁶, die das Problem der ungenügenden Nachtpauschalen aufgezeigt hat, und der Anpassung des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO) im Jahr 2018. Das SECO hat 2018 eine Vorlage für die Ergänzung der Normalarbeitsverträge im Hausdienst (Modell-NAV) mit verschiedenen Bestimmungen erarbeitet, deren Ziel es ist, die Situation von Personen zu verbessern, die 24-Stunden-Betreuungsarbeit für ältere Personen oder Menschen mit Beeinträchtigungen leisten. Im Besonderen beim Nachtdienst sieht der Modell-NAV des SECO vor, dass die Präsenzzeit auch entschädigt werden muss. Mit der Überführung dieser neuen Regeln des Modell-NAV des SECO in die kantonalen NAV ist es für Bezügerinnen und Bezüger des Assistenzbeitrags aufgrund der aktuellen Nachtpauschalen nicht möglich, die Assistenzpersonen entsprechend zu entschädigen. Die IV muss gesamtschweizerisch dieselben Regeln anwenden und kann sich nicht unterschiedlichem kantonalem Recht anpassen. Der Höchstbetrag der Nachtpauschale wird deshalb gemäss dem Modell-NAV des SECO schweizweit angepasst.

Dank den angepassten Nachtpauschalen können die Bezügerinnen und Bezüger des Assistenzbeitrags künftig auch die Präsenzzeiten der Assistenzpersonen vergüten.

Die maximale Pauschale in der Höhe von 160.50 Franken erklärt sich aus der Mischung des am Tage geltenden Stundenansatzes nach Artikel 39f Absatz 1 IVV und einem Anteil an deutlich weniger gut entschädigten, aber dem Modell-NAV des SECO entsprechend, vergüteten

⁹⁶ Guggisberg, Jürg / Bischof, Severin (2020): *Evaluation Assistenzbeitrag 2012-2019: Schlussbericht 2020*. FoP-IV, Berichtnummer 16/20. Kann abgerufen werden unter: www.bsv.admin.ch > Publikationen & Service > Forschung und Evaluation > Forschungspublikationen.

Präsenzstunden. Die Mindestlöhne nach dem Modell-NAV des SECO wurden um 20 Prozent erhöht, um den Sozialversicherungsabzügen Rechnung zu tragen. Diese Mischrechnung ergibt sich aus einer Schätzung der aktiven Arbeitsstunden und Präsenzzeiten, die je Intensität unterschiedlich sind und zu unterschiedlich hohen Pauschalen führen. Am Stufensystem auf Weisungsstufe zur Bemessung der Höhe der Pauschale wird weiterhin festgehalten.

Die Höhe der Nachtpauschale erklärt sich wie folgt: Beispielhaft wird von einer maximalen Pauschale für den Nachdienst ausgegangen und angenommen, die versicherte Person habe einen Hilfebedarf von zwei Stunden pro Nacht. Zur Berechnung der Nachtpauschale wurden drei aktive Arbeitsstunden angenommen. Es bleiben somit fünf Stunden Präsenzzeit. Die aktiven Arbeitsstunden wurden mit dem Stundenansatz von 33.50 Franken multipliziert, die Präsenzstunden mit 12 Franken, was dem Mindestlohn von 10 Franken gemäss Modell-NAV des SECO in solchen Situationen entspricht, plus 20 Prozent zur Berücksichtigung der Sozialversicherungsabzüge. Durch Addition der beiden Beträge ergibt sich die neue maximale Pauschale von 160.50 Franken ($3 \times 33.50 + 5 \times 12$).

Der Modell-NAV des SECO sieht ausserdem einen Zuschlag von 25 Prozent auf dem Stundenlohn für aktive Arbeitsstunden in der Nacht vor. Der Zuschlag wurde in der Berechnung der neuen Nachtpauschale nicht berücksichtigt, da diese Stunden auch während des Tages verwendet werden können. Wäre der Zuschlag von 25 Prozent mitberücksichtigt worden, würden die während des Tages eingesetzten Nachtstunden ein Viertel mehr zählen. Ausserdem richtet die IV einen Pauschaltarif und nicht einen Stundenlohn aus. Mit diesem Pauschalbetrag können die Bezügerinnen und Bezüger des Assistenzbeitrags ihren Assistenzpersonen den Zuschlag dennoch ausbezahlen und somit den Modell-NAV des SECO einhalten.

Artikel 39i

Artikel 39i Absatz 2

Absatz 2 wird soweit präzisiert, dass nur Stunden in Rechnung gestellt werden können, die am Tag geleistet werden (neben den in Anwendung von Artikel 39h verrechneten Arbeitsstunden). Für die Rechnungsstellung der Stunden in der Nacht gilt Absatz 2^{bis}. Ausserdem erfährt der Artikel eine sprachliche Anpassung zur Angleichung der Absätze in Artikel 39i.

Artikel 39i Absatz 2^{bis}

Die Nachteinsätze sollen weiterhin als fixe Pauschalen in Rechnung gestellt werden müssen. Es wird weiter präzisiert, dass die Nachtpauschale auch in Rechnung gestellt werden kann, wenn die Assistenzperson in der jeweiligen Nacht nicht persönlich vor Ort ist, jedoch für den Einsatz zur Verfügung steht (direkt am Wohnort der versicherten Person oder telefonisch auf-bietbar).

Artikel 39i Absatz 2^{ter}

Stellt die versicherte Person keinen Nachtdienst in Rechnung, wird die eingesparte Nachtpauschale durch den Stundenlohn nach Artikel 39f Absatz 1 E-IVV geteilt und so in Tagesstunden umgerechnet. Die so errechnete Stundenzahl kann für die Anrechnung am Tag verwendet werden.

Es kommt vor, dass die Assistenzleistung in einigen Nächten von einem Familienmitglied der versicherten Person erbracht wird, beispielsweise am Wochenende vom Ehepartner. Die Umrechnung der eingesparten Nachtpauschale in Stunden zugunsten der Assistenz während des Tages erlaubt der versicherten Person mehr Flexibilität.

Beispiel: Eine versicherte Person hat Anspruch auf einen Assistenzbeitrag von 50 Stunden und 30,4 Nächten pro Monat. Für den Januar verrechnet sie 50 Stunden à 33.50 Franken und 31 Nächte à 116.55 Franken ($50 \times 33.50 + 31 \times 116.55$). Für den Februar verrechnet sie nur 23 Nächte, weil während fünf Nächten ihr Sohn den Nachtdienst übernommen hat. Die entsprechende Anzahl Stunden für diese Nächte ($116.55 / 33.50 = 3.48$) können als Assistenz während des Tages verrechnet werden, maximal 67,4 Stunden ($50 + [5 \times 3.48]$).

Artikel 39j

Artikel 39j Absatz 2

Die Erfahrung mit der Leistung hat deutlich gemacht, dass auch nach der Zusprache eines Assistenzbeitrags Beratungsleistungen notwendig werden können und zwar in einem grösseren Ausmass als die bei der Einführung des Assistenzbeitrags angenommenen Stunden, die im Rahmen der Beratungsleistungen nach Artikel 74 IVG hätten abgedeckt werden soll. So kann es vorkommen, dass die versicherte Person nach einigen Jahren erneut Personal einstellen, jemanden entlassen, ein Arbeitszeugnis ausstellen muss oder in eine arbeitsrechtliche Streitigkeit verwickelt wird. Regeländerungen (wie z. B. der neue Modell-NAV des SECO, der in den meisten Kantonen verbindlich ist) können ebenfalls eine zusätzliche Beratung erforderlich machen. Die Anpassung ermöglicht es den Bezügerinnen und Bezüger des Assistenzbeitrags, mehrmals Beratungsleistungen zu beanspruchen und zwar bis höchstens 1500 Franken alle drei Jahre. Es liegt jedoch an der versicherten Person, ihren Beratungsbedarf erneut glaubhaft zu begründen. Ausgeschlossen ist insbesondere, dass mit dieser Leistung Anwaltskosten, namentlich im Rahmen einer arbeitsrechtlichen Streitigkeit, finanziert werden.

Artikel 39j Absatz 3

Der maximale Beitrag für Beratung durch Drittpersonen ist im vorangehenden Absatz geregelt und muss daher in Absatz 3 nicht mehr begrenzt werden. Der maximale Stundenansatz muss hingegen erwähnt bleiben.

Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe e bis f^{er}, k und l

Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe e

Infolge Aufhebung von Artikel 70 IVV (siehe Erläuterung unten) entfällt die bisherige Regelung des Buchstaben e, da die Eingliederungsplanung künftig im Rahmen der Fallführung (vgl. Art. 41a E-IVV) erfolgt. Die Überwachung und Durchführung angeordneter Eingliederungsmassnahmen ist in Artikel 57 Absatz 1 Buchstabe f IVG festgehalten.

Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe f

Buchstabe f wird aufgehoben. Der Einbezug der Akteure ist neu in Artikel 57 Absatz 1 Buchstabe e, f und g IVG geregelt und wird im Rahmen der Fallführung beschrieben (vgl. Art. 41a E-IVV).

Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe f^{bis}

Buchstabe f^{bis} wird aufgehoben. Die bislang als fallunabhängig bezeichnete Beratung ist neu als eingliederungsorientierte Beratung in Artikel 57 IVG Absatz 1 Buchstabe a IVG aufgenommen.

Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe f^{er}

Buchstabe f^{er} wird aufgehoben. Der Einbezug der Akteure wird im Rahmen der Fallführung beschrieben (vgl. Art. 41a E-IVV) und ist in Artikel 57 Absatz 1 Buchstabe f IVG geregelt.

Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe k

Der Begriff der «Bemessung des Invaliditätsgrades» wird an die Formulierung des neuen Artikels 28a IVG angepasst. Die bisherige Regelung in Artikel 2c Buchstabe b des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006⁹⁷ über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) findet sich neu in Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe d ELG. Der Verweis in Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe k E-IVV ist deshalb ohne materielle Änderung anzupassen.

Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe l

⁹⁷ SR 831.30

Mit der Einführung des neuen Artikels 24^{sexies} E-IVV, der den IV-Stellen die Befugnis zum Abschluss von Verträgen nach Artikel 27 IVG für Eingliederungsmassnahmen nach den Artikeln 14a bis 18 IVG überträgt, erübrigt sich Buchstabe l und kann demnach gestrichen werden.

Artikel 41a

Artikel 41a Absatz 1

Die IV-Stellen sorgen für eine durchgehende und einheitliche Fallführung entlang der Lebenslinie einer versicherten Person und über das gesamte IV-Verfahren hinweg, von der Geburt bis zum Rentenalter. Kerngedanke der Fallführung ist, die Erfolgchancen zur Zielerreichung der verfügbaren Massnahmen im gesamten IV-Verfahren zu verbessern, indem die Massnahmen zum angezeigten Zeitpunkt und im angezeigten Umfang oder Setting erfolgen und die Massnahme überwacht sowie die versicherte Person begleitet wird.

Während die Fallführung in der beruflichen Eingliederung bereits zu den Aufgaben der IV-Stelle gehört und die Grundlage für eine erfolgreiche Eingliederungsarbeit bildet, wird die Fallführung bei medizinischen Massnahmen neu eingeführt. Damit soll die Basis für die weitere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren früh gelegt werden, um einen wesentlichen Beitrag zum Eingliederungserfolg zu leisten.

Die Fallführung leitet sich aus den folgenden Artikeln ab: Artikel 3a, 3a^{bis}, 8 Absatz 1^{bis}, 8 Absatz 1^{ter}, 8a, 14^{quater}, 28 Absatz 1^{bis}, 49 IVG sowie Artikel 57 Absatz 1 Buchstabe a bis h und m IVG.

Artikel 41a Absatz 2

Die Fallführung orientiert sich am Case Management und beinhaltet mehrere Arbeitsschritte, die in den Buchstaben a bis d aufgeführt werden.

Artikel 41a Absatz 2 Buchstabe a

Die Bestandsaufnahme dient der Beurteilung der medizinischen, beruflichen, familiären und sozialen Situation der versicherten Person, inklusive der Abklärung ihrer Ressourcen und Einschränkungen.

Die bisherigen Artikel 1^{quinqüies} IVV (Früherfassungsgespräch) und 70 IVV (Assessment) werden unter die Bestandsaufnahme subsumiert und somit aufgehoben.

Artikel 41a Absatz 2 Buchstabe b

Bei der Planung des weiteren Vorgehens sind insbesondere folgende Punkte zu beachten: Die Planung des weiteren Vorgehens umfasst den gesamten Eingliederungsprozess resp. das gesamte Verfahren der IV und beschränkt sich nicht auf die Zusprache einer einzelnen Massnahme. Sie berücksichtigt zudem die von der IV und anderen Akteuren bereits erbrachten Leistungen (z.B. Arztberichte) und wird bei Bedarf der Entwicklung bzw. der sich verändernden Situation der versicherten Person angepasst.

Im Bereich der medizinischen Massnahmen bestimmen in der Regel die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, welche Eingriffe oder Therapien notwendig sind. Die IV-Stellen ihrerseits beurteilen die medizinischen Massnahmen abschliessend und fällen den Entscheid darüber.

Artikel 41a Absatz 2 Buchstabe c

Im Rahmen der Fallführung begleiten und überwachen die IV-Stellen die zugesprochenen Leistungen der IV. Die Leistungen umfassen Massnahmen nach Artikel 3a^{bis}, 7d, 8 Absatz 3 (Beratung und Begleitung, medizinische Massnahmen, Integrationsmassnahmen, Massnahmen beruflicher Art und Hilfsmittel), Artikel 8a, 22, 28, 42, 42^{quater} und 68^{bis} IVG. Die IV-Stellen überprüfen regelmässig die Ziele der Eingliederungsmassnahmen, passen diese bei Bedarf an und entscheiden über das weitere Vorgehen. In diesem Rahmen bestimmen sie, ob und wann der Eingliederungsprozess unterbrochen werden muss oder abgeschlossen ist.

Bei den medizinischen Massnahmen bedeutet die Überwachung eine regelmässige Prüfung der WZW-Kriterien. Beispielsweise wird überwacht, ob die angeordnete Intensität einer Therapie noch im selben Ausmass notwendig ist oder ob die Ziele einer Therapie erreicht wurden bzw. erreicht werden können.

Artikel 41a Absatz 2 Buchstabe d

Zu einer erfolgreichen Fallführung gehört die Koordination und die Zusammenarbeit sowohl zwischen den verschiedenen Bereichen innerhalb der IV-Stelle als auch zwischen der IV-Stelle (z.B. RAD) und den externen Akteuren (z.B. Arbeitgeber, behandelnde Ärzte, Ausbilder, Therapeuten etc.) während des gesamten Eingliederungsprozesses bzw. des ganzen IV-Verfahrens (Bestandsaufnahme, Planung, Begleitung und Überwachung der zugesprochenen Leistungen).

Die IV-Stellen-interne Koordination dient dazu, Doppelspurigkeiten und unnötige Handwechsel zu vermeiden. Vorgängig erfolgte Abklärungen und erworbenes Wissen über die versicherte Person (z.B. während den medizinischen Massnahmen) ist wann immer sinnvoll in den späteren Phasen (z.B. während der beruflichen Eingliederung) aktiv aufzunehmen und bei den Entscheiden zu berücksichtigen. Der RAD ist, wenn nötig, beispielsweise bei der Planung des Eingliederungsprozesses oder bei der Prüfung von Auflagen in sinnvoller Weise einzubeziehen.

Die Koordination der IV-Stelle mit den externen Akteuren ist während allen Phasen der Fallführung (Art. 41a Abs. 2 Bst. a bis d) wichtig und erstreckt sich über den gesamten IV-Prozess.

Artikel 41a Absatz 3

Die Verantwortung über die Fallführung liegt immer bei der zuständigen IV-Stelle. Die IV-Stelle entscheidet über die Art, die Dauer und den Umfang der Fallführung im Einzelfall. Die Art der Beeinträchtigung der versicherten Person und der Unterstützungsbedarf, den diese Beeinträchtigung auslöst, sind nebst den Ressourcen der versicherten Person und ihrem Umfeld bei der Planung, Zusprache und Überwachung von Massnahmen handlungsleitend.

Die Art der Fallführung kann von einem punktuellen Austausch (z.B. bei der Zusprache von einem einfachen Hilfsmittel auch schriftlich) bis zu einer persönlichen Begleitung über einen längeren Zeitraum hinweg alles umfassen (z.B. Beratung und Begleitung der versicherten Person und des Arbeitgebers während einer Integrationsmassnahme im ersten Arbeitsmarkt).

Die Dauer der Fallführung umfasst die einmalige, punktuelle Intervention (z.B. bei der Zusprache einer medizinischen Massnahme) ebenso wie die Fallführung über eine längere Periode hinweg (z.B. bei schweren und komplexen Geburtsgebrechen, bei denen gleichzeitig mehrere Dritte involviert sind und unterschiedliche Leistungen benötigt werden, oder während der Suche nach einer geeigneten Ausbildungsmöglichkeit) oder die wiederholte Beratung und Begleitung der versicherten Person zum Beispiel zu Beginn und beim Abschluss einer EbA.

Der Umfang der Fallführung kann beispielsweise aus einem einzelnen Gespräch bestehen oder eine intensive Zusammenarbeit der IV-Stelle mit der versicherten Person und den involvierten Dritten beinhalten.

Artikel 41a Absatz 4

Die versicherte Person resp. ihre gesetzliche Vertretung muss mit der Begleitung durch die IV-Stelle im Rahmen der Fallführung bei medizinischen Massnahmen nach Artikel 12 und 13 IVG einverstanden sein. Es besteht indessen für die versicherte Person bzw. ihre gesetzliche Vertretung kein Rechtsanspruch auf eine Fallführung.

Artikel 41a Absatz 5

Die Fallführung gehört zu den zentralen Aufgaben der IV-Stellen. Dank der Fallführung soll ein Vertrauensaufbau erfolgen und die IV-Stelle als kompetente Ansprechpartnerin wahrgenommen werden. Die Komplexität der gesundheitlichen und/oder familiären Situation der versicherten Person (z.B. ein komplexes Geburtsgebrechen, eine seltene Krankheit mit wenig Be-

handlungserfahrung oder die Koordination von überdurchschnittlich vielen Leistungserbringern [Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Spitex etc.]) und die daraus resultierende Intensität der benötigten Fallführung kann in Einzelfällen die Kompetenzen und Ressourcen der IV-Stelle überschreiten. In solchen Einzelfällen kann sie für die Fallführung bei medizinischen Massnahmen geeignete Dritte beiziehen. Dabei müssen die Ziele, die Dauer sowie die Aufgaben- und Rollenteilung in einer Vereinbarung klar definiert werden.

Die versicherte Person resp. ihre gesetzliche Vertretung haben keinen Rechtsanspruch auf eine externe Fallführung.

Artikel 41b

Der Gesetzgeber hat die IV-Stellen dazu verpflichtet, eine öffentlich zugängliche Liste zu führen, um in der Frage der Zuteilung von Gutachtensaufträgen an die Sachverständigen eine möglichst grosse Transparenz herzustellen. In der Liste sind Angaben zu allen beauftragten Sachverständigen und Gutachterstellen zu machen, zur Anzahl der jeweils in Auftrag gegebenen Gutachten und zu den attestierten Arbeitsunfähigkeiten. Nebst diesen bereits vom Gesetzgeber vorgegebenen Angaben kann der Bundesrat noch weitere Angaben vorsehen und Vorgaben für die Liste erlassen.

Artikel 41b Absatz 1 Buchstabe a, b und c

In den Buchstaben a–c ist festgelegt, dass in der Liste die einzelnen Sachverständigen, die Sachverständigen-Zweierteams für bidisziplinäre Gutachten (Sachverständigenzweierteams) sowie die Gutachterstellen aufzuführen sind. Die IV-Stellen erfassen diejenigen Sachverständigen, Sachverständigenzweierteams oder die Gutachterstellen, die die notwendigen Anforderungen erfüllen.

Artikel 41b Absatz 1 Buchstabe d

Buchstabe d sieht vor, dass in der Liste pro Sachverständige oder Sachverständigen, Sachverständigenzweierteam und Gutachterstelle entsprechend die nachfolgenden, detaillierten Angaben aufzuführen sind:

- Ziffer 1: Anzahl von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen Gutachten in den jeweiligen Kategorien von Gutachten.
- Ziffer 2: Im Rahmen einer Begutachtung beurteilen die Sachverständigen nebst der funktionellen Leistungsfähigkeit auch die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten. Im Hinblick auf eine möglichst grosse Transparenz der publizierten Angaben soll die von den Sachverständigen attestierten Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit der Versicherten, aber auch in einer angepassten Tätigkeit (entsprechend der ausgewiesenen Leistungsfähigkeit) in Prozent einer Vollzeitstelle aufgeführt werden. Diese beiden Angaben erfolgen tabellarisch in Zehnerschritten (0-10, 11-20, 21-30 usw.) Bei bi- und polydisziplinären Gutachten werden die in der konsensorientierten Gesamteinschätzung festgestellten Einschränkungen in die Liste aufgenommen. Erfasst werden diejenigen Angaben in den Gutachten, die während des Kalenderjahres bei der IV-Stelle eingehen.
- Ziffer 3: Im Hinblick auf die Qualität der Gutachten ist die Beurteilung der Verlässlichkeit im Rahmen von Beschwerdeverfahren ein massgebliches Kriterium. Die Gerichte müssen in Beschwerdeverfahren im Zusammenhang mit dem von der IV-Stelle getroffenen Entscheid auch dessen Grundlagen beurteilen. Dabei spielen die medizinischen Gutachten eine wichtige Rolle, womit die Gerichte auch beurteilen, ob ein Gutachten den Anforderungen an ein rechtsgenügendes Gutachten entspricht und als Grundlage für den Entscheid der IV-Stelle beigezogen werden kann. Entsprechend dieser Überprüfung durch die Gerichte werden die Anzahl Gutachten aufgeführt, die von den Gerichten beurteilt worden sind, aufgeteilt in vollumfängliche, teilweise oder keine Beweiskraft. Erfasst werden diejenigen Urteile, die im Verlauf des Kalenderjahres bei der IV-Stelle eingehen.
- Ziffer 4: Unter dieser Rubrik wird der Gesamtbetrag der Vergütungen aufgeführt, den die Sachverständigen, die Sachverständigen-Zweierteams oder Gutachterstellen für Gutachtensaufträge von der jeweiligen IV-Stelle bzw. von der IV vergütet bekommen haben.

Artikel 41b Absatz 2

Die jeweiligen Daten werden vom 1.1. bis zum 31.12. eines Kalenderjahres erfasst und am 1. März des nachfolgenden Jahres von den IV-Stellen publiziert.

Diese Art der Erfassung hat zur Folge, dass die jeweiligen Angaben nicht miteinander verknüpft sind, da die Erfassung der jeweiligen Daten nicht immer im gleichen Kalenderjahr erfolgt. Die entsprechenden Angaben geben Hinweise auf blosser Häufigkeiten. Konkret bedeutet dies, dass ein Auftrag für ein Gutachten im Jahr x erfasst wird, während die Vergütung dieses Auftrages unter Umständen erst im darauffolgenden Jahr erfolgt und erfasst wird. Die Angaben zu den ergangenen Entscheiden der Gerichte können je nach dem mit einer noch grösseren zeitlichen Verschiebung zu den entsprechenden Aufträgen erfasst und publiziert werden.

Artikel 41b Absatz 3

Da Gutachterstellen Aufträge aus verschiedenen Sprachregionen und einzelne Sachverständige Aufträge für mehrere IV-Stellen in einer kantonsübergreifenden Region übernehmen, ist es im Sinne einer vollständigen Transparenz angezeigt, dass die einzelnen, von den IV-Stellen publizierten Listen vom BSV zu einer gesamtschweizerischen Übersicht zusammengezogen und publiziert werden. Diese Gesamtübersicht wird jeweils am 1. Juli des folgenden Jahres veröffentlicht.

Artikel 49 Absatz 1^{bis}

Der bisherige leidensbedingte Abzug wird neu an unterschiedlichen Orten berücksichtigt (vgl. dazu die Erläuterungen zu Art. 26 Abs. 2 E-IVV und Art. 26^{bis} Abs. 3 E-IVV).

Die leidensbedingten Einschränkungen im engeren Sinne, also jegliche invaliditätsbedingten und medizinisch ausgewiesenen quantitativen und qualitativen Einschränkungen bei der Ausübung einer Erwerbstätigkeit nach Artikel 8 ATSG, sollen neu konsequent bei der Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit berücksichtigt werden. Es geht dabei zum einen um die Einschätzung der medizinisch begründeten Präsenzzeit (quantitative Leistungsfähigkeit z.B. in Stunden pro Tag) und zum anderen um die Einschätzung, welche qualitative Leistungsfähigkeit in dieser Präsenzzeit gegeben ist (Belastungslimiten, qualitative Einschränkungen, Verlangsamung im Vergleich zu einer gesunden Person etc.). In der Regel werden diese beiden Komponenten dann zu einer gesamthaften Prozenteinschätzung der Arbeitsfähigkeit, eben der funktionellen Leistungsfähigkeit, zusammengefügt. So ist etwa eine reduzierte Leistungsfähigkeit innerhalb der zumutbaren Anwesenheitszeit oder ein vermehrter Pausenbedarf konsequent bei der Angabe der verbleibenden funktionellen Leistungsfähigkeit in Abzug zu bringen. Auf diese Weise wird auch die Rechtsprechung des Bundesgerichtes berücksichtigt, wonach die ärztlich attestierte Arbeitsfähigkeit eine Angabe über die effektiv zumutbare Leistung und keine solche über die allfällige Präsenz am Arbeitsplatz ist.⁹⁸

Dies bedingt unter Umständen entsprechende Rückfragen bei der behandelnden Ärztin oder beim behandelnden Arzt, damit der RAD eine nachvollziehbare, gesamthaft Einschätzung der verbleibenden funktionellen Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung aller beeinflussenden medizinisch bedingten Faktoren abgeben kann.

Artikel 52 Absatz 1

Die bisherige Regelung in Artikel 59 Absatz 2 IVG findet sich nun in Artikel 54a Absatz 1 IVG. Der Verweis in Artikel 52 Absatz 1 erster Satz E-IVV ist deshalb ohne materielle Änderung anzupassen.

⁹⁸ Vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_25/2010 vom 21. Mai 2010, E. 4.2.2

Artikel 53

Artikel 53 Absatz 1

Für den Betrieb und die Investitionen verfolgen die kantonalen IV-Stellen eine je andere Planungsdynamik, was eine unterschiedliche Sichtweise auf die beiden Bereiche erfordert. Als Folge der Digitalisierung von Kundenprozessen werden künftig vermehrt Investitionen anstehen. Es ist zielführend, diese zu planenden Mittel getrennt von den Betriebskosten und mit professionellen Planungsinstrumenten zu steuern.

Artikel 53 Absatz 2

Die bisherige finanzielle Planung nur über einen Voranschlag pro Jahr stellt einen zu kurzen Planungshorizont dar und gibt den IV-Stellen zu wenig finanzielle Handlungssicherheit. Die IVV soll dahingehend angepasst werden, dass in Anlehnung an die Planungslogik des Bundes und der Kantone neu auf der Basis einer insgesamt vierjährigen Planungsperiode rollend ein Voranschlag für das kommende Jahr sowie ein Finanzplan für die dem Voranschlag folgenden drei Jahre von den IV-Stellen beantragt und vom BSV geprüft werden.

Der Voranschlag und die Finanzpläne sowie die Jahresrechnung beruhen auf Angaben aus der von der Ausgleichskasse nach Artikel 54 Absatz 1 und 2 geführten Buchhaltung und werden dem BSV in der Regel von der IV-Stelle eingereicht. In der Praxis ist die Zusammenarbeit zwischen IV-Stellen und Ausgleichskasse unterschiedlich ausgeprägt, weshalb beide Stellen zur Übertragung der erforderlichen Unterlagen verpflichtet werden.

Zur Genehmigung des Voranschlags, der Finanzpläne und der Jahresrechnung sind mindestens die Finanzbuchhaltung, die Investitionsrechnung und gegebenenfalls eine Kosten- und Leistungsrechnung notwendig. Das BSV kann weitere Unterlagen, die zur Genehmigung erforderlich sind, einholen.

Artikel 55 Absatz 1

Die bisherige Bestimmung regelt nur, dass das BSV über die zu vergütenden Kosten entscheidet. Neu wird das BSV explizit ermächtigt, die dafür notwendigen Weisungen zu erlassen.

Artikel 56

Artikel 56 Absatz 1

In Artikel 56 Absatz 1 wird ergänzt, dass das BSV auch den Auftrag zur Veräusserung erteilen kann.

Die Bilanzierung der Liegenschaften wird insofern geregelt, als die Immobilien betriebliches Vermögen und nicht Teil der durch Compenswiss (Ausgleichsfonds AHV/IV/EO) verwalteten Kapitalanlagen sind.

Artikel 56 Absatz 2

In den Nutzniessungsverträgen sind die konkrete Nutzung der Liegenschaften, die Laufzeit und die Entschädigung der IV-Stelle für die Nutzung der Liegenschaft zu regeln. Die Entschädigung wird geregelt, indem einerseits eine marktübliche Eigenmiete und andererseits ein entsprechender Erlös in der Jahresrechnung der IV-Stelle ausgewiesen wird.

Artikel 66

Artikel 66 Absatz 1^{bis}

Der bestehende Absatz 1^{bis} sieht vor, dass die versicherte Person nur die in der Anmeldung erwähnten Personen und Stellen ermächtigen muss, den Organen der IV Auskünfte zu erteilen (Art. 6a Abs. 1 IVG). Mit dieser Änderung soll der Kreis der Personen auf die in der Anmeldung nicht ausdrücklich erwähnten Arbeitgeber, Leistungserbringer nach den Artikeln 36 bis 40 KVG, Versicherungen und Arbeitsstellen ausgedehnt werden (Art. 6a Abs. 2 IVG).

Artikel 66 Absatz 2

Der bestehende Absatz 2 verweist nur auf den ersten Absatz von Artikel 6a IVG. Die Ermächtigung zur Erteilung von Auskünften ist jedoch auch den Personen und Organen nach Artikel 6a Absatz 2 IVG zu geben.

Artikel 69 Absatz 2

(Betrifft nur die französische Fassung)

Im zweiten Satz wird der Begriff «enquête» durch «instruction» ersetzt. Der Begriff «enquête» wird in der IV immer seltener verwendet. So spricht man heute beispielsweise von «instruction médicale» und «instruction complémentaire» statt von «enquête médicale» oder «enquête complémentaire». Deshalb wird der Begriff auch in Artikel 69 angepasst. Im deutschen Wortlaut von Artikel 69 Absatz 2 zweiter Satz steht im Übrigen seit seinem Inkrafttreten am 1. Juli 1987⁹⁹ der Begriff «Abklärung».

Artikel 70

Aufgehoben infolge der Einführung von Artikel 41a Absatz 2 Buchstabe a E-IVV (Fallführung). Siehe auch Kommentare zum Artikel 41a.

Artikel 72^{bis} Absatz 1^{bis}

Neu werden die fachlichen Anforderungen an Sachverständige auf Verordnungsstufe durch den Bundesrat festgelegt (Art. 7m E-ATSV). Damit ist für die Versicherten nachvollziehbar, transparent und auch überprüfbar, wer für die Begutachtung fachlich zugelassen ist. Die Interviews zwischen der oder dem Sachverständigen und der versicherten Person werden in Form von Tonaufnahmen dokumentiert. Die Versicherungsträger haben die Einhaltung der fachlichen Vorgaben für die Sachverständigen sicherzustellen und die IV-Stellen im Speziellen haben eine detaillierte Liste über ihre Vergabepaxis (inkl. der Resultate der Gutachten durch die Sachverständigen) zu veröffentlichen. Die Versicherten werden künftig somit über alle massgebenden Informationen im Hinblick auf die von der IV-Stelle beauftragten Sachverständigen verfügen.

Mit diesen Massnahmen wird die Information und Transparenz betreffend die Vergabe von Gutachten gegenüber heute wesentlich verbessert, weshalb die Zuteilung von monodisziplinären Gutachten weiterhin direkt von allen Versicherungsträgern vorgenommen werden kann. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil im Rahmen des Einigungsverfahrens wenn immer möglich eine einvernehmliche Auswahl der Sachverständigen erfolgen soll.

Je nach Komplexität der noch offenen medizinischen Fragen benötigt die IV ein Gutachten, an dem zwei Fachdisziplinen beteiligt sind. Diese bidisziplinären Gutachten stellen einerseits höhere Anforderungen an die Sachverständigen als monodisziplinäre Gutachten, da die beiden Teilgutachten zu einer konsensorientierten Gesamteinschätzung der Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen zusammengefügt werden müssen. Andererseits bedingen sie jedoch noch keine eigentliche Fallführung, wie dies bei polydisziplinären Gutachten mit drei und mehr Fachrichtungen der Fall ist.

Entsprechend der neuen gesetzlichen Grundlagen sollen bidisziplinäre Gutachten aus Gründen der Qualitätssicherung deshalb nur noch von Gutachterstellen oder von fixen Sachverständigen-Zweierteams erstellt und wie polydisziplinäre Gutachten nach dem bewährten Zufallsprinzip zugeteilt werden. Damit ist sichergestellt, dass die Vergabe von bi- und polydisziplinären Gutachtensaufträgen einheitlich nach dem Zufallsprinzip erfolgt und die IV-Stellen keinen Einfluss auf die Auswahl der Sachverständigen haben.

Die Auftragsvergabe nach dem Zufallsprinzip neutralisiert - zusammen mit den weiteren Vorgaben nach BGE 137 V 210 - generelle, aus den Rahmenbedingungen des Gutachterwesens fließende Abhängigkeits- und Befangenheitsbefürchtungen.¹⁰⁰ Aus diesen Gründen werden

⁹⁹ AS 1987 456

¹⁰⁰ Vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 2.4 237

seit 2012 die polydisziplinären Gutachten via Zufallsprinzip an die rund 30 zugelassenen Gutachterstellen in der IV verteilt.

Damit die Vergabe von bidisziplinären Gutachten nur noch an Gutachterstellen und an fixe Sachverständigen-Zweierteams erfolgen kann und die gleichen Verfahrensbestimmungen wie bei polydisziplinären Gutachten zur Anwendung gelangen, wird Artikel 72^{bis} ergänzt. Die Verteilplattform SuisseMED@P muss zudem entsprechend ergänzt werden.

Artikel 72^{ter}

Da die Tarife für Abklärungsmassnahmen ebenfalls unter Artikel 27 IVG erfasst sind, drängt sich eine Konkretisierung in der Verordnung auf, damit insbesondere eine koordinierte Durchführung der Zusammenarbeit und der Tarife für alle in der IV vorgesehenen Massnahmen gewährleistet ist. Folglich gilt Artikel 24^{sexies} in allen Fällen, in denen das BSV keinen gesamtschweizerischen Tarifvertrag abgeschlossen hat.

Artikel 73^{bis} Absätze 1 und 2 Buchstabe e

Artikel 73^{bis} Absatz 1

Artikel 57 Absatz 1 IVG wird im Rahmen der WE IV geändert, so dass der Verweis in Artikel 73^{bis} Absatz 1 IVV auf diesen Artikel angepasst werden muss.

Artikel 73^{bis} Absatz 2 Buchstabe e

Artikel 73^{bis} Absatz 2 Buchstabe e erfährt eine formale Anpassung des Begriffs «Krankenversicherer». Gemeint sind bisher und künftig Krankenversicherer nach dem vormaligen Artikel 11 KVG, wobei der Artikel 11 KVG inhaltlich mit der Einführung des Bundesgesetzes vom 26. September 2014¹⁰¹ betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG) in Artikel 2 und 3 KVAG übertragen wurde. Die in der IVV verwendete Abkürzung «Krankenversicherer nach KVAG» wird in diesem Artikel eingeführt. Diese Änderung betrifft auch die Artikel 88^{ter} und 88^{quater} Absatz 1 IVV.

Artikel 73^{ter} Absatz 1

Seit dem 1. Januar 2021 ist die Frist von 30 Tagen, um Einwände zum Vorbescheid vorzubringen, in Artikel 57a Absatz 3 IVG geregelt. Demzufolge kann Artikel 73^{ter} Absatz 1 IVV aufgehoben werden.

Artikel 74^{ter} Einleitungssatz

(Betrifft nur die italienische Fassung)

In der italienischen Version von Artikel 74^{ter} IVV wird mit dieser Änderung ein Übersetzungsfehler korrigiert, indem der Ausdruck «e corrispondono alla richiesta dell'assicurato» mit «e tutte le richieste dell'assicurato sono accolte» ersetzt wird.

Artikel 78 Absatz 3

Dieser Absatz kann gestrichen werden. Das Bundesgericht hat festgehalten, dass Artikel 78 Absatz 3 versehentlich nicht an Artikel 45 Absatz 1 ATSG angepasst wurde.¹⁰² Absatz 3 muss deshalb aufgehoben werden, da diesbezüglich kein Raum für abweichende Bestimmungen zu Artikel 45 Absatz 1 ATSG besteht.

Artikel 79 Absatz 5

Dieser Absatz wird nur formal so angepasst, dass er auf den neuen Artikel 27^{ter} IVG verweist.

Artikel 79^{ter}

Dieser Artikel entspricht Artikel 59 KVV und wurde an die IV angepasst.

¹⁰¹ SR 832.12

¹⁰² Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_764/2014 vom 21. Juli 2015

Artikel 79^{ter} Absatz 1

Dieser Absatz basiert auf Artikel 59 Absatz 1 KVV.

Für die Überprüfung der Rechnungen und der Wirtschaftlichkeit benötigen die IV-Stellen diese Angaben systematisch. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, detaillierte, nachvollziehbare Rechnungen zu erstellen, die alle nützlichen Informationen enthalten, damit die IV die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistung überprüfen kann. Dasselbe gilt bei SwissDRG-Rechnungen für alle Unterlagen in sämtlichen Datensätzen mit administrativen und medizinischen Angaben.

Ausserdem hat der Leistungserbringer in seiner Rechnung die Diagnosen und Prozeduren kodiert aufzuführen.

«Prozeduren» ist ein allgemeiner medizinischer Fachausdruck. Er bezeichnet die Operationen und Therapien, die aufgrund der Diagnose durchgeführt werden.

Artikel 79^{ter} Absatz 2

Dieser Absatz entspricht Artikel 59 Absatz 2 KVV. Die Leistungserbringer müssen für die von der IV übernommenen Leistungen und die anderen Leistungen getrennte Rechnungen erstellen. So werden zum Beispiel die Kosten für stationäre Massnahmen in einem Spital zu 80 Prozent durch die IV und zu 20 Prozent durch den Wohnkanton der versicherten Person vergütet. Der Wohnkanton entrichtet seinen Anteil direkt dem Spital (vgl. Art. 14^{bis} IVG). Wie in der OKP weist das Spital die auf Kanton und Versicherer entfallenden Anteile je gesondert aus (vgl. Art. 42 Abs. 3 KVG).

Artikel 79^{ter} Absatz 3

Dieser Absatz entspricht Artikel 59 Absatz 3 KVV und wurde an die IV angepasst. Gläubiger der Leistung ist das Laboratorium, das die Analyse durchgeführt hat.

Artikel 79^{ter} Absatz 4

Dieser Absatz entspricht materiell Artikel 59 Absatz 4 KVV. Zwecks besserer Kontrolle der erbrachten Leistungen ist der versicherten Person eine Kopie der Rechnung zuzustellen, damit diese überprüfen kann, dass nur die tatsächlich bezogenen Leistungen in Rechnung gestellt werden. Die versicherte Person kann Abweichungen der zuständigen IV-Stelle melden.

Artikel 79^{quater}

Artikel 79^{quater} Absatz 1

Dieser Absatz entspricht im Wesentlichen Artikel 59a Absatz 1 KVV.

Durch den Verweis auf Artikel 59a Absatz 1 KVV im zweiten Satz ist die Verordnung des EDI vom 20. November 2012 über die Datensätze für die Datenweitergabe zwischen Leistungserbringern und Versicherern¹⁰³ sinngemäss anwendbar. Diese regelt im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG die gleichzeitige Weiterleitung der Rechnung und der Datensätze mit den administrativen und medizinischen Angaben, die für die Prüfung erforderlich sind. Diese Datensätze müssen gesamtschweizerisch einheitlich strukturiert sein. Sie enthalten nur die Variablen, die zur Bestimmung der Fallgruppen und zur Prüfung der Rechnungen notwendig sind.

Artikel 79^{quater} Absatz 2

Dieser Absatz entspricht Artikel 59a Absatz 2 KVV. Die Verordnung vom 30. Juni 1993¹⁰⁴ über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes (Statistikerhebungsverordnung) regelt die Durchführung von statistischen Erhebungen sowie die Bearbeitung erhobener Daten zur Erstellung von Statistiken. Sie legt fest, von wem und wie welche Erhebung durchgeführt wird. Sie gilt für die Voll-, Teil- und Stichprobenerhebungen des Bundes mit und ohne Befragungen sowie für die Auswertungen von administrativen Daten.

¹⁰³ SR 832.102.14

¹⁰⁴ SR 431.012.1

Artikel 79^{quater} Absatz 3

Dieser Absatz entspricht Artikel 59a Absatz 3 1. Satz KVV und wurde an die IV angepasst. Die Leistungserbringer müssen in ihren Rechnungen sämtliche administrativen und medizinischen Angaben machen, die für die Überprüfung der Berechnung der Vergütung und der Wirtschaftlichkeit der Leistungen notwendig sind (Verordnung des EDI vom 20. November 2012 über die Datensätze für die Datenweitergabe zwischen Leistungserbringern und Versicherern).

Artikel 79^{quater} Absatz 4

Die IV-Stelle bestimmt, in welchem Umfang eine Prüfung der Rechnungen benötigt wird. Die IV-Stellen können die Leistungserbringer anhalten in gewissen Fällen eine vertiefte Prüfung vorzunehmen und eine Liste für eine automatische Triage einzuführen. Der IV-Stelle bleibt vorbehalten ihren Erfahrungen entsprechend weitere Kriterien einzupflegen.

Artikel 79^{quinquies}

Die IV übernimmt zur Erhebung, Bearbeitung und Weitergabe der Diagnosen und Prozeduren die gleichen Kriterien und Modalitäten, die in der Krankenversicherung gelten.

Artikel 79^{sexies}

Artikel 79^{sexies} Absatz 1

Dieser Absatz ist gleich aufgebaut wie Artikel 79^{ter} E-IVV.

Zu den administrativen Rechnungsangaben gehören unter anderem Informationen, die es erlauben, die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer und die versicherte Person zu identifizieren sowie Angaben zu Art und Dauer der Massnahme (inkl. Beginn und Ende). Weiter müssen die Tariffziffer, der Tarif der Massnahme, die Anzahl Tarifeinheiten und der Rechnungsbetrag aufgeführt werden.

Artikel 79^{sexies} Absatz 2

Die Verpflichtung, der versicherten Person eine Kopie der Rechnung zuzustellen, gilt auch bei Massnahmen beruflicher Art und Integrationsmassnahmen (vgl. Art. 79^{ter} Abs. 4 E-IVV).

Artikel 80 Absatz 1^{bis}

Artikel 24^{quater} Absatz 1 Satz 2 IVG beauftragt den Bundesrat, die Bedingungen für die Ausrichtung von Taggeldern an Versicherte, die eine EbA absolvieren und keinen Arbeitgeber haben, festzulegen.

Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass Ausbildungszentren und Ausbildungseinrichtungen als Arbeitgeber im Sinne von Artikel 24^{quater} Absatz 1 IVG gelten.

Wenn die versicherte Person einer höheren Berufsausbildung folgt oder eine Hochschule besucht (Art. 22 Abs. 3 IVG), wird ihr das Taggeld direkt ausbezahlt.

Artikel 88^{ter}

Artikel 88^{ter} E-IVV erfährt eine formale Anpassung des Begriffs «Krankenversicherer», der neu in Artikel 73^{bis} Absatz 2 Buchstabe e erstmalig abgekürzt wird. Diese Änderung betrifft auch Artikel 88^{quater} Absatz 1 IVV. Ausserdem wird der Artikel geringfügig sprachlich angepasst.

Bisher hatte die IV-Stelle die Aufgabe, Versicherte von Krankenversicherern nach KVAG den betreffenden Krankenversicherern oder der Verbindungsstelle zu melden, wenn sie Anspruch auf medizinische Massnahmen der IV erhoben. Die genannte Verbindungsstelle gibt es nicht mehr, weshalb der Verweis darauf gestrichen wird. An der Praxis, Versicherte, die medizinische Massnahmen der IV beantragen, ihren Krankenversicherern nach KVAG zu melden, ändert sich indes nichts.

Artikel 88^{quater}

Artikel 88^{quater} erfährt eine formale Anpassung des Begriffs «Krankenversicherer», der neu in Artikel 73^{bis} Absatz 2 Buchstabe e erstmalig abgekürzt wird. Diese Änderung betrifft auch Artikel 88^{ter} IVV.

Sechster Abschnitt a: Das Verhältnis zur Unfallversicherung in Bezug auf Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG

Für die neue UV IV wird ein neuer Abschnitt in der Verordnung geschaffen.

Artikel 88^{sexies}

Versichert sind Personen in Massnahmen der IV, die ein arbeitsvertragsähnliches Verhältnis nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung begründen. Das Kriterium des arbeitsvertragsähnlichen Verhältnisses kann sowohl für Massnahmen auf dem ersten als auch auf dem zweiten Arbeitsmarkt erfüllt sein. Bei der Ausgestaltung der UV IV hat sich der Gesetzgeber an den geltenden Bestimmungen des UVG orientiert. Mit dieser Subsidiaritätsklausel wird dies unterstrichen und die rasche sowie rechtsgleiche Abwicklung der Verfahren ermöglicht.

Artikel 88^{septies}

Artikel 88^{septies} Absatz 1

Der Rechnungsprozess der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) sieht die Meldung einer provisorischen und einer definitiven Lohnsumme vor. Die Zentrale Ausgleichsstelle (ZAS) ist zuständig für die Meldung an die Suva.

Die provisorische Lohnsumme wird auf der Datenbasis der IV pro IV-Stelle geschätzt. Sobald die definitive Lohnsumme bekannt ist, wird diese der Suva gemeldet.

Sowohl die provisorische als auch die definitive Lohnsumme werden nach Artikel 132c Absatz 1 E-UVV bestimmt.

Artikel 88^{septies} Absatz 2

Für den Rechnungsprozess der Suva ist es entscheidend, die Lohnsumme pro einzelne IV-Stelle ausweisen zu können.

Artikel 88^{octies}

Die Akontozahlung (auf der Basis der provisorischen Lohnsumme) und die definitive Prämienrechnung (auf der Basis der definitiven Lohnsumme) werden, anschliessend an die Genehmigung durch das BSV, durch die ZAS vergütet.

Artikel 89^{ter} Absatz 1

Mit der WE IV wird Artikel 27^{bis} IVG neu zu Artikel 27^{quinquies} IVG. Der Verweis in Artikel 89^{ter} Absatz 1 IVV ist somit anzupassen.

Artikel 90

Artikel 90 Absatz 2

Die bisherige Ortskreis-Regelung im letzten Satz der Bestimmung führt zu Ungleichbehandlungen: Wer mehrmals eine Kurzstrecke fährt und die Limite von 10 Franken pro Monat nicht erreicht, erhält die Reisekosten durch die IV nicht vergütet. Andere fahren dagegen für weniger als 10 Franken aus ihrem Ortskreis heraus und erhalten damit die Reisekosten vergütet. Diese unterschiedliche Handhabung der Reisekosten ist kaum zu rechtfertigen. Zudem verursacht die Kontrolle der monatlichen Limite von 10 Franken für Fahrten im Ortskreis bei den IV-Stellen einen unverhältnismässig hohen personellen Aufwand. Mit der Streichung des Ortskreises soll der Kontrollaufwand bei den IV-Stellen reduziert werden.

Artikel 90 Absatz 2^{bis}

Wird ein Personalverleih, ein Einarbeitungszuschuss oder eine Kapitalhilfe gewährt, werden keine Reisekosten vergütet. Damit soll die Gleichstellung aller Personen, mit oder ohne Behinderung, im ersten Arbeitsmarkt gewährleistet werden.

Artikel 91 Absatz 1

Diese ist eine rein formale Anpassung. Das UVG wird bereits in Artikel 20^{quater} Absatz 7 E-IVV abgekürzt, deshalb kann in Artikel 91 direkt die Abkürzung UVG verwendet werden.

Artikel 96^{bis}

In diesem neuen Artikel werden die formalen Mindeststandards an die Vereinbarungen zwischen den IV-Stellen und den kantonalen Behörden sowie die Zuständigkeiten der IV-Stellen und des BSV festgelegt. Dieser Artikel gilt für Artikel 68^{bis} Absätze 1^{bis} (Koordinationsstelle) und für Artikel 68^{bis} Absatz 1^{ter} (Brückenangebote) IVG.

Artikel 96^{bis} Absatz 1

In diesem Absatz werden die Vertragspartner und deren Aufgaben definiert und die Mindeststandards (Leistungen, Zielgruppe, Zuständigkeiten, Reportingvorgaben) an die Vereinbarungen aufgeführt. Ziel dieser Standards ist die Gewährleistung der Rechtsgleichheit. Um kantonalen Gegebenheiten Rechnung zu tragen, liegt die Erstellung und Überprüfung bezüglich Einhaltung der Vereinbarungen in der Verantwortung der IV-Stellen. Sie definieren nicht nur den Inhalt der Vereinbarung, sondern sind auch für deren Einhaltung und Überprüfung gemäss den Vorgaben des BSV verantwortlich.

Artikel 96^{bis} Absatz 2

Der Bundesrat delegiert die Festlegung von Mindestanforderungen an das BSV. Um für die Evaluation eine interkantonale Vergleichbarkeit zu gewährleisten, definiert das BSV in den Weisungen Mindeststandards für das Reporting und die Aktenführung, um seine Evaluations- und Aufsichtspflicht wahrzunehmen, sowie die Details zu den Leistungen und deren Zielgruppen, die in der Vereinbarung zwischen IV-Stelle und kantonaler Instanz zu definieren sind.

Artikel 96^{ter}

In diesem, ebenfalls neuen, Artikel werden die Rahmenbedingungen für die finanziellen Beiträge an die kantonale Koordinationsstelle und deren Leistungen präzisiert.

Artikel 96^{ter} Absatz 1

Der Fokus der gewünschten bzw. benötigten Leistungen der kantonalen Instanz liegt auf der Früherfassung und auf einer engen Zusammenarbeit mit der IV-Stelle. Andere Leistungen seitens kantonalen Koordinationsstelle sind aber möglich. Der Beitrag an die kantonale Koordinationsstelle ist an die von ihr erbrachten Leistungen gekoppelt.

Artikel 96^{ter} Absatz 2

Es ist davon auszugehen, dass ein Kanton mit mehr Jugendlichen eine grössere Anzahl jugendlicher mit Mehrfachschwierigkeiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufweist. Deshalb ist die Anzahl der 13- bis 25-Jährigen der ständigen Wohnbevölkerung eines Kantons die Basis des Verteilschlüssels der Beiträge pro IV-Stelle. Der finanzielle Beitrag an die kantonalen Koordinationsstellen nach Artikel 68^{bis} Absatz 1^{bis} IVG ist längerfristig auszurichten und bedarfsorientiert zu gestalten. Das BSV aktualisiert diesen Verteilschlüssel deshalb nur alle vier Jahre, unter Berücksichtigung der Entwicklung der Anzahl 13–25-Jährigen der ständigen Wohnbevölkerung in diesem Zeitraum.

Artikel 96^{ter} Absatz 3

Basierend auf den vorgesehenen Leistungen können die IV-Stellen im Rahmen des ordentlichen Budgetverfahrens beim BSV einen Beitrag in ihrer Zuteilungskategorie beantragen. Die Kategorien werden auf Basis der Anzahl der im Kanton ansässigen 13- bis 25-Jährigen der

ständigen Wohnbevölkerung berechnet und bewegen sich zwischen 50'000 und 400'000 Franken. Der Verteilschlüssel und die Beitragskategorien sind der Tabelle in Kap. 3.1 des vorliegenden Berichts zu entnehmen. Für den beantragten Betrag müssen zwei Bedingungen erfüllt sein: Der maximale Beitrag an die IV-Stelle ergibt sich aus der Verteilung in der Tabelle und richtet sich nach den tatsächlichen Ausgaben des Kantons. Er darf höchstens einen Drittel der kantonalen Ausgaben betragen.

Artikel 96^{quater}

Dieser neue Artikel enthält minimale Eckwerte für die von der IV mitfinanzierten, kantonalen Vorbereitungsmaßnahmen, unter Berücksichtigung des BBG und der Ausgestaltung der anderen vorbereitenden Massnahmen für Jugendliche im IVG (vgl. Abbildung in Kap. 3.1).

Artikel 96^{quater} Absatz 1

In diesem Absatz wird mit dem Verweis auf Artikel 12 BBG dem Sachverhalt Rechnung getragen, dass für die kantonalen Vorbereitungsangebote die Vorgaben des BBG gelten. Allerdings müssen die kantonalen Vorbereitungsmaßnahmen nach dem neuen Artikel 68^{bis} Absatz 1^{ter} IVG eine auf die versicherte Person der IV ausgerichtete Zusatzleistung aufweisen, die in den regulären Brückenangeboten nicht enthalten ist, um die Mitfinanzierung der IV zu legitimieren.

Artikel 96^{quater} Absatz 2

Die IV finanziert höchstens einen Drittel der Kosten eines Platzes in einer kantonalen Vorbereitungsmaßnahme nach Artikel 68^{bis} Absatz 1^{ter} IVG. Die Mitfinanzierung ist folglich subjektorientiert und das Angebot im Rahmen dieser finanziellen Unterstützung der IV bedarfsgerecht auf die Situation der versicherten Person auszurichten. Aufgrund der Subjektfinanzierung wird – im Unterschied zu den kantonalen Koordinationsstellen nach Artikel 68^{bis} Absatz 1^{bis} IVG – bei der Mitfinanzierung der Brückenangebote auf die Festlegung eines Höchstbeitrags und die Präzisierung möglicher Zusatzleistungen verzichtet.

Artikel 96^{quater} Absatz 3

Da die IV die kantonalen Angebote nur mitfinanziert, gelten bezüglich der schulischen Ausgestaltung, der Dauer des Angebots und des Alters der Zielgruppe die Rahmenbedingungen der Berufsbildung nach BBG. Es werden schulische Lücken gefüllt, der Besuch ist erst nach Vollendung der obligatorischen Schulpflicht möglich und die Massnahme ist auf ein Jahr begrenzt.

Artikel 98^{bis}

Aus dem gesetzgeberischen Willen lässt sich schliessen, dass die neue Haftungsregelung in Artikel 68^{quinquies} IVG nur für Massnahmen im ersten Arbeitsmarkt und ohne Arbeits- oder Lehrvertrag gilt. In den anderen Fällen sind Haftungsfragen durch das Arbeitsrecht nach dem Obligationenrecht bzw. durch die Betriebshaftpflichtversicherung des Betriebes geregelt.

Bei Durchführung einer Massnahme im zweiten Arbeitsmarkt (im Sinne einer Anstalt oder Werkstätte nach Art. 27 Abs. 1 IVG) ist Artikel 68^{quinquies} IVG nicht anwendbar, unabhängig davon, ob die Massnahme ausschliesslich im zweiten Arbeitsmarkt oder teils auch in einem Betrieb des ersten Arbeitsmarktes durchgeführt wird.

In den beiden letztgenannten Konstellationen sind die Haftungskosten bei Schädigung eines Dritten über die Betriebshaftpflicht gedeckt. Dieses Risiko wird von der IV über den Tarif für die Massnahme abgegolten. Mit dem Ausschluss der Anstalten und Werkstätten von Artikel 68^{quinquies} IVG soll verhindert werden, dass die IV doppelt für die Haftungskosten aufzukommen hat.

Artikel 98^{ter}

Artikel 98^{ter} Absatz 1

Die Zuständigkeit für den Abschluss von Zusammenarbeitsvereinbarungen liegt beim EDI (Art. 68^{sexies} Abs. 1 zweiter Satz IVG). Diese Zuständigkeit kann nicht ans BSV delegiert werden. Das BSV kann hingegen mit administrativen und operativen Aufgaben betraut werden,

beispielsweise mit der Begleitung von Ergebnisanalysen, der Kommunikation, der Administration von Finanzhilfen und der Überwachung deren zweckmässigen Verwendung.

Artikel 98^{ter} Absatz 2

Mit Organisationen, die nur in einem einzigen Kanton tätig sind oder nicht eine ganze Sprachregion abdecken, dürfen keine Zusammenarbeitsvereinbarungen abgeschlossen werden.

Artikel 98^{ter} Absatz 3

Die Anträge sind an das BSV zu richten. Das BSV stellt den Organisationen ein Formular zur Verfügung und legt fest, welche Angaben im Antrag erforderlich sind.

Artikel 98^{ter} Absatz 4

Beim Abschluss einer Zusammenarbeitsvereinbarung im Rahmen von Art. 68^{sexies} IVG ist wie bei Pilotversuchen (Art. 68^{quater} Abs. 1 IVG), wissenschaftlichen Auswertungen (Art. 96 Abs. 1 IVV) und Programmen für die Information über die Leistungen der IV (Art. 97 Abs. 1 IVV) vorgängig die AHV/IV-Kommission anzuhören.

Artikel 98^{quater}

Artikel 98^{quater} Absatz 1

Absatz 1 definiert die Mindestkriterien, die in jeder Zusammenarbeitsvereinbarung geregelt sein müssen. Je nach Inhalt der Zusammenarbeitsvereinbarung können weitere Bestimmungen notwendig sein.

Artikel 98^{quater} Absatz 2

Diese Kriterien erlauben die Zusammenarbeitsvereinbarungen im Rahmen von Art. 68^{sexies} IVG von den Pilotversuchen nach Artikel 68^{quater} IVG abzugrenzen.

Artikel 98^{quater} Absatz 3

Zusammenarbeitsvereinbarungen können eine finanzielle Beteiligung der IV vorsehen. Gegebenenfalls ist das dritte Kapitel SuG anwendbar (vgl. Art. 2 Abs. 2 SuG).

Die finanzielle Beteiligung der IV ist mit den anderen Finanzhilfen nach IVG oder anderen Bundesgesetzen zu koordinieren, namentlich dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002¹⁰⁵ über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen (BehiG), dem AVIG, dem BBG und dem Bundesgesetz vom 16. Dezember 2005¹⁰⁶ über die Ausländerinnen und Ausländer und über die Integration (AIG).

Die finanzielle Beteiligung erfolgt über den IV-Ausgleichsfonds und wird von der ZAS direkt an die jeweilige Organisation ausbezahlt. Die Organisation kann die in der Zusammenarbeitsvereinbarung vorgesehenen Massnahmen selber durchführen oder mit vertraglich Dritte beauftragen. Solche Dritte können Mitglieder der jeweiligen Organisation, andere gemeinnützige Organisationen oder, falls wirtschaftlich oder fachlich notwendig, private Leistungserbringer sein.

Übergangsbestimmung zur Änderung vom (Beschlussdatum der neuen IVV)

a. Taggelder

Wie in der Botschaft WE IV¹⁰⁷ erwähnt, ist das neue System für alle EbA, die nach dem Inkrafttreten der neuen Regelung beginnen, anwendbar. Massgebend ist einzig der tatsächliche Beginn der EbA (erster Ausbildungstag).

b. Bemessung des Invaliditätsgrades

Auswirkungen der Übergangsbestimmungen IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020

¹⁰⁵ SR 151.3

¹⁰⁶ SR 142.20

¹⁰⁷ BBl 2017 2706

Laufende Leistungen sind grundsätzlich an nachträgliche Veränderungen der Rechtslage anzupassen, sofern der Gesetzgeber keine anderslautenden Übergangsbestimmungen getroffen hat.¹⁰⁸ Da dies mit den Übergangsbestimmungen IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 erfolgt ist, gelten die neuen Verordnungsbestimmungen zur Invaliditätsbemessung zunächst nur für neue Rentenfälle. Für laufenden Rentenleistungen werden die neuen Verordnungsbestimmungen erst dann anwendbar, wenn die Voraussetzungen gemäss den Übergangsbestimmungen IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 erfüllt sind. Diese unterscheiden dabei zwei Gruppen nach dem Alter im Zeitpunkt des Inkrafttretens der WE IV:

Für Rentenbezügerinnen und -bezüger, welche beim Inkrafttreten der WE IV das 55. Altersjahr vollendet haben, gilt weiterhin das bisherige Recht (Übergangsbestimmung IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 Bst. c). Dies bedeutet einerseits, dass diese Personen bis zu ihrem Auscheiden aus der Invalidenversicherung im alten Rentensystem mit den Viertelsrentenstufen verbleiben, und andererseits, dass auch die materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar bleiben, die bis zum Inkrafttreten der Weiterentwicklung IV gültig waren. Dies betrifft insbesondere die Bestimmungen zur Invaliditätsbemessung und auch die Voraussetzungen für eine Revision der Leistung (Art. 17 Abs. 1 aATSG, in der Fassung gültig bis zum Inkrafttreten der WE IV).

Rentenbezügerinnen und -bezüger, welche beim Inkrafttreten der Weiterentwicklung IV das 55. Altersjahr noch nicht vollendet haben, behalten ihren bisherigen Rentenanspruch solange, bis sich der Invaliditätsgrad nach Artikel 17 Absatz 1 ATSG ändert (Übergangsbestimmung IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020 Bst. b Abs. 1). Dies bedeutet, dass die neuen Bestimmungen zum stufenlosen Rentensystem und insbesondere auch die damit zusammenhängenden neuen Regelungen zur Invaliditätsbemessung immer erst dann zur Anwendung gebracht werden können, wenn eine Veränderung des massgeblichen Sachverhaltes nach Artikel 17 Absatz 1 ATSG vorliegt. Vorbehalten bleiben dabei die Fälle nach Buchstabe b Absatz 2 der Übergangsbestimmung IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020.

Situation der Geburts- und Frühinvaliden

Mit den vorliegenden Änderungen werden die Vorschriften zur Festlegung des Einkommens ohne Invalidität für die Geburts- und Frühinvaliden an die allgemeinen Grundsätze für alle Versicherten angepasst (vgl. dazu Art. 26 Abs. 6 E-IVV).

Die Altersstufen des bisherigen Artikels 26 Absatz 1 IVV bei versicherten Personen vor dem Erreichen des 30. Altersjahres fallen neu weg, da nach den allgemeinen Grundsätzen altersunabhängige statistische Werte zu verwenden sind (vgl. Art. 25 Abs. 3 E-IVV). Betroffen sind zum einen diejenigen Personen, die trotz aller Bemühungen der IV keine Berufsausbildung abschliessen konnten. Bei ihnen wird neu mit dem Medianwert ohne Altersabstufung gerechnet. Zum anderen betrifft es auch versicherte Personen mit einer beruflichen Ausbildung, bei denen das Einkommen ohne Invalidität teilweise trotzdem nach dem bisherigen Artikel 26 Absatz 1 IVV berechnet wurde. Bei ihnen wird neu das statistische Einkommen für diesen Berufsabschluss angerechnet (ebenfalls ohne Altersabstufung). Durch den Wegfall der Altersstufen wird diesen Versicherten mit der neuen Berechnung in der Regel ein gleich hohes oder sogar höheres Einkommen ohne Invalidität angerechnet werden.

Um die bisherigen Rentenbeziehenden, die das 30. Altersjahr noch nicht vollendet haben, nicht schlechter zu stellen, ist der Rentenanspruch dieser Personen innerhalb eines Jahres zu revidieren. Andernfalls würde ihr Rentenanspruch beim Ausbleiben der Revisionsvoraussetzungen nach Artikel 17 Absatz 1 ATSG selbst dann noch auf einem gekürzten Einkommen ohne Invalidität basieren, wenn sie das 30. Altersjahr vollendet hätten. Da es um die Anrechnung eines höheren Einkommens ohne Invalidität und damit um einen höheren Rentenanspruch geht, sind nur diejenigen Fälle betroffen, in denen die versicherten Personen nicht bereits eine ganze Rente beziehen.

Eine allfällige Erhöhung des Rentenanspruchs erfolgt für alle Fälle gleich, nämlich auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderungen.

¹⁰⁸ Vgl. BGE 135 V 201 E. 6.1.1.

c. Rentensystem

Nach den Übergangsbestimmungen Buchstabe b der Änderung des IVG im Rahmen der WE IV bleibt für Rentenbezügerinnen und -bezüger, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr noch nicht vollendet haben, der bisherige Rentenanspruch solange bestehen, bis sich der Invaliditätsgrad nach Artikel 17 Absatz 1 ATSG ändert. Nach Buchstabe c der genannten Übergangsbestimmungen der Änderung des IVG gilt für Rentenbezügerinnen und -bezüger, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr vollendet haben, das bisherige Recht.

Sind beide Ehegatten rentenberechtigt, so gilt für die Berechnung der beiden Renten das Plafonierungssystem von Artikel 35 AHVG sinngemäss. Nach Artikel 32 Absatz 2 IVV richtet sich die Kürzung der beiden Renten auf gesamthaft 150 Prozent nach dem Anspruch desjenigen Ehegatten, der den höheren Invaliditätsgrad aufweist.

Mit den im Rahmen der WE IV formulierten Übergangsbestimmungen kann es vorkommen, dass derjenige Ehegatte, der den höheren Invaliditätsgrad aufweist, die prozentual tiefere Rente bezieht. In Anwendung von Artikel 32 Absatz 2 IVV würde das dazu führen, dass zur Bestimmung der Plafonierungsgrösse auf die Rente mit dem tieferen prozentualen Anteil einer ganzen Rente abgestellt wird. Dieses Ergebnis entspricht nicht dem Zweck von Artikel 32 Absatz 2 IVV.

Mit der Änderung wird sichergestellt, dass bei der Rentenplafonierung von Personen, die in den Anwendungsbereich der im Rahmen der WE IV formulierten Übergangsbestimmungen kommen, auf die höhere Maximalrente der beiden Renten des Ehepaars abgestellt wird.

d. Revision der Höhe Assistenzbeitrag für den Nachtdienst

Die neue Pauschale für den Nachtdienst erlaubt, die Empfehlungen des SECO für Hausangestellte einzuhalten, und führt daher automatisch zu höheren Leistungen bei gleichbleibendem Anspruch. Aus diesem Grund sind alle Verfügungen, in denen ein Hilfebedarf in der Nacht anerkannt wurde, einer Revision zu unterziehen. In Revision gezogen wird grundsätzlich nur die Vergütung des Nachtbedarfs und keine anderen Elemente. Dasselbe gilt für Ansprüche nach Artikel 43^{ter} AHVG. In diesem Fall kann der Betrag des revidierten Assistenzbeitrags über den Besitzstandbetrag liegen. Die IV-Stellen haben eine neue Verfügung, gültig ab Inkrafttreten der neuen Regelung, zu erlassen.

e. Bestehende Vereinbarungen zur Vergütung von Arzneimitteln durch die Invalidenversicherung

Mangels einer IV-Arzneimittelliste hat das BSV in den vergangenen Jahren bei einer kleinen Anzahl von Arzneimitteln eine WZW-Prüfung durchgeführt. Teilweise wurde ein Preis festgesetzt. Diese Arzneimittel wurden bis anhin auf der Basis einer Vereinbarung zwischen dem BSV und der Zulassungsinhaberin ins KSME aufgenommen.

Ein Teil dieser Arzneimittel wurde in die Geburtsgebrechen-Medikamentenliste (GGML) aufgenommen, weshalb für diese Arzneimittel die Bestimmung in den Übergangsbestimmungen zur Änderung der KVV im Rahmen dieser Änderung der Ausführungsbestimmungen zur WE IV für die Überführung der Arzneimittel von der GGML in die GG-SL oder die SL gilt.

Für diejenigen Arzneimittel, die im KSME aufgeführt sind, ohne dass sie in die GGML aufgenommen worden sind, wird festgehalten, dass die Vereinbarung zwischen BSV und der Zulassungsinhaberin weiterhin Anwendung findet, bis das entsprechende Arzneimittel in die GG-SL oder die SL aufgenommen worden ist resp. bis die Befristung der Vereinbarung ausläuft. Die Streichung dieser Arzneimittel im KSME ist vorgesehen, sobald die Aufnahme in die GG-SL oder die SL erfolgt ist. Aufgrund des neuen Artikels 14^{ter} Absatz 5 IVG besteht grundsätzlich kein Raum mehr für eine Kostenübernahme aufgrund einer Aufnahme in ein Kreisschreiben. Die bestehenden Vereinbarungen mit den Zulassungsinhaberinnen behalten aber vorerst ihre Gültigkeit. Die Kostenübernahme kann weiterhin in analoger Anwendung von Artikel 71b KVV erfolgen.

In der Liste D des Anhangs 2 KSME sind auch einige Arzneimittel aufgeführt, die keine Zulassung in der Schweiz haben oder für die Behandlung des Geburtsgebrechens, bei dem sie eingesetzt werden, nicht zugelassen sind. Im Rahmen der Erarbeitung der vorliegenden Vernehmlassungsvorlage hat sich herausgestellt, dass für diese bisherige Listung keine Rechtsgrundlage besteht und eine Aufnahme dieser Arzneimittel in die GG-SL oder die SL ohne entsprechende Zulassung in der Schweiz nicht möglich ist. Die an den betroffenen Arzneimitteln berechtigten Personen (z.B. ausländische Zulassungsinhaberinnen) sind darüber in Kenntnis zu setzen, dass die Nennung dieser Arzneimittel im KSME zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung gestrichen wird und ab diesem Zeitpunkt Artikel 71a ff. KVV analog zur Anwendung gelangen.

4.2 Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen

Die GgV wird aufgehoben und neu als Departementsverordnung ausgestaltet (vgl. separate Vorlage: GgV-EDI und Erläuterungen zur GgV-EDI). Der Regelungsinhalt der GgV wird grösstenteils ins IVG und die IVV überführt.

Die Definition von Geburtsgebrechen in Artikel 1 Absatz 1 GgV, die von der IV anerkannt werden, findet sich neu im IVG und der IVV. Beginn und Umfang des Anspruches werden neu detailliert in der IVV geregelt.

Auf Ausführungsbestimmungen zu Artikel 14 Absatz 2 IVG wird verzichtet, da die Konkretisierung der WZW-Kriterien sehr umfangreich und technisch ist. Deshalb soll diese Konkretisierung auf Stufe des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen vorgenommen werden. Um die Kohärenz zwischen der OKP und der IV herzustellen, soll das Arbeitspapier «Operationalisierung der Begriffe Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit» des BAG¹⁰⁹ in Analogie auch in der IV Anwendung finden. Auch auf die Erwähnung des letzten Satzes von Artikel 14 Absatz 2 des IVG bezüglich seltene Krankheiten gemäss Beschluss des Parlamentes kann verzichtet werden, weil aus den Beratungen des Parlamentes hervorgeht, dass dieser einen rein deklaratorischen Charakter hat.

4.3 Verordnung vom 11. September 2002 über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

Artikel 5 Absatz 2 Buchstabe c

Diese ist eine rein formale Anpassung. Das EDI wird erstmalig in der ATSV in Artikel 5 Absatz 2 Buchstabe c ATSV erwähnt. Weil das EDI aufgrund der weiteren Änderungen nun mehrfach in der ATSV genannt ist, wird die Abkürzung hier eingeführt.

Artikel 7j

In Artikel 44 ATSG ist das Verfahren über die Vergabe im Zusammenhang mit Gutachtensaufträgen geregelt. Es ist vorgesehen, dass der Versicherungsträger allfällige Ausstandsgründe der versicherten Person gegen die beauftragte Sachverständige oder den beauftragten Sachverständigen zu prüfen hat. Diese Verordnungsbestimmung regelt die Einzelheiten des Einigungsverfahrens in Fällen, in denen kein Ausstandsgrund vorliegt.

Artikel 7j Absatz 1

Im Rahmen einer freihändigen Vergabe eines Auftrages für eine medizinische Begutachtung bestimmt der Versicherungsträger die entsprechend notwendigen Sachverständigen. Gegen diese Sachverständigen kann die versicherte Person Ausstandsgründe geltend machen und die Sachverständigen ablehnen. Nach Artikel 44 Absatz 2 ATSG steht der versicherten Person das Recht zu, ihrerseits Gegenvorschläge zu machen. Der Versicherungsträger hat in diesem

¹⁰⁹ Kann abgerufen werden unter: www.bag.admin.ch > Versicherungen > Krankenversicherung > Bezeichnung der Leistungen > Antragsprozesse > Antragsprozesse Allgemeine Leistungen > Dokumente

Fall die Ausstandsgründe zu prüfen. Liegt ein Ausstandsgrund vor, hat der Versicherungsträger unter Berücksichtigung der Gegenvorschläge der versicherten Person einen neuen Sachverständigen festzulegen. Liegt kein Ausstandsgrund vor, ist im Hinblick auf eine einvernehmliche Bestimmung der Sachverständigen, wenn immer möglich, eine Einigung zwischen dem Versicherungsträger und der versicherten Person anzustreben. Diese hat im Rahmen eines Einigungsversuches stattzufinden. Die Möglichkeit eines Einigungsversuches hebt jedoch nicht die Zuständigkeit des Versicherungsträgers auf, die sachverständige Person zu bestimmen. Die heutige Rechtsprechung, wonach kein Recht der versicherten Person auf eine Sachverständige oder einen Sachverständigen ihrer Wahl besteht, gilt weiterhin.¹¹⁰

Einigen sich der Versicherungsträger und die versicherte Person auf eine neue Sachverständige oder einen neuen Sachverständigen, so ist das Verfahren abgeschlossen.¹¹¹ Hält der Versicherungsträger dagegen an den vorgesehenen Sachverständigen fest, so hat er nach Artikel 44 Absatz 4 ATSG eine Zwischenverfügung zu erlassen.

Das aufgezeigte Verfahren wird in Kombination mit den anderen im Gesetz vorgesehenen Massnahmen (z. B. die Liste der Sachverständigen und die Mindestanforderungen, die Sachverständige zur Gutachtenerstellung erfüllen müssen) eine transparentere und klarere Bestimmung der Sachverständigen ermöglichen. Diese Lösung entspricht der Empfehlung des Berichts «Evaluation der medizinischen Begutachtung in der Invalidenversicherung» vom 10. August 2020, die Vergabe von Gutachten, die direkt durch den Versicherer erfolgt, zu optimieren und transparenter zu gestalten, und macht das als Beispiel verwendete französische Modell überflüssig.

Artikel 7j Absatz 2

Der Einigungsversuch kann mündlich im Rahmen eines Gespräches stattfinden und ist entsprechend zu protokollieren. Der Einigungsversuch, mündlich oder schriftlich, ist gemäss Artikel 46 ATSG in den Akten zu dokumentieren.

Artikel 7j Absatz 3

Die Auftragsvergabe nach dem Zufallsprinzip neutralisiert generelle, aus den Rahmenbedingungen des Gutachterwesens fließende Abhängigkeits- und Befangenheitsbefürchtungen.¹¹² Damit kann den Versicherungsträgern nicht mehr eine ergebnisorientierte Auswahl der Sachverständigen vorgeworfen werden. Nicht einzelfallbezogene Bedenken werden gegenstandslos, jedoch müssen sich die Beteiligten auch nach Einführung des Zufallsprinzips mit Einwendungen auseinandersetzen, die sich aus dem konkreten Einzelfall ergeben. Die versicherte Person kann also nach wie vor die Sachverständigen aus Gründen nach Artikel 36 Absatz 1 ATSG ablehnen. Der Versicherungsträger hat in diesem Fall zwar die Ausstandsgründe zu prüfen, ein Einigungsversuch ist jedoch nicht notwendig,¹¹³ weil sonst eine ergebnisorientierte Auswahl der Sachverständigen etabliert würde. Dies soll das Zufallsprinzip gerade verhindern.¹¹⁴

Artikel 7k

Um mehr Transparenz in der Begutachtung herzustellen, werden die Interviews zwischen den Sachverständigen und der versicherten Person neu mittels Tonaufnahme erfasst und zu den Akten genommen (Art. 44 Abs. 6 ATSG).

Artikel 7k Absatz 1

Der Begriff «Interview» wird im Gesetz verwendet (Art. 44 Abs. 6 ATSG), ist aber nicht definiert. Dieser ist daher in der Verordnung zu präzisieren. Unter Interview wird die Anamneseerhebung und die Beschwerdeschilderung durch die versicherte Person verstanden. Die persönlichen Schilderungen und Aussagen der versicherten Person stehen im Vordergrund. Die

¹¹⁰ Vgl. BGE 132 V 93 E. 6.5

¹¹¹ BBI 2017 2683

¹¹² Vgl. BGE 137 V 210 E. 2.4 237

¹¹³ Vgl. BBI 2017 2683

¹¹⁴ Vgl. BGE 139 V 349 E. 5.2.1 354

Tonaufnahme soll dabei sicherstellen, dass die Aussagen der versicherten Person korrekt erfasst und im Bericht vom Sachverständigen entsprechend wiedergegeben werden. Der testpsychologische Begutachtungsteil bei psychiatrischen, neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen darf nicht aufgezeichnet werden.

Artikel 7k Absatz 2

Der Versicherungsträger hat die versicherte Person mit der Ankündigung der Begutachtung über die Freiwilligkeit und den Zweck der Tonaufnahme zu informieren.

Artikel 7k Absatz 3

Im Interview anlässlich einer Begutachtung kommen nicht selten sehr persönliche Vorkommnisse, Erlebnisse und Gegebenheiten einer versicherten Person zur Sprache. Es ist deshalb denkbar, dass eine versicherte Person zwar damit einverstanden ist, dass diese persönlichen Erlebnisse und Aussagen von der oder dem Sachverständigen im Gutachten gewürdigt werden, jedoch nicht möchte, dass die persönlichen Ausführungen im Wortlaut zu den Akten genommen werden. Deshalb sieht Artikel 44 Absatz 6 ATSG vor, dass die versicherte Person die Aufnahme ablehnen kann.

Wenn die versicherte Person auf die Tonaufnahme des Interviews verzichten möchte, so hat sie dies gegenüber dem Versicherungsträger schriftlich zu bestätigen. Der Verzicht darf nur gegenüber dem Durchführungsorgan erklärt werden. Dadurch wird verhindert, dass sich die versicherte Person in ihrer Wahl durch die oder den Sachverständigen beeinflusst fühlt. Auch sollte das Vertrauensverhältnis zwischen der versicherten Person und der oder dem Sachverständigen vor dem Interview nicht durch das Thematisieren eines Verzichts belastet werden.

Das Durchführungsorgan wird zu diesem Zweck mit der Ankündigung der Begutachtung ein entsprechendes standardisiertes Formular mitschicken, das die versicherte Person diesem ausgefüllt retourniert. Das Durchführungsorgan nimmt die Verzichtserklärung zu den Akten und schickt eine Kopie an die oder den Sachverständigen.

Entscheidet sich die versicherte Person erst nach der Untersuchung gegen die Tonaufnahme, muss sie den Antrag auf Vernichtung der Tonaufnahme innerhalb von zehn Tagen nach dem Interview dem Durchführungsorgan anzeigen. In der Regel ist das Gutachten zu diesem Zeitpunkt noch nicht fertiggestellt, womit der Sachverständige nur das schriftliche Gutachten an das Durchführungsorgan schicken wird. Bei bi- oder polydisziplinären Gutachten werden nur diejenigen Tonaufnahmen der Interviews weitergeschickt, auf die die versicherte Person nicht verzichtet und deren Vernichtung sie nicht beantragt hat. Damit werden nur diese Tonaufnahmen in die Akten aufgenommen (vgl. Art. 44 Abs. 6 ATSG). Hat die versicherte Person auf die Tonaufnahme aller Untersuchungen verzichtet oder nachträglich die Vernichtung aller Tonaufnahmen erwirkt, so kommt nur das schriftliche Gutachten zu den Akten. Falls der Verzicht oder der nachträgliche Antrag auf Vernichtung der Tonaufnahme im Rahmen eines bi- oder polydisziplinären Gutachtens erfolgt, muss aus der Erklärung klar hervorgehen, bei welchen Sachverständigen die versicherte Person auf die Tonaufnahme verzichtet hat oder bei welchen Sachverständigen die versicherte Person die Vernichtung der Tonaufnahme erwirken will.

Entscheidet sich die versicherte Person vor dem Interview, auf die Tonaufnahme zu verzichten und sendet die Verzichtserklärung rechtzeitig an den Versicherer, wird das Gespräch nicht aufgezeichnet. Entscheidet sich die versicherte Person erst nach dem Gespräch, dass sie die Tonaufnahme nicht als Bestandteil des Gutachtens will, muss die Tonaufnahme gelöscht werden.

Artikel 7k Absatz 4

Es ist wichtig, dass es die versicherte Person jederzeit in der Hand hat zu entscheiden, ob das Gespräch mit den Sachverständigen als Tonaufnahme dokumentiert wird oder nicht. Aus diesem Grund kann die versicherte Person im Vorfeld auf die Tonaufnahme verzichten oder auch noch kurz nach der Begutachtung deren Vernichtung beantragen. Darüber hinaus soll ein gegenüber dem Durchführungsorgan geäußelter Verzicht widerrufen werden können. Da in den Fällen, in denen die Person vor dem Interview auf die Tonaufnahme verzichtet, das Interview

nicht aufgezeichnet wird, ist ein Widerruf des Verzichts nur vor der Untersuchung möglich. Der Widerruf kann auch mündlich ausgesprochen werden.

Artikel 7k Absatz 5

In technischer Hinsicht ist sicherzustellen, dass die Tonaufnahme in einem Format aufgezeichnet wird, das zum einen die Datensicherheit gewährleistet und zum anderen keine technisch und administrativ allzu hohen Anforderungen stellt, um die Aufwände der Sachverständigen möglichst gering zu halten. Die Versicherungsträger verfügen in diesem Bereich bereits über entsprechende Erfahrungen im Umgang mit Bildaufnahmen bei Observationen. Es wird Sache der Versicherungsträger sein, die konkreten technischen Vorgaben im Rahmen des Auftrags mit der oder dem Sachverständigen zu regeln und sich zu einigen. Es obliegt den Aufsichtsbehörden über die Versicherungsträger, Weisungen im Hinblick auf ein einheitliches Format, die Datensicherheit und die Art der Übermittlung der Daten zu erlassen.

Die oder der Sachverständige hat sicherzustellen, dass das Interview vollständig und technisch korrekt aufgenommen wird.

Artikel 7k Absatz 6

Die Tonaufnahme soll sicherstellen, dass das gesamte Interview korrekt und in seiner vollen Länge aufgenommen worden ist. Zu diesem Zweck sollen sowohl die versicherte Person wie auch die oder der Sachverständige unter Angabe der genauen Uhrzeit den Beginn und den Abschluss des Interviews bzw. die eventuellen Unterbrechungen bestätigen.

Sofern eine Dolmetscherin oder ein Dolmetscher für das Führen eines Interviews notwendig ist, sind natürlich auch deren Ausführungen aufzunehmen.

Artikel 7k Absatz 7

Gemäss Absatz 5 haben Tonaufnahmen unter Einhaltung der einheitlichen, einfachen technischen Vorgaben des Versicherungsträgers zu erfolgen. Bei der Weitergabe der Aufnahmen muss die Datensicherheit gewährleistet sein. In der Praxis können die Aufnahmen auf einem per Einschreiben versandten Datenträger gespeichert oder direkt über eine genehmigte Plattform für den sicheren Austausch elektronischer Daten (z. B. Incamail) übermittelt werden.

Im Rahmen der Gesetzesänderung über die Observationen in den Sozialversicherungen hat der Bundesrat auf den 1. Oktober 2019 neue Regelungen betreffend Aktenaufbewahrung (Art. 8a ATSV) erlassen. Diese Regelungen stellen sowohl die Datensicherheit wie auch den Datenschutz der sensiblen Daten in den Dossiers der verschiedenen Versicherungszweige der Sozialversicherungen sicher und wurden entsprechend auch für die Aufbewahrung von elektronischen Daten vorgesehen. Diese gelten selbstverständlich auch für die Aufbewahrung der Tonaufnahmen.

Die oder der Sachverständige bzw. die Gutachterstelle leitet nur jene Gespräche an den Versicherer weiter, deren Aufnahme die versicherte Person nicht abgelehnt hat.

Artikel 7k Absatz 8

Stellt die versicherte Person fest, dass technische Mängel der Tonaufnahme eine Überprüfung des Gutachtens unmöglich machen, hat sich an das Durchführungsorgan zu wenden. Das Durchführungsorgan und die versicherte Person müssen versuchen, eine einvernehmliche Lösung über das weitere Vorgehen zu finden. Wenn sie keine Einigung erzielen können, hat das Durchführungsorgan eine Zwischenverfügung zu erlassen, somit kommen die üblichen Regeln für die Beurteilung der Beweiskraft von Gutachten zur Anwendung. Da nicht alle auftretenden Konstellationen vorhersehbar sind, wurde auf eine Auflistung der Folgen einer möglichen technisch fehlerhaften Tonaufnahme verzichtet und das einvernehmliche Vorgehen zwischen den Parteien bevorzugt.

Artikel 7l

Artikel 7l Absatz 1

Damit die erhöhte Sorgfaltspflicht im Umgang mit diesen besonders schützenswerten Daten eingehalten wird, sollen die Tonaufnahmen nur im Rahmen des betroffenen Verwaltungsverfahrens, im Einspracheverfahren nach Artikel 52 ATSG, im Vorbescheidverfahren nach Artikel 57a IVG, der Revision und der Wiedererwägung nach Artikel 53 ATSG, im kantonalen Beschwerdeverfahren nach den Artikeln 56 ff. ATSG und im Verfahren vor Bundesgericht nach 62 ATSG abgehört werden dürfen. So ist sichergestellt, dass die Tonaufnahme nur im Streitfall abgehört werden kann und zwar nur von der versicherten Person selbst, dem Versicherungsträger, der das Gutachten in Auftrag gegeben hat, und von den Gerichten (kantonale Sozialversicherungsgerichte, Bundesverwaltungsgericht, Bundesgericht), die im Beschwerdeverfahren zuständig sind. Zum Beispiel beschwerdelegitimierte Dritte sollen die Tonaufnahme nicht anhören dürfen. Im Falle eines Akteneinsichtsgesuches darf die Tonaufnahme nicht mitgeschickt werden, auch wenn ein anderer Versicherungsträger die Akten verlangt. Eine weitere Verwertung, insbesondere eine Auswertung der Tonaufnahme ist unzulässig. Bleibt das Gutachten unbestritten, so bleiben auch die Tonaufnahmen unbenutzt und damit auch geschützt vor der Anhörung durch Dritte.

Artikel 7l Absatz 2

Wenn die Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung im Rahmen ihrer Arbeit Gutachten auf ihre Qualität überprüft (Art. 7p Abs. 2-4 E-ATSV), soll sie auch die Möglichkeit haben, die entsprechenden Interviews anzuhören, damit sie sich ein ganzheitliches Bild von der Arbeit der Sachverständigen machen kann.

Artikel 7l Absatz 3

Gestützt auf den vorliegenden Absatz dürfen die Versicherer die Tonaufnahmen mit der Zustimmung der versicherten Person vernichten, sobald das Verfahren, in dessen Rahmen das Gutachten erstellt wurde, definitiv abgeschlossen ist. Die Tonaufnahme dient dazu zu prüfen, ob das Gutachten vollständig ist und ob die Aussagen der versicherten Person korrekt verwendet worden sind. Ist der Entscheid basierend auf dem entsprechenden Gutachten einmal rechtskräftig, ist es nicht mehr notwendig, die Tonaufnahme weiterhin in den Akten aufzubewahren. Die Tonaufnahme kann im Einvernehmen mit der versicherten Person gelöscht werden. Mit der Vernichtung kann verhindert werden, dass die Versicherungsträger diese heiklen Daten länger als notwendig aufbewahren müssen. Denn die Aufbewahrung von Tonaufnahmen erfordert viel Speicherplatz und ist mit erheblichen Kosten verbunden.

Artikel 7m

Aktuell bestehen keine bundesrechtlichen Anforderungen an die beruflichen Qualifikationen, die medizinische Sachverständige erfüllen müssen, wenn sie im Auftrag einer Sozialversicherung ein medizinisches Gutachten erstellen wollen. Jeder Versicherungsträger entscheidet selbst, welche fachlichen Qualifikationen und Anforderungen Sachverständige mitbringen müssen. Mit Artikel 44 Absatz 7 ATSG wurde nun die Grundlage zum Erlass einheitlicher Regelungen geschaffen. Die Kriterien in Artikel 7m E-ATSV sollen die Erstellung von Gutachten durch fachlich qualifizierte Sachverständige sicherstellen.

Artikel 7m Absatz 1 Buchstabe a

Medizinische Sachverständige sollen in ihrem Fachgebiet diejenigen fachlichen Qualifikationen erfüllen, die sie auch als Fachärztinnen und Fachärzte für die selbständige Berufsausübung als Ärztin oder Arzt benötigen. Es wird somit ein eidgenössischer Weiterbildungstitel vorausgesetzt. Damit wird sichergestellt, dass die Ärztinnen und Ärzte ein Medizinstudium wie auch die mehrjährige Weiterbildung in einem spezifischen Fachgebiet durchlaufen haben. Die Ausbildung kann auch im Ausland erworben worden sein. Deren Gleichwertigkeit muss durch die Medizinalberufekommission (MEBEKO) des BAG bestätigt werden.

Die fachliche Fortbildung stellt eine Berufspflicht dar, die sich aus dem Facharztstitel ergibt. Entsprechend den dafür notwendigen Fortbildungsdiplomen lässt sich hier über das Ärzteverzeichnis der FMH¹¹⁵ der Wissenstand zur aktuellen Praxis überprüfen.

Artikel 7m Absatz 1 Buchstabe b

Im Medizinalberuferegister (MedReg)¹¹⁶ müssen aufgrund des revidierten Bundesgesetzes vom 23. Juni 2006¹¹⁷ über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz) seit 1. Januar 2018 alle in der Schweiz tätigen universitären Medizinalpersonen verzeichnet werden. Das MedReg stellt den kantonalen Bewilligungsbehörden Informationen über die Diplome und Weiterbildungstitel aller in- und ausländischen Medizinalpersonen zur Verfügung, die in der Schweiz ihren Beruf ausüben. Damit unterstützt das MedReg die Kantone bei der Aufsicht über die Medizinalpersonen und stellt sicher, dass alle kantonalen Aufsichtsbehörden Zugang zu allen Bewilligungsdaten (inkl. allfälligen Disziplinarmassnahmen) der anderen Kantone haben.

Der Zugang zu den Daten von MedReg ist über das Internet möglich und dient der Information der Öffentlichkeit. Damit leistet es einen wichtigen Beitrag zum Schutz der Patientinnen und Patienten und des Berufsstandes der Medizinalpersonen. Es stellt damit aber auch ein Instrument dar, mit dem Versicherte einfach und rasch überprüfen können, ob eine Sachverständige oder ein Sachverständiger über die notwendige fachliche Aus-, Weiter- und Fortbildung verfügen.

Artikel 7m Absatz 1 Buchstabe c

Ärztinnen und Ärzte, die in eigener fachlicher Verantwortung tätig sind, benötigen in der Schweiz eine kantonale Berufsausübungsbewilligung. Darunter fallen auch angestellte Ärztinnen und Ärzte, sofern sie ihre Tätigkeit fachlich selbständig ausüben (beispielsweise Chefärztinnen und -ärzte, Leitende Ärztinnen und Ärzte, von juristischen Personen angestellte Ärztinnen und Ärzte etc.).

Voraussetzungen für die Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung ist ein eidgenössisches oder eidgenössisch anerkanntes Arztdiplom sowie ein eidgenössischer oder eidgenössisch anerkannter Weiterbildungstitel. Ausländische Arztdiplome und Weiterbildungstitel aus dem EU-Raum müssen vor der Einreichung des Gesuchs durch die MEBEKO anerkannt werden.

Mit dem Vorliegen einer kantonalen Berufsausübungsbewilligung beziehungsweise mit dem Eintrag ins Register ist sichergestellt, dass die kantonalen Behörden aus gesundheitspolizeilicher Sicht die Anforderungen an eigenverantwortlich tätige Ärztinnen und Ärzten überprüft haben. Damit haben die Versicherungsträger, aber auch die Versicherten die Gewähr, dass die Sachverständigen über die nötigen Qualifikationen verfügen und diese von einer Behörde geprüft und für gut befunden worden sind.

Wenn aufgrund der Art der Anstellung für die Ausübung eines Medizinalberufes keine Bewilligung notwendig ist (z.B. bei Spitalärztinnen und -ärzte), kann für die Erstellung von Gutachten auf diese Voraussetzung verzichtet werden.

Artikel 7m Absatz 1 Buchstabe d

Neben der fachlich relevanten Aus-, Weiter- und Fortbildung sollen Sachverständige auch über klinische Erfahrungen verfügen. Damit soll sichergestellt werden, dass ein Bezug zur praktischen Tätigkeit als behandelnde Ärztin oder behandelnder Arzt besteht. Diese Anforderung werden die Sachverständigen im Rahmen ihres fachlichen Curriculums gegenüber den Versicherungsträgern zu belegen haben.

Artikel 7m Absatz 2

Im Hinblick auf die Erstellung von Gutachten bedarf es neben der fachlichen Weiterbildung als Fachärztin oder Facharzt insbesondere auch einer Weiterbildung in der Gutachtermedizin.

¹¹⁵ Kann abgerufen werden unter: <https://doctorfmh.ch/>

¹¹⁶ Kann abgerufen werden unter: <https://www.medregom.admin.ch/>

¹¹⁷ SR 811.11

In der Schweiz stellt die SIM die interdisziplinäre Weiterentwicklung der Versicherungsmedizin sicher; sie bietet entsprechende Weiter- und Fortbildungen an. Die SIM, ein privatrechtlicher Verein, wurde 2004 von der FMH beauftragt, die Ausbildung medizinischer Gutachterinnen und Gutachter zu übernehmen. Sie bietet seither eine modular aufgebaute Gutachterausbildung an, die mit einem Zertifikat abgeschlossen wird. Die Module werden unter Einschluss von medizinischen Fachgesellschaftsvertreternden erarbeitet. Die frei verfügbaren zertifizierten Gutachter sind auf der Webseite der SIM einsehbar.¹¹⁸

Mit dem Erfordernis eines Zertifikat der SIM wird gewährleistet, dass Fachärztinnen und Fachärzte, die als Sachverständige Gutachten für Sozialversicherungen erstellen, über die in der Schweiz angebotene Weiterbildung in der Gutachtermedizin verfügen. Die Überprüfbarkeit dieser fachlichen Voraussetzung lässt sich auch über das Internet und einem frei zugänglichen Register sicherstellen.

Die versicherungsmedizinische Qualifikation wird nur für die am meisten nachgefragten Fachdisziplinen vorgeschrieben. Damit soll sichergestellt werden, dass in der überwiegenden Anzahl der Gutachten eine Fachärztin oder ein Facharzt mit einer Weiterbildung in Gutachtermedizin zum Einsatz kommt. Damit wird jedoch auch dem Umstand Rechnung getragen, dass in den weniger nachgefragten Fachdisziplinen häufig ein Mangel an Sachverständigen herrscht und diese auch nur wenige Gutachten pro Jahr erstellen. Oftmals sind diese Gutachten Teil eines bi- oder polydisziplinären Gutachten. Im Rahmen der Konsensfindung ist aufgrund der Zusammenarbeit mit anderen, versicherungsmedizinisch geschulten Sachverständigen die Qualität sichergestellt.

Für die Chefärztinnen und Chefärzte sowie leitende Ärztinnen und Ärzte von Universitätskliniken ist angesichts der langjährigen Qualifizierung, der unter anderem eine medizinische Professur vorausgeht, das Absolvieren des SIM-Gutachterkurses oder einer gleichwertigen Ausbildung nicht vorausgesetzt.

Artikel 7m Absatz 3

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, nebst den medizinischen Sachverständigen auch für die neuropsychologischen Sachverständigen Zulassungskriterien zu schaffen.

In der Schweiz sind die fachlichen Anforderungen für neuropsychologische Dienstleistungen im KVG bzw. in der KVV geregelt. Es ist deshalb folgerichtig, die in der KVV geforderten fachlichen Anforderungen an Neuropsychologinnen und Neuropsychologen zu übernehmen. Konkret wird eine spezifische Fachausbildung in Neuropsychologie vorausgesetzt, wozu ein Hochschulstudium mit Masterabschluss und eine mehrjährige praktisch klinische postgraduale Ausbildung basierend auf definierten Qualitätsstandards des BAG erforderlich ist.

In der IV hat sich dieses Qualitätserfordernis, das bereits 2017 auf Weisungsstufe eingeführt worden ist, bewährt.

Artikel 7m Absatz 4

In wenigen Ausnahmefällen kann es vorkommen, dass eine Sachverständige oder ein Sachverständiger beigezogen werden muss, die oder der zwar fachlich qualifiziert ist, jedoch nicht alle Anforderungen der Absätze 1-3 erfüllt (z.B. für die Begutachtung von Personen mit seltenen Krankheiten, wenn die wenigen verfügbaren und qualifizierten Sachverständigen bereits in den Fall involviert gewesen sind, wenn die Fachexpertise in Ausnahmefällen nur im Ausland eingeholt werden kann usw.¹¹⁹). In diesen Fällen soll es den Versicherungsträgern erlaubt sein, mit der Zustimmung der versicherten Personen eine Sachverständige oder einen Sachverständigen zu beauftragen, die oder der nicht alle Anforderungen der Absätze 1-3 erfüllt.

Artikel 7m Absatz 5

Dieser Artikel gewährleistet die Ausbildung der Sachverständigen. Nur auf diesem Weg kann die Ausbildung der nächsten Generation gewährleistet werden. Die gutachterliche Tätigkeit bildet neben Diagnostik und Therapie die dritte Säule der Medizin und sollte dementsprechend

¹¹⁸ Kann abgerufen werden unter: <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de>

¹¹⁹ Vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_570/2020 vom 2. November 2020

stärker in Aus-, Fort- und Weiterbildung verankert werden. Absatz 5 ermöglicht die Durchführung von Begutachtungen unter enger Supervision von erfahrenen Sachverständigen und leitenden Ärztinnen und Ärzten. In diesem Sinne ist es wichtig, dass die Auszubildenden während der Begutachtung eng durch die Supervisorin oder den Supervisor begleitet werden. So kann sie oder er sich ebenfalls ein Bild von der versicherten Person machen.

Artikel 7n

Neben der Erfüllung der fachlichen Anforderungen müssen die Sachverständigen und Gutachterstellen bereit sein, den Versicherungsträgern und den Gerichten (kantonale Sozialversicherungsgerichte, Bundesverwaltungsgericht, Bundesgericht) die notwendigen Unterlagen zuzustellen (Nachweise über die fachlichen Aus-, Weiter- und Fortbildungen, Organigramme, Prozesse, Qualitätssicherungsmassnahmen etc.). Damit soll sichergestellt werden, dass im Zweifelsfall die Überprüfung der fachlichen Anforderungen gewährleistet ist. Dies ist aber auch notwendig, damit die Versicherungsträger und Durchführungsorgane zum einen den Stand der Organisation und der Abläufe beurteilen und zum anderen die Unterlagen an die Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (Art. 7p) zustellen können.

Artikel 7o

Aktuell gibt es in der Schweiz keine unabhängige Institution, die sich mit Fragen der Qualität und der Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung beschäftigt. Entsprechend gibt es bis heute keine verbindlichen Anforderungen und Qualitätskriterien an die Erstellung von medizinischen Gutachten und auch keine verbindlichen Kriterien und Instrumente für die Beurteilung der Qualität von Gutachten.

Im Rahmen der Beratung der WE IV hat das Parlament den Bundesrat beauftragt, eine Kommission einzusetzen, die die Zulassung als Gutachterstelle, das Verfahren zur Gutachtenserstellung und die Ergebnisse der medizinischen Gutachten überwacht und entsprechende öffentliche Empfehlungen ausspricht. Der Gesetzgeber hat zudem vorgesehen, dass Vertreterinnen und Vertreter der verschiedenen Sozialversicherungen, der Gutachterstellen, der Ärzteschaft, der Neuropsychologen, der Wissenschaft sowie der Patienten- und Behindertenorganisationen Einsitz in die Kommission nehmen sollen.

Die neue Kommission wird zu den Anforderungen, Kriterien, Instrumente in der Qualitätssicherung von medizinischen Gutachten für alle Sozialversicherungen öffentliche Empfehlungen aussprechen. Die entsprechenden Empfehlungen der Kommission werden in Zukunft von den Versicherungsträgern übernommen, umgesetzt und überprüft werden können.

Die Sachverständigen werden sich in Zukunft an einheitlichen Kriterien für alle Sozialversicherungen zu orientieren haben und die Qualität ihrer Gutachten wird ebenso an einheitlichen Kriterien gemessen. Damit ist auch die Basis für eine Evaluation der Qualität der Gutachten im Rahmen von wissenschaftlich begleiteten Studien oder durch «peer reviews» geschaffen.

Entsprechend den vorgesehenen Aufgaben muss sich die Kommission aus Fachleuten sowie Vertreterinnen und Vertretern der betroffenen Kreise zusammensetzen, die über die Kompetenzen und das Fachwissen verfügen, die notwendig sind, um die Fragen im Zusammenhang mit Qualitätsanforderungen wie auch der Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung beurteilen zu können. Gestützt auf diese Kriterien werden in Absatz 2 die Interessenvertretungen und die Anzahl der entsprechenden Vertreterinnen und Vertreter konkretisiert. Die Institutionen oder Verbände werden im Hinblick auf die Wahl der Mitglieder die Möglichkeit haben, Wahlvorschläge einzureichen.

Artikel 7p

Artikel 7p Absatz 1

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass die Kommission die Zulassung als Gutachterstelle, das Verfahren zur Gutachtenerstellung und die Ergebnisse der medizinischen Gutachten überwacht. Damit sie diese Aufgaben wahrnehmen kann, bedarf es einer Konkretisierung der dazu notwendigen Tätigkeiten.

Die Kommission wird öffentliche Empfehlungen aussprechen, so dass sich die Sachverständigen, Gutachterstellen, Versicherungsträger, Versicherte und alle weiteren betroffenen Kreise ein Bild davon machen können, welche Kriterien und Anforderungen von der Kommission als notwendig erachtet werden. Die Empfehlungen können von den Sachverständigen und Versicherungsträgern übernommen werden. Die Versicherungsträger können sich in Zukunft darauf konzentrieren, die Überprüfung der empfohlenen Kriterien sicherzustellen bzw. vorzunehmen. Sie haben damit eine unabhängige Grundlage, um über eine Zusammenarbeit mit einer Gutachterstelle oder die Aufkündigung der Zusammenarbeit zu entscheiden.

Artikel 7p Absatz 1 Buchstaben a-d

Die Kommission wird in verschiedenen Bereichen öffentliche Empfehlungen erarbeiten. Die Qualität und die Qualitätssicherung der Gutachten müssen schweizweit für alle Sozialversicherungen auf gleichen Kriterien beruhen. Es ist wichtig, dass klare Kriterien für alle Sachverständigen für die Erstellung von Gutachtenberichten definiert werden und dass die Qualitätskontrolle durch spezifische und einheitliche Instrumente sichergestellt wird.

Buchstabe a: Zur Verbesserung der Prozessqualität soll sich die Kommission mit den Anforderungs- und Qualitätskriterien für das Verfahren zur Erstellung von Gutachten auseinandersetzen und entsprechende Empfehlungen ausarbeiten.

Buchstabe b: Zur Verbesserung der Strukturqualität sollen Empfehlungen zur Tätigkeit sowie zur Aus-, Weiter- und Fortbildung von Sachverständigen erarbeitet werden. Hier gilt es unter anderem zu entscheiden, welche versicherungsmedizinischen Weiterbildungen gleichwertig zum SIM-Zertifikat sind.

Buchstabe c: Die Mehrzahl der Gutachten der Gutachterstellen erfolgen bi- und polydisziplinär. Aufgrund der Beteiligung von zwei oder mehr Sachverständigen und der damit verbundenen Konsensfindung ist deren Erstellung mit höheren Anforderungen verbunden. Da keine allgemein verbindlichen Anforderungen an die Struktur und Prozesse einer Gutachterstelle existieren, soll die Kommission zur Verbesserung der Strukturqualität auch Kriterien für die Zulassung der für die Sozialversicherungen tätigen Gutachterstellen und der Tätigkeiten definieren. Die Kommission wird entsprechende Kriterien zu verschiedenen Themen (z.B. Infrastruktur, Unabhängigkeit, fachlichen Anforderungen, Bewilligungen, Struktur, Fallführung, Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung) entwickeln. Die Anforderungen an die beruflichen Qualifikationen für medizinische Sachverständige werden in Zukunft vom Bundesrat geregelt (vgl. Art. 7m E-ATSV) und können von den Versicherten und Versicherungsträgern einfach überprüft werden.

Die Kommission wird die Übernahme und Einhaltung der empfohlenen Kriterien überwachen. Die dazu notwendigen Unterlagen werden ihr von den Versicherungsträgern und Durchführungsorganen der einzelnen Sozialversicherungen zur Verfügung gestellt (vgl. Abs. 2). Die Ergebnisse der Überwachung der Einhaltung der Kriterien werden ebenfalls in Form von öffentlichen Empfehlungen bekannt gegeben.

Buchstabe d: Damit die Empfehlungen in den Bereichen der Prozess- und Strukturqualität sinnvoll beurteilt und evaluiert werden können, müssen für die Qualitätsüberprüfung sowohl Kriterien als auch Instrumente für die Beurteilung der Qualität von Gutachten (Qualitätsanforderungen) erarbeitet werden. Zu denken ist in diesen Bereichen beispielsweise an standardisierte Prüffragebogen als «Screeninginstrument» für die Beurteilung der einzelnen Gutachten durch die Versicherungsträger. Für fallunabhängige Überprüfungen könnten auch Peer-Review-Verfahren entwickelt und empfohlen werden.

Artikel 7p Absatz 2

Die Kommission wird im Rahmen ihrer Aufgaben die Einhaltung der Kriterien nach Absatz 1 durch die Sachverständigen und Gutachterstellen überprüfen und Bericht darüber abgeben. Diese Qualitätsüberprüfungen kann sie je nach Umfang und Inhalt selber vornehmen (bspw. im Sinne von Abs. 5) oder aber entsprechende Forschungsaufträge ausschreiben, wenn es um grössere Überprüfungen (bspw. einer bestimmten Fachrichtung) oder um die Durchführung von Peer-Reviews geht.

Artikel 7p Absatz 3

Die Kommission macht die Empfehlungen öffentlich zugänglich (Art. 44 Abs. 7 Bst. c ATSG), so dass diese allen interessierten Personen und Stellen zugänglich sind.

Artikel 7p Absatz 4

Damit sich die Kommission ein Bild über den Stand der Einhaltung der Qualitätskriterien durch die Sachverständigen und die Gutachterstellen bei der Erstellung von Gutachten machen kann, ist sie auf Unterlagen aus dem Begutachtungswesen angewiesen. Je nach Thema, welches die Kommission überwachen möchte, benötigt sie beispielsweise Gutachten oder Unterlagen zu den Abläufen und Strukturen von Gutachterstellen. Da die Kommission aufgrund der gesetzlichen Befugnisse nicht selber die notwendigen Unterlagen bei den Sachverständigen oder Gutachterstellen einfordern kann, ist vorgesehen, dass sie die Unterlagen von den Versicherungsträgern und Durchführungsorganen verlangen kann. Diese werden die Unterlagen dann je nach Prüfthemen zusammenstellen und der Kommission zukommen lassen.

Artikel 7p Absatz 5

Die Kommission erlässt Kriterien für die Zulassung von Gutachterstellen und deren Tätigkeit. Gestützt auf die entsprechenden Empfehlungen werden die Versicherungsträger oder Durchführungsorgane der einzelnen Sozialversicherungen ihre Zusammenarbeit mit den Gutachterstellen ausrichten. Sollten nun Versicherungsträger oder Durchführungsorgane in Anwendung der vorgesehenen Instrumente für die Beurteilung der Qualität von Gutachten feststellen, dass sich eine Gutachterstelle systematisch (d.h. in einer Vielzahl von Fällen) nicht an die vorgegebenen Qualitätskriterien im Sinne von Absatz 1 hält, so können sie sich an die Kommission wenden. So kann sich diese ein eigenes Bild über die Einhaltung der Qualitätskriterien machen. Nach der Überprüfung kann sie notwendige Massnahmen empfehlen oder auf ihre ursprüngliche Empfehlung zurückkommen. Der Kommission sind in solchen Fällen vorgängig die notwendigen Unterlagen und Gutachten für eine Überprüfung der Qualität zukommen zu lassen.

Artikel 7q

Artikel 7q Absatz 1

Die Kommission wird sich im Hinblick auf ihre verschiedenartigen Aufgaben eine Geschäftsordnung geben. Darin wird insbesondere die Arbeitsweise zu regeln sein (Bst. a).

Damit die Kommission ihren vielfältigen und anspruchsvollen Aufgaben nachkommen kann, wird sie auch auf die Unterstützung von externen Expertinnen und Experten für wissenschaftliche Forschungsarbeiten oder Evaluationen angewiesen sein. Die Berichte und Evaluationen dieser Expertinnen und Experten werden nicht selten die Grundlage für die Entscheide der Kommission darstellen. Buchstabe b sieht daher vor, dass die Kommission in der Geschäftsordnung den Beizug von externen Expertinnen und Expertinnen zur Erfüllung der erwähnten Aufgaben regelt.

Schliesslich wird die Kommission in der Geschäftsordnung festlegen müssen, in welcher Form und Periodizität sie ihre Berichterstattung über ihre Tätigkeiten und ihre Empfehlungen vornehmen will (Bst. c).

Artikel 7q Absatz 2

Als zuständiges Departement wird das EDI die Geschäftsordnung genehmigen.

Artikel 7q Absatz 3

Als Verwaltungsstelle, welche das Sekretariat bzw. die Fachstelle für die Kommission führt, wird innerhalb des EDI das BSV bezeichnet. Die vielseitigen und anspruchsvollen Arbeiten, welche für die Kommission geleistet werden müssen, gehen über Sekretariatsarbeiten im engeren Sinne hinaus. Es müssen eine grosse Bandbreite an versicherungsmedizinischen und juristischen Aufgaben erfüllt sowie wissenschaftliche Grundlagen zur Sicherstellung der Qualität in der medizinischen Begutachtung erarbeitet werden.

Artikel 7q Absatz 4

Die Mitglieder der Kommission wie auch die Mitarbeitenden der Fachstelle werden im Rahmen ihrer Tätigkeiten Einblick in Gutachten sowie weitere, vertrauliche Unterlagen haben, weshalb sie der Schweigepflicht unterstehen.

Übergangsbestimmung

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass heute alle Sachverständigen über einen Titel als Fachärztin oder Facharzt verfügen, während eine versicherungsmedizinische Weiterbildung heute noch nicht bei allen Sachverständigen vorliegt.

Zur Sicherstellung einer genügend grossen Anzahl von Sachverständigen, die die grosse Nachfrage nach Gutachten abdecken können, ist es notwendig, eine Übergangsfrist vorzusehen, in der die Fachärztinnen und Fachärzte in den nach Artikel 7m Absatz 2 vorgesehenen Fachdisziplinen das Zertifikat der SIM erwerben können.

4.4 Verordnung vom 31. Oktober 1947 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung

Artikel 51 Absatz 5

Nach dem geltenden Recht haben Personen mit einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 50 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente oder eine halbe Rente. Mit der Einführung des stufenlosen Rentensystems wird es neu eine Vielzahl von prozentualen Rentenanteilen geben, weil der prozentuale Anteil einer ganzen Rente mit dem Invaliditätsgrad linear ansteigt. Die vorgeschlagene Änderung in Artikel 51 Absatz 5 AHVV stellt keine materielle Änderung dar, sondern trägt dem Umstand Rechnung, dass sich der anrechenbare Anteil des massgebenden durchschnittlichen Jahreseinkommens nach dem IV-Grad richtet.

Artikel 53 Absatz 1 erster Satz

Mit der Einführung des stufenlosen Rentensystems wird jedem Invaliditätsgrad durchgehend ein prozentualer Anteil einer ganzen Rente zugeordnet. Aufgrund dieser Regelung bestehen künftig nicht mehr nur vier (Viertelsrente, halbe Rente, Dreiviertelsrente und ganze Rente), sondern eine grosse Zahl von prozentualen Rentenanteilen. Die Erfassung jedes einzelnen prozentualen Rentenanteils in einer Rententabelle würde ein enormes Ausmass annehmen und wäre deshalb nicht praktikabel. Aus diesem Grund wird die Bestimmung dahingehend abgeändert, dass das zuständige Bundesamt und damit das BSV ermächtigt wird, anstelle von nur Rententabellen, auch Vorschriften zur Ermittlung der Rentenhöhe aufzustellen. Diese Vorschriften können beispielsweise in Form von Berechnungsformeln erlassen werden.

Neunter Abschnitt: Die Finanzhilfen zur Förderung der Altershilfe

Im Titel des neunten Abschnitts wird gemäss den folgenden Artikeln der Begriff «Beiträge» durch «Finanzhilfen» ersetzt.

Artikel 222

Artikel 222 Titel, Absätze 1 und 3

In diesem und den folgenden Artikeln wird der Begriff «Beiträge» durch «Finanzhilfen» ersetzt. Gemäss SuG schliesst «Beiträge» nämlich Finanzhilfen *und* Abgeltungen ein. Beim Titel dieses Artikels ist nur der deutsche Text betroffen. Beiträge nach Artikel 101^{bis} AHVG wiederum werden nur in Form von Finanzhilfen ausgerichtet. Die neue Formulierung präzisiert, dass es sich bei den Organisationen um gemeinnützige private Organisationen handelt.

Artikel 222 Absatz 3

Die Beteiligung des AHV-Ausgleichsfonds beträgt rund 20 Millionen Franken (2020). Die Mittel werden dem IV-Ausgleichsfonds gutgeschrieben, um die Leistungen zugunsten betagter Personen, die erst im AHV-Alter behinderungsspezifische Gebrechen erleiden, zu finanzieren. Im ersten Satz wird das Adverb «anteilmässig» gestrichen, weil es vermuten liess, dass sich die AHV anteilmässig zur IV beteiligt. Es wird jedoch explizit darauf hingewiesen, dass sich der Anteil der Versicherung nach den tatsächlich von den Organisationen der Invalidenhilfe im Interesse dieser Personen erbrachten Leistungen richtet. Für diese Leistungen gelten die Bestimmungen der IVV für Beiträge an Organisationen der privaten Invalidenhilfe (Art. 108 bis 110 IVV). Die Bestimmungen in den Artikeln 223 bis 225 sind ausschliesslich auf Finanzhilfen an Organisationen der Altershilfe nach Absatz 1 anwendbar.

Artikel 223

Die bestehende Gliederung dieses Artikels erlaubt keinen naheliegenden Rückschluss auf die Leistungen nach Artikel 101^{bis} AHVG. Mit der neuen Gliederung wird für die einzelnen Aufgaben ausgeführt, in welcher Form die Finanzhilfen ausgerichtet werden. Die Absätze wurden neu formuliert und verweisen nun explizit auf die einschlägigen Bestimmungen von Artikel 101^{bis} Absatz 1 AHVG und enthalten den Bezug zu den jeweiligen Leistungen. Die neue Gliederung und die Neuformulierung haben keinen Einfluss auf die heutige Praxis.

Der bestehende Titel «Subventionskriterien» wurde geändert, weil er dem materiellen Inhalt des Artikels nicht Rechnung trägt. Er definiert die Form der Ausrichtung der Finanzhilfen für die verschiedenen Leistungen (vgl. Erläuterung zu Art. 222).

Artikel 223 Absatz 1

Der bestehende Absatz 1 bezieht sich inhaltlich auf die Höhe der Finanzhilfen, die eigentlich Gegenstand von Artikel 224 ist. Der Satz wird nicht in Artikel 224 Absatz 1 verschoben, weil die dort genannten Kriterien bereits den «Grad der Zielerreichung» beinhalten. Der neue Absatz 1, der den alten ersetzt, entspricht im Wesentlichen dem heute bestehenden Absatz 2.

Seit Inkrafttreten der NFA am 1. Januar 2008 wird professionelle Hilfe zu Hause nicht mehr durch den Bund finanziert. Finanzhilfen werden nur ausgerichtet, wenn diese Hilfeleistungen im Rahmen von Freiwilligenarbeit erfolgen. Um Missverständnissen im Vergleich zur professionellen «Hilfe zu Hause» vorzubeugen, ist im neuen Wortlaut von «Leistungen zu Hause oder im Zusammenhang mit dem Wohnort erbrachte Leistungen» die Rede. Es handelt sich dabei beispielsweise um die Begleitung einer Person bei Erledigungen ausser Haus. Ambulante Dienste werden nicht mehr erwähnt, weil sie einen Pflegebereich andeuten, für den nunmehr die Kantone zuständig sind. Bei der Durchführung der Bestimmung erfolgt betreffend Definition und Entschädigung von Freiwilligenarbeit die Orientierung an den allgemein anerkannten Standards von Benevol Schweiz.

Artikel 223 Absatz 2

Der bestehende Absatz 2 wird nach Absatz 1 verschoben (vgl. Erläuterung zu Abs. 1). Der neue Absatz 2 entspricht im Wesentlichen dem heute bestehenden Absatz 3. Er wurde neu formuliert und präzisiert die Form der Ausrichtung der Finanzhilfen, was aus dem bestehenden Wortlaut nicht hervorgeht.

Weil Projekte auch zu den Entwicklungsaufgaben nach Artikel 101^{bis} Absatz 1 Buchstabe c AHVG gehören, wird der sich darauf beziehende bestehende Absatz 4 im Wesentlichen ergänzend in Absatz 2 verschoben. Projekte sind von Natur aus nicht dauerhaft und werden anhand der effektiven Kosten abgegolten, zusätzlich zur Pauschale für dauerhafte Entwicklungsaufgaben.

Artikel 223 Absatz 3

Der bestehende Absatz 3 wird inhaltlich nach Absatz 2 verschoben (vgl. Erläuterung zu Abs. 2). Der neue Absatz 3 entspricht nunmehr im Wesentlichen dem bestehenden Absatz 5, dessen erster Satz neu formuliert wurde. Der bestehende Begriff «Abgeltung» ist nicht angemessen (vgl. Erläuterung zu Art. 222 E-AHV). Die Höhe der Finanzhilfe ist abhängig von der Anzahl der erbrachten Leistungen.

Artikel 223 Absatz 4

Der bestehende Absatz 4 wird inhaltlich im Wesentlichen nach Absatz 2 verschoben (vgl. Erläuterung zu Abs. 2). Der neue Absatz 4 entspricht im Wesentlichen dem heute bestehenden Absatz 6, der ergänzt wurde.

Die Grundlagen zur Berechnung der Finanzhilfen, die gemäss den vorangehenden Absätzen ausgerichtet werden, sind in den Verträgen mit den Organisationen geregelt. Ausserdem wurde der Begriff «Beiträge» durch «Finanzhilfen» ersetzt (vgl. Erläuterung zu Art. 222).

Artikel 224

Der Begriff «Beiträge» wurde durch «Finanzhilfen» ersetzt (vgl. Erläuterung zu Art. 222).

Artikel 224 Absatz 1

Im ersten Satz wurden die Kriterien «bedarfsgerecht» und «wirksam» hinzugefügt. Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit sind Grundvoraussetzungen gemäss Artikel 1 Absatz 1 Buchstabe b SuG. Darüber hinaus müssen Organisationen, denen Finanzhilfen gewährt werden, ihr Angebot der Entwicklung der betagten Bevölkerung und ihrer Bedürfnisse anpassen. Der hohe Stellenwert der Entwicklungsaufgaben in der Prioritätenordnung basiert auf der Absicht, bei den Organisationen Innovation und Dynamik zu fördern (Art. 224^{ter} Abs. 1 Bst. b E-AHV).

Im Französischen wurde der zweite Satz neu formuliert, weil die Begriffe «volume de travail» und «champ d'activité» den deutschen Begriffen «Umfang» und «Reichweite» nicht genau entsprachen. Sie wurden durch «volume» und «portée des activités» ersetzt. Einige Organisationen verfügen tatsächlich über ein breites Leistungsangebot für eine grosse Bevölkerungsgruppe (z. B. Pro Senectute). Andere sind spezialisierter und auf einen kleineren Adressatenkreis ausgerichtet (z. B. Parkinson Schweiz). Die Höhe der Finanzhilfen trägt diesen Aspekten Rechnung.

Der zweite Satz wurde zudem so ergänzt, dass auch die Berücksichtigung von finanziellen Beiträgen Dritter erwähnt wird. Diese Ergänzung ersetzt den dritten Satz, der gestrichen wurde, weil er zu restriktiv war. Berücksichtigt werden nicht nur die Finanzleistungen öffentlich-rechtlicher Gebietskörperschaften, sondern auch andere Leistungen Dritter. Für einige Organisationen der Altershilfe stellen beispielsweise Schenkungen eine wichtige Finanzierungsquelle dar.

Ausserdem wurde der Begriff «Beiträge» durch «Finanzhilfen» ersetzt (vgl. Erläuterung zu Art. 222).

Artikel 224 Absatz 2

Der bisherige Absatz 2 wird aufgehoben, weil er sich materiell auf Artikel 223 AHVV bezieht (Ausrichtung der Finanzhilfen). Dort sind Kurse in Absatz 2 (neu Abs. 1, vgl. Erläuterungen zu Art. 223 Abs. 1 E-AHV) und Weiterbildungen in Absatz 5 (neu in Abs. 3, vgl. Erläuterungen zu Art. 223 Abs. 3 E-AHV) abgedeckt.

Dieser Absatz wird durch eine neue Bestimmung ersetzt. Mit dieser neuen Bestimmung wird auf Verordnungsstufe eine Praxis konkretisiert, die in den bestehenden Verträgen bereits vorhanden ist. Sie ist in den Richtlinien des BSV seit 2017 vorgesehen und wird gemäss diesen pro juristisch selbständiger Organisation sowie pro Leistungsbereich, d.h. «ständige Aufgaben der Koordination und Entwicklung», «quantifizierbare Leistungen» und «Projekte» angewendet. Die Einschränkung der finanziellen Beteiligung des Bundes auf die tatsächlich entstandenen Kosten entspricht dem SuG. Der Höchstsatz von 50 Prozent unterstreicht die subsidiäre Rolle des Bundes bei der Altershilfe. Besteht für den Bund ein besonderes Interesse an der Ausführung einer Aufgabe, die er selber nicht wahrnehmen kann, kann vom Höchstsatz von 50 Prozent abgewichen werden, wenn die unterstützte Organisation auf Grund ihrer Struktur und ihrer Ziele nur begrenzte Finanzierungsmöglichkeiten hat. Aktuell gilt eine solche Ausnahme für den Schweizerischen Seniorenrat (SSR). Der SSR, der im Rahmen der Umsetzung der Politischen Erklärung und des Internationalen Aktionsplans von Madrid über das Altern (2002)¹²⁰ gegründet wurde, vertritt die Anliegen der älteren Menschen in der Schweiz. Er übernimmt Aufgaben bei der Weiterentwicklung und Koordination von Organisationen, welche die Interessen älterer Menschen vertreten. Der SSR beruht fast ausschliesslich auf Freiwilligenarbeit. Abgesehen von den Mitgliederbeiträgen sind die Finanzierungsmöglichkeiten des Vereins, beispielsweise Dienstleistungserträge und Zuwendungen, sehr bescheiden. Die Voraussetzungen für eine Ausnahme sind auch im Fall der Nationalen Geschäftsstelle der Stiftung Pro Senectute Schweiz hinsichtlich der Ausrichtung von Finanzhilfen für die ständigen Aufgaben der Koordination und Entwicklung gegeben. Als grösste Altersorganisation hat Pro Senectute Schweiz eine zentrale Koordinationsfunktion auf nationaler Ebene, die sie nach innen und aussen wahrnimmt. Zudem überwacht sie die ordnungsgemässe Verwendung der jährlichen Finanzhilfen (jährlich rund 45 Mio. Fr.) auf Ebene der kantonalen Pro Senectute Organisationen. Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben verfügt Pro Senectute Schweiz, die als Stiftung organisiert ist, nur über eingeschränkte Finanzierungsmöglichkeiten.

Artikel 224^{bis}

Artikel 101^{bis} Absatz 2 AHVG beauftragt den Bundesrat, die Höchstgrenzen der Finanzhilfen festzusetzen. Bisher enthielt die AHVV keine diesbezügliche Bestimmung. Dieser neue Artikel definiert den Rhythmus für die Anpassung des Höchstbetrags sowie die Grundlagen, die für dessen Festsetzung massgebend sind.

Artikel 224^{bis} Absatz 1

Der Bundesrat legt den jährlichen Höchstbetrag zur Ausrichtung von Finanzhilfen an Altersorganisationen alle vier Jahre in einem Bundesratsbeschluss fest. Dabei kann der Bundesrat auch eine über vier Jahre schrittweise Anpassung des Höchstbetrags vorsehen, welche beispielsweise auf die Laufzeit der laufenden oder neu abzuschliessenden Subventionsverträge abgestimmt ist. Eine Neu Beurteilung der Situation und eine politische Entscheidung in regelmässigen Abständen sind durch die Veränderungen, die der Bereich der Altershilfe erfahren dürfte, gerechtfertigt. Gemäss dem Referenzszenario zur Bevölkerungsentwicklung des BFS¹²¹, wird die Zahl der über 65-Jährigen zwischen 2020 und 2035 um über 40 Prozent auf über 2,3 Millionen steigen. Es sind folglich eine stärkere Nachfrage nach Leistungen, insbesondere im hohen Alter, und ein grösserer Koordinationsbedarf zu erwarten. Die periodische Anpassung des Höchstbetrags folgt jedoch nicht automatisch der demografischen Entwicklung, sondern trägt den nachgewiesenen Bedürfnissen der Organisationen Rechnung, die noch von anderen Faktoren abhängen (z. B. veränderte Lebensgewohnheiten, technologische Entwicklung, Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung, andere Finanzierungsquellen).

Der anfängliche Höchstbetrag entspricht dem heutigen Betrag von 72 Millionen Franken (2020), zuzüglich einer Reserve von einer Million Franken als Spielraum bis zur Festsetzung

¹²⁰ Vereinte Nationen, Zweite Weltversammlung über das Altern (2002): *Politische Erklärung und Internationaler Aktionsplan von Madrid über das Altern*. Kann abgerufen werden unter: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-fr.pdf>

¹²¹ BFS (2020): *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz 2020–2050*. Kann abgerufen werden unter: www.bfs.admin.ch > Trouver des statistiques > Population > Evolution future.

des nächsten Betrags. Dieser Spielraum soll es insbesondere erlauben, auf mögliche zusätzliche Gesuche einzugehen, die vor dem Hintergrund neuer Problemstellungen von Organisationen eingereicht werden, die bislang keine Finanzhilfen erhielten.

Der Bundesrat setzt zudem alle vier Jahre den Höchstbetrag des AHV-Ausgleichsfonds für Beiträge an Organisationen der privaten Behindertenhilfe nach Artikel 222 Absatz 3 fest. Der anfängliche Höchstbetrag entspricht dem heutigen Betrag von 20 Millionen Franken (2020). Die Entwicklungen in diesem Bereich rechtfertigen hingegen keine zusätzliche Reserve.

Ein vollständiger, automatischer Teuerungsausgleich ist zwar nicht vorgesehen, die Entwicklung der Konsumentenpreise wird jedoch bei der Festsetzung des Höchstbetrags mitberücksichtigt.

Artikel 224^{bis} Absatz 2

Die regelmässige Anpassung des Höchstbetrags muss auf einer soliden Entscheidungsgrundlage beruhen. Einerseits müssen die bereitgestellten Mittel für die Gewährung von Finanzhilfen verwendet werden, die sich in bestmöglichem Ausmass als zweckmässig und wirksam erwiesen haben. Andererseits gilt es, allfällige Lücken zu erkennen und den künftigen Bedarf zu antizipieren.

Bei der Beurteilung der Situation und der Ermittlung des künftigen Bedarfs in der Altershilfe kann das BSV die AHV/IV-Kommission konsultieren. Es tauscht sich diesbezüglich zudem regelmässig mit den Kantonen aus, weil der Bund in der Altershilfe eine subsidiäre Rolle spielt.

Artikel 224^{bis} Absatz 3

Zur Erstellung der Entscheidungsgrundlagen nach Absatz 2 kann das BSV zu Lasten der Versicherung und im vorgegebenen Rahmen externe Mandate zur Durchführung der notwendigen Studien vergeben.

Artikel 224^{ter}

Dieser neue Artikel trägt der Anforderung in Artikel 13 Absatz 2 SuG Rechnung, wonach eine Prioritätenordnung zu erstellen ist, falls die Gesuche die verfügbaren Mittel übersteigen sollten. Die Grundlage der Prioritätenordnung muss in der Verordnung verankert sein. Die verfügbaren Mittel sollen vorrangig für die prioritären Aufgaben eingesetzt werden. Die Prioritäten sind aber nicht so zu verstehen, dass weniger prioritäre Aufgaben bei der Mittelvergabe nicht berücksichtigt werden. Sie sind aber weniger stark zu gewichten.

Artikel 224^{ter} Absatz 1

Die hier aufgeführten Aufgaben entsprechen jenen, die gemäss Artikel 101^{bis} Absatz 1 AHVG zulässig sind. Die Reihenfolge, in der sie genannt sind, widerspiegelt die Prioritäten bei der Unterstützung der schweizweiten Koordination in der Altershilfe, der Entwicklungsaufgaben und der Weiterbildung von Hilfspersonal. Die Hervorhebung dieser drei Bereiche entspricht der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen: Genau diese Tätigkeitsbereiche der subventionierten Organisationen sind, was ihre Finanzierung durch die öffentliche Hand betrifft, auf den Bund angewiesen, das heisst auf die Finanzhilfen der AHV bis zu maximal 50 Prozent der Kosten (Art. 224 Abs. 3). Rund ein Viertel der Finanzhilfen wird für Leistungen in diesen drei Bereichen ausgerichtet. Insbesondere mit der Unterstützung von Entwicklungsarbeiten soll sichergestellt werden, dass die Altershilfe auf die Entwicklungen in dieser Bevölkerungsgruppe und in der Gesellschaft als Ganzes ausgerichtet ist, und dass die Organisationen ihre Arbeitsmethoden und Leistungen anpassen können, um wirksam auf neue Bedürfnisse zu reagieren. Die restlichen Aufgaben in der Prioritätenordnung erhalten hingegen Beiträge von anderen Einrichtungen des Gemeinwesens: Die Kantone beteiligen sich an ihrer Finanzierung. Das Engagement des Bundes mit Finanzhilfen nach Artikel 101^{bis} AHVG ist zudem wichtig, um gesamtschweizerisch Leistungen wie Sozialberatung oder einheitliche Voraussetzungen bei der Einbindung von Freiwilligen zu gewährleisten. Rund drei Viertel der Finanzhilfen werden für all diese Aufgaben ausgerichtet. Über Verträge mit den Organisationen stellt der Bund ausserdem sicher, dass die direkt erbrachten finanzierten Leistungen insbesondere vulnerablen

älteren Menschen zugutekommen. Bei der Unterstützung von Organisationen der Altershilfe wird Vulnerabilität als Kumulation von mindestens zwei der folgenden vier Dimensionen verstanden: ökonomisches Kapital (materielle Ressourcen), soziales Kapital (Beziehungen), kulturelles Kapital (Wissen, Erfahrung) und Körperkapital (physische und psychische Gesundheit)¹²². Prioritäre Aufgaben sind bei knappen Mitteln weniger stark zu reduzieren als weniger prioritäre Aufgaben. Die Prioritäten sind aber nicht so zu verstehen, dass zunächst gänzlich auf weniger prioritäre Aufgaben zu verzichten ist, bevor andere Aufgaben reduziert werden können.

Artikel 224^{ter} Absatz 2

Das BSV wird beauftragt, die Umsetzung der Prioritätenordnung in Richtlinien zu regeln.

Artikel 225

Artikel 225 Absätze 1 und 3–5

Der Begriff «Beiträge» wurde durch «Finanzhilfen» ersetzt (vgl. Erläuterung zu Art. 222).

Artikel 225 Absatz 3

Der bestehende Absatz 3 enthält Präzisierungen zu den anwendbaren Fristen, die nicht auf Verordnungsstufe geregelt werden müssen. Sie sind in den Richtlinien des BSV festzulegen.

4.5 Verordnung vom 18. April 1984 über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge

Artikel 4

Die Übernahme des stufenlosen Rentensystems im Bereich der obligatorischen beruflichen Vorsorge macht auf Verordnungsstufe eine Anpassung von Artikel 4 BVV 2 nötig. Dieser Artikel sieht vor, dass im Falle einer Teilinvalidität für die Versicherung des weiterhin erzielten Lohnes in der beruflichen Vorsorge die Grenzbeträge (Eintrittsschwelle, Koordinationsabzug und oberer Grenzbetrag) herabgesetzt werden. Erfolgte die Kürzung der Grenzbeträge bisher nach Viertelsbruchteilen, also um $\frac{1}{4}$ bei einer Viertelsrente, um $\frac{1}{2}$ bei einer halben Rente oder um $\frac{3}{4}$ bei einer Dreiviertelsrente, so führt die Übernahme des stufenlosen Rentensystems in der obligatorischen beruflichen Vorsorge neu zu einer Kürzung der Grenzwerte nach prozentualem Anteil. Die Kürzung der Grenzbeträge entspricht also weiterhin dem jeweiligen Teilrentenanspruch. Da dieser jedoch neu als prozentualer Anteil einer ganzen Rente festgelegt wird, erfolgt auch die Kürzung der Grenzbeträge inskünftig prozentgenau. Damit entfallen bei teilinvaliden Personen, die im Umfang einer bestehenden Restarbeitsfähigkeit erwerbstätig bleiben, unliebsame Stufeneffekte auch bezüglich der Versicherung des weiterhin erzielten Lohnes in der obligatorischen beruflichen Vorsorge. Den Vorsorgeeinrichtungen ist es freigestellt, dieses System auch im überobligatorischen Leistungsbereich zu übernehmen, was die Rentenberechnung aufgrund einheitlicher Massgaben dann insgesamt vereinfachen würde.

Beispiel:

Für die Invaliditätsgrade von 50 bis 69 Prozent entspricht die Rente neu einem Anteil in Prozenten der ganzen Rente, der mit dem Invaliditätsgrad übereinstimmt (vgl. neuer Art. 24a Abs. 2 BVG). Bei einem Invaliditätsgrad von beispielsweise 55 Prozent besteht daher Anspruch auf eine Rente in der Höhe von 55 Prozent einer ganzen Rente. Nutzt die teilinvalid Person ihre Restarbeitsfähigkeit weiterhin, ist sie im Fall einer unselbständigen Erwerbstätigkeit bereits ab einem Jahreseinkommen von 9'600 Franken (die Vorsorgeeinrichtung darf den effektiv ermittelten Betrag von 9'599.85 Franken in Anwendung der mathematischen Rundungsregeln aufrunden) obligatorisch in der beruflichen Vorsorge versichert, da sich die Eintrittsschwelle von aktuell 21'333 Franken um 55 Prozent reduziert. Der Koordinationsabzug von aktuell 24'885 Franken verringert sich um denselben Bruchteil auf gerundet 11'198 Franken (effektiv:

¹²² Gasser, Nadja / Knöpfel, Carlo / Seifert, Kurt (2015): *Erst agil, dann fragil. Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bei vulnerablen Menschen*. Zürich.

11'198.25 Fr.), womit der koordinierte Lohn, auf dem die Beiträge in die berufliche Vorsorge entrichtet werden, zugunsten der betroffenen Person erhöht wird.

Im Bereich der Invaliditätsgrade von 40 bis 49 Prozent entspricht die Höhe der Rente nicht dem Invaliditätsgrad. Bei einem Invaliditätsgrad von 40 Prozent besteht zwar wie bis anhin ein Rentenanspruch von einem Viertel (d.h. 25 %) einer ganzen Rente. Die Höhe des Rentenanspruchs steigt dann aber linear an, indem für jeden Prozentpunkt, den der Invaliditätsgrad 40 Prozent übersteigt, 2,5 Prozentpunkte einer ganzen Rente hinzugerechnet werden. Die resultierenden Rentenhöhen werden in Absatz 4 des neuen Artikels 24a BVG einzeln aufgelistet. Einer teilinvaliden Person, die einen Invaliditätsgrad von beispielsweise 46 Prozent aufweist, steht somit ein Invalidenrentenanspruch in der Höhe von 40 Prozent (25 % + [6 x 2,5 %]) einer ganzen Invalidenrente zu. Ist diese Person weiterhin als Angestellte erwerbstätig, untersteht sie somit bereits ab einem AHV-pflichtigen Jahreslohn von gerundet 12'800 Franken (effektiv: 12'799.80 Fr.) der obligatorischen beruflichen Vorsorge. Die Eintrittsschwelle reduziert sich nämlich um den prozentualen Anteil ihres Teilrentenanspruchs an einer ganzen Rente, also um 40 Prozent, bzw. um 2/5. Desgleichen reduziert sich der Koordinationsabzug auf 14'931 Franken (= 60 % von aktuell 24'885 Fr.).

Wie bisher besteht bei einem Invaliditätsgrad ab einer Höhe von 70 Prozent Anrecht auf eine ganze Rente (s. neuer Art. 24a Abs. 3 BVG). Ein allfälliges Zusatzeinkommen im Rahmen der bloss geringen Resterwerbsfähigkeit bleibt gemäss Artikel 1j Absatz 1 Buchstabe d BVV 2 weiterhin von der obligatorischen beruflichen Vorsorge ausgenommen.

Hier sei daran erinnert, dass der mindestversicherte Lohn nach Artikel 8 Absatz 2 BVG weiterhin nicht herabgesetzt wird, entsprechend wird er in der Aufzählung von Artikel 4 nicht erwähnt. Tatsächlich soll die Definition eines mindestversicherten Lohns verhindern, dass es zu sehr kleinen obligatorisch versicherten Löhnen kommt. Eine Herabsetzung dieses Werts würde dieses Ziel verunmöglichen.

Artikel 15 Absatz 1

Die Übernahme des stufenlosen Rentensystems in der obligatorischen beruflichen Vorsorge (Art. 24a BVG) zieht eine Anpassung von Artikel 15 Absatz 1 BVV 2 nach sich. Bei Teilinvalidität wird das bisher angesparte Altersguthaben dem Rentenanspruch entsprechend in einen passiven Teil und einen aktiven Teil gesplittet. Der passive Teil wird nach Artikel 14 BVV 2 behandelt, der aktive Teil ist Bestandteil der Vorsorge des weiterhin erzielten Erwerbseinkommens. Diese Aufteilung des Altersguthabens muss im Zuge der Einführung des stufenlosen Rentensystems nun an die verfeinerte Invalidenrentenskala angepasst werden. Am Aufteilungsprinzip selbst ändert sich dabei nichts: Die Aufteilung von aktivem und passivem Altersguthaben erfolgt weiterhin nach Massgabe des jeweiligen Teilrentenanspruchs. Dem stufenlosen System entsprechend erfolgt das Splitting in Zukunft detaillierter und prozentgenauer.

So muss zum Beispiel bei einer versicherten Person, die einen Teilrentenanspruch von 37,5 Prozent hat – was bei einem IV-Grad von 45 Prozent der Fall ist (Art. 24a Abs. 4 BVG) – das Altersguthaben im Verhältnis 37,5 zur 62,5 aufgeteilt werden. Der 37,5 Prozent umfassende passive Teil des Altersguthabens wird (wie bis anhin) nach Artikel 14 BVV 2 behandelt. Der verbleibende aktive Teil des Altersguthabens in der Höhe von 62,5 Prozent wird im Falle der Fortsetzung der (Rest-)Erwerbstätigkeit als Bestandteil der Vorsorge weitergeführt, allerdings mit reduzierten Grenzbeträgen (vgl. Art. 4 BVV 2, wonach für die Versicherung des weiterhin erzielten Lohnes die Grenzbeträge – Eintrittsschwelle, Koordinationsabzug und oberer Grenzbetrag – angepasst werden). Andernfalls wird er bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses nach den Artikeln 3 - 5 des Bundesgesetzes vom 17. Dezember 1993¹²³ über die Freizügigkeit in der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge behandelt (Art. 15 Abs. 2 BVV 2).

¹²³ SR 831.42

4.6 Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung

Artikel 35

Versicherte Personen mit einem im Anhang der GgV-EDI (vgl. Kap. 4.9) aufgelisteten Geburtsgebrechen haben Anspruch auf Leistungen der OKP, wenn sie entweder die versicherungsmässigen Voraussetzungen der IV nicht erfüllen (Art. 6 und Art. 9 Abs. 3 IVG)¹²⁴ oder wenn sie das 20. Altersjahr vollendet haben. Allgemein gilt, dass die OKP bei Geburtsgebrechen, die nicht durch die IV gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit nach Massgabe des KVG übernimmt (Art. 27 KVG). Konkret werden folgende Leistungen von der OKP vergütet:

- die Kosten für die Leistungen zur Diagnose oder Behandlung eines Geburtsgebrechens und seiner Folgen nach den Artikeln 25 (Allgemeine Leistungen bei Krankheit), 25a (Pflegeleistungen bei Krankheit), 26 (Leistungen der medizinischen Prävention) sowie 31 (zahnärztliche Behandlungen) KVG; und
- die Arzneimittel, die auf der GG-SL nach Artikel 3^{sexies} E-IVV enthalten sind (Art. 52 Abs. 2 KVG in der revidierten Fassung).

Bei der Kostenübernahme sind die Bestimmungen des KVG massgebend, denn das KVG privilegiert die Geburtsgebrechen gemäss GgV-EDI gegenüber anderen Geburtsgebrechen und Krankheiten nicht (Art. 27 KVG). Dies gilt insbesondere für die Artikel 32 bis 34 KVG (Voraussetzungen und Umfang der Kostenübernahme) sowie die Artikel 43 bis 52a KVG (Tarife und Preise). Mit der Revision von Artikel 52 Absatz 2 KVG besteht grundsätzlich auch keine Sonderbestimmung mehr für Geburtsgebrechen. Der revidierte Artikel 52 Absatz 2 KVG hält in Bezug auf Arzneimittel fest, dass die OKP bei Geburtsgebrechen grundsätzlich auch Kosten der auf der GG-SL gelisteten Arzneimittel übernimmt. Bei Kindern kommt die OKP zum Zug, wenn eine versicherte Person die versicherungsmässigen Voraussetzungen der IV nicht erfüllt. Bei Erwachsenen kann es sich dabei sowohl um versicherte Personen handeln, die im Kindesalter von der IV medizinische Massnahmen vergütet erhielten, als auch um versicherte Personen, deren Behandlung des Geburtsgebrechens erst im Erwachsenenalter beginnt. Letzteres kann beispielsweise der Fall sein, wenn bis zum 20. Altersjahr keine Behandlung erforderlich war, das Geburtsgebrechen noch nicht als solches diagnostiziert worden ist oder aber im Kindesalter der betroffenen Person noch keine geeignete Therapiemöglichkeit (z.B. Arzneimittel) zur Verfügung stand. In allen Fällen richtet sich die Kostenübernahme der Leistungen nach Massgabe des Leistungsrechts der OKP, unabhängig davon, ob und gegebenenfalls welche medizinischen Massnahmen im Kindesalter der versicherten Person durch die IV vergütet worden sind. Namentlich können auch bezüglich Arzneimittel der GG-SL für Erwachsene spezifische Auflagen, Bedingungen und Limitierungen angezeigt sein (vgl. Ausführungen zu Art. 3^{sexies} Abs. 1 E-IVV und Art. 65 Abs. 1^{bis} E-KVV).

Die Leistungen, die vor Erreichen der Altersgrenze durch die IV vergütet werden, werden von der OKP nach Massgabe der Bestimmungen des KVG (und der dazugehörigen Verordnungen) übernommen. Gemäss Artikel 35 E-KVV sorgt das EDI dafür, dass die von der IV anerkannten medizinischen Massnahmen bei Geburtsgebrechen in die Listen und Erlasse zur Bezeichnung der Leistungen aufgenommen werden. Dies gilt insbesondere für alle Leistungen, die in abschliessend geführten Positivlisten aufgeführt sind, also namentlich für Analysen, Mittel und Gegenstände, Leistungen der medizinischen Prävention, Pflegeleistungen, zahnärztliche Leistungen (vgl. auch Art. 19a KLV) sowie Leistungen der nichtärztlichen Leistungserbringer. Da bei den Leistungen in den Positivlisten grundsätzlich das Antragsprinzip gilt, was bedeutet, dass das EDI grundsätzlich nur auf Antrag interessierter Personen eine Aufnahme in die Positivlisten prüft, sorgt das EDI im Rahmen der von der IV anerkannten Geburtsgebrechen von sich aus aktiv dafür, die Listen aktuell zu halten. Dieser Mehraufwand rechtfertigt sich mit dem Zweck der Harmonisierung IV und OKP. Im Bereich der Arzneimittel wird die Koordination dadurch sichergestellt, dass sowohl die IV als auch die OKP die Arzneimittel der SL sowie der

¹²⁴ Vgl. BGE 126 V 103, E. 3 und 4

GG-SL vergüten (vgl. Art. 3^{novies} E-IVV und Art. 52 Abs. 2 KVG). Bei den ärztlichen und chiropraktischen Leistungen wird im Rahmen der OKP grundsätzlich davon ausgegangen, dass sie die gesetzlichen WZW-Anforderungen erfüllen (sog. Vertrauensprinzip). Dies bedeutet, dass bisher von der IV übernommene ärztliche und chiropraktische Leistungen nach Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze von der OKP im Rahmen des Vertrauensprinzips grundsätzlich ebenfalls vergütet werden. Die Leistungen im Vertrauensprinzip können indes bestritten werden. Das heisst, die Akteure des Gesundheitswesens haben die Möglichkeit, die generelle Leistungspflicht infrage zu stellen und können das EDI bzw. BAG ersuchen abzuklären, ob die WZW-Kriterien erfüllt sind. Die Abklärungen resultieren in einem Entscheid des EDI, der festlegt, ob und unter welchen Voraussetzungen eine bisher im Vertrauensprinzip vergütete Leistung weiterhin zu Lasten der OKP vergütet wird. Aus Artikel 35 E-KVV können somit keine unmittelbaren Ansprüche auf Leistungen abgeleitet werden, aber die Koordination zwischen Krankenversicherung und IV soll gewährleistet werden. Somit ist Artikel 35 E-KVV Ausdruck dafür, dass ein möglichst lückenloser Übergang von der IV in die OKP angestrebt wird, die KVG-rechtlichen Bestimmungen aber massgebend bleiben (bspw. Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit, Kostenbeteiligung der Versicherten etc.).

Leistungspflicht der OKP für logopädische Massnahmen:

Im Rahmen der NFA wurden Logopädie und Psychomotorik dem (heil-)pädagogischen Kontext zugeordnet, der seit dem 1. Januar 2008 in die Zuständigkeit und Finanzierung der Kantone fällt. Die IV vergütet diese Leistungen damit seither nicht mehr (vgl. Art. 14 Abs. 3 IVG [ab 1.1.2022 geltende Fassung] resp. Art. 14 Abs. 1 Bst. a IVG [Fassung vor 1.1.2022]).

Die medizinische Logopädie wird aber nach Massgabe von Artikel 10 f. KLV durch die OKP vergütet. Seit dem 1. April 2020 wird auch die Behandlung von Schluckstörungen vergütet. Damit ist eine Leistungslücke bei der Behandlung von Kindern mit Geburtsgebrechen geschlossen worden, da die IV bei Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten seit dem 1. Januar 2008 keine logopädischen (wie auch psychomotorischen) Therapien mehr übernimmt.

Artikel 65 Absatz 1^{bis}

Kein Arzneimittel soll sowohl auf der SL als auch auf der GG-SL gelistet sein. Dies erscheint eine logische Folge der Formulierung des neuen Absatzes 5 von Artikel 14^{ter} IVG, der explizit festhält, dass nur Arzneimittel in die GG-SL aufgenommen werden, die nicht in der SL aufgeführt sind (vgl. auch Erläuterungen zu Artikel 3^{sexies} Absatz 2 E-IVV). Eine doppelte Listung führt potentiell zu Unklarheiten und ist ausserdem nicht nötig, weil es für Versicherte und Leistungserbringer keinen Unterschied macht, auf welcher Liste ein Arzneimittel gelistet ist (vgl. Erläuterungen zu Art. 3^{sexies} Abs. 1 E-IVV). Jedes Arzneimittel soll zudem nur in derjenigen Liste aufgeführt werden, deren Voraussetzungen es erfüllt. Erfüllt entsprechend ein Arzneimittel die Voraussetzungen für eine Aufnahme in die GG-SL gemäss Artikel 3^{sexies} Absatz 2 E-IVV, wird es nicht in die SL aufgenommen.

Da die OKP nebst den Arzneimitteln der SL grundsätzlich auch die auf der GG-SL aufgeführten Arzneimittel vergütet (revidierter Art. 52 Abs. 2 KVG), wird die bisherige GGML als allein für die OKP geltende Liste mit Arzneimitteln, welche den Versicherten der IV wegen ihres Geburtsgebrechens bis zu ihrem 20. Altersjahr vergütet worden sind und welche die Versicherten ab diesem Zeitpunkt weiterhin benötigen, zudem obsolet (vgl. Übergangsbestimmung Abs. 3 E-KVV).

Auch ist zu berücksichtigen, dass die GG-SL grundsätzlich sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen zur Anwendung kommt. Dies kann beispielsweise dazu führen, dass bei der Aufnahme in die SL oder die GG-SL unterschiedliche Limitierungen je nach Alter etc. (vgl. Art. 73 KVV) definiert werden. Im Rahmen der Aufnahme eines Arzneimittels auf die GG-SL müssen auch die WZW-Kriterien für die Anwendung des Arzneimittels bei Erwachsenen geprüft und entsprechende Bedingungen in die Limitierung gemäss Artikel 73 KVV aufgenommen werden. Auflagen und Bedingungen für die Behandlung von Erwachsenen können somit von denjenigen für Kinder abweichen.

Der neue Artikel 65 Absatz 1^{bis} E-KVV ist auch relevant bei Indikationserweiterungen und Indikationseinschränkungen bei Arzneimitteln zur Behandlung eines in der GgV-EDI (vgl. Kap. 4.9) aufgeführten Geburtsgebrechens.

Wird ein Gesuch um eine Indikationserweiterung nach Artikel 65f KVV gestellt, kann es sein, dass das Arzneimittel die Voraussetzungen für eine Listung in der GG-SL nach Artikel 3^{sexies} Absatz 2 E-IVV nicht mehr erfüllt. Dies ist namentlich dann der Fall, wenn die neue Indikation eine Behandlung eines Leidens beinhaltet, das kein Geburtsgebrecben ist. In diesem Fall wird im Rahmen des Entscheides über die Indikationserweiterung (Verfügung nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968¹²⁵ über das Verwaltungsverfahren [VwVG]) sowohl die Streichung des Arzneimittels aus der GG-SL wie auch die Aufnahme in die SL verfügt. Umgekehrt verbleibt ein bereits in der SL gelistetes Arzneimittel in der SL, wenn es um eine Indikation für ein Geburtsgebrecben erweitert wird, aber auch noch für weitere Indikationen vergütet wird, die keine Geburtsgebrecben darstellen.

Eine analoge Situation besteht, wenn ein Arzneimittel aufgrund einer Indikationseinschränkung neu ausschliesslich zur Behandlung eines von der IV anerkannten Geburtsgebrechens (Art. 3^{bis} Abs. 1 E-IVV) indiziert ist und dessen Anwendung überwiegend vor Vollendung des 20. Altersjahres beginnt. In einem solchen Fall sind die Voraussetzungen nach Artikel 3^{sexies} Absatz 2 E-IVV erfüllt. Im Rahmen des Entscheides über die Indikationseinschränkung (Verfügung nach Art. 5 VwVG) wird gleichzeitig die Streichung des Arzneimittels aus der SL wie auch die Aufnahme in die GG-SL verfügt.

Zu entsprechenden Verfügungen zur Umteilung eines Arzneimittels in die andere Liste (SL resp. GG-SL) kann es sodann auch kommen, wenn sich die Geburtsgebrecbenliste im Anhang der Verordnung des EDI über Geburtsgebrecben (GgV-EDI) ändert.

Übergangsbestimmung

Übergangsbestimmung Absatz 1

Für hängige Gesuche um Aufnahme in die SL von Arzneimitteln, die die Voraussetzungen für die Aufnahme in die GG-SL erfüllen, gilt Artikel 65 Absatz 1^{bis} E-KVV ab Inkrafttreten dieser Änderung. Demnach werden solche Arzneimittel nicht mehr in die SL aufgenommen.

Übergangsbestimmung Absatz 2

Heute sind in der SL wenige Arzneimittel aufgeführt, die ausschliesslich zur Behandlung eines von der IV anerkannten Geburtsgebrechens (Art. 3^{bis} Abs. 1 E-IVV) indiziert sind. In Umsetzung des neuen Artikels 65 Absatz 1^{bis} E-KVV sind die bisher in der SL geführten Arzneimittel, welche die Voraussetzungen für eine Aufnahme in die GG-SL nach Artikel 3^{sexies} E-IVV erfüllen, in die GG-SL zu überführen. Die Überführung der bisher in der SL gelisteten Arzneimittel in die GG-SL erfolgt im Rahmen der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre nach Artikel 65d KVV.

Die Überführung dieser Arzneimittel von der SL in die GG-SL ist mit keinen Nachteilen für die Zulassungsinhaberinnen, die versicherten Personen oder die Leistungserbringer verbunden, weil es rechtlich keinen Unterschied bedeutet, auf welcher Liste ein Arzneimittel gelistet ist (vgl. Erläuterungen zu Art. 3^{sexies} Abs. 1 E-IVV).

Übergangsbestimmung Absatz 3

Die OKP vergütet nebst den Arzneimitteln der SL auch die auf der GG-SL aufgeführten Arzneimittel (Art. 52 Abs. 2 revidiertes KVG). Die GGML als Liste der OKP für Arzneimittel, die den Versicherten der IV wegen ihres Geburtsgebrechens bis zu ihrem 20. Altersjahr vergütet worden sind und die die Versicherten ab diesem Zeitpunkt weiterhin benötigen, wird durch die Neuregelung obsolet (vgl. Ausführungen zu Art. 65 Abs. 1^{bis} E-KVV). Die Überführung der bisher in der GGML gelisteten Arzneimittel in die SL oder in die GG-SL erfolgt im Rahmen der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre nach Artikel 65d KVV, sofern die Aufnahmebedingungen nach Artikel 65 KVV erfüllt sind. Für die Arzneimittel der GGML wurden

¹²⁵ SR 172.021

bisher keine Preise festgelegt. Im Rahmen der Überführung in die GG-SL oder SL wird das BAG für diese Arzneimittel auch die Wirtschaftlichkeit beurteilen und Preise festlegen.

Vergütung von Diät-/Spezialnahrungsmitteln durch IV und OKP:

Die IV vergütet sowohl Spezialnahrungsmittel als auch Diätmittel. Im KSME finden sich verschiedene Listen, die zurzeit allerdings nicht mehr auf dem neusten Stand sind. Auf diesen Listen sind derzeit weder Preise für die einzelnen Produkte enthalten, noch existiert eine Kostenobergrenze pro Kind. Zukünftig sollen diese Listen aktualisiert werden.

Im Rahmen der OKP wurden Diätmittel bisher auf die GGML (ebenfalls ohne Festsetzung eines Preises) aufgenommen, obwohl Diätmittel im Gegensatz zu den sonst in der SL und GGML gelisteten Arzneimitteln keine Arzneimittel gemäss Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000¹²⁶ über Arzneimittel und Medizinprodukte (HMG) darstellen und nicht über eine Swiss-medoc-Zulassung verfügen. Bei Diätmitteln handelt es sich um Lebensmittel gemäss Bundesgesetz vom 20. Juni 2014¹²⁷ über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (LMG) (Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke, FSMP) oder Medizinprodukte gemäss HMG. Daher sind Diätmittel zukünftig nicht mehr in die Arzneimittellisten aufzunehmen. Die Vergütung von Diätmitteln durch die OKP bleibt jedoch grundsätzlich gewährleistet. Zu diesem Zweck werden die Diätmittel neu in der MiGeL geregelt, dies namentlich im Rahmen eines Verweises auf das KSME des BSV. Hierbei kommen grundsätzlich auch die Voraussetzungen der OKP (insb. die WZW-Kriterien) zur Anwendung. Beispielsweise werden eiweissarme Spezialnahrungsmittel nicht durch die OKP vergütet, weil erwachsene Personen in der Lage sind, eine ausgewogene Ernährung sicherzustellen, ohne auf eiweissarme Speziallebensmittel zurückgreifen zu müssen.

Sobald alle Arzneimittel der GGML rechtskräftig überprüft wurden und auch die Überführung der auf der GGML gelisteten Diätmittel in die MiGeL erfolgt ist, wird die GGML aufgehoben. Dies bedeutet, dass in einer Übergangsphase die GGML, die GG-SL sowie die SL geführt werden.

4.7 Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung

Artikel 22 Absatz 3^{ter}

Mit der WE IV wird eine Unfallversicherung von Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG (Unfallversicherung von Personen in Massnahmen der IV; UV IV) geschaffen. Die UV IV versichert Personen in Massnahmen der IV, die ein arbeitsvertragsähnliches Verhältnis nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung begründen. Bisher waren diese Personen nicht flächendeckend versichert. Für einzelne Situationen der Koordination zwischen Unfallversicherung und IV bestehen bereits Regelungen, die nun an die Bestimmungen des neuen Versicherungszweigs UV IV angepasst werden müssen. Artikel 22 Absatz 3^{bis} UVV regelt im geltenden Recht die Höhe des Taggeldes für Personen, die bis zum Unfall Anspruch auf ein Taggeld der IV hatten. Für Personen die UV IV versichert sind, wird ein spezieller Absatz 3^{ter} geschaffen.

Artikel 53 Absätze 1,3 und 4

Entsprechend dem neuen Artikel 45 Absatz 3^{bis} UVG wird die Liste der Auskunftspflichtigen um die IV-Stelle ergänzt.

Artikel 56

Mit der Einführung der Versicherung von Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG wird die IV Partei im Verfahren der Unfallversicherung und ihre Durchführungsstellen sind des-

¹²⁶ SR 812.21

¹²⁷ SR 817.0

halb zur Datenbekanntgabe verpflichtet. Der Umfang der Bekanntgabe wird in Artikel 56 präzisiert und die Liste der Betroffenen um die Durchführungsstellen der IV erweitert. Die Durchführungsstellen der IV sind in Artikel 53 Absatz 1 IVG definiert.

Artikel 72

Artikel 72 Absatz 1

Die Durchführungsstellen der IV treffen mit der neuen Versicherung von Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG neue Pflichten, weshalb sie über die Durchführung der Unfallversicherung ausreichend informiert sein müssen.

Artikel 72 Absatz 2

Mit dem Recht auf Information über die Durchführung der Unfallversicherung folgt für die Durchführungsstellen der IV auch die Pflicht, diese an Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG weiterzugeben und insbesondere über die Möglichkeit der Abredeversicherung zu informieren.

Achter Titel a: Unfallversicherung von Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c des Gesetzes

Für die neue Unfallversicherung von Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c des Gesetzes wird nach dem achten Titel zur Unfallversicherung von arbeitslosen Personen in der UVV ein eigener Titel geschaffen.

Artikel 132

Artikel 132 Absatz 1

Beginn und Ende der Versicherung ist bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die obligatorisch unfallversichert sind, im UVG in allgemeiner Weise geregelt. Für die Versicherung von Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG muss der Beginn und das Ende der Versicherung speziell geregelt werden.

Der Beginn der UV IV wird sinngemäss gleich der Regelung für obligatorisch versicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer festgelegt, indem auf den Beginn der Massnahme gleich einem beginnenden Arbeitsverhältnis abgestellt wird. Wenn eine Massnahme der IV formell verfügt wird, diese aber in keiner Weise angetreten werden kann, so entsteht der Unfallversicherungsschutz nicht. Für das Bestehen des Versicherungsschutzes von Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG muss die versicherte Person mindestens den ersten Schritt des Arbeitsweges zur Massnahme angetreten haben.

Artikel 132 Absatz 2

Das Ende des Versicherungsschutzes muss aufgrund der nahen Anbindung an die Massnahmen der IV für die UV IV abweichend geregelt werden.

Artikel 132a

Artikel 132a Absatz 1

Artikel 17 Absatz 4 UVG legt die Höhe des Taggeldes für versicherte Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG fest, die vor dem Unfall ein Taggeld der IV bezogen haben. Eine Regelung des versicherten Verdienstes ist nicht notwendig, weil das Gesetz abschliessend die Höhe des Taggeldes regelt.

Absatz 1 bestimmt den Nettobetrag des Taggeldes gemäss Artikel 17 Absatz 4 UVG mit dem Ziel, dass die versicherte Person aufgrund des Unfalls weder tiefere noch höhere Taggelder erhält als vor dem Unfall. Der Nettobetrag muss daher sowohl die Grundentschädigung nach Artikel 23 und 24^{ter} IVG sowie ein allfälliges Kindergeld nach Artikel 23^{bis} IVG enthalten. Nicht im Nettobetrag enthalten sind die Beiträge an die Sozialversicherungen nach Artikel 25 IVG.

Weitere Abzüge vom Taggeld der IV werden nicht gemacht. Beispielsweise werden die Abzüge für Unterkunft und Verpflegung nach Artikel 24^{bis} IVG sowie die Quellensteuer nicht berücksichtigt.

Artikel 132a Absatz 2

Artikel 132a Absatz 1 bestimmt den Nettobetrag des Taggeldes nach Artikel 17 Absatz 4 UVG. Absatz 2 konkretisiert, dass zu den Taggeldern der versicherten Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG das Kindergeld nach Artikel 23^{bis} IVG zu rechnen ist.

Artikel 132a Absatz 3

Für versicherte Personen, die weder einen Anspruch auf ein Taggeld der IV noch auf eine Rente der IV haben, bestimmt das Gesetz keinen versicherten Verdienst für die Berechnung der Taggelder der Unfallversicherung. Absatz 3 konkretisiert, dass die Berechnungsmodalitäten nach Artikel 23 Absatz 6 UVV, die für Praktikantinnen und Praktikanten, Volontärinnen und Volontäre sowie zur Abklärung der Berufswahl tätige Personen gelten, auch für Personen, die weder einen Anspruch auf ein Taggeld der IV noch auf eine Rente der IV haben anwendbar sind.

Artikel 132a Absatz 4

Für die UV IV wird keine Abstufung der Leistung anhand der Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person vorgesehen, wie dies in der Unfallversicherung für die obligatorisch versicherten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Fall ist (vgl. Art. 25 Abs. 3 UVV). Es besteht kein Anspruch auf das Taggeld der Unfallversicherung mehr, wenn die Massnahme der IV wiederaufgenommen wird. Wird die Massnahme der IV wiederaufgenommen, so entscheidet die IV über einen damit einhergehenden allfälligen Anspruch auf ein Taggeld der IV.

Die Unfallversicherung hat mit der zuständigen Durchführungsstelle der IV Rücksprache zu nehmen, um den Zeitpunkt zu bestimmen, in dem die Massnahme der IV wiederaufgenommen werden könnte. Der Zeitpunkt der möglichen Wiederaufnahme der Massnahme der IV ist ausschliesslich aus medizinischer Sicht und unabhängig von dem von der IV ursprünglich verfügbaren Massnahmeende zu bestimmen. Nachdem die Massnahme aus medizinischer Sicht wiederaufgenommen werden könnte, besteht ein allfälliger Anspruch auf Taggelder der Unfallversicherung nach der Gesetzgebung über die Unfallversicherung (vgl. Art. 88^{sexies} E-UVV), womit auch eine Anpassung der Taggelder der Unfallversicherung aufgrund einer Teilarbeitsfähigkeit nach Artikel 17 UVG möglich wird.

Artikel 132b

Artikel 132b Absatz 1

Artikel 132b E-UVV regelt die Bemessung der Renten für die gleichen Versichertenkreise wie in Artikel 132a E-UVV.

Für Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG, die ein Taggeld der IV beziehen, gilt für die Bemessung der Renten als versicherter Verdienst das Erwerbseinkommen, das die IV der Taggeldberechnung zugrunde gelegt hat.

Artikel 132b Absatz 2

Für Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG, die weder Anspruch auf ein Taggeld der IV noch auf eine Rente der IV haben, wird für die Bemessung der Renten wie bei der Bemessung der Taggelder in Artikel 132a Absatz 3 auf die Regelung zurückgegriffen, die für Praktikantinnen und Praktikanten, Volontärinnen und Volontäre sowie zur Abklärung der Berufswahl tätige Personen nach Artikel 23 Absatz 6 UVV gilt. Die Regelung wird speziell für den hier bestimmten Versichertenkreis mit dem Verweis auf einen Jahresverdienst anstelle eines Tagesverdienstes aufgenommen.

Artikel 132b Absatz 3

Für Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG, die eine Rente der IV beziehen, bestimmt Artikel 16 Absatz 5 UVG, dass sie keinen Anspruch auf ein Taggeld der Unfallversicherung haben, weshalb keine Regelung in Artikel 132a E-UVV aufgenommen ist. Es ist aber möglich, dass die Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG, die eine Rente der IV beziehen, anspruchsberechtigt für die übrigen Leistungen der Unfallversicherung sind. Absatz 3 regelt die Bemessung der Rente für diesen Versichertenkreis im Grundsatz nach der Regelung wie für Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG, die weder Anspruch auf ein Taggeld der IV noch auf eine Rente der IV haben. Dabei wird der errechnete Betrag um den Prozentsatz der Rente der IV gekürzt, da letzterer bereits durch die Rente der IV abgegolten ist.

Beispiel:

Eine versicherte Person, die jünger als 20 Jahre alt ist, erhält eine Rente der IV mit einem IV-Grad von 40 Prozent, begibt sich in eine Massnahme der IV, in der sie in einem arbeitsvertragsähnlichen Verhältnis steht, und verunfallt mit Invaliditätsfolge. Die Unfallversicherung würde einen Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung grundsätzlich anerkennen und nach Artikel 132b Absatz 3 die Rentenberechnung vornehmen. Der versicherten Person würden von den 10 Prozent von 148'200 Franken (Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nach Artikel 22 Absatz 1 UVV), also von den 14'820 Franken, 40 Prozent (IV-Grad) abgezogen. Das heisst der versicherten Person bliebe eine Invalidenrente der Unfallversicherung in der Höhe von 8'892 Franken (14'820 – [40% von 14'820]).

Artikel 132c

Artikel 132c Absatz 1

In der Versicherung von Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG sind verschiedene Versichertenkreise auszumachen, die sich auch in der Prämienberechnung unterschiedlich niederschlagen, wobei auf einzeln verfügte Prämienätze verzichtet wird.

Für Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG wird als Basis der Prämienberechnung auf die jeweiligen Grundlagen in der Bemessung der Taggelder beziehungsweise Renten zurückgegriffen.

Artikel 132c Absatz 2

Die versicherten Personen werden nicht an der Prämie für die obligatorische Versicherung von Nichtberufsunfällen beteiligt. Für die Berechnung der Prämienanteile für versicherte Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG würde der administrative Aufwand seitens IV in keinem Verhältnis zu den Einnahmen bzw. Einsparnissen stehen.

Artikel 132c Absatz 3

Die Risikoerfahrung kann in die Prämienberechnung einfließen, wobei beide Parteien zum Antrag auf Änderung der Prämienätze berechtigt sind. Diese Lösung entspricht dem Verfahren in der Unfallversicherung von arbeitslosen Personen (UVAL).

Artikel 132c Absatz 4

Eine Änderung der Prämienätze bedarf der neuen Budgetierung der dem Subventionsgesetz unterliegenden Geldern, weshalb eine Vorlaufzeit auf die Verfügung notwendig ist. Diese Lösung entspricht dem Verfahren in der UVAL.

Artikel 132c Absatz 5

Die IV wird in Artikel 66a Absatz 3 IVG verpflichtet, der Suva die zur Risikoanalyse erforderlichen Personendaten in anonymisierter Weise zur Verfügung zu stellen. Die Suva ihrerseits hat darüber eine Risikostatistik zu führen, die als Risikoerfahrung in die Berechnung der Prämien einfließen kann (vgl. Absatz 3). Diese Lösung entspricht dem Verfahren in der UVAL.

4.8 Verordnung vom 31. August 1983 über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung

Artikel 120a

Der neue Artikel 120a AVIV regelt das Verfahren zur Abrechnung der Taggelder – einschliesslich der Sozialversicherungsbeiträge und der Kosten für die arbeitsmarktlichen Massnahmen – zulasten der IV gemäss Artikel 94a AVIG.

Artikel 120a Absatz 1

Nach Absatz 1 macht die Arbeitslosenversicherung durch ihre Ausgleichsstelle ihren Vergütungsanspruch jeweils bis Ende Januar des Folgejahres anhand einer jährlichen Abrechnung zulasten des IV-Ausgleichsfonds bei der ZAS geltend.

Artikel 120a Absatz 2

Die Abrechnung muss eine detaillierte Auflistung der Fälle enthalten und mindestens Angaben über den zu vergütenden Betrag, die AHV-Nummer, die Anzahl ausbezahlter Taggelder, die Sozialversicherungsbeiträge und die Kosten allfälliger arbeitsmarktlicher Massnahmen umfassen, um sie mit den Daten aufgehobener oder herabgesetzter Invalidenrenten abgleichen zu können.

Artikel 120a Absatz 3

Die Ausgleichsstelle der Arbeitslosenversicherung übermittelt dem BSV jeweils mindestens zeitgleich mit dem Versand an die ZAS eine Kopie der Abrechnung gemäss Absatz 1.

Artikel 120a Absatz 4

Die ZAS prüft die von der Ausgleichsstelle der Arbeitslosenversicherung übermittelte, detaillierte Abrechnung und vergütet die Leistungen. Die Vergütung wird über ein neues Konto im IV-Ausgleichsfonds verbucht.

4.9 Verordnung vom 3. März 1997 über die obligatorische berufliche Vorsorge von arbeitslosen Personen

Artikel 3 Absatz 1

Diese Änderung entspricht der Änderung von Artikel 4 BVV 2 (vgl. Kap. 4.5). So ist auch für den Fall der Teilinvalidität von arbeitslosen Personen vorgesehen, dass die Tagesgrenzbeträge der obligatorischen beruflichen Vorsorge in der Arbeitslosenversicherung nach Massgabe der neuen Rentenskala herabgesetzt werden. Die Kürzung der Grenzwerte (Eintrittsschwelle, Koordinationsabzug und oberer Grenzbetrag) entspricht wie bis anhin dem jeweiligen (Teil-)Rentenanspruch. Der (Teil-)Rentenanspruch wird jedoch – der progredienten Rentenabstufung gemäss – neu seinem prozentualen Anteil an einer ganzen Rente entsprechend ermittelt. Damit entfallen auch in der obligatorischen beruflichen Vorsorge von arbeitslosen Personen, die teilinvalid sind, in Zukunft Stufeneffekte.

Bei einer arbeitslosen Person, die über einen Rentenanspruch von 55 Prozent verfügt, wird der zur Ermittlung des koordinierten Tageslohns relevante Koordinationsabzug (vom Tageslohn) von aktuell 96.35 Franken (Jahr 2021) um 55 Prozent auf gerundet 43.35 Franken reduziert. Auch die Eintrittsschwelle (minimaler Tageslohn) sinkt von gegenwärtig 82.60 Franken (Jahr 2021) um 55 Prozent auf gerundet 37.15 Franken. Der minimale koordinierte Tageslohn von aktuell 13.75 Franken (Jahr 2021) bleibt auf jeden Fall gewahrt. Damit wird verhindert, dass zu kleine Tageslöhne obligatorisch versichert werden.

5. Finanzielle und personelle Auswirkungen

Im Folgenden wird dargestellt, inwieweit die finanziellen und personellen Auswirkungen der Vorlage zu den Ausführungsbestimmungen der WE IV von den Auswirkungen abweichen, die im Zusammenhang mit der Vorlage zur WE IV (Gesetzesrevision) ausgewiesen worden sind.¹²⁸

5.1 Auswirkungen auf den Bund

a) Finanzielle Auswirkungen

Aufgrund der Entkoppelung des Bundesanteils von den Ausgaben der IV haben Mehr- und Minderausgaben der Versicherung für den Bund keine finanziellen Folgen.

¹²⁸ Für die Auswirkungen auf die IV vgl. BSV (2020): *Finanzielle Auswirkungen (Weiterentwicklung der IV) im Jahr 2030*. Kann abgerufen werden unter: <https://www.parlament.ch/centers/documents/de/finanzielle-auswirkungen-weiterentwicklung-iv-2030-d.pdf>

Individuelle Prämienverbilligungen

Der Bund gewährt den Kantonen im Bereich der OKP jährlich einen Beitrag an die individuelle Prämienverbilligung in der Höhe von 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP (Art. 66 Abs. 2 KVG). Mit dieser Vorlage werden die Einsparungen des Bundes beim Beitrag an die individuellen Prämienverbilligungen geringer ausfallen als bisher angenommen und nun weniger als 1 Million Franken betragen. Dies deshalb, weil bei der OKP die vorgesehenen Einsparungen weniger hoch als bisher angenommen ausfallen und noch 9 Millionen Franken betragen werden (vgl. Kap. 5.3.).

Ausserparlamentarische Kommission zur Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung

Die vom Parlament neu geschaffene ausserparlamentarische Kommission zur Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung soll beim EDI, und die für die Betreuung der Geschäfte vorgesehene Fachstelle (Sekretariat, Art. 8^{bis} RVOV) soll beim BSV angesiedelt werden. Entsprechend wird das BSV für die Finanzierung dieser ausserparlamentarischen Kommission zuständig sein (Art. 8e Abs. 2 Bst. j und k RVOV). Die damit verbunden finanziellen Auswirkungen hat der Bundesrat am 12. Mai 2021 gutgeheissen; die personellen Ressourcen hat der Bundesrat im Rahmen der Gesamtschau Ressourcen im Personalbereich 2021 genehmigt.

b) Personelle Auswirkungen

Für die Umsetzung der WE IV sind in der Bundesverwaltung personelle Ressourcen notwendig. Die nachstehende Tabelle zeigt den Gesamtstellenbedarf im Überblick; die entsprechenden Mittel sind bereits vom Bundesrat im Rahmen der Gesamtbeurteilung Ressourcen im Personalbereich genehmigt worden und im Voranschlag sowie in den Finanzplänen eingestellt.

	2021	2022	2023	2024	2025	Durch IV-Fonds finanziert
BSV ¹²⁹	3	6,3 ¹³⁰	6,3	6,3	6,3	Ja
ZAS ¹³¹	-	2	2	2	2	Ja
Ausserparlamentarische Kommission zur Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (BSV)	-	5	5	5	4	Nein
Kompetenzzentrum Arzneimittel (BAG)	-	4	4	4	3	Ja
Total Mehrbedarf VZÄ	3	17,3	17,3	17,3	15,3	

Die Inkraftsetzung bzw. die Verabschiedung der Ausführungsbestimmungen gemäss aktueller Vorlage haben keine darüberhinausgehenden personellen Auswirkungen auf den Bund. Spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten der WE IV ist der Bedarf in Bezug auf die befristeten Stellen zu evaluieren und zu prüfen, ob die Stellen integral oder zum Teil weiter benötigt werden oder nicht oder gar in unbefristete Stellen umzuwandeln sind.

¹²⁹ Bereits in der Botschaft zur WE IV ausgewiesen (BBI 2017 2690)

¹³⁰ 3,6 FTE von den 6,3 Stellen sind befristet

¹³¹ Bereits in der Botschaft zur WE IV ausgewiesen (BBI 2017 2690)

5.2 Auswirkungen auf die IV

a) Massnahmen der Weiterentwicklung der IV

Auswirkungen im Überblick

Die WE IV soll insgesamt kostenneutral ausfallen. Die Beschlüsse des Parlaments werden im Jahr 2030 voraussichtlich Einsparungen von rund 3 Millionen Franken zur Folge haben (Stand Finanzhaushalt 2021). Aufgrund der Verordnungsanpassungen wird sich diesbezüglich nur wenig ändern: Die Abweichungen beschränken sich auf den Bereich der medizinischen Massnahmen und auf das Rentensystem. Zusätzlich werden die Änderungen ohne Bezug zur WE IV (Assistenzbeitrag) finanzielle Auswirkungen haben. Wie aus der nachstehenden tabellari-schen Übersicht hervorgeht, ergeben sich unter Berücksichtigung der geplanten Massnahmen auf Verordnungsstufe im Jahr 2030 Einsparungen von rund 4 Millionen Franken.

Tabelle: Finanzielle Auswirkungen auf die IV im Jahr 2030

In Millionen Franken zu Preisen von 2021

	Stand Be- schluss des Parlaments vom 19.6.2020	Abweichun- gen auf- grund Ver- ordnungsan- passungen	Total Aus- wirkungen
Medizinische Massnahmen	21	-21	0
Rentensystem	3	9	12
Übrige Massnahmen	-27	0	-27
Total WE IV	-3	-12	-15
Massnahmen ohne Bezug zur WE IV	0	11	11
Total alle Massnahmen	-3	-1	-4

Nachstehend werden die Abweichungen aufgrund der Verordnungsanpassungen näher erläu-tert:

Medizinische Massnahmen

Nach der Verabschiedung der Gesetzesrevision durch das Parlament am 19. Juni 2020 war im Bereich der medizinischen Massnahmen mit Mehrkosten in der Höhe von 21 Millionen Fran-ken zu rechnen. Dieser Betrag setzt sich zusammen aus den Anpassungen im Bereich der Geburtsgebrechen in der Höhe von 56 Millionen Franken (davon rund 40 Mio. Fr. für die Ak-tualisierung der Geburtsgebrechen-Liste), den Mehrkosten von 5 Millionen Franken im Bereich der medizinischen Eingliederungsmassnahmen und Einsparungen von rund 40 Millionen Fran-ken aufgrund der Stärkung von Steuerung und Fallführung. Aufgrund der Anpassungen auf Verordnungsebene wird dieser Betrag um 21 Millionen Franken tiefer ausfallen. Dies aus den folgenden Gründen:

- Die Aktualisierung der Geburtsgebrechen-Liste (für Details vgl. Vorlage zur GgV-EDI¹³²) wird zu geringeren Mehrkosten bei der IV führen als ursprünglich ausgewiesen. Die Mehrkosten werden anstelle der oben erwähnten rund 40 Millionen Franken nur noch 18 Millio-nen Franken betragen, was einer Entlastung von 22 Millionen Franken entspricht. Dabei handelt es sich um eine Schätzung, da statistische Daten zum Teil fehlen.
- Bei den medizinischen Eingliederungsmassnahmen wurde aufgrund der Erhöhung der Al-tersgrenze wie erwähnt bisher mit Mehrkosten in der Höhe von 5 Millionen Franken ge-rechnet. Aufgrund der geplanten Präzisierung auf Verordnungsstufe bei der Geltendma-chung des Anspruchs auf diese Massnahme wird es möglich sein, diese 5 Millionen Fran-ken zu kompensieren. Daraus ergibt sich gegenüber dem Beschluss des Parlaments eine Entlastung von 5 Millionen Franken.
- Die Einführung eines vom IV-Ausgleichsfonds finanzierten Kompetenzzentrums Arzneimit-tel wird Mehrkosten von etwas mehr als einer halben Million Franken zur Folge haben.

¹³² Kann abgerufen werden unter: www.bsv.admin.ch

- Die Einführung der Fallführung bei den medizinischen Massnahmen bedingt die Aufstockung des Stellenbestands bei den IV-Stellen um 30 VZÄ. Dies hat Mehrkosten von rund 5 Millionen Franken zur Folge.

Rentensystem

Mit der Einführung des stufenlosen Rentensystems sollen die Regelungen zur Invaliditätsbemessung umfassend überarbeitet werden. Mit der konsequenten Parallelisierung bei den Unselbständigerwerbenden und der Anrechnung eines Aufgabenbereiches bei allen Teilerwerbstätigen sind leicht höhere Renten zu erwarten. Die Berücksichtigung eines Berufsbildungsabschlusses nach BBG bei der Festlegung des Einkommens ohne Invalidität, der Wegfall der Möglichkeit einer Parallelisierung bei den Selbständigerwerbenden und der neue Teilzeitabzug anstelle des bisherigen leidensbedingten Abzuges dürften dagegen zu einer leichten Senkung der Renten führen. Die Höhe der finanziellen Auswirkungen in diesem Zusammenhang lassen sich nicht genau beziffern. Die beiden Werte dürften sich allerdings in etwa die Waage halten.

Der Wegfall der Altersstufen beim Medianlohn für die Geburts- und Frühinvaliden wird bei den Neurenten zu jährlichen Mehrkosten für die IV in der Höhe von gut 1 Million Franken führen. Hinzu kommen Kosten für die Überführung der laufenden Renten von schätzungsweise 6 Millionen Franken im Jahr der Umstellung, sinkend um je 1 Million in den Folgejahren. Die jährlichen Mehrkosten aus Neurenten und dem überführten Rentenbestand werden 7 Millionen Franken betragen.

Die konsequente Berücksichtigung der leidensbedingten Einschränkungen im Rahmen der Festlegung der funktionellen Leistungsfähigkeit wird zu einem Mehraufwand für den RAD führen. In diesem Zusammenhang werden deshalb zehn bis zwölf VZÄ nötig werden, was zu leichten Mehrkosten in der Höhe von rund 2 Millionen Franken pro Jahr führen wird.

Die Verordnungsänderungen im Bereich des Rentensystems ergeben somit gegenüber dem Beschluss des Parlaments Mehrkosten in der Höhe von 9 Millionen Franken.

b) Massnahmen ohne Bezug zur Weiterentwicklung der IV

Verwaltungskosten

Die Anpassungen im Bereich der Verwaltungskosten werden keine finanziellen Auswirkungen haben.

Assistenzbeitrag

Die Kosten der Erhöhung der Nachtpauschale werden 10 Millionen Franken betragen, und die Flexibilisierung der Beratungsleistungen wird rund 1 Million Franken im Jahr kosten.

Reisekosten

Die Anpassungen im Bereich der Reisekosten werden zu geringfügigen Mehrkosten führen.

5.3 Auswirkungen auf andere Sozialversicherungen

Die Einsparungen bei der OKP werden geringer ausfallen als bisher angenommen und rund 9 Millionen Franken betragen. Dies hat mehrere Gründe: Da die Arbeiten zur Aktualisierung der Geburtsgebrechen-Liste erst im Hinblick auf diese Vorlage erfolgt sind, wurde erst jetzt deutlich, dass ein Teil der Einsparungen nicht bei der OKP, sondern bei den Kantonen anfallen wird. Zudem haben die in dieser Vorlage vorgesehenen Regelungen bei der Geburtsgebrechen-Liste und den medizinischen Eingliederungsmassnahmen geringere Einsparungen bei der OKP zur Folge.

Für die EL werden die geplanten Anpassungen bei der Invaliditätsbemessung bei Frühinvaliden Einsparungen in der Höhe von rund 3 Millionen Franken zur Folge haben.

5.4 Auswirkungen auf Kantone

Die Auswirkungen der Aktualisierung der Geburtsgebrechen-Liste wurden in der Botschaft zur WE IV nicht aufgezeigt, da die diesbezüglichen Arbeiten noch ausstehend waren. Weil sich die Kantone zu 55 Prozent an den Kosten für stationäre Massnahmen beteiligen, werden sich infolge der vorgeschlagenen Anpassung der Geburtsgebrechen-Liste Einsparungen für die Kantone von rund 9 Millionen Franken pro Jahr ergeben.

5.5 Auswirkungen auf die Wirtschaft

Die auf Gesetzesstufe beschlossenen und in den vorliegenden Verordnungen konkretisierten Massnahmen werden für die Unternehmen und Betriebe keine Auswirkungen haben oder administrative und finanzielle Erleichterungen mit sich bringen. Die Vorlage hat weder für bestimmte Branchen besondere Auswirkungen noch schafft sie neue oder stärkere Handlungspflichten für Unternehmen. Es werden keine Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft erwartet.