



Corinne Zbären
041 369 08 09
corinne.zbaeren@ivsk.ch

Herr
Yves Rossier
Direktor
Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
3003 Bern

15. Oktober 2009

Vernehmlassungsantwort der IV-Stellen-Konferenz 6. IVG-Revision, erstes Massnahmenpaket

- | | | |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> zur Information
pour information
per informazione | <input type="checkbox"/> zur Stellungnahme
pour prise de position
per presa di posizione | <input type="checkbox"/> Mit Bitte um Rückruf
Prière de rappeler
Prego telefonare |
| <input type="checkbox"/> zu Ihren Akten
pour vos dossiers
per il vostro incarto | <input type="checkbox"/> zur Genehmigung
pour approbation
per approvazione | <input type="checkbox"/> bitte zurückgeben
à nous renvoyer s.v.p.
prego ritornare |
| <input type="checkbox"/> auf Ihren Wunsch
selon votre demande
a vostra richiesta | <input type="checkbox"/> zur Erledigung
pour exécution
da risolvere | <input type="checkbox"/> mit bestem Dank zurück
en retour: merci
di ritorno |
| <input type="checkbox"/> gemäss Besprechung
selon entretien
come inteso | <input type="checkbox"/> zur Unterschrift/Visum
pour signature/visa
per la firma/visto | <input type="checkbox"/> Irrläufer
Erreur d'acheminement
Ricevuto per errore |
| <input type="checkbox"/> | | |

Bemerkungen

Freundliche Grüsse

IV-Stellen-Konferenz (IVSK)
Geschäftsstelle IVSK

Corinne Zbären-Lutz
Geschäftsführerin



KOPIE

Corinne Zbären
041 369 08 09
corinne.zbaeren@ivsk.ch

Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
3003 Bern

15. Oktober 2009

Vernehmlassungsverfahren 6. IVG-Revision, erstes Massnahmenpaket

Sehr geehrter Herr Bundesrat Couchepin
Sehr geehrte Damen und Herren

Am 17. Juni 2009 haben Sie die Verbände, Parteien und interessierte Gruppierungen dazu eingeladen, bis 15. Oktober 2009 Stellung zu nehmen.

Die Bemerkungen der IV-Stellen-Konferenz (IVSK) beschränken sich daher auf Bestimmungen betreffend *Umsetzung*. Die IVSK kommentiert daher nur diese Bestimmungen.

I. Allgemeine Bemerkungen zur Vorlage

Die Revision will einerseits die Möglichkeiten zur Eingliederung von Rentenbezüglern verbessern und andererseits den Finanzierungsmodus anpassen. Gleichzeitig werden der Assistenzbeitrag sowie Änderungen im Bereich Hilfsmittel vorgeschlagen.

Die 6. IVG-Revision, erstes Massnahmenpaket, hat den Verdienst, dass sie gezielt die Wiedereingliederung von Rentnern resp. den Rentenbestand angeht und dort konkrete Vorschläge wie einen erweiterten Leistungskatalog unterbreitet. Das ist erfreulich und richtig. Die IVSK begrüsst, jede Möglichkeit die berufliche Integration behinderter Menschen zu verbessern. Die IVSK warnt jedoch aus drei Gründen vor zu grossen Erwartungen.

Es ist *erstens* zu bemerken, dass eine Wiedereingliederung von IV-Rentnern schwieriger sein wird, je länger eine Person aus dem Erwerbsprozess heraus ist und ihr Leben nach dem Rentenbezug resp. mit Bezug eines Ersatzeinkommens gestaltet hat. Die Erfahrung zeigt, dass die meisten IV-Rentner von den Einschränkungen überzeugt sind, welche ihnen von der Ärzteschaft attestiert werden oder dass sie sich subjektiv noch stärker eingeschränkt fühlen. Grundsätzlich lässt sich jemand nicht eingliedern, der nicht von seiner Erwerbsfähigkeit überzeugt ist. Eine Wiedereingliederung von IV-Rentnern erfordert eine umfassende Begleitung und ist deshalb aufwendig. Es ist enge personelle Betreuung und umfassende Information nötig.

Solange aber *zweitens* bestimmte Schwelleneffekte bestehen, ist es schwierig Rentenbezüglern einzugliedern. Die IVSK möchte daher zu bedenken geben, dass die Invalidenversicherung (IV) resp. mit Änderungen des IVG allein, die Wiedereingliederung von IV-Rentnern nicht bewerkstelligt

werden kann. Viele Bemühungen werden scheitern, wenn sie die stabile und sichere Lebenslage, in der sich der Rentner zumindest finanziell befindet, nicht genügend beachten. In Praxis der Versicherer und in der Literatur sind die Fehlanreize resp. die mangelnden Anreize mehrfach ausführlich beschrieben worden (statt vieler: Monika Bütler/Katja Gentinetta, Die IV – eine Krankengeschichte, Avenir Suisse 2007, Verlag NZZ, S. 185ff, 221ff).

Die IVSK meint damit die problematische Situation, dass eine Wiedereingliederung unter dem Strich für die versicherte Person zu *weniger verfügbarem Einkommen* führen kann. Es genügt oft schon die Befürchtung darüber. Die angestrebte Reduktion der Rente ist nämlich beim einzelnen Rentner nicht nur mit dem Verlust der 300 bis 500 Franken pro reduzierten Viertel der IV-Rente gleichzusetzen. Das Ziel der Herabsetzung oder Aufhebung der IV-Rente kann im schweizerischen System der Sozialen Sicherheit nicht isoliert betrachtet und angegangen werden.

Denn bei einer Herabsetzung der IV-Rente fällt unter Umständen viel mehr weg: Es wird auch die IV-Rente der 2. Säule reduziert oder wegfallen; bei einer Aufhebung der IV-Rente fallen die IV-Kinderzusatzrenten oder Ergänzungsleistungen (EL) weg. Es sind auch nicht nur der Verlust von klassischem Renteneinkommen, sondern auch der Verlust von Einkommen aus 3. Säule und Lebensversicherung sowie Verlust von Vergünstigungen wie Prämienverbilligung und so genannte Sozialtarife bei bestimmten Institutionen sowie der Wegfall steuerlicher Vorteile zu berücksichtigen.

Diese können nicht ausgeblendet werden, da sie resp. deren Wegfall die Motivation der versicherten Person massgeblich mitbeeinflussen. Unseres Erachtens ist diese Gesamtschau *aus der Perspektive der versicherten Person* ungenügend gemacht worden. Die monetären Risiken durch eine reduzierte oder aufgehobene Rente und durch den Verlust anderer damit verbundener Leistungen bestehen aus der Optik der Versicherten in grossem Masse und werden also die Motivationslage entscheidend beeinflussen. Entsprechend schwieriger wird die Begleitungsarbeit der IV-Stellen als Durchführungsstellen zusätzlich zu den bereits oben genannten Restriktionen. Dies ist bei der Abschätzung des Effektes der Revision in Betracht zu ziehen.

Bei der *Perspektive des Arbeitgebers* hingegen sind die Hindernisse teilweise angegangen worden. Ungeregelt ist aber weiterhin unter anderem die Frage der Haftpflicht, obwohl das Problem schon mehrfach aufgetaucht ist. Die IV-Stellen haben das Bundesamt schon darauf hingewiesen. Die Bemerkungen der IVSK dazu finden Sie direkt beim betreffenden Artikel. Hier muss die Vorlage nachgebessert werden.

Die IVSK warnt schliesslich auch aus einem *dritten* Grund vor zu hohen Erwartungen. Menschen, die in der Vergangenheit berentet wurden, wurden dies, weil sie die gesetzlichen Voraussetzungen dafür erfüllten. Die Erfahrung und die Zahlen zeigen, dass es sehr schwierig ist, im Rahmen von ordentlichen Rentenrevisionen den Invaliditätsgrad zu senken (Statistik: ca. 3 % Herabsetzungen oder 6 % Aufhebungen).

Die IV-Stellen können auch keine Arbeitsplätze schaffen. Es ist die Wirtschaft, die Arbeitsplätze schafft. Die diesbezüglichen Herausforderungen an die Integrationsfachleute der IV-Stellen werden jedoch gerade in wirtschaftlich schwierigen Zeiten nicht weniger. Die IV-Stellen stehen gleichzeitig vermehrt in Konkurrenz zu Vermittlungsaktivitäten von Arbeitsmarkt- und Sozialhilfebehörden sowie zu privaten Eingliederungsorganisationen. Es besteht sozusagen eine interinstitutionelle Konkurrenzsituation bei den Eingliederungsbemühungen. Dies wird die Umsetzung der Gesetzesrevision notabene für IV-Rentner, die viele Jahre vom Arbeitsmarkt abstinent waren, auch bei einer guten Vorbereitung, sehr schwierig machen.

Der Bundesrat schlägt zusammen mit den Änderungen des IVG relativ viele Verordnungsänderungen vor, die einerseits nicht konkretisiert sind und andererseits überhaupt erst verabschiedet werden müssen. Die IVSK geht davon aus, dass die Vorbereitung und die Akzeptanz – insbesondere für dem Bundesrat von anderen Ämtern oder gar Departementen vorzuschlagende Verordnungsänderungen (UVG, KVG, BVG) – so weit fortgeschritten sind, dass zum gegebenen Zeitpunkt keine Widerstände und damit zeitliche Verzögerungen bei der Umsetzung eintreten werden.

Personalbedarf für die Umsetzung

Persönliche Beratung als Dienstleistung unterscheidet sich von üblichen Leistungszusprachen sowohl in Bezug auf das benötigte Personal in den IV-Stellen als auch bezogen auf die Dauer. Der Bundesrat schlägt mit der Wiedereingliederung von Rentenbezüglern (Art. 8a), Neubemessung des Invaliditätsgrades (Art. 32), Anspruch bei erneuter Arbeitsunfähigkeit (Art. 33), der Revision bestehender Renten (gemäss Schlussbestimmungen) und dem Assistenzbeitrag (Art. 42^{quater}) verschiedene Massnahmen resp. Leistungen vor, die in der Umsetzung in der Praxis durch die IV-Stelle einen sehr hohen Personalbedarf haben werden, weil es sich entweder um sehr komplexe und umstrittenen Fälle handelt (Abklärungs- und Betreuungsaufwand) oder aber die Leistung selber individuell im Einzelfall festzusetzen ist.

IV-Stelle für Versicherte im Ausland

Es wurde nicht überall auf die rechtlichen und organisatorischen Besonderheiten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland Rücksicht genommen (Art. 8a, 32, 33 und Schlussbestimmung). Die IVSK reicht an der jeweiligen Stelle namens der IV-Stelle für Versicherte im Ausland die entsprechenden Anträge ein.

II. Bemerkungen zu den einzelnen Artikeln

Art. 8a (neu) Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezüglern

Abs. 1

Während die eingliederungsorientierte Rentenrevision d.h. das Prüfen der Möglichkeiten zur Herabsetzung oder Aufhebung schon heute de lege lata möglich sind, schlägt der Bundesrat de lege ferenda mit Art. 8a nach unserem Verständnis eine *Vorstufe* vor.

Darin liegt die eigentliche Neuerung. Es soll nicht nur geprüft werden, ob ein Revisionsgrund vorliegt (wie bisher), sondern es soll geprüft werden, ob mit Massnahmen zur Wiedereingliederung ein Revisionsgrund überhaupt erst gesetzt werden kann.

Insoweit diese Bestimmung also eine Abweichung von Art. 17 ATSG darstellt, ist dies im Gesetzestext aufgrund der mit Inkrafttreten des ATSG im 2003 institutionalisierten Verweistechnik in der Rechtsetzung zwischen ATSG und Spezialgesetzen entsprechend mit der gängigen Formel "... in Abweichung von Art. xx ATSG ..." zu kennzeichnen.

Der erläuternde Bericht geht auf Seite 42 von einem Personalbedarf von anfänglich 157 (2012), aufsteigend auf 304 (2014) und wieder sinkend auf 44 (2018) Stellen aus. Die IVSK möchte beliebt machen, dass die Ressourcen rechtzeitig vor dem Inkrafttreten zur Verfügung gestellt werden, da die Rekrutierung und Ausbildung solcher Fachkräfte eine längere Vorlaufzeit brauchen.

Abs. 2

Diese Aufzählung hinterlässt einen zwiespältigen Eindruck. Man erkennt, dass der Bundesrat bemüht ist, die Möglichkeiten gebündelt aus Sicht der angestrebten Wiedereingliederung von Rentenbezüglern darzustellen. Gesetzestechisch werden dadurch jedoch Inhalte aufgezählt, die auf der einen Seite materiell gar keine Änderung oder Neuerung darstellen (lit. a., b., c. und f.) und auf der anderen Seite solche, die es sind (lit. d. und e.). Das "namentlich" lässt erkennen, dass die Aufzählung als nicht abschliessend zu verstehen ist.

Hinweis zum französischen Gesetzestext

Im französischen Text befindet sich kein Hinweis auf eine nicht-abschliessende Aufzählung wie etwa mit "notamment" oder ähnlich. Im Hinblick auf die Auslegung ist eine Parallelität der Texte herzustellen, weil sonst Schwierigkeiten (Auslegung!) vorprogrammiert sind. Denn die Auslegungsregel, wonach dem Text der Vorzug gegeben wird, der den wahren Sinn wiedergibt,

würde ja nicht weiterhelfen (Häfelin/Haller/Keller, Schweizerisches Bundesstaatsrecht, N 95, Zürich/Basel/Genf 2008)

Für die IVSK ist nicht klar, was mit dieser Namentlich-Aufzählung gewonnen werden soll. Nach Ansicht der IVSK würde es genügen, in Abs. 2 zu regeln, dass IV-Rentner Anspruch auf Massnahmen haben, *die geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit zu verbessern*.

Mit der 5. IVG-Revision wurden seitens der IV-Stellen im Rahmen der Frühinterventionsmassnahmen (vgl. Art. 7d Abs. 1 IVG) gute Erfahrungen mit der erhöhten Flexibilität und massgeschneiderten Lösungen gemacht. Listen und Aufzählungen mögen den Vorteil haben, dass Versicherte, deren Vertreter und Arbeitgeber sich einfacher über Ansprüche quasi durch Nachlesen im Gesetz orientieren können, sie haben aber klar den Nachteil, dass sie starr sind und unter Umständen sinnvollen individuellen Lösungen nicht gerecht werden.

In der Rechtsetzung sind Bestimmungen, die kein plus bringen, zu vermeiden. Allenfalls könnte man sich diesbezüglich (d.h. anstelle von lit. a., b., c. und f.) mit einem *Verweis* auf die ohnehin geltenden Bestimmungen (Art. 14a, 15, 21 IVG) begnügen oder die Aufzählung, wenn man eine Art Übersicht wünscht, stufengerechter in der *Verordnung* festschreiben.

Lit. d und e beinhalteten, wie oben erwähnt, materielle Änderung resp. Neuerung.

IVSK nimmt zur Kenntnis, dass die Massnahmen nach lit. e zulasten der IV gehen. "Wer befiehlt, zahlt" et vice versa. In der Umsetzung ist dies eine Erleichterung, da manche Konstellation heute zu Streit führt resp. die Krankenversicherer nicht darüber erbaut sind, wenn Versicherte wegen einer Anordnung der IV-Stelle Leistungen in Anspruch nehmen, die bei der Krankenversicherung versichert sind. Das gleiche gilt für die Ärzteschaft, die im Bereich der Krankenversicherungen der WZW-Prüfung (Art. 32 KVG) als Leistungserbringer benachteiligt werden können. Ist der Kostenträger die IV, fallen diese Kosten bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit eines Leistungserbringers durch die Krankenversicherer (in praxi: durch den Verband) nicht in Betracht. Soweit die Massnahmen nach lit. e. nicht bei Leistungserbringern gemäss Art. 35 KVG durchgeführt werden, wird sich die Frage der Leistungspflicht – und somit der Koordination – aus Sicht Krankenversicherung aufgrund des numerus clausus der Leistungserbringer gar nicht stellen. Ein Teil der in lit. e vorgeschlagenen Massnahmen ist heute nicht im System der Sozialversicherungen versichert, d.h. das sind neue Versicherungsleistungen und zwar neue Versicherungsleistungen *der IV* (vgl. erläuternder Bericht S. 71).

Abs. 3

Der erläuternde Bericht zu diesem Absatz (S. 71) ist nicht gut verständlich. Für die IVSK ist unklar, inwiefern sich die Möglichkeit des Vorlegens eines "konkreten Angebots eines geeigneten Arbeitsplatzes (Vertragsentwurf zwischen der versicherten Person und dem Arbeitgeber)" von der "Vermittlung eines Arbeitsplatzes" unterscheidet? Ist damit eine Zuweisung à la ALV gemeint und was wären dann die Sanktionen bei einer Ablehnung einer Zuweisung? Ist das Ziel die tatsächliche Integration ist ein Angebot im Sinne einer "Zuweisung" nicht zielführend. Arbeitgeber suchen motivierte Mitarbeitende, auch wenn sie leistungseingeschränkt sind. Leerläufe durch Zuweisungen gegen den Willen einer versicherten Person würden die generellen Zusammenarbeitsbereitschaft der Arbeitgeber mit den IV-Stellen sowie den Goodwill nicht gerade fördern.

Der Bundesrat schlägt eine Kann-Formulierung vor. Eine Kann-Formulierung führt in der Praxis immer zu unterschiedlicher Anwendung. Da wir davon ausgehen, dass keine Verpflichtung für das Anbieten eines geeigneten Arbeitsplatzes bezweckt wird, da nicht umsetzbar, kann daher darauf verzichtet werden. Arbeitsvermittlung ist schon heute versichert (Art. 18 IVG).

Je nach dem wie die Vorschrift verstanden werden möchte, müsste in den Erläuterungen präzisiert werden, ob es sich um ein Entschliessungsermessen oder aber um eine pflichtgemässes Ermessen der Durchführungsorgane handelt (vgl. Häfelin/Müller/Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, N 431ff, Zürich/St. Gallen 2006).

Die Formulierungen (Gesetzestext und erläuternder Bericht) sind weder Deutsch, Französisch noch Italienisch konsistent:

Im deutschen Gesetzestext wird das Wort "anbieten" verwendet, im erläuternden Bericht (S. 71) von konkretem Angebot, das sich von der Vermittlung offenbar unterscheidet ("nicht auf die Vermittlung beschränkt"). Im französischen Gesetzestext wird "proposer" verwendet, im erläuternden Bericht (S. 71) "... offrir concrètement une place de travail appropriée (projet de contrat entre l'assuré et l'employeur) ...". Auch hier wird verlangt "ne se limitant pas à un simple placement".

Dies führt die IVSK zu folgenden Überlegungen:

Müsste die Bestimmung so verstanden werden, dass ein "Recht auf Arbeit" besteht? Garantiert die IV-Stelle mit anderen Worten eine Arbeitsstelle ("Vertragentwurf")? Dies geht klar zu weit. Schon heute geht der Anspruch auf Arbeitsvermittlung bei der IV sehr weit. Es genügt, eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auszuweisen. Gemäss strenger bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung schon heute erst einstellen, wenn die versicherte Person tot ist oder sehr viel schlechten Willen zeigt. Im letzteren Fall kann er jederzeit auf seine Weigerung zurückkommen und der Anspruch lebt wieder auf.

Stünde das "Recht auf Arbeit" im IVG, wäre die IV die einzige und erste Sozialversicherung die dies garantieren müsste. Das müssen weder die Arbeitslosenversicherung noch die Sozialhilfe. Der Verfassungsgeber hat kein Recht auf Arbeit statuiert, sondern eine Ausgestaltung als Sozialziel – und gerade nicht als Sozialrecht – gewählt (vgl. Art. 41 Abs. 1 lit. d BV). Aus Sozialzielen können keine unmittelbaren Zuständigkeiten oder subjektive Ansprüche abgeleitet werden (Häfelin/Haller/Keller, Schweizerisches Bundesstaatsrecht, N 911-913, Zürich/Basel/Genf 2008). Ein "Recht auf Arbeit" mit all seinen gesellschaftspolitischen und rechtlichen Konsequenzen ist in einer *verfassungsrechtlichen* Debatte zu diskutieren wie jedes andere Freiheitsrecht auch. Eine Gesetzesrevision ist aus Sicht der Normenhierarchie der falsche Ort. Auch vermögen Sozialziele keine Bundeskompetenzen begründen. Es gilt also die subsidiäre Generalklausel gemäss Art. 3 BV d.h. die verfassungsmässige Zuständigkeit der Kantone (vgl. Gutachten des Bundesamtes für Justiz vom 25. Oktober 2001 in: VPB 66 (2002) Nr.1 auf S. 19).

Art. 8a Abs. 3 ist in der vorparlamentarischen Phase mehrfach umgestaltet worden. Allenfalls wurde er versehentlich noch nicht entfernt? Allenfalls sollte mit einem eigenen Absatz dem Umstand Rechnung getragen werden, dass auf Arbeitsvermittlung in diesem Zusammenhang (Massnahmen zur Wiedereingliederung) kein Rechtsanspruch besteht.

Antrag zu Art. 8a Abs. 3
Streichen.

Sollte der Bundesrat an Abs. 3 festhalten, möchte die IVSK zwei Bemerkungen machen.

Bemerkung zu ALV/IV

Die Durchbrechung des Grundsatzes des ausgeglichenen Arbeitsmarktes ist nicht opportun und nicht nachvollziehbar. Mit den gleichen Argumenten könnte man die Abgrenzung IV-ALV überall kippen.

- innerhalb des System IV würde dies zu eine Ungleichbehandlung führen zwischen Personen, welche die Frühintervention durchlaufen und denjenigen die Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung hätten.
- die IV hat vom ausgeglichenen Arbeitsmarkt auszugehen; das ist die Abgrenzung zur ALV; Nicht systemkonform/Aufweichung ALV-IV
- die IV-Stelle müsste in erschwerter wirtschaftlicher Situation etwas leisten, was nicht einmal die RAVs müssen: die Leistungen der IV-Stellen würden weitergehen als die, welche im Bundesgesetz über die Arbeitsvermittlung und den Personalverleih (Arbeitsvermittlungsgesetz) vorgesehen sind, welches namentlich in seinem Art. 24 Abs. 1 vorsieht, dass die Arbeitsämter in den Kantonen sich "bemühen, die geeigneten Stellen und Arbeitskräfte zu vermitteln".

- Wie wäre die Koordination, wenn die versicherte Person zwar ALV-Taggeld erhält, die IV-Stelle aber die Arbeitsvermittlung macht?

Bemerkung zum Lohn der angebotenen Stelle

Aufgrund der besonderen Situation (leistungseingeschränkte Person) ist es nicht ausgeschlossen, dass der Lohn dieser anzubietenden Stelle genau auf diese Situation Rücksicht nimmt d.h. relativ tief ist. An Anbetracht der Bestimmungen des Obligationenrechts insbesondere Art. 360a ff zu den missbräuchlichen Löhnen und den Mindestlöhnen stellt sich die Frage, ob dann die IV-Stellen prüfen müssten, ob Lohndumping vorliegt?

Abs. 4

Hinweis zur Systematik

Nachdem in Abs. 1 und 2 Rechtsansprüche geregelt sind und in Abs. 3 eine Leistung, auf die laut erläuternder Bericht (S. 71) *kein* Rechtsanspruch besteht, wird nun in Abs. 4 wieder eine Leistung *mit* Rechtsanspruch geregelt. Das sollte rechtsetzungstechnisch noch überdacht werden.

Materieller Hinweis

Die Bestimmung sieht vor, dass die versicherte Person "längstens zwei Jahre ab Entscheid" Anspruch auf Beratung und Begleitung hat. Im erläuternden Bericht S. 71 steht "nach einer erfolgten Wiedereingliederung". Das wird in der Regel zeitlich vor dem Entscheid liegen.

Abs. 5

Da die IVSK vorschlägt, den Massnahmenkatalog von Abs. 2 allenfalls auf Verordnungsstufe zu regeln (siehe Bemerkungen zu Abs. 2), würde die Formulierung lauten:

Antrag zu Art. 8a Abs. 5 (neue Formulierung)

"Der Bundesrat kann Massnahmen bezeichnen und Höchstbeiträge (...) festlegen"

Es ist wichtig, dass der Bundesrat den Massnahmenkatalog erweitern kann.

Art. 18c (neu) Arbeitsversuch

Die IVSK begrüsst die neue Bestimmung, welche eine zusätzliche Möglichkeit – nebst oder zeitlich vor einer Massnahme mit Einarbeitungszuschuss – bietet. Der erläuternde Bericht ist unklar.

Es liegt jedoch nicht eine rechtliche Lücke vor, wie im erläuternden Bericht (S. 72) geschrieben wird, sondern eine verunglückte Gesetzgebung im Rahmen der 5. IVG-Revision, die nunmehr korrigiert werden soll.

Abs. 1

Mit Art. 18c soll die unbefriedigende Situation des angeblich *fehlenden* oder bestrittenen Arbeitsverhältnis beseitigt werden. Der erläuternde Bericht auf S. 72 ist unverständlich formuliert. Der *Arbeitsversuch* tangiere die Probezeit (Zeile 14) nicht. Nach 3 Monaten könne das *Arbeitsverhältnis* (Zeile 15) gekündigt werden.

Entweder ist ein solches Arbeitsverhältnis tatsächlich ein Arbeitsverhältnis (Probezeit, Kündigungsfristen etc.) – und dann sind die obligatorischen Versicherungen wie UVG und BVG durch den Arbeitgeber abzuschliessen resp. vorhanden – oder mit dem "Arbeitsverhältnis" ist hier nicht ein Arbeitsverhältnis, sondern ein Arbeitsversuch gemeint, wo der obligatorische Versicherungsschutz durch einen Arbeitgeber nicht greift, weil kein Arbeitsverhältnis entsteht.

Ein **Arbeitsverhältnis** gestaltet sich **mit Lohn**, mit Arbeitsvertrag/Arbeitsverhältnis, mit Probezeit und mit Kündigungsfrist. Ein Arbeitsverhältnis wird aufgelöst. Bezieht man Lohn, untersteht man bei Unfall der UVG-Deckung.

In der reinen Lehre gestaltet sich ein **Arbeitsversuch ohne Lohn**, ohne Arbeitsvertrag, ohne Arbeitsverhältnis, ohne Probezeit und ohne Kündigung(sfrist). Der Arbeitsversuch wird abgebrochen. Kein Lohn bedeutet kein UVG-Schutz, sondern lediglich die Unfalldeckung beim Krankenversicherer – also nach KVG.

Führt die IV-Stelle eine **Arbeitsversuch mit IV-Taggeld** (Abs. 2 erster Satz) durch, geniesst die versicherte Person gemäss Art. 7 Abs. 1 lit. b UVV eine UVG-Deckung, da das IV-Taggeld als Lohn im Sinne von Art. 3 Abs. 2 UVG gilt.

Führt die IV-Stelle eine **Arbeitsversuch mit Rente** (Abs. 2 erster Satz) durch, fehlt a priori die UVG-Deckung. Der IV-Rentner hat die Unfalldeckung wieder bei seinem Krankenversicherer eingeschlossen (Art. 8 Abs. 2 und Art. 10 Abs. 1 KVG).

Der Bundesrat stellt fest (Zeile 17), dass der *Arbeitsversuch* mit den anderen Sozialversicherungen zu koordinieren ist; gemeint ist wahrscheinlich, dass der Versicherungsschutz zu koordinieren ist. Der Bundesrat denkt dabei offenbar (nur) an den Schutz nach UVG, wenn er eine Anpassung der UVV in Aussicht stellt.

Unter der Annahme, dass ein Arbeitsversuch tatsächlich kein Arbeitsverhältnis begründet und er ohne Lohn oder Taggeld durchgeführt wird, besteht de lege lata kein UVG-Schutz. Als Schritt 1 muss also de lege ferenda das UVG-Obligatorium auf den Arbeitsversuch ausgedehnt werden.

Was mit der "Anpassung der UVV" (erläuternder Bericht S. 72) geregelt werden soll, bleibt offen. Bedeutet dies, dass der Arbeitgeber nun dennoch die in diesem Typ Arbeitsversuch stehende Person gleich wird versichern müssen, wie die Person im Arbeitsverhältnis und somit dass der Arbeitgeber eine Prämie dafür wird entrichten müssen oder bedeutet dies, dass beispielsweise die IV-Stelle den UVG-Schutz abschliesst und bezahlt? Ist das Ziel die Ausdehnung des UVG-Versicherungsschutzes und dass der Arbeitgeber so diesbezüglich keinen Aufwand hat?

Als Schritt 2 muss also Klarheit darüber bestehen, wer den Versicherungsschutz abschliesst und wer letztlich das Risiko trägt.

Das UVG kennt Risikoprämien. Der Arbeitgeber merkt also und soll auch merken, wenn in seinem Betrieb mehr Unfälle passieren. Dies ist ein weiterer negativer Anreiz, mit dem die IV-Stelle auf der Suche bei der beruflichen Eingliederung konfrontiert ist. Dieser negative Anreiz hat dem Vernehmen nach bei der Suva zu einem Modell (Versuch?) geführt, dass nicht der einzelne Betrieb mit dem Risiko belastet wird, sondern die Risikogemeinschaft. Wie weit dieses gediehen ist und ob es auf die anderen 38 UVG-Versicherer übertragbar ist, wäre durch den Bundesrat noch abzuklären. Allenfalls können die Resultate für eine ähnliche Regelung bei der IV genutzt werden.

Für die IVSK stellt sich die Frage, ob Art. 1 Abs. 2 UVG eine *genügende gesetzliche Grundlage* für die vorgesehenen UVV-Bestimmung darstellt. Dort ist geregelt, dass der Bundesrat die Versicherungspflicht auf Personen ausdehnen kann, die in einem *arbeitsvertragsähnlichen* Verhältnis stehen. Die Rechtsfigur des arbeitsvertragsähnlichen Verhältnisses wird im Arbeitsrecht üblicherweise in anders gelagerten Fällen beigezogen (z.B. Abhängigkeit im Sinne von ausschliesslich für ein einziges Unternehmen tätig sein). Wir gehen davon aus, dass der Bundesrat diese Abklärung vorgenommen hat und für die Umsetzung dann der Gesetzgeber nicht im Nachhinein für die Revision einer UVG-Bestimmung bemüht werden muss, weil die gesetzliche Grundlage noch geschaffen werden muss.

Laut dem erläuternden Bericht (S. 72) will die Bestimmung "einzig die Finanzierung *der Massnahme* durch die IV" regeln. In Praxis ist jedoch nicht nur die Finanzierung der Massnahme im engeren Sinn wichtig, sondern der Versicherungsschutz und zwar der gesamte Versicherungsschutz

während der Massnahme. Es sind keine Vorschläge betreffend beruflicher Vorsorge (BV) während des Arbeitsversuches vorgesehen. De lege lata bedeutet dies, dass kein BVG-Versicherungsschutz besteht für Arbeitsversuche und befristete Arbeitsverhältnisse unter 3 Monaten.

Auch hier muss jedoch betont werden, dass nicht eine Regelung fehlt, wie oft moniert wird, sondern dass die bestehende Regelung unbefriedigend ist, weil sie keinen Schutz bietet.

Abs. 2

Die Bestimmung beschreibt drei Varianten: Die versicherte Person erhält (Satz 1)

- ein Taggeld (= Variante 1) oder
- Rente (= Variante 2) oder
- der Arbeitgeber erhält (Satz 2) den Teil des Taggeldes, der dem vom Arbeitgeber bezahlten Bruttolohn entspricht (= Variante 3).

Bei der zweiten Satz/Variante 3 liegt also ein "Arbeitsversuch mit Lohn" durch den Arbeitgeber vor. Wird ein Lohn entrichtet, ist die versicherte Person wie oben dargelegt gemäss UVG gegen Unfall versichert.

Aus dieser Sicht wird die Bestimmung nicht benötigt. Siehe unsere Bemerkungen unter Abs. 1.

Antrag Art. 18c Abs. 2 Satz 2

Streichen.

In diesen Zusammenhang weist die IVSK darauf hin, dass die Frage der **Haftpflicht** resp. der Haftung für Schäden, die eine versicherte Person in dieser Phase anrichtet für den Betrieb nicht befriedigend geregelt ist.

Auch unbefriedigt ist die Rechtslage zum **Versicherungsschutz** im Übrigen für den ganzen Umfang der Eingliederungsbemühungen (nicht nur während Arbeitsversuchen). Ohne Arbeitsverhältnis richtet sich die Unfalldeckung nach KVG und nicht nach UVG. Der Bundesrat muss hier und jetzt dringend eine überzeugende Lösung vorschlagen. Im Rahmen der 5. IVG-Revision ist beispielsweise der Versicherungsschutz bei Frühinterventionsmassnahmen vergessen gegangen.

Alternativvorschlag 1 der IVSK zu Art. 18c

Kein Arbeitsverhältnis (Arbeitsverhältnis über die Versicherung)

Der grösste Hemmschuh bei den Arbeitgebern ist in der Praxis die "Angst" vor der Begründung eines Arbeitsverhältnisses. Viele Arbeitgeber wären bereit, jemanden bei sich im Betrieb eine Arbeitsmöglichkeit zu geben, möchten aber kein Arbeitsverhältnis mit dem entsprechenden administrativen Aufwand und vor allem den Rechten und Pflichten eingehen. Sie fürchten, sich vor dem mit dem Scheitern verbundenen Aufwendungen wie Kündigung, Neubesetzung, verlorener Einarbeitungsaufwand, Lohnfortzahlung etc. Für diese Arbeitgeber ist also ein Modell gefragt, wo die versicherte Person nicht beim Unternehmen angestellt ist und nicht auf seiner Lohnliste erscheint.

Die Arbeitslosenversicherung (ALV) bietet für eine ähnliche Konstellation eine Lösung an. Die Bestimmung wurde geschaffen worden, um den Lehrabgängern Berufserfahrung zu ermöglichen.

Es handelt sich um "Berufspraktika in Unternehmen und in der Verwaltung" (Art. 64a Abs. 1 lit. b und Art. 64b Abs. 2 AVIG in Verbindung mit Art. 97a AVIV). Durch den Arbeitgeber müssen 25% des Bruttotaggeldes (mind. Fr. 500.– pro Monat) übernommen werden. Die Arbeitslosenkasse stellt jeweils Rechnung an den Arbeitgeber. **Der Arbeitgeber hat administrativ (Lohn, Sozialversicherungen, usw.) nichts zu tun. Mit seiner Beteiligung ist alles abgegolten. Die Versicherten laufen weiterhin über die ALV. Es entsteht kein Arbeitsverhältnis.**

Alternativvorschlag 2 der IVSK zu Art. 18c

Anreiz durch Befreiung von Sozialversicherungsbeiträgen

Als finanzieller Anreiz für Arbeitgeber wären auch ausländische Modelle zu prüfen, wonach ein Arbeitgeber, der sich engagiert, die Sozialversicherungsbeiträge während einer bestimmten Zeit nicht bezahlen muss. Er hat also einen konkreten Gewinn. Die Befreiungsdauer könnte zeitlich in Abhängigkeit vom Arbeitsversuch stehen.

Beispiel: Der "Arbeitsversuch" mit versicherten Person dauert sechs Monate, der Arbeitgeber ist während der ganzen Zeit beitragsbefreit, sowie als Belohnung nochmals doppelt so lange: 12 Monate.

Ebenso prüfenswert kann eine *Vergütung der Sozialversicherungsbeiträge* an den Arbeitgeber sein. Diese Vorgehensweise wird heute in der Erwerbsersatzordnung und Mutterschaftsentschädigung angewendet. Zur Vereinfachung könnte man die Rückerstattung auch pauschalisieren, in dem z.B. von einen Durchschnittslohn ausgeht.

Art. 21^{ter} (neu)

Sprachlicher Hinweis (deutscher Text)

Statt "Hat der Versicherte" gemäss neuer Terminologie in der IV: "Hat die *versicherte Person*"

Art. 22 Abs. 5^{bis}, 5^{ter} (neu) und 6 Anspruch auf Taggeld

Abs. 5^{bis}

Mit dieser Regelung soll der versicherten Person garantiert werden, dass in dieser Phase nicht an der IV-Rente resp. seiner finanziellen Situation gerüttelt wird.

Im erläuternden Bericht (S. 74) findet sich der Hinweis auf einen vorzunehmende Verordnungsänderung (BBV2). Gerne geht die IVSK davon aus, dass diese Absicht eingelöst werden kann und die Bestimmung bereits sorgfältig abgeklärt und vorbereitet ist.

Abs. 5^{ter}

In Abs. 5^{bis} wird geregelt, dass die IV-Rente weiter ausgerichtet wird.

Die IVSK geht davon aus, dass folgender Sachverhalt gemeint ist: Eine versicherte Person bezieht eine Teilrente (1/4, 1/2, 3/4) und ist in einem bestimmten Umfang erwerbstätig. Kann sie während Eingliederungsmassnahmen dieser Erwerbstätigkeit nicht oder nur teilweise nachgehen, erleidet sie einen Erwerbsausfall.

Art. 31 Abs. 2

Die IVSK begrüsst die Aufhebung von Abs. 2, da er in der Praxis IV-Stellen als Durchführungsorgane und der Gerichte tatsächlich viele Probleme bietet. Aber auch Abs. 1 ist in der Anwendung schwierig.

Antrag zu Art. 31

Abs. 1 und 2 Art. 31 streichen.

Art. 32 (neu) Neubemessung des Invaliditätsgrades in besonderen Fällen

Die Bestimmung ist als *lex specialis* zu der Bestimmung über die ordentlichen Änderungen in der Bemessung des Invaliditätsgrades zu verstehen.

Die Formulierung (nur deutscher Text) "an Wiedereingliederung teilgenommen und hat sie oder er keinen Anspruch mehr" ist etwas schwerfällig.

Antrag zu Art. 32 (neue Formulierung nur deutscher Text)

"Nach Abschluss der Massnahmen zur Wiedereingliederung bemisst die IV-Stelle den Invaliditätsgrad der betroffenen Person neu."

Die einzige Voraussetzung für die Neubemessung ist gemäss Text das Teilnehmen an Massnahmen zur Wiedereingliederung. In der Beratungssituation soll also die versicherte Person einerseits motiviert werden, bei der einer Massnahme zur Wiedereingliederung mitzumachen, andererseits stellt man ihr in Aussicht, dass man die Rente nach Abschluss neu bemisst. Das könnte sich auch kontraproduktiv auswirken. Es stellt sich die Frage, ob nicht ein zusätzliches Kriterium – nämlich eine Änderung der Erwerbsfähigkeit – verlangt werden sollte.

Antrag zu Art. 32 (Ergänzung)

"Nach Abschluss der Massnahmen zur Wiedereingliederung bemisst die IV-Stelle den Invaliditätsgrad der betroffenen Person neu, sofern sich die Erwerbsfähigkeit verändert hat."

Versicherte im Ausland

Anbetrachts dessen, dass die Massnahmen zur Wiedereingliederung im Ausland nicht zugesprochen werden können (vgl. Bemerkungen zu Art. 8a), erlaubt diese Bestimmung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland in bestimmten Fällen nicht, den Invaliditätsgrad neu zu bemessen z.B. für die somatoformen Schmerzstörungen. In diesen Fällen muss der IV-Stelle für Versicherte im Ausland ein Revisions- oder Wiedererwägungsgrund vorliegen, um den Rentenanspruch zu verändern.

Art. 33 (neu) Anspruch bei erneuter Arbeitsunfähigkeit

Als Absicht der Bestimmung versteht die IVSK den Schutz bei erneuter Arbeitsunfähigkeit (Abs. 1) und den Wegfall eines erneuten Wartejahres (Abs. 2). Den Erläuterungen des Bundesrates, wonach das Fehlen eines solchen Schutzes heute die Motivation von IV-Rentnern behindert, ist beizustimmen. Die Versicherten haben Angst, nach einer gescheiterten Eingliederung ohne (Ersatz-)Einkommen sowohl der IV wie der BV etc. dazustehen (vgl. dazu unsere Bemerkungen unter I.)

Die versicherte Person soll vom Risiko, dass die IV-Rente nicht "rasch und unkompliziert wieder auflebt" (S. 76 des erläuternden Berichts) befreit werden. Vorausgesetzt wird eine erneute gesundheitsbedingte Leistungseinbusse (S. 74). Es wird jedoch nicht vorausgesetzt, dass es sich um den gleichen Gesundheitsschaden handeln muss.

Die vorgeschlagene Lösung ist aus Sicht der IV-Stellen als Durchführungsorgane nicht praktikabel.

Nach einer mindesten 30-tägigen Arbeitsunfähigkeit bestimmt die IV-Stelle den Invaliditätsgrad der versicherten Person auf Gesuch hin neu (lit. a). Wenn die IV-Stelle dies am 31. Tag nicht schon zur Kenntnis erhalten hat und nicht über Nacht den Invaliditätsgrad neu bemessen hat, greift lit. b, wonach die IV-Stelle bis zum Entscheid provisorisch Leistungen gewährt. **Lit. b wird also die Regel sein d.h. "provisorische Leistung in der Höhe der Rente vor der Kürzung oder Aufhebung"**. Aus *Versichertensicht* ist diese Konstruktion natürlich zu begrüßen. Ebenso das formlose Verfahren.

Die IVSK erachtet die Zeitspanne von 30 Tagen Arbeitsunfähigkeit als einziges Kriterium *aus Sicht Versicherungsträger* als zu kurz. Die Person kann ja einerseits nach 50 Tagen wieder arbeitsfähig sein, andererseits ist für einen Rentenanspruch normalerweise eine *Erwerbsunfähigkeit* notwendig.

Für die IVSK stellt sich daher die Frage, ob die Zeitspanne nicht höher angesetzt werden sollte z.B. 90 Tage Arbeitsunfähigkeit in Analogie zu den Voraussetzungen bei der ordentlichen Revision (Art. 88a IVV). Es ist nicht einzusehen, weshalb diese Personen bezüglich Frist anders gestellt sein sollten als diejenigen Personen, die ein ordentliches Revisionsverfahren durchlaufen. Zu dieser Frist hat sich das Bundesgericht kürzlich ausführlich geäußert (Urteil 8C_763/2008 vom 19. Juni 2009).

Mit einer Frist von *90 Tagen Arbeitsunfähigkeit* würde nicht zuletzt auch eine im Zusammenhang "neue Arbeitsunfähigkeit von Wiedereingegliederten" vorgeschlagene Bevorzugung gegenüber den ordentlichen Revisionsfällen gemäss Art 88a IVV gemildert.

Antrag zu Art. 33 Abs. 1 (Neue Formulierung)

"... erneut während mindestens 90 Tagen unterbrochen arbeitsunfähig ..."

Der erläuternde Bericht findet sich kein Hinweis auf einen erhöhten Personalbedarf. Die IVSK möchte beliebt machen, dass die Ressourcen rechtzeitig vor dem Inkrafttreten zur Verfügung gestellt werden, da die Rekrutierung und Ausbildung von Sachbearbeitern eine längere Vorlaufzeit braucht.

Der Bundesrat bezweckt mit dieser Bestimmung unter anderem, dass der Arbeitgeber seiner Krankentaggeldversicherung eine (erneute) Arbeitsunfähigkeit "nicht melden muss" (Erläuternder Bericht, S. 76). Wenn die "Leistung in der Höhe der [wieder aufgegebenen] Rente" den Lohnausfall für einen ursprünglich gesund gewesenen Teil nicht abdeckt, wird er es trotzdem tun müssen

Beispiel: Eine zu 50% berentete versicherte Person tritt – unter Aufhebung der halben Rente – eine behinderungsangepasste Vollzeitstelle an. Wird sie 100% arbeitsunfähig, ist auf dem gesund gewesenen Teil ein Krankentaggeld geschuldet.

2. Säule

Der neue Arbeitgeber soll vom Risiko des Versicherungsfalls bei seiner Pensionskasse (neue Pensionskasse) befreit werden. Daher wird vorgeschlagen, dass die alte Pensionskasse während 2 Jahren das Risiko übernimmt. Es ist mit anderen Worten die alte Pensionskasse, die wieder eine Rente ausrichtet.

Die vorgeschlagene Lösung überzeugt jedoch nur auf den ersten Blick. Die IVSK ist der Ansicht, dass diese Bestimmung nicht ausgegoren ist. Es ist ein Lösungsansatz für das Problem mit der *alten* Pensionskasse; das Problem mit der neuen Pensionskasse (arbeitender Teilrentner) ist nicht gelöst. Da zur Bindungswirkung des neuen Invaliditätsgrades nichts Spezielles festgehalten wird, müsste es die gleiche Bindungswirkung IV-BV wie bei erstmaligen Rentenzusprache sein.

Ein erwerbstätiger Teilrentner ist unter Umständen durch seinen Arbeitgeber krankentaggeld-versichert. Wenn "die provisorische Leistung", die nach dem 31. Tag ausgerichtet wird, als wiederaufgelebte Rente zu qualifizieren wird, geht die IVSK davon aus, dass sie dem freiwilligen Krankentaggeld vorgeht. Damit kämen wir zur Frage der *Rechtsnatur* der provisorischen Leistung gemäss Art. 33 Abs. 1 lit. b IVG.

Rechtsnatur der provisorischen Leistung

Die alte Rente war aufgehoben. Innerhalb von zwei Jahren wird die versicherte Person länger als 30 Tage arbeitsunfähig und stellt ein Gesuch. Die versicherte Person erhält nun von der IV-Stelle eine "provisorische Leistung in der Höhe der Rente vor der Kürzung oder Aufhebung".

Der erläuternde Bericht (S. 76 oben und Mitte) spricht von raschem und unkompliziertem Wiederaufleben. Bedeutet dies, dass die Rechtsnatur dieser "provisorischen Leistungen" dahingehend zu verstehen ist, dass es sich um eine/die alte Rente handelt und nicht etwa um eine (neue) Leistung sui generis?

Die Unterscheidung ist nicht unwichtig, wie folgende Ausführungen zur EL und zu den Zusatzrenten zeigen.

Was ist nun mit einer "alten" EL? Berechtigt "eine provisorische Leistung" zum raschen und unkomplizierten (= unmittelbaren und automatischen) Bezug der EL? Erhält die versicherte Person mit anderen Worten auch die "alte" EL wieder und zwar auch ohne Wartejahr? (unter der Annahme, dass der Bedarf immer noch ausgewiesen ist)?

Leben mit der "provisorische Leistung in der Höhe der Rente" auch rasch und unkompliziert die (alten) Kinderzusatzrenten (unter der Annahme, dass die Kinder noch im entsprechenden Alter sind) wieder auf?

Versicherte im Ausland

Schliesslich ist die Anwendbarkeit von Art. 33 IVG für die Versicherten im Ausland ist nicht fertig gedacht. Die IVSK bedauert, dass dem Vorschlag der IV-Stelle für Versicherte im Ausland – dass dieser Artikel nur im Falle einer erfolgreichen Eingliederung angewendet werden soll – nicht gefolgt wurde, obwohl der Wille dazu im erläuternden Bericht auf S. 33 ersichtlich ist. Ein einfaches Gesuch aus dem Ausland (allenfalls unter Beilage einer mindesten 30-tägigen Arbeitsunfähigkeit) zwingt die IV-Stelle für Versicherte im Ausland dazu, den Invaliditätsgrad neu zu bestimmen resp. bei einer länger als 30-tägigen Arbeitsunfähigkeit die bisherige Rente wieder auszurichten.

Dies wird zweifelsohne dazu führen, dass Renten gesprochen werden, die nicht geschuldet sind, und steht im Widerspruch mit dem Konzept der Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs im Ausland. Aufgrund der Tatsache, dass die IV-Stelle für Versicherte im Ausland den Fristen der ausländischen Behörden der Sozialen Sicherheit, welche die für das Abklärungsverfahren notwendigen medizinischen Unterlagen liefern, unterworfen ist, wird die provisorische Rente während vieler Monate ausgerichtet werden.

Zudem muss hervorgehoben werden, dass das Kriterium der Arbeitsunfähigkeit kein gutes ist, umso mehr der Kausalzusammenhang dieser Arbeitsunfähigkeit nicht mehr erwähnt wird. Es ist durchaus möglich, dass die Rente aufgehoben worden ist, weil die Erwerbsfähigkeit unter 40% liegt, z. B. indem eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit besteht, in einer den Leiden angepassten Erwerbstätigkeit jedoch eine volle Arbeitsfähigkeit vorliegt. In diesem Fall bleibt die Arbeitsunfähigkeit (in der bisherigen Tätigkeit) trotz Rentenaufhebung bestehen. Es ist nicht vorstellbar, eine Rente "rasch und unkompliziert" ("sans tracasseries administratives") wiederauszurichten ohne die eingereichten Zeugnisse überprüft zu haben. Ebenso ist zu regeln, was geschieht, wenn selbst nach einer summarischen Prüfung festgestellt wird, dass die Voraussetzungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG nicht erfüllt sind.

Es ist unabdingbar zu verhindern, dass dieser Artikel im Ausland anwendbar ist. Die Bemerkung im erläuternden Bericht S. 76, wonach die Bestimmung nicht nur nach erfolgreicher Eingliederung anzuwenden ist, ist nicht verständlich.

Um diese Schwierigkeiten zu beseitigen, schlägt die IV-Stelle für Versicherte im Ausland vor, weiterhin den Unterschied zu machen zwischen Wiederaufleben der Rente nach einer beruflichen Integration und dem Wiederaufleben der Invalidität nach Aufhebung der Rente, so wie dies in Art. 29^{bis} und Art. 29^{quater} IVV beschrieben ist und indem die Frist wie oben vorgeschlagen angepasst wird.

Sprachlicher Hinweis

Im erläuternden Bericht wird Begriff **Rückfall**(quote) verschiedentlich erwähnt (S. 28, 32, 35, 39 und 84). Der Begriff Rückfall wird bisher im Zusammenhang mit der IV nicht verwendet. Die IV verwendet für diese Tatbestände bisher den Begriff "Wiederaufleben der Rente" oder für Art. 33 "Anspruch bei erneuter Arbeitsunfähigkeit". Im vorgeschlagenen Gesetzestext wird der Begriff Rückfall richtigerweise nicht verwendet.

Der Begriff Rückfall ist rechtlich gesehen im Bereich Sozialversicherung ein *besetzter Begriff*. Er wird in der Unfallversicherung (UV) verwendet (Art. 21 UVG und Art. 11 UVV) und umschreibt (einzig) den Tatbestand, dass ein alter Unfall neuerliche Leistungen (medizinische Behandlung, Verdiensteinbusse) nötig macht. Hier bleibt der alte UVG-Versicherer für die Leistungen zuständig, selbst wenn der Arbeitnehmer seither seine Arbeitsstelle gewechselt hat. Für einen neuen Unfall ist der neue UVG-Versicherer zuständig.

Ein neuer Unfall und neue Leistungen werden also auch im Bereich UVG nicht unter dem Rechtstitel Rückfall behandelt, sondern als neuen Unfall allenfalls bei einem neuen UVG-Versicherer (wenn der Arbeitnehmer in der Zwischenzeit seine Arbeitsstelle gewechselt hat).

Unter der Annahme, dass sich der Begriff Rückfälle auf nicht nur auf Rückfälle nach UVG (alter Unfall, neuer Gesundheitsschaden im Zusammenhang mit altem Unfall) beziehen sollen (Unfall-Fälle machen gerade 10% der Renten in der IV aus) ist der Begriff irreführend. Dann wären nämlich alle Krankheitsfälle und hinzutretenden neuen Gesundheitsschäden (Krankheit oder Unfall) nicht betroffen.

Antrag zu Art. 33

Kein Verwenden des Begriffes "Rückfall" im erläuternden Bericht (sprich: Botschaft).

Der Grund für das Wiederaufleben der Rente (und nicht einer Rente) ist nicht relevant. Die Kausalität ist somit nicht massgebend. Es wird nicht nach der Ursache der "erneuten Arbeitsunfähigkeit" gefragt.

Zusammenfassend ergeben sich folgende Wiederauflebens-Varianten der IV-Rente:

	alter Gesundheitsschaden wegen	mind. 30 Tage AUF wegen "erneute gesundheitsbedingte Leistungseinbusse" wegen
Variante 1	alter Unfall	alter Unfall (= Rückfall im Sinne des UVG)
Variante 2	alter Unfall	neuer Unfall
Variante 3	alter Unfall	neue Krankheit
Variante 4	alte Krankheit	neuer Unfall
Variante 5	alte Krankheit	alte Krankheit (umgangssprachlich auch Rückfall)
Variante 6	alte Krankheit	neue Krankheit

Art. 42^{bis} Abs. 4

Art. 42^{bis} Abs. 4 korrigiert ein Versäumnis der NFA-Vorlage. Da die frühere Sonderschulung keine Eingliederungsmassnahme der IV mehr ist, können Minderjährige in Sonderschulung Hilflosenentschädigung geltend machen. Dieser Leistungsanspruch wird wieder abgeschafft. Minderjährige, welche in einem Heim übernachten, erhalten kein Kostgeld mehr.

Art. 42 ^{quater} (neu) Anspruch
--

Es handelt sich beim Assistenzbeitrag um eine neue und zusätzliche Leistung. Vorausgegangen ist ein Pilotprojekt, an dem die IV-Stellen Basel-Stadt, St. Gallen und Wallis beteiligt waren.

Die Komplexität der Durchführung der Versicherung wird durch die Einführung eines Assistenzbeitrages erhöht. Das ist eine logische Folge davon, dass die Bemessung der Leistung *individuell* erfolgt.

Diese neue Leistung erfordert im administrativen Bereich eine intensive Begleitung der versicherten Personen durch die IV-Stelle. Dies ist eine neue Dimension in der Arbeit der IV-Stellen bei Geldleistungen. Die Erfahrung aus den Pilotprojekten zeigt, dass – ähnlich wie bei der Integrationsarbeit – neu im Bereich der Geldleistungen eine enge und persönliche Beziehung zwischen der versicherten Person und den Mitarbeitenden der IV-Stellen entsteht, die sehr zeitintensiv und für die Sachbearbeitenden ungewohnt ist. Damit verbunden ist die Erfahrung, dass die Vorabklärungen ungleich aufwändiger sind, als bei der Abklärung der HE, wie dies richtigerweise im erläuternden Bericht festgehalten ist.

Die Einführung dieser Leistung ist also personalintensiv für die IV-Stellen als Durchführungsorgane. Der erläuternde Bericht geht auf Seite 59 von einem Personalbedarf von 20 Stellen aus. Wegen der Komplexität der Aktivitäten nach einer Anmeldung, während der laufenden administrativen Begleitung und wegen der Neuartigkeit des Projektes ist es sinnvoll, den ermittelten Personalbedarf im Auge zu behalten.

Ein rechtzeitiges und Zurverfügungstellen ausreichender und geschulter personeller Ressourcen ist für eine adäquate Einführung der neuen Leistung essentiell. Diese Erkenntnis ergibt sich aus den praktischen Erfahrungen der drei Pilotkantone. Mit der Einführung der neuen Leistung ist mit einer entsprechenden Gesuchswelle zu rechnen. Als **Erfahrungswert der Pilotkantone** kann davon ausgegangen werden, dass per Inkrafttreten des Gesetzes von Beginn weg viele Gesuche erfolgen, weil versicherten Personen auf diese Leistung warten. Die Bearbeitung von Assistenzbeitragsgesuchen erträgt keine grösseren Verzögerungen, da die Versicherten Assistenzpersonen suchen, Arbeitsverträge abschliessen und termingerecht Verpflichtungen übernehmen müssen.

Die IVSK möchte also beliebt machen, dass die Ressourcen rechtzeitig vor dem Inkrafttreten zur Verfügung gestellt werden, da die Rekrutierung und Ausbildung solcher Fachkräfte (Abklärungspersonen) eine längere Vorlaufzeit braucht.

Die Neuerung betrifft die Invalidenversicherung. Da jedoch auch die Unfallversicherung und die Militärversicherung die Leistungsart "Hilflosenentschädigung" kennen, wäre der guten Form halber eine Bemerkung in der Botschaft – Qualifikation des Assistenzbeitrages – zur Leistungskoordination (Prioritätenregelung gemäss Art. 66 Abs. 3 ATSG) Hilflosenentschädigung (HE) MV/UV/IV-Assistenzbeitrag IV in den Erläuterungen sicher sinnvoll.

Es fehlen Koordinationsbestimmungen bei gleichzeitigem Anspruch auf eine HE der IV und der UV/MV. Insbesondere stellen sich folgende Fragen:

1. Sind die HE-Leistungen des UV/MV-Versicherers bei gleichzeitigem Anspruch auf eine Assistenzentschädigung zu kürzen?
2. Ist der Zeitaufwand einer HE der Unfall- oder der MV-Versicherung bei der Berechnung des Anspruchs auf eine Assistenzentschädigung anzurechnen?

Eine Kürzung der koordinierten HE UV/MV ist in den vorliegenden Bestimmungen nicht vorgesehen und würde deshalb zu einer Besserstellung der versicherten Person mit Anspruch auf eine Assistenzentschädigung führen. Entweder ist die HE UV/MV zu kürzen oder bei der Berechnung

des massgebenden Zeitbedarfs für die Assistenzentschädigung zu berücksichtigen. In diesem Fall wäre die Regelung bei Art. 41^{quinquies} Abs. 2 lit. a (Umfang) anzusetzen.

Finanzielle Auswirkungen

Die Assistenzbeiträge sollen zusätzlich zur Hilflosenentschädigung ausgerichtet werden. Sie werden deshalb etwas kosten. Die Kompensation mit der Reduktion der Hilflosenentschädigung im Heim ergibt sich nur dann, wenn die Prognosen über die Heimaustritte und die Beanspruchung der Assistenzbeiträge sich erfüllen. Die entsprechenden Berechnungen sind nicht zu verifizieren und dürften sich auch ex post höchstens halbwegs valide darstellen lassen, falls eine solche Berechnung technisch überhaupt möglich ist.

Abs. 1 lit. c.

Mit dem Kriterium "handlungsfähig", werden nichthandlungsfähige Menschen von dieser Leistung ausgeschlossen. Dies wird damit begründet, dass die versicherte Person gegenüber ihrem Assistenten Arbeitgeber wird (Arbeitgebermodell). Diese Einschränkung macht **aus der Optik der Pilotprojekte** eindeutig Sinn (siehe aber auch Bemerkung zu Abs. 2 am Schluss).

Materiell ist das Instrument des Assistenzbeitrages interessant und dürfte vor allem körperlich behinderte Menschen ansprechen, welche selbstbestimmt und eigenverantwortlich leben wollen.

Abs. 2

Aufgrund der Formulierung ist klar, dass Minderjährige keinen Anspruch auf den Assistenzbeitrag haben, *solange* der Bundesrat nicht von seiner Kompetenz nach Abs. 2 Gebrauch macht.

Im Pilotprojekt waren Minderjährige zugelassen, wenn ihre Eltern die mit dem Arbeitgebermodell einhergehende Verantwortung übernommen haben.

Art. 42^{quinquies} (neu) Umfang

Abs. 1

Die Hilfeleistung wird durch eine natürliche Person erbracht. Organisationen kommen also nicht in Frage. Die Assistenzperson wird arbeitsvertraglich angestellt, woraus sich die ordentlichen Pflichten der versicherten Person als Arbeitgeberin bezüglich Sozialversicherungsbeiträge, Lohnfortzahlungen etc. ergeben.

Die Assistenzperson ist nicht Ehemann/Ehefrau, eingetragene/r Partner/in, faktischer Lebenspartner oder Eltern oder Kind der versicherten Person. Diese Personen können für die Betreuung je nach Umständen Betreuungsgutschriften (Art. 29^{septies} AHVG) geltend machen, welche zwar nicht "ausbezahlt" werden, aber dennoch als fiktives Einkommen über die Gutschrift im individuellen Konto immerhin rentenbildend sind (aktuell: Fr. 41'040 p.a.)

Im Pilotprojekt haben Angehörige ihre externe Erwerbstätigkeit reduzieren oder aufgeben können, weil sie neu gegen Entgelt als Assistenzperson tätig waren. Die Erfahrung der Erwerbsaufgabe wurde im Pilotprojekt Basel-Stadt selten gemacht, meistens handelte es lediglich um Reduktion des Pensums.

Abs. 2

Der Zeitbedarf ist durch die IV-Stelle individuell zu ermitteln.

Abs. 4 lit. c.

Die Bestimmung sieht vor, dass der Assistenzbeitrag in bestimmten Fällen auch ohne erbrachte Hilfeleistung ausgerichtet werden soll. Hier ist an arbeitsvertragliche Verpflichtungen gegenüber der

Assistenzperson zu denken (Ferien, Unfall, Krankheit, Mutterschaft etc.) ebenso der umgekehrte Fall, dass der Grund, dass die Assistenz nicht erbracht werden kann, in der versicherten Person liegt (Spitalaufenthalt, Heimeintritt etc.). Das Versterben der versicherten Person wird in den Erläuterungen (S. 80) nicht erwähnt. Hier besteht aber unter Umständen gemäss Art. 338a OR auch eine Art Lohnfortzahlung, nämlich der Anspruch auf "angemessenen Ersatz für den Schaden, (...) der (...) infolge vorzeitiger Beendigung des Arbeitsverhältnisses (...)."

Dies ist im Rahmen der bundesrätlichen Regelung der Fälle, in welchen ein Assistenzbeitrag ohne erbrachte Hilfeleistung ausgerichtet wird, ebenfalls zu regeln. Am einfachsten ist eine generell-abstrakte Formulierung, die alle Fälle abdeckt.

Technisch bedeutet dies somit, dass mehr als 52 Wochen Assistenz zu entrichten ist (52 Wochen der Assistenzperson A und 4 Wochen für die Assistenzperson B, welche die Ferienablösung macht). und dass unter Umständen auch Assistenzbeiträge für Perioden nach dem Tod der versicherten Person als Arbeitgeberin (Art. 338a OR) zu entrichten ist.

Antrag zu Art. 42^{quinquies} Abs. 4 lit. c (neue Formulierung)

"... sämtliche finanziellen Verpflichtungen, die die versicherte Person aus dem Arbeitsvertrag gemäss OR haben kann"

Nicht ausdrücklich geregelt ist schliesslich, wie es sich bei Ferien oder krankheitsbedingten Abwesenheiten der Assistenzperson nach lit. c betreffend der Hilfeleistung per se verhält. Also wer den urlaubenden oder kranken/verunfallten Assistenten **ersetzt**? Entweder übernimmt ein Angehöriger (was nicht immer möglich ist), oder es muss eine Vertretung organisiert werden. Dadurch entstehen dem Versicherten Mehrkosten, da **er zwei Personen entlönnen** muss (die abwesende Assistenzperson und ihren Ersatz).

Die Frage ist im Pilotprojekt nicht explizit geregelt. Offensichtlich werden Mehrkosten über die entrichteten Pauschalbeiträge bzw. über die im laufenden Pilotprojekt erlaubte Reservebildung ausgerichtet und aufgefangen. Auch stellt sich diese Frage bei der im Pilotprojekt erlaubten Mitarbeit von Angehörigen nicht in dieser Schärfe. Nur wenige Assistenz-Arbeitsverträge sind zudem heute auch auf temporärer Basis ausgestellt mit einer Ferienentschädigung im Stundenlohn.

Dies ist im Rahmen der bundesrätlichen Regelung der Fälle, in welchen ein Assistenzbeitrag ohne erbrachte Hilfeleistung ausgerichtet wird, ebenfalls zu regeln.

Antrag zu Art. 42^{quinquies} Abs. 4 lit. d (neue Formulierung)

"die Fälle, in welchen ein Assistenzbeitrag für die Ersatzperson der Assistenzperson (lit. c.) auszurichten ist."

Art. 42^{sexies} (neu) Selbstbehalt

Im Gegensatz zur Krankenversicherung kennt die Invalidenversicherung keine flächendeckend verankerte Kostenbeteiligung (Selbstbehalt/Franchise) der versicherten Person. Klassischerweise installiert man Kostenbeteiligungen für eine Kostensensibilisierung (die Versicherten nehmen weniger Leistungen in Anspruch) und für eine Kostensenkung (die Versicherung bezahlt nicht die gesamten Kosten, sondern die versicherte Person muss sich daran beteiligen), wobei die Wirkung des ersteren umstritten ist. Die IVSK nimmt an, dass der Selbstbehalt eher prohibitiv wirken würde als kostensenkend.

Wenn von einem Selbstbehalt von 20% gesprochen wird, kommt das in der IV einem Paradigmawechsel gleich. Die bestehenden Selbstbehalte in der IV werden bisher anders begründet: nämlich damit, dass einem Gesunden auch Kosten entstehen (z.B. Selbstbehalt bei der Schuhversorgung) und die IV lediglich die invaliditätsbedingte Differenz übernimmt.

Die vorgeschlagene Lösung erscheint der IVSK als administrativ zu kompliziert, insbesondere wenn, so viele Daten bei den Steuerbehörden werden erhoben werden müssen. Die ersten Erfahrungen aus dem Pilotprojekt zeigen, dass die Summe aller eingenommenen Beträge sehr gering ausgefallen ist. *Die Prozesskosten sind höher als die Ersparnis.* Denn weder die IV-Stellen noch die Ausgleichskassen sind im Besitz dieser Daten. Sie werden sie demnach beschafft werden müssen. Die beschafften Daten sind dann nicht aktuell. Die Erfahrungen beispielsweise mit der individuellen Prämienverbilligung (IPV) über Rückforderungen oder Nachzahlungen wegen Einkommensschwankungen müssen in einer solchen Gestaltung berücksichtigt werden.

Im Pilotprojekt wurde eine moderate Kostenbeteiligung umgesetzt.

Antrag zu Art. 42^{sexies}
Streichen.

Art. 42^{septies} (neu) Koordination mit Beiträgen der Krankenpflegeversicherung

Da gemäss ATSG die Leistungen der IV denjenigen der Krankenversicherung (KV) vorgehen, muss zu Gunsten der IV eine Ausnahmeregelung aufgestellt werden, da die allgemeine Grundpflege sonst von der IV zu übernehmen wäre und die Krankenversicherung entlastet würde.

Die Bestimmung verhindert eine Kostenverlagerung von der KV in die IV. Dies ist aus Sicht der IVSK aber nur mit einem grossen Kontrollaufwand systematisch zu leisten, weil sich hier dauernd Änderungen ergeben können. Die laufenden Abrechnungen der Spitex müssen regelmässig erfasst und in ihrer Wirkung bearbeitet werden. Hier fehlen aber die entsprechenden Erfahrungen aus den Pilotprojekten, so dass der Aufwand auf beiden Seiten nicht bekannt ist. Die IVSK geht davon aus, dass diese Bestimmung mit dem BAG abgesprochen ist (erläuternder Bericht S. 56/57). Die Bestimmung durchbricht nämlich die strikte Regel, wonach im KV nur Leistungen *anerkannter Leistungserbringer* übernommen werden. Die IVSK geht davon aus, dass diese Absicht eingelöst werden kann und die Bestimmung sorgfältig vorbereitet wurde. Der Ausschluss von nicht-anerkannten Leistungserbringern ist in der Durchführung der Krankenversicherung als Abgrenzungskriterium fest verankert. Die Ausnahme dazu wird auch im Bereich KV die Komplexität der Gesetzesanwendung im Bereich Soziale Sicherheit erhöhen statt verringern.

Eine gute Information der Versicherungsträger im Bereich KV erscheint der IVSK daher unabdingbar, damit es zu Beginn des Inkrafttretens nicht zu "falschen" Ablehnungen durch die Krankenversicherer kommt.

Art. 42^{octies} (neu) Beginn und Ende des Anspruchs

Abs. 2

Abs. 2 sieht einen Besitzstand beim Übergang ins AHV-Alter vor (neuer Art. 43^{ter} AHVG).

Betreffend Todesfall (lit. c) verweisen wir auf unsere Erwägungen zu Art. 42^{quingies} Abs. 3 lit. c, wonach der Anspruch nicht immer mit dem Tod endet. Die Bestimmung ist entsprechend anzupassen.

Antrag zu Abs. 2 lit. c. (neue Formulierung)

"in dem alle finanziellen Verpflichtungen, die die versicherte Person aus dem Arbeitsvertrag gemäss OR haben kann, getilgt sind."

Zusätzlicher Absatz 5

Verstreut über die Bestimmungen von Art. 42^{quater} bis 42^{octies} finden sich immer wieder Abgaben zu den arbeitsrechtlichen Bedingungen, wie Stundenansätze, die die Vertragsfreiheit einschränken.

Antrag zu Abs. 5 (Formulierungsvorschlag für neuen Absatz)

"Als arbeitsrechtliche Rahmenbedingungen gilt der Normalarbeitsvertrag, den die IV vorgibt."

Damit sind alle Assistenten nach den gleichen Bedingungen angestellt. Dies erleichtert die Durchführung ohne die individuelle Ausgestaltung betreffend zu erbringenden Assistenzleistungen zu berühren. Diese Forderung basiert nicht zuletzt auch auf den Erfahrungen des Pilotprojektes. Im Pilotprojekt hat es sich auch bewährt, dass vor allem zu Beginn einer Assistenz eine unterstützende Stelle zu den Fragen der Anstellungen beigezogen werden konnte.

Art. 47 Abs. 1, 1^{bis} (neu) und 1^{ter} (neu) Auszahlung der Taggelder und Renten

Dieser Artikel muss an die Massnahmen zur Wiedereingliederung angepasst werden. Allerdings gilt die Regel, wonach zusätzlich Taggeld ausgerichtet und um einen Dreissigstel gekürzt wird, nicht für Massnahmen zur Wiedereingliederung. In Art. 22 Abs. 5^{ter} ist eine Kürzung nicht vorgesehen.

Da das Taggeld aufgrund einer Teilarbeitsfähigkeit und entsprechender Erwerbstätigkeit ausgerichtet wird, ist eine Kürzung nicht nötig. Ausserdem werden in Art. 47 Abs. 1^{ter} die Massnahmen zur Wiedereingliederung (im Gegensatz zu Absatz 1) nicht genannt.

Art. 47 Abs. 1^{bis} steht im Widerspruch mit der vorgeschlagenen Änderung zu Art. 22 Abs. 5^{bis}.

Art. 48 (neu) Nachzahlung von Leistungen

Seit dem Wegfall von Art. 48 IVG anlässlich der 5. IVG-Revision können Ansprüche gemäss Art. 24 Abs. 1 ATSG fünf Jahre rückwirkend geltend gemacht werden. Mit der Neueinführung von Art. 48 wird die Rückwirkung wieder auf ein Jahr beschränkt.

Die IVSK begrüsst die Wiederherstellung des alten Zustanden resp. die Korrektur des Versehens, welches im Rahmen der 5. IVG-Revision erfolgte. Da die Bedingungen nach Abs. 2 kumulativ erfüllt werden müssen, könnte die Aufteilung in lit. a und lit. b auch weggelassen werden.

Art. 53 Abs. 2 und 3 (neu)

Der Gesetzgeber hat in der 5. IVG-Revision mit Art. 53 Abs. 2 IVG eine völlig neue Norm geschaffen. Der Bundesgesetzgeber wählte – gestützt auf die Botschaft (BBI 2005 S. 4570) – eine für das Bundesamt *abschliessende Liste von Aufgaben*. Nur im Umfang dieser Norm, kann der Bundesrat dem Bundesamt via Verordnung Durchführungsaufgaben übertragen. Durchführungsaufgaben, die nicht im Katalog von Art. 53 Abs. 2 IVG enthalten sind, werden gemäss Art. 53 Abs. 1 IVG von den IV-Stellen oder den Organen der AHV durchgeführt.

Abs. 2 lit. a (neu)

Das Bundesamt erhält neu die Kompetenz Hilfsmittel zu beschaffen.

Abs. 3 (neu)

Die heutige Situation ist so, dass das Bundesamt (Tarif-)Verträge "im Bereich Massnahmen beruflicher Art" abschliesst, während "im Bereich der Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung" die IV-Stellen tätig sind. Die Integrationsmassnahmen werden heute bereits von den IV-Stellen beschafft. In diesem Bereich ist also die Kann-Vorschrift nicht sinnvoll.

Der Bundesrat soll befugt werden, den Abschluss von Verträgen "im Bereich Massnahmen beruflicher Art" an die IV-Stelle zu delegieren. Dies macht deshalb Sinn, weil die IV-Stellen näher an

den Versicherten sind und allenfalls regional tätige Institutionen berücksichtigen können. Statt den Bundesrat zu befragen etwas zu tun, kann der Gesetzgeber dies direkt tun. Vorgesehen sind an sich keine Tarifverträge (mehr), sondern Leistungsvereinbarungen mit Preisen.

Die IVSK plädiert für eine klare Kompetenzzuweisung auf Stufe Gesetz.

Antrag zu Art. 53 Abs. 3 (neue Formulierung):

"In den Bereichen der Massnahmen der beruflichen Art und der Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung steht die Befugnis zum Abschluss von Verträgen den IV-Stellen zu."

Art. 78 Bundesbeitrag

Die IVSK begrüsst diese Anpassung. Es entspricht einem längjährigen Anliegen der IVSK diesen Mechanismus zu durchbrechen.

II.

Schlussbestimmung a. Revision bestehender Renten, auf die nach Art. 7 Abs. 2 ATSG kein Anspruch besteht

Marginale

Bemerkung zum Titel muss korrekt lauten (neue Formulierung):

"Revision bestehender Renten, auf die *kein Anspruch besteht oder die herabzusetzen sind*"

Es handelt sich bei dieser Bestimmung um eine Spezialbestimmung, die auf die Rentenzusprache für somatoforme Schmerzstörungen, Fibromyalgie etc. ausgerichtet ist, da diese Renten heute – nach Änderung der Rechtsprechung im Jahr 2004 – so nicht mehr geschuldet wären. Das Bundesgericht hat festgestellt, dass sie allein *deswegen* nicht aufgehoben werden können. Das Urteil wird in den Erläuterungen (S. 27) erwähnt. Aufgrund der Formulierung "wird die rechtliche Grundlage zur Überprüfung von laufenden Renten geschaffen werden" geht die IVSK davon aus, dass der Bundesrat nun dem Gesetzgeber vorschlägt die vom Bundesgericht monierte fehlende gesetzliche Grundlage zu schaffen.

Im Parlament sind dazu zwei Motionen (09.3405 und 09.3368) hängig.

IV-Renten, auf die nach Art. 7 Abs. 2 ATSG kein Anspruch mehr besteht, sind gemäss Vorschlag bis zum 31. Dezember 2013 aufzuheben resp. herabzusetzen. Abs. 2 regelt den Anspruch auf Arbeitsvermittlung während eines Jahres (lit. a) und auf Wiedereingliederungsmassnahmen (lit. b). Ab dem Zeitpunkt der Herabsetzung wird eine Leistung „in der Höhe der bisherigen Rente“ längstens während 2 Jahren ausgerichtet.

Diese Bestimmung führt zu einer Ungleichbehandlung zwischen den Fällen nach dem neu vorgeschlagenen Art. 8a Abs. 1 und den Fällen nach der Schlussbestimmung lit. a.

Der Begriff "Revision" ist irreführend. Die Renten werden nicht revidiert, sondern einer Prüfung unterzogen. Die Revisionsvoraussetzungen gemäss Art. 17 ATSG sind nicht erfüllt.

Diese Bestimmung ist heikel und unklar. Der Jagd nach Diagnosen ist die Verstärkung der Abklärungen oder Zusprachen mit Auflage(n) klar vorzuziehen.

Antrag zu Schlussbestimmung a.
streichen.

Abs. 1

Gemäss Bundesgerichtsurteil 9C_1009/2008 vom 1. Mai 2009 gilt die Einschränkung auf objektive Werte bereits seit langem und ist nichts Neues. Die Einschränkung ist einfach erst seit 1. Januar 2008 im Gesetz festgeschrieben. **Danach gelten Menschen, deren Erwerbsunfähigkeit aus objektiver Sicht überwindbar ist, nicht mehr als invalid.** Hierzu zählen Personen mit somatoformen Schmerzstörungen, Fibromyalgie und anderen Schmerzkrankheiten. Eine Aufhebung ihrer Rente ist zwar gestützt auf eine Gesetzesbestimmung möglich (nebst dem erwähnten Urteil auch: Urteil BGer 8C_502/2007 vom 26. März 2009), kann aber kaum ohne eingehende Prüfung des Sachverhalts und Neufestsetzung des Invaliditätsgrades erfolgen.

Es wird indiziert, dass bei somatoformer Schmerzstörung, Fibromyalgie etc. kein Anspruch nach Art. 7 Abs. 2 ATSG mehr bestehe und die Rente aufgehoben werden könne. Dies ist aber nicht der Fall.

Es muss nämlich in jedem Fall zuerst geprüft werden, ob der Anspruch unter Art. 7 Abs. 2 ATSG fällt oder nicht. Eine Erwerbsunfähigkeit wird **nicht aufgrund einer bestimmten genannten Diagnose**, sondern aufgrund der tatsächlichen Einschränkungen **festgelegt** (in diesem Sinne ist das Ablaufschema S. 30 im erläuternden Bericht falsch). Erstens ist die IV also "diagnoseblind" und zweitens kann sich eine Erwerbsunfähigkeit aus mehreren Faktoren zusammensetzen. Gemäss erwähnten Urteilen kann eine somatoforme Schmerzstörung sowohl einschränkend als auch nicht einschränkend sein (Erw. 6.1.2 und 6.2.1 bzw. 7.1.2 und 7.2.1). Man wird deshalb nicht umhin kommen, die medizinischen Voraussetzungen zu prüfen. Gerade weil es auch medizinisch selten klare Fälle sind, ist ein erheblicher Abklärungsaufwand zu erwarten, nicht zuletzt dürften hier viele Fälle vor Gericht landen. Die IVSK möchte daher vor zu hohen Erwartungen dringend warnen.

Aufhebung der Rente bei Überwindbarkeit der Erwerbsunfähigkeit: Diese ist nicht so einfach machbar. Der diesbezügliche Vorgang teilt sich in zwei Schritte ein:

1. Eingehende materielle Prüfung jedes einzelnen Falles, ob eine objektive Unüberwindbarkeit der Erwerbsunfähigkeit vorliegt (medizinische Prüfung). Das Erfüllen der Foerster-Kriterien oder das Vorliegen anderer Krankheiten (Komorbiditäten) muss medizinisch abgeklärt sein. Damit wird geprüft, ob die Rente aufgrund eines unter Art. 7 Abs. 2 ATSG fallenden Sachverhaltes zugesprochen wurde. Dies wird Zeit und Ressourcen beanspruchen. In diesem Sinne greift das Ablaufschema (S. 30 der Erläuterungen) zu kurz.
2. Aufhebung gemäss den Schlussbestimmungen. Dieser Entscheid kann gerichtlich angefochten werden.

Die Schlussbestimmung verlangt zudem eine verhältnismässig rasche Aufhebung der entsprechenden Renten. Dies dürfte nicht möglich sein. Geschätzt der Fall, die Gesetzesrevision tritt (frühestens) auf den 1. Januar 2012 in Kraft, bleibt kaum die Zeit, in der zahlreiche Fälle medizinisch abgeklärt und verfügt werden müssen. Problem dieses Artikels ist also nicht nur (je nach Sicht), dass die Renten nicht aufgehoben werden könnten (Sicht Versicherte), sondern dass der Sachverhalt kaum jemals so klar ist, dass eine einfache Aufhebung überhaupt möglich ist (Sicht Durchführungsorgane).

Frist bis 2013

Die angesetzte Frist bis Ende 2013 sowie die Befristung der Arbeitsvermittlung auf ein Jahr sowie die absolute Beschränkung der Renten auf 2 Jahre bei Durchführung von Massnahmen dürften zu wenig sein. Nicht zu vergessen ist, dass es die IV-Stellen hier mit Leuten zu tun haben werden, welche subjektiv Schmerzen empfinden und dadurch häufig davon überzeugt sind, nicht arbeiten zu können und krank zu sein.

Die IVSK geht davon aus, dass ein Verschieben des Inkrafttretens auch ein Verschieben der deadline für die Durchführung der Revisionen zur Folge haben wird. Statt 2013 in den Schlussbestimmungen zu verankern, ist eine offene Formulierung zu wählen.

Nach den Wirren um das Verschieben des Inkraftsetzens der MWSt-Erhöhung (befristete Zusatzfinanzierung) erscheint dies sinnvoll. Auch wenn das Parlament bewiesen hat, dass solche Beschlüsse in der Not innert 48 Stunden in beiden zuständigen Kommissionen und beiden Räten verabschiedet werden können.

Sollte der Bundesrat an der Bestimmung festhalten, stellt die IVSK folgenden

Eventualantrag 1 zu Abs.1 (neue Formulierung)

"... sind bis zum 31. Dezember des übernächsten Jahres das auf die Inkraftsetzung folgt zu revidieren."

Versicherte im Ausland

Wie schon oben erwähnt, ist diese Schlussbestimmung im Ausland nicht anwendbar, da die Massnahmen zur Wiedereingliederung im Ausland nicht gewährt werden können. Die Renten können von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland revidiert werden, die Entscheide über die Rentenaufhebungen müssen aber die aktuellen Bestimmungen über die Revision oder über die Wiedererwägung berücksichtigen. Die Schlussbestimmung ist keine genügende Gesetzesbestimmung um die Rechte der Versicherten zu ändern (siehe oben erwähnt Rechtsprechung)

Abs. 4

Es ist unklar, ob sich Absatz 4 nur auf Wiedereingliederungsmassnahmen oder auch auf die Arbeitsvermittlung erstreckt.

Zudem ist der Vorgang juristisch unklar: Die Rente wird aufgehoben, Arbeitsvermittlung oder Wiedereingliederungsmassnahmen werden zugesprochen und "eine Leistung in der Höhe der bisherigen Rente" wird weiter ausgerichtet längstens 2 Jahre ab dem Zeitpunkt der Aufhebung der Rente. Wird also *die bisherige Rente* weiter ausgerichtet bis zwei Jahre nach Aufhebung der Rente oder wird *eine Leistung* weiter ausgerichtet (recte: neu ausgerichtet)?

Was ist unter „Leistung“ zu verstehen und besteht ein Unterschied zur Rente? Welches ist die Natur dieser Leistung? Ist es die bisherige Rente oder ist es andere Leistung also eine Leistung sui generis? Für die bisherige Rente würde das Wort "weiter (ausgerichtet)" sprechen. Was ist mit laufenden EL? Berechtigt "eine Leistung" zum Bezug von EL? Läuft mit anderen Worten auch die bisherige EL weiter? (vgl. unsere Bemerkungen zu Art. 33).

Versicherte im Ausland

Diese "Leistung" kann nur während dem Anspruch auf Massnahmen ausbezahlt werden und wird automatisch eingestellt, wenn die versicherte Person das Land verlässt.

Aus Sicht der IVSK ist die Koordination mit ALV ausser acht gelassen worden: Die IV-Stelle stellt fest, dass die Person keinen Rechtsanspruch auf eine Rente hat. Er ist ihr zumutbar, ihre Beeinträchtigung zu überwinden. Sie ist also (verkürzt gesagt) gesund und somit vermittlungsfähig. Eine vermittelbare Person hat Anspruch auf Taggelder der ALV. Der Sonderfall, dass jemand vorher eine Rente hat, wird vom AVIG in Art. 14 Abs. 2 ("Wegfall einer Invalidenrente") berücksichtigt. Diese Person hat Anspruch auf 260 ALV-Taggelder (Art. 27 Abs. 4 AVIG) somit circa ein Kalenderjahr.

Sollte der Bundesrat an der Bestimmung (insb. Abs. 4) festhalten, stellt die IVSK folgenden

Eventualantrag 2 zu Abs. 4 (neue Formulierung)

„Werden Massnahmen (zur Wiedereingliederung oder Arbeitsvermittlung) durchgeführt, erstreckt sich der (bisherige) Rentenanspruch bis zum Abschluss der Massnahmen, längstens aber für 2 Jahre ab dem Entscheid über deren Aufhebung.“

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die IVSK sehr wohl die Philosophie "Eingliederung vor Rente" mitträgt, nicht jedoch die hier vorgeschlagene Schlussbestimmung.

Wie kann also das Ziel alternativ erreicht werden? Als Alternative erlaubt sich die IVSK, dem Bundesrat zwei Denkanstösse zu unterbreiten. Die Denkanstösse sind naturgemäss im Kontext der Schlussbestimmung heute nur angedacht **ohne im Folgenden als Rechtsbestimmung abschliessend ausformuliert** zu sein. Das wird Sache des Bundesrates im Rahmen der Botschaft sein.

Denkanstoss 1

Ein Hauptproblem, das die Durchführungsstellen im Rahmen der Eingliederung antreffen, ist die Definitionsmacht über die funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Personen. Laut Gesetz liegt diese bei den Regionalärztlichen Diensten (Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG). In der Praxis muss die IV-Stelle die Eingliederungsarbeit oftmals unterbrechen oder einstellen, weil ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis eingereicht wird. Ist dieses Zeugnis im juristischen Sinn schlüssig und nachvollziehbar, geniesst es vor Gericht Beweiswert auch für die Eingliederungsphase.

Ein Blick in die Materialien des heutigen Art. 59 IVG zeigt aber folgendes:

Im Rahmen der Vernehmlassung zur 5. IVG-Revision im September 2004 hatte der Bundesrat als Art. 59 Abs. 3 IVG vorgeschlagen: *Die ärztlichen Dienste bestimmen den für die IV massgebenden Grad der Arbeitsunfähigkeit.*

Nach dem Vernehmlassungsverfahren schlug der Bundesrat in der Botschaft vom 22. Juni 2005 eine abgeänderte Form vor: Art. 59 Abs. 2 (...) *Diese setzen die für die IV nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Fähigkeit der Versicherte fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (...).* (BBI 2005 4615f).

In der Botschaft zur 5. IVG-Revision wurde zu Art. 57 IVG festgehalten, dass der IV im Abklärungsverfahren "ausschliessliche Entscheidkompetenz zukommen" sollte (BBI 2005 4571) und mit der neuen Formulierung des Art. 59 IVG "eine konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmen der Auswirkungen des Gesundheitsschadens) geschaffen werden" sollte (BBI 2005 4572).

Die Bestimmung wurde von beiden Räten – Nationalrat (21. März 2006) und Ständerat (22. Juni 2006) – diskussionslos verabschiedet.

Die IVSK ist daher der Ansicht, dass die Erläuterungen des Bundesrats ohne Änderung für die Auslegung der Gesetzesbestimmung gelten. In Tat und Wahrheit wird diese "ausschliessliche Entscheidungskompetenz" der IV-Stelle/Versicherungsmedizin von den Gerichten nicht akzeptiert. Die IVSK schlägt daher vor, im Rahmen der 6. IVG-Revision den Gesetzestext dahingehend zu präzisieren.

Ziel wäre eine Präzisierung von Art. 59 Abs. 2^{bis} "(...) *Diese setzen die für die Invalidenversicherung massgebend Arbeitsunfähigkeit und die funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest (...)*" und eine Ergänzung mit einem neuen Abs. 2^{ter}: "*Sie entscheiden ausschliesslich über die medizinische Zumutbarkeit der Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8 Abs. 3 dieses Gesetzes.*"

Inhaltlich muss die "ausschliessliche Entscheidkompetenz", wie sie schon mit der 5. IVG-Revision vorgeschlagen und vom Gesetzgeber gutgeheissen wurde, **ausdrücklich auf Gesetzesstufe** verankert werden. Der RAD soll nicht nur die Arbeitsunfähigkeit für die Invaliditätsbemessung bei der Rentenprüfung festsetzen, sondern auch für die Prüfung der Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8 Abs. 3 IVG – also für den gesamten IV-Bereich.

Behandlungs- und Versicherungsmedizin sind damit getrennt, so wie der Bundesrat diese Aufgabenteilung (= Zuständigkeit) schon in der Botschaft zur 5. IVG-Revision im Jahr 2005

postuliert hat: Behandelnder Arzt und Versicherungsmediziner haben je ihre – getrennte – Rolle. Diese Trennung könnte für die Akteure auch entlastend wirken.

Denkanstoss 2

Die Philosophie "Eingliederung vor Rente" kann auch an einer zweiten Stelle besser im Gesetz verankert werden: Es geht hier um die Beurteilung des Eingliederungspotentials im Zusammenhang mit der Rentenprüfung.

Art. 28 Abs. 1 IVG sollte dahingehend präzisiert werden, dass keine Rente gesprochen wird und gesprochen werden darf, solange der RAD aus versicherungsmedizinische Sicht ein Eingliederungspotential (eine gewisse funktionelle Leistungsfähigkeit) als gegeben betrachtet – ungeachtet der bisherigen Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Denn trotz fehlender Mitwirkung der versicherten Person muss heute eine Rentenprüfung stattfinden.

Das Ziel muss es hier sein, dass ohne Mitwirkung der versicherten Person in der Eingliederungsphase keine Rentenprüfung stattfindet. Ziel ist also auch bei Art. 28 Abs. 1 IVG eine Präzisierung analog derjenigen, die die IVSK für Art. 59 Abs. 2^{bis} IVG oben vorschlägt. "*Die Regionalärztlichen Dienste entscheiden ausschliesslich über die medizinische Zumutbarkeit.*" (Z.B. als neue lit. a^{bis}.)

III. Änderung bisherigen Rechts

5. BVG

Wir erlauben uns die Wiederholung des eingangs erwähnten Wunsches: Die IVSK geht davon aus, dass die Vorbereitung und die Akzeptanz dieser Bestimmung bei den betroffenen Versicherern so weit fortgeschritten sind, dass es keine Widerstände und damit zeitlichen Verzögerungen bei der Umsetzung gibt.

Einige sprachliche Hinweise

- Auf Seiten 11, 34, 35, 65, 66, 68, 75, 76 des erläuternden Berichtes wird etwas mühselig und teilweise in "..." gesetzte der Begriff Schadenfall verwendet. Das Wort Schadenfall wird normalerweise nur von den Privatversicherern gebraucht. Im Bereich der Sozialversicherung spricht man hingegen üblicherweise von Versicherungsfall. Die IVSK schlägt vor, dass der Bundesrat neutral von *Versicherungsfall* spricht.
- Auf S. 100 des erläuternden Berichtes wird der Begriff "Massnahmen der Spätintervention" verwendet, der sonst nirgends (mehr) vorkommt.
- Zum Begriff "Rückfall" haben wir uns schon unter Art. 33 geäussert.

Die IVSK dankt Ihnen für die Berücksichtigung und Unterstützung ihrer Anträge.

Freundliche Grüsse

IV-Stellen-Konferenz (IVSK)



Stefan Ritler
Präsident

Geht per E-Mail an barbara.schaer@bsv.admin.ch

Kopie: Pascal Couchepin, Departementsvorsteher EDI
Yves Rossier, Direktor BSV
Alard du Bois-Reymond, Vizedirektor BSV
Mitglieder der IV-Stellen-Konferenz

KONFERENZ DER KANTONALEN AUSGLEICHSKASSEN

Chutzenstrasse 10, 3007 Bern
Telefon 031 379 77 81 Fax 031 379 77 74
E-Mail: marie-pierre.cardinaux@ahvch.ch

SCHWEIZERISCHE VEREINIGUNG DER VERBANDSAUSGLEICHSKASSEN (VVAK)

p.A. AUSGLEICHSKASSE Arbeitgeber Basel
Viaduktstrasse 42, 4002 Basel
Telefon 061 285 22 31 Fax 061 285 22 31
E-Mail: stefan.abrecht@ak40.ch

Bern/Basel, 15. September 2009

Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
3003 Bern

6. IVG-Revision:

Vernehmlassungsverfahren zum ersten Massnahmenpaket

Sehr geehrter Herr Bundesrat Couchepin
Sehr geehrte Damen und Herren

Mit Schreiben vom 17. Juni 2009 haben Sie Verbände, Parteien und interessierte Gruppierungen eingeladen, zum Vorentwurf und zum erläuternden Bericht des ersten Massnahmenpakets der 6. IVG-Revision Stellung zu nehmen.

Gute Umsetzung der 4. und 5. IV-Revision ist beste Ausgangslage für die 6. IV-Revision

Gestatten Sie uns eine wichtige Vorbemerkung: Jedes gute Gesetz braucht auch eine gute Umsetzung. Die schrittweise Sanierung der Invalidenversicherung (IV) ist eine der grossen innenpolitischen Herausforderungen. Eine rechtzeitige, harmonisierte und wirkungsvolle Umsetzung der Weichenstellungen von Parlament und Bundesrat ist für den Erfolg der Sanierung unabdingbar. Mit grosser Freude und einem professionellen Stolz dürfen wir feststellen, dass die IV-Stellen und die Ausgleichskassen als zentrale Umsetzungspartner im AHV/IV-System ihre Aufgaben hier gut wahrgenommen haben. Aus der Sicht der kantonalen und der Verbandsausgleichskassen möchten wir für den Part der Ausgleichskassen auf folgende Punkte hinweisen:

- Die Umsetzungsschritte erfolgten rechtzeitig.
- Dabei wurden vor allem die informatikmässigen Anpassungen speditiv umgesetzt
- Das Verwaltungsverfahren zwischen IV-Stellen und Ausgleichskassen hat einen weiteren Stresstest bestanden.
- Das Meldeverfahren zwischen den Ausgleichskassen und der Zentralen Ausgleichsstelle – die Datendrehscheibe der AHV/IV – hat sich bewährt.

Die grosse Produktionstreue der Ausgleichskassen und die enge Zusammenarbeit mit den IV-Stellen und der ZAS waren wichtige Schlüssel für eine erfolgreiche Umsetzung der 4. und 5. IV-Revision. Den gleichen Beitrag sichern die Ausgleichskassen auch bei der Umsetzung der 6. IV-Revision zu.

Zur Vorlage

Die Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen und die schweizerische Vereinigung der Verbandsausgleichskassen (VVAK) werden sich nachfolgend in ihren Ausführungen auf grund-

sätzliche Überlegungen sowie auf den Aspekt der Durchführung aus Sicht der Durchführungsorgane der AHV fokussieren.

1. Allgemeine Bemerkungen

Die Revision verfolgt als Hauptstossrichtung die finanzielle Konsolidierung der IV. Zu diesem Zweck ist vorgesehen, vermehrt Rentenbezüger wieder einzugliedern und den Finanzierungsmodus zu ändern. Zudem wird die Einführung des Assistenzbeitrages vorgeschlagen und Änderungen bei den Hilfsmitteln.

Die gegenwärtige finanzielle Entwicklung der IV ist sehr besorgniserregend und gefährdet akut auch die Zukunft der AHV. Die Absicht der finanziellen Konsolidierung und Sanierung der IV ist deshalb aus unserer Sicht zu begrüßen. Es stellt sich aber die Frage, ob die vorgeschlagenen Massnahmen geeignet und ausreichend sind, um das gesteckte Ziel zu erreichen.

Generell ist auch festzuhalten, dass praktisch alle vorgeschlagenen Massnahmen – ausser dem neuen Finanzierungsmodus – den Personalbedarf bei den IV-Stellen und die Komplexität der Durchführung generell erhöhen. Dies hat auch Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit den Ausgleichskassen.

Der erläuternde Bericht befasst sich mit den finanziellen Auswirkungen auf die IV. Nicht erwähnt sind die Auswirkungen auf die Ausgleichskassen. Bei diesen entstehen jedoch ebenfalls zusätzliche Durchführungskosten. Bei der Ausgestaltung der Ausführungsbestimmungen ist auf eine effiziente, kostensparende Durchführung bei den Ausgleichskassen Rücksicht zu nehmen. Die Ausgleichskassen verlangen deshalb, bei der Umsetzung einbezogen zu werden.

2. Änderung des Finanzierungsmodus

Der bestehende Finanzierungsmechanismus bindet die Bundeseinnahmen der IV an die Ausgaben der IV. Dies bedeutet, dass eine Senkung der Ausgaben zu 38 % den Bundeshaushalt entlastet und lediglich zu 62 % die Rechnung der IV. Um das Defizit von 1,1 Milliarden Franken pro Jahr auszugleichen, müssten demnach 1,7 Milliarden Franken eingespart werden.

Ab dem Jahr 2012 soll der Bundesbeitrag von den Ausgaben der IV abgekoppelt und an die wirtschaftliche und demographische Entwicklung angebunden werden. Grundlage dafür ist insbesondere die – jeweils rasch und aktuell verfügbare – Entwicklung der Mehrwertsteuer-Einnahmen.

Diese Anpassung des Finanzierungsmodus ist – mit Blick auf das angestrebte Ziel der finanziellen Sanierung der IV – zu begrüßen.

3. Wettbewerb beim Erwerb von Hilfsmitteln

keine Bemerkungen

4. Einführung eines Assistenzbeitrages

keine Bemerkungen

5. Bemerkungen zu einzelnen Bestimmungen

Art. 22 Abs. 5bis, 5ter (neu) und 6

Bisher war nur während Abklärungsmassnahmen ein Taggeld vorgesehen. Völlig neu ist die Möglichkeit, Taggeld und Rente gleichzeitig auszurichten. Es muss berücksichtigt werden, dass diese Änderung zu einem erhöhten Koordinationsbedarf zwischen den IV-Stellen und den Ausgleichskassen führt. In dem erläuternden Bericht ist nicht vermerkt, dass dadurch auch bei den Ausgleichskassen administrativer Aufwand entsteht.

Art. 42 quater und 42quinquies (neu)

Die Einführung des Assistenzbeitrages bedeutet, dass die Ausgleichskassen eine neue Leistung auszurichten haben. Die bei der Umsetzung des Assistenzbeitrags notwendigen Informatikanpassungen und Personalinstruktion verursachen Mehraufwand und einmalige Kosten bei den Ausgleichskassen. Die Ausrichtung einer zusätzlichen Geldleistung erhöht die Komplexität der Durchführung und den Koordinationsbedarf zwischen den IV-Stellen und den Ausgleichskassen. Die Ausrichtung eines Assistenzbeitrages setzt aufwendige Prüfungen der Voraussetzungen sowohl auf Seiten der versicherten Person als auch seitens der Person voraus, welche die Dienstleistung erbringt. Dies erhöht den administrativen Aufwand und die wiederkehrenden Kosten bei den Ausgleichskassen.

Art. 47 Abs. 1, 1bis (neu) und 1ter (neu)

Wir haben schon bei den Bemerkungen zu Art. 22 darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit des gleichzeitigen Bezugs von Rente und Taggeld die Komplexität erhöht. Diese nimmt nun mit dieser Bestimmung nochmals zu, indem das Taggeld unter gewissen Voraussetzungen gekürzt werden soll, was letztlich mehr administrativen Aufwand und zusätzliche Kosten bei den Ausgleichskassen verursacht.

Zusammenfassend halten wir fest, dass der Gesetzesentwurf grundsätzlich die richtige Zielsetzung verfolgt. Inwieweit diese Ziele mit der Gesetzesnovelle erreicht werden können, kann jedoch von uns nicht abschliessend beurteilt werden und bleibt spekulativ. Die Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen und die schweizerische Vereinigung der Verbandsausgleichskassen (VVAK) verlangen, dass bei der Ausgestaltung der Durchführungsbestimmungen die Kosten bei den Ausgleichskassen berücksichtigt werden. Die Ausgleichskassen sind bei der Ausarbeitung der Durchführungsbestimmungen einzubeziehen. Wir gehen gerne davon aus, dass die guten bestehenden Kommunikationsgefässe zwischen den Ausgleichskassen und der Aufsichtsbehörde BSV genutzt werden.

Wir danken für die Gelegenheit zur Stellungnahme.

Freundliche Grüsse

Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen



Franz Stähli, Präsident

Schweizerische Vereinigung der Verbandsausgleichskassen (VVAK)



Stefan Abrecht, Präsident



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri

Römerstrasse 20
Postfach
CH-4502 Solothurn
Tel 032 625 41 41
Fax 032 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
3003 Bern

Für Rückfragen:
Felix Schneuwly
Direktwahl: 032 625 42 57
felix.schneuwly@santesuisse.ch

Solothurn, 15. Oktober 2009

Vernehmlassung 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen, dass Sie uns Gelegenheit gegeben haben, zur oben erwähnten Vorlage Stellung zu nehmen. Einleitend möchten wir anmerken, dass wir die Stossrichtung der Revision als richtig ansehen. Wir unterstützen die Revisionsbemühungen des Bundesamtes für Sozialversicherungen dahingehend, dass für die Rettung dieses wichtigen Sozialwerkes neue Wege beschritten werden und die bis anhin geltenden Anreize für die Rentenbezüger so verändert werden müssen, dass dem Prinzip Eingliederung vor Rente auch in der Praxis gelebt werden kann. Auch wenn wir das vorliegende Massnahmenpaket in seinem Kern unterstützen, glauben wir, dass es Verbesserungspotential in sich birgt.

Zu den konkreten Umsetzungsvorschlägen haben wir folgende Bemerkungen:

Art. 3b IVG-E: Krankenversicherung als Meldestelle bei der Früherfassung

In der 5. Revision der Invalidenversicherung wurde das System der Früherfassung und der Frühintervention eingeführt. Der Bundesrat führte in der Botschaft zur 5. Revision zur Invalidenversicherung folgendes aus: „Je früher Personen nach einer potentiell längerfristigen Erkrankung oder nach einem Unfall mit Rehabilitationsfachleuten in Kontakt kommen und Perspektiven zur Wiedereingliederung in eine Erwerbstätigkeit entwickeln, desto erfolgversprechender sind die konkreten Massnahmen und die Eingliederung selber. Ziel des Systems der sozialen Sicherheit muss demnach sein, arbeitsunfähige Personen so früh als möglich zu erfassen und zu begleiten, um die Chance für eine Wiedereingliederung in eine Erwerbsarbeit oder einen Aufgabenbereich intakt zu halten. Dieses Ziel wird nur erreicht, solange bei den Betroffenen die Selbstmotivation noch vorhanden ist und die Eigenverantwortung noch wahrgenommen werden kann, was insbesondere am Anfang einer Krankheitssituation eher gegeben ist.“ (1)

¹ Botschaft zur 5. Revision der Invalidenversicherung, BBl 2005, 4517

Zu diesem Zweck wurde Art. 3b IVG eingeführt, welcher die zur Früherfassung der versicherten Person berechtigten Institutionen und Personen aufführt. Zur Meldung berechtigt sind gemäss Art. 3b Abs. 2 IVG folgende Personen und Einrichtungen: die versicherte Person sowie deren gesetzliche Vertreter, die im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen der versicherten Person, der Arbeitgeber, die behandelnden Ärzte, der Krankentaggeldversicherer, private Versicherungseinrichtungen, der Unfallversicherer, Einrichtungen der beruflichen Vorsorge, Durchführungsorgane der Arbeitslosenversicherung, Durchführungsorgane der kantonalen Sozialhilfegesetze und die Militärversicherung. Erstaunlicherweise ist ausgerechnet diejenige Sozialversicherung, welche zuerst einen entsprechenden Fall für eine Früherfassung erkennen könnte, nicht meldeberechtigt: nämlich die Krankenversicherung. Führt man sich die Zielsetzung der Früherfassung vor Augen, ist augenscheinlich, dass es sich hierbei um ein gesetzgeberisches Versehen handeln muss: Wenn Militärversicherung und Unfallversicherung, die Einrichtungen der beruflichen Vorsorge, ja sogar die Arbeitslosenversicherung zur Meldung berechtigt sind, dann muss es doch auch der Krankenversicherung möglich sein, entsprechende Meldungen zu machen. Wie der Bundesrat in seiner Botschaft ausgeführt hat, ist es für eine erfolgversprechende Intervention entscheidend, dass diese so früh wie möglich geschieht. Daher erscheint es im Lichte dieser Zielsetzung geradezu fahrlässig, diejenige Sozialversicherung von einem Melderecht auszunehmen, die am frühesten von solchen Fällen erfährt. Dieses Versehen sollte in der anstehenden Revision rückgängig gemacht werden und die obligatorische Krankenversicherung als meldeberechtigte Sozialversicherung im Art. 3b Abs. 2 aufgenommen werden.

Skeptiker dieses Anliegens werden entgegenen, dass die Krankenversicherer sehr wohl berücksichtigt sind, nämlich als Krankentaggeldversicherer. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Krankenversicherer auch Fälle entdecken können, welche gerade nicht im Arbeitsprozess integriert sind. Zum anderen ist die Krankentaggeldversicherung in der Schweiz nicht obligatorisch. In diesen Fällen könnte die Krankenversicherung wertvolle Hinweisgeberin zuhanden der Invalidenversicherung werden.

Antrag:

Art. 3b Abs. 2 ist wie folgt zu ergänzen:

I. die Krankenversicherung

Art. 8a IVG-E: Anordnung von sozialberuflichen Massnahmen

Seit der 5. IV-Revision müssen die Krankenversicherer alle medizinischen Massnahmen übernehmen, auch wenn sie auf die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit gerichtet sind. Art. 12 IVG wurde angepasst und mit der Ausnahme versehen, dass bei Versicherten unter 20 Jahren diese Massnahmen weiterhin bezahlt werden. Von den eigentlichen medizinischen Massnahmen zu unterscheiden sind die sozialberuflichen Massnahmen. Diese umfassen gemäss Kreisschreiben über die Integrationsmassnahmen abschliessend folgende Leistungen: Belastbarkeitstraining (max. 3 Monate), Aufbautraining (max. 6 Monate) sowie die wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz (WISA) (bis 12 Monate). Das Kreisschreiben lässt offen, welche Institutionen die entsprechenden Trainings anbieten und durchführen dürfen.

Sowohl im Rahmen der Frühintervention wie auch im Rahmen der Integrationsmassnahmen kann eine sozialberufliche Rehabilitation angeordnet werden. In der Praxis besteht oftmals die Schwierigkeit, die medizinischen Massnahmen von den sozialberuflichen Massnahmen abzugrenzen. Das Problem besteht nun vor allem darin, dass diese sozialberufliche Rehabilitationen teilweise in medizinischen Institutionen oder in normalen Arztpraxen angeboten werden. Diese wiederum rechnen die erbrachten Leistungen nach den üblichen Tarifen (insbe-

sondere Tarmed) ab. Wenn die Rechnung bei den Krankenversicherern eintrifft und unter den üblichen Tarifpositionen abgerechnet wird, fällt dies nicht besonders auf. Die Rechnung passiert sämtliche Kontrollen und landet in den Systemen der Krankenversicherer. Ein starker Anreiz für die Leistungserbringer diese Leistungen eher der Krankenversicherung zu verrechnen, liegt darin, dass z.B. Frühinterventionsmassnahmen maximal Fr 20'000.- kosten dürfen (Art. 1 octies IVV).

Es geht nun vor allem darum, die Rehabilitationsmassnahmen von den medizinischen Massnahmen abzugrenzen. Solange diese Institutionen aber eine völlig allgemein gehaltene Diagnose abgeben, ist es sehr schwierig, solche fragwürdigen Rechnungen zu identifizieren. Vermutlich müssen die Krankenversicherer über die Kontrolle der Rechnungen der Institutionen zum Ziel gelangen. Hierzu müssen sie aber wissen, welche Institutionen solche Leistungen überhaupt anbieten. Aus diesem Grunde sollten die IV-Stellen dahingehend in die Pflicht genommen werden, dass sie die zur Rehabilitationsmassnahmen geeigneten Institutionen und Anbieter auflisten und bekannt geben. Dies fördert einerseits die Transparenz und dient letztlich auch der Qualität der Programme.

Fazit:

Es ist zu verhindern, dass die von der IV angeordneten sozialberuflichen Massnahmen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gehen. Die IV soll daher das notwendige Leistungsspektrum definieren und die Institutionen bezeichnen, welche diese Leistungen erbringen. Um die Wirksamkeit der angeordneten Massnahmen sicherzustellen, liegt das auch im Interesse der IV.

Antrag:

Die IV hat die zur Erbringung sozialberuflicher Massnahmen zugelassenen Anbieter inklusive Leistungsspektrum zu bezeichnen und führt entsprechende Listen. Zudem hat die IV – im Interesse der versicherten Person – bevor sie eine medizinische Massnahme anordnet, mit dem zuständigen KVG-Versicherer Kontakt aufzunehmen und sich bei diesem Versicherer zu erkundigen, ob die konkrete medizinische Leistung den WZW-Anforderungen der KVG-Versicherung entspricht und von der KVG-Versicherung übernommen werden kann.

Art. 8a Abs. 1 Bst. b IVG-E: Wiedereingliederung

Es sollten auch Massnahmen ergriffen werden dürfen, welche darauf hinzielen, die Erwerbsfähigkeit zu "erhalten" und nicht nur zu "verbessern". In vielen Fällen geht es vor allem in einer frühen Phase um den Erhalt und noch nicht um die Steigerung der Erwerbsfähigkeit.

Antrag:

Art. 8a Abs. 1 Bst. b soll wie folgt **ergänzt** werden:

Die Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger haben Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung, sofern

- b die Massnahmen geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit **zu erhalten** oder zu verbessern.

Art. 18c Abs. 2 IVG-E: Arbeitsversuch

Hier handelt es sich oft um Fälle, in denen ein Krankentaggeld-Versicherer bereits Taggelder bezahlt. In diesen Fällen ist gesetzlich vorzusehen, dass die IV-Stelle dem vorleistenden

Krankentaggeld-Versicherer das IV-Taggeld überweist. Weil solche Zahlungen vom Krankentaggeld-Versicherer wieder dem einzelnen Schadenfall gutgeschrieben werden, ist der Arbeitgeber letztlich nicht schlechter gestellt.

Antrag:

Art. 18c Abs. 2 IVG-E soll wie folgt **ergänzt** werden:

.....Die Versicherung überweist dem Arbeitgeber den Teil des Taggeldes oder der Rente, der dem vom Arbeitgeber bezahlten Bruttolohn entspricht. **Falls der Arbeitgeber eine Krankentaggeld-Versicherung abgeschlossen hat und diese Krankentaggeld-Versicherung Taggelder ausbezahlt, so überweist die Versicherung den Teil des Taggeldes, der dem vom Arbeitgeber bezahlten Bruttolohn entspricht, dem Krankentaggeld-Versicherer.**

Art. 21 Abs. 4 IVG-E

Um das Einsparpotential von mindestens CHF 50 Mio. zu erreichen, sind die Vorschriften seitens des Bundesrates entsprechend auszugestalten. Des Weiteren ist eine Koordination mit dem KVG-Bereich im Zusammenhang mit der Abgabe von Hilfsmitteln gemäss MiGeL zwingend

Antrag:

Der Bundesrat hat die entsprechenden Vorschriften zu erlassen.

Art. 21bis Abs. 3 IVG-E

Durch öffentliche Vergabeverfahren den Wettbewerb unter den Anbietern von Hilfsmitteln zu fördern wird seitens santésuisse begrüsst. Dies nicht zuletzt, weil diese Vorgehensweise allenfalls auch für den Kranken- und Unfallversicherungsbereich wegweisenden Charakter haben könnte. Damit das angestrebte Einsparpotential von ca. CHF 50 Mio. auch effektiv erreicht werden kann, hat der Bundesrat Vorschriften zu erlassen, welche eine Koordination mit den MiGeL-Anbietern im KVG-Bereich ermöglichen.

Antrag:

Der Bundesrat hat die entsprechenden Vorschriften zu erlassen.

Art. 22 Abs. 5bis IVG-E

Wir schlagen vor, der Einfachheit halber bei den Massnahmen zur Wiedereingliederung die Ergänzung „von Rentenbezügerinnen und –bezügern“ zu streichen.

Antrag:

Art. 22 Abs. 5bis ist wie folgt **zu ändern**:

Bezieht eine versicherte Person eine Rente der Invalidenversicherung, so wird ihr diese während der Durchführung von Integrationsmassnahmen nach Artikel 14a und von Massnahmen zur Wiedereingliederung ~~von Rentenbezügerinnen und –bezügern~~ nach Artikel 8a Absatz 2 anstelle eines Taggeldes weiter ausgerichtet.

Art. 33 Abs. 1 IVG-E: erneute Arbeitsunfähigkeit

Im erläuternden Bericht ist erwähnt, dass neu für das vereinfachte Wiederaufleben der Invalidität keine Kausalität vorausgesetzt wird. Das geltende Recht sieht in Art. 29^{bis} IVV folgendes vor:

Wurde die Rente nach Verminderung des Invaliditätsgrades aufgehoben, erreicht dieser jedoch in den folgenden drei Jahren wegen einer auf dasselbe Leiden zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit erneut ein rentenbegründendes Ausmass, so werden bei der Berechnung der Wartezeit nach Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe b IVG früher zurückgelegte Zeiten angerechnet.

Unserer Ansicht nach besteht kein Grund, vom Kausalitätserfordernis abzusehen.

Antrag:

Art. 33 Abs. 1 ist daher wie folgt **zu ergänzen**.

Wurde die Rente nach einer Verminderung des Invaliditätsgrades herabgesetzt oder aufgehoben und ist die versicherte Person im Lauf der folgenden zwei Jahre **wegen demselben Leiden** erneut während mindestens...

Art. 33 Abs. 1 IVG-E: erneute Arbeitsunfähigkeit

Der Artikel ist grundlegend begrüssenswert. Die 30 Tage (innerhalb 2 Jahre) bedeuten jedoch eine sehr kurze Frist und man könnte durchaus auch eine längere Minimaldauer (z.B. 60 oder 90 Tage) festlegen.

Antrag:

Art. 33 Abs. 1 IVG-E ist wie folgt **zu ändern**:

..... während mindestens **60** (oder allenfalls **90**) Tagen ununterbrochen arbeitsunfähig, so...

Art. 42 quater ff. IVG-E: Assistenzbeitrag

Der Vorschlag sieht vor, dass hilfsbedürftige und zu Hause lebende Personen einen finanziellen Betrag in bestimmter Höhe zur freien Verfügung haben. Damit kann die versicherte Person eine Hilfskraft anstellen, welche sie als Arbeitgeberin beschäftigen muss. Nicht als Hilfskraft in Frage kommen dabei Ehegatten oder Lebenspartner sowie Verwandte in auf- und absteigender Linie. Grundlage für die Berechnung des Assistenzbeitrages bildet die für die Hilfeleistungen benötigte Zeit.

Das Ziel der Revision der Invalidenversicherung ist es, die finanzielle Sicherung dieses Sozialwerkes zu erreichen. Hierzu ergänzt man die Massnahmen der 5. IV-Revision und versucht, in der 6. Revision eine beträchtliche Anzahl von bestehenden Rentenbezügern in den Arbeitsmarkt zurückzuführen. Es ist aus dem erläuternden Bericht ersichtlich und erschliesst sich auch rasch, dass mit Hilfe einer externen Unterstützung die versicherte Person länger zu Hause bleibt und viel eher ein selbstbestimmtes Leben führen kann. Wie aus den erläuternden Unterlagen zu entnehmen ist, konnte mit den im Pilotversuch durchgeführten Assistenzmodellen die Selbstbestimmung und die Selbständigkeit der versicherten Personen deutlich gesteigert werden.

Eine zentrale Frage beantwortet der erläuternde Bericht nicht: Wie viele Personen konnten dank des Assistenzmodells wieder in den Arbeitsmarkt eintreten? Konnten für die IV Kosten

gesenkt werden? Man muss sich die Frage stellen, ob die eigentliche Zielsetzung der Revision, nämlich die Sanierung der Invalidenversicherung durch eine Veränderung der Anreize für die Versicherten, mit dieser Massnahme erreicht werden kann. Allein schon die Tatsache, dass für den Bezug eines Assistenzbeitrages das Vorliegen einer Hilflosenentschädigung Voraussetzung ist, zeigt, dass es sich hier um eine Personengruppe handelt, welche sehr schwierig in den Arbeitsprozess zu integrieren ist. Entsprechend sind denn auch die Resultate im Pilotversuch ausgefallen: Wie die Zwischensynthese zum Pilotversuch Assistenzbudget festhält, konnte eine Verbesserung der beruflichen Integrität nur in sehr geringem Ausmass festgestellt werden (2). Die angestrebte Wirkung, dass möglichst viele Heimbewohner dank des Assistenzbeitrages das Heim verlassen können, konnte ebenso wenig beobachtet werden: Nur 10% sind aus dem Heim ausgetreten, obwohl die Heimbewohner 45% der Teilnehmenden am Pilotversuch ausmachten.

Es ist ein berechtigtes Anliegen von behinderten Menschen ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben führen zu können. Wir sind der Ansicht, dass das gesellschaftliche Problem der Organisation der Behindertenbetreuung nicht mit einem singulären Vorstoss in der Revision der IV gelöst werden kann. Hierzu bedarf es einer Gesamtsicht unter Einbezug aller Wirkungen und Grundlagen, nicht zuletzt auch der Krankenversicherung. Wie wir hier sehen, schafft der Vorschlag des Assistenzbeitrages Abgrenzungsschwierigkeiten mit den Leistungen der Krankenversicherung. So wünschenswert es auch ist, den Rentenbezügern ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, steht die finanzielle Sicherheit der IV in der 6. Revision im Vordergrund. Massnahmen, welche hierzu keinen Beitrag leisten können, sollten zu einem späteren Zeitpunkt eingeführt werden. Insbesondere wenn sie in einem gesamtgesellschaftlichen Kontext stehen sowie mehrere Sozialwerke tangieren und deshalb komplexe Überlegungen bedingen. Ein Leistungsausbau wie der hier vorgesehene würde im Übrigen die notwendigen Massnahmen zur finanziellen Sanierung gefährden.

Selbst wenn die Ausrichtung eines Assistenzbeitrages für die Invalidenversicherung kostenneutral wäre, so bleibt anzumerken, dass sie dies eben nicht für alle Versicherten ist: Der Gesetzesvorschlag möchte die Ausgaben des Assistenzmodells mit Kürzungen in den Hilflosenentschädigungen kompensieren. Weil die angestrebte Einsparung durch Heimaustritte nicht bei der IV eintreten, sondern aufgrund des NFA bei den Kantonen stattfinden soll, heisst das, dass die Kantone von einer solchen Lösung profitieren würden. Um diesen Vorteil auszugleichen, streicht man den Versicherten die Hilflosenentschädigung. Dieser fehlende Betrag muss dann durch die Ergänzungsleistungen ausgeglichen werden. Der Versicherte erhält dann in gleichem Ausmass weniger Geld von der IV, gleichzeitig werden diese finanziellen Ausfälle mit den Ergänzungsleistungen kompensiert.

Es ist zwar richtig, dass bei den finanziell bedürftigen Versicherten die Reduktion der Hilflosenentschädigung mit Ergänzungsleistungen ausgeglichen wird, aber das sind eben lange nicht alle Versicherten. Mit anderen Worten werden diejenigen Versicherten, deren Einkommen sich oberhalb der Grenze für Ergänzungsleistungen bewegt, schlechter fahren: Ihnen wird die bislang ausbezahlte Hilflosenentschädigung gekürzt, aber sie erhalten keinen Ausgleich durch die Ergänzungsleistungen, weil sie ein Einkommen über der entsprechenden Grenze verfügen. Während also diejenigen Versicherten ohne massgebliche Vermögenswerte von der geplanten Regelung nicht gross betroffen sind, werden diejenigen Versicherten mit einem Einkommen über der Bezugsgrenze für Ergänzungsleistungen finanzielle Einbussen hinnehmen müssen. Dies ist im Hinblick auf die Gleichbehandlung der Versicherten in der Invalidenversicherung nicht ganz unproblematisch.

² Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 12/07, Zusammenfassung

Abgesehen von diesen grundsätzlichen Überlegungen gibt es weitere Bedenken hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung des Assistenzbeitrages: Es wurde im Gesetzesvorschlag richtig erkannt, dass die Leistungen eines Assistenten das Leistungsspektrum der Krankenversicherung tangieren und deshalb eine Koordination vorgenommen werden muss. Im Bereiche der sog. Grundpflege ergeben sich Überschneidungen, welche der Gesetzesvorschlag dahingehend lösen will, indem der Grundsatz von Art. 65 ATSG (Leistungen der Krankenversicherung immer im Nachgang zu den Leistungen der Invalidenversicherung) auf diese Sachverhalte nicht angewandt werden soll. Dieser Vorschlag greift zu kurz: Die vom Versicherten mit den Hilfeleistungen beauftragte Hilfsperson ist aufgrund der heute gültigen Regeln kein anerkannter Leistungserbringer nach KVG. Damit die Leistungen der Assistenzperson von der Krankenversicherung bezahlt werden könnten, reicht es nicht aus, dass man nur die Bestimmung von Art. 7 lit.c KLV ändert, sondern man müsste systemgerecht diese Hilfspersonen des Versicherten zu den nach KVG anerkannten Leistungserbringern aufführen, welche im Auftrag eines Arztes entsprechend Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG Leistungen erbringen. Diese Leistungserbringer sind konkret in Art. 46 ff. KVV aufgeführt. Um in der Systematik des KVG zu verbleiben, müsste man also auch die im Rahmen eines Assistenzbeitrages angestellten Hilfspersonen als anerkannte Leistungserbringer in der KVV verankern. Im Assistenzmodell sind die fachlichen Anforderungen an diese Hilfspersonen allerdings bewusst sehr tief, um auch die Lohnkosten für die erbrachten Leistungen niedrig zu halten. Aus diesem Grunde sind auch keine Organisationen zugelassen. Dies steht im Gegensatz zu den Anforderungen an die Leistungserbringer im KVG, welches generell von vergleichsweise hohen Anforderungen an die Ausbildung ausgeht, damit eine möglichst hohe Qualität bei der Pflege erreicht werden kann.

Dieser Widerspruch ist in einer Gesetzesvorlage auch im Hinblick auf die Auswirkungen im KVG sauber zu lösen. Die Lösung kann nicht wie vorliegend darin liegen, dass man die Qualitätsanforderungen im KVG den Erwartungen der Invalidenversicherung anpasst. Ansonsten werden durch die Anerkennung einer unqualifizierten Hilfsperson als Leistungserbringer im KVG Türen geöffnet, welche im Hinblick auf die Qualität der erbrachten Leistung besser geschlossen gehalten werden.

Ein weiterer Aspekt bildet die Bemerkung im erläuternden Bericht, dass die Bedarfsermittlung der IV-Stellen gleichzeitig auch Grundlagen bilden kann für allfällige pflegerische Leistungen im KVG. Dies ist abzulehnen: Leistungen im KVG können nur durch Ärzte veranlasst werden. Der verordnende Arzt trägt diesbezüglich die alleinige Verantwortung. Dieser Verantwortungsbereich soll nicht an die IV-Stellen delegiert werden.

Fazit:

Die Ausgestaltung des Assistenzbeitrages läuft dem Ziel der 6. IV-Revision zuwider, und sie ist im Hinblick auf die Gleichbehandlung der Versicherten problematisch. Die Abgrenzungsfragen zum KVG sind nicht bzw. schlecht gelöst. Sie sind qualitätsmindernd und führen zu einer Kostenausweitung in der obligatorischen Grundversicherung.

Antrag:

Aus diesen Gründen ist auf die Einführung des Assistenzmodells im Rahmen der 6. IV. Revision **zu verzichten**.

Eventualantrag:

Mindestens sind Art. 42quinquies Abs. 2 lit.c und Art. 42septies IVG **zu streichen**.

Art. 48 Abs. 1 IVG-E

Der gewählte Zeitraum von 12 Monaten erscheint uns zu kurz. Systemkonform wäre die ordentliche Verjährungsfrist gemäss ATSG von 5 Jahren. Des Weiteren stellt sich uns die Frage, wer im Falle einer Überschreitung der 12 Monate die Leistungen zu übernehmen hat. Es darf keinesfalls sein, dass diese auf andere Sozialversicherer abgewälzt werden.

Antrag:

Art. 48 Abs. 1 ist wie folgt **zu ändern**:

Macht eine versicherte Person ihren Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, auf medizinische Massnahmen oder auf Hilfsmittel mehr als **42 60** Monate nach dessen Entstehung geltend, so wird die Leistung in Abweichung von Artikel 24 Absatz 1 ATSG nur für die **42 60** Monate nachgezahlt, die der Geltendmachung vorangehen.

Art. 78 Abs. 2 IVG-E

Die Entkoppelung des Bundesbeitrages von den Ausgaben der IV ist grundsätzlich zu begrüssen, da somit die im Rahmen der Sanierung von der IV erzielten Einsparungen vollumfänglich der IV zugute kommt.

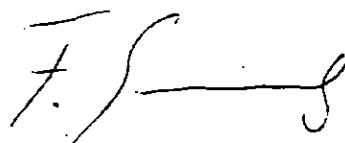
Wir möchten Sie bitten, die von uns gemachten Kommentare und Vorschläge im Rahmen der Überarbeitung des Gesetzesentwurfes sachgerecht zu berücksichtigen und stehen Ihnen für allfällige Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

santésuisse



Verena Nold
Stv. Direktorin



Felix Schneuwly
Leiter Abteilung Politik und Kommunikation

Bundesamt für Sozialversicherung
Effingerstrasse 20
3003 Bern

Zürich, 15. Oktober 2009

Stellungnahme zum ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit, zum ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision Stellung nehmen zu können.

Unsere Stellungnahme gliedern wir wie folgt:

1. Grundsätzliche Bemerkungen aus Sicht Krankenversicherung
2. Bemerkungen und Anträge zu einzelnen Artikeln (aus Sicht Krankenversicherung)
3. Grundsätzliche Bemerkungen aus Sicht Berufliche Vorsorge
4. Bemerkungen und Anträge zu einzelnen Artikeln (aus Sicht Berufliche Vorsorge)

1 Grundsätzliche Bemerkungen aus Sicht Krankenversicherung

Der Schweizerische Versicherungsverband SVV unterstützt die Bestrebungen des Bundesamtes für Sozialversicherung BSV, mit dem vorliegenden Entwurf weitere Voraussetzungen für eine nachhaltige Sanierung der Invalidenversicherung zu schaffen. Insbesondere die Verankerung des Prinzips „Rente als Brücke zur Eingliederung“ erachten wir als einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung.

Auch wenn wir das vorliegende Massnahmenpaket in seinem Kern unterstützen, glauben wir, dass es Verbesserungspotential in sich birgt. Aus Sicht Krankenversicherung sind vor allem die Artikel 42 quinquies und septies nicht ausgereift, weil sie ungelöste Schnittstellenprobleme entstehen lassen.

Auch in der Stellungnahme der IV-Stellen-Konferenz (IVSK) zum Gesetzesentwurf wird darauf hingewiesen, dass die Frage der Anerkennung der Leistungserbringer im KVG gestellt werden müsste. Das heisst folgerichtig, dass Leistungen von Personen, die durch IV-Versicherte im Rahmen der Assistenz angestellt werden, auch aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entschädigt werden müssten.

Das zum obigen Artikel gesagte gewinnt insofern noch an Bedeutung, als in Art. 42 septies eine Umkehr der Zuständigkeitsreihenfolge von Art. 65 ATSG vorgesehen ist. Nicht der Krankenversicherer soll subsidiär zur IV Leistungen erbringen (wie üblich), sondern umgekehrt. Damit wird das Risiko, dass tendenziell Kosten aus der IV in die Krankenversicherung verlagert werden, noch grösser.

2 Bemerkungen und Anträge zu einzelnen Artikeln (aus Sicht Krankenversicherung)

2.1 Antrag

Art. 3b Abs. 2 ist um die Krankenversicherungen als Meldestelle bei der Früherfassung zu ergänzen.

Art. 3b Abs. 2 IVG

2 Zur Meldung berechtigt sind:

- a. die versicherte Person sowie deren gesetzliche Vertretung;
- b. die im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen der versicherten Person;
- c. der Arbeitgeber der versicherten Person;
- d. die behandelnden Ärzte und Chiropraktoren der versicherten Person;
- e. der Krankentaggeldversicherer nach Artikel 12 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG);
- f. private Versicherungseinrichtungen, die dem Versicherungsaufsichtsgesetz vom 17. Dezember 2004 unterstehen und eine Krankentaggeld- oder eine Rentenversicherung anbieten;
- g. der Unfallversicherer nach Artikel 58 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung;
- h. die Einrichtungen der beruflichen Vorsorge, die dem Freizügigkeitsgesetz vom 17. Dezember 1993 unterstehen;
- i. die Durchführungsorgane der Arbeitslosenversicherung;
- j. die Durchführungsorgane der kantonalen Sozialhilfegesetze;

- k. die Militärversicherung.
- l. die Krankenversicherer

Im Rahmen der 5. Revision zur Invalidenversicherung wurde das System der Früherkennung und Früherfassung eingeführt. Der Bundesrat führte in seiner Botschaft dazu aus, dass die möglichst frühzeitige Erfassung entscheidend für den Erfolg einer Wiedereingliederung in eine Erwerbsarbeit oder einen Aufgabenbereich ist. Zu diesem Zweck werden in Art. 3b IVG jene Institutionen und Personen aufgeführt, die zur Meldung für eine solche Früherfassung von arbeitsunfähigen Personen berechtigt sind.

Unter der Prämisse der Früherkennung erstaunt es daher, dass die Krankenversicherer auf der Liste der Meldeberechtigten nicht aufgeführt sind. Sind doch gerade sie es, die aufgrund ihres Tätigkeitsbereichs oft als erste zu einer Früherkennung fähig wären. Sie daher als eine der Sozialversicherungen von diesem Melderecht auszuschliessen, scheint geradezu als fahrlässig, denn damit werden die Chancen zur Wiedereingliederung von arbeitsunfähigen Personen erheblich gemindert. Unter diesem Verständnis muss es sich um ein gesetzgeberisches Versehen handeln, dass die obligatorische Krankenversicherung als meldeberechtigte Sozialversicherung im Art. 3b Abs. 2 nicht aufgenommen wurde, was in der anstehenden Revision rückgängig gemacht werden sollte.

Es ist nämlich nicht so, dass die Krankenversicherer bereits als Krankentaggeldversicherer mitberücksichtigt sind, denn sie können auch Fälle von Personen entdecken, welche gerade nicht im Arbeitsprozess integriert sind. Im Weiteren ist die Krankentaggeldversicherung in der Schweiz nicht obligatorisch. In diesen Fällen könnte die Krankenversicherung wertvolle Hinweisgeberin zuhanden der Invalidenversicherung werden.

Wir beantragen daher, die oben genannte Liste mit den Krankenversicherern als meldeberechtigte Institution zu ergänzen.

2.2 Antrag

Art. 42 quater ff. IVG sind zu streichen.

Auf die Einführung des Assistenzmodells im Rahmen der 6. IV. Revision ist zu verzichten, weil es ausserhalb der Zielsetzung der 6. IV-Revision steht und mehrere ungelöste Abgrenzungsprobleme generiert.

Eventualantrag

Mindestens ist Art. 42 quinquies Abs. 2 lit.c IVG zu streichen.

Art. 42quinquies

Die Versicherung entrichtet einen Assistenzbeitrag an Hilfeleistungen, die von der versicherten Person benötigt und von einer natürlichen Person erbracht werden, welche von der versicherten Person im Rahmen eines Arbeitsvertrages angestellt wird und weder mit ihr verheiratet ist, mit ihr in eingetragener Partnerschaft lebt oder eine faktische Lebensgemeinschaft führt noch in gerader Linie mit ihr verwandt ist (Assistenzperson).

Grundlage für die Berechnung des Assistenzbeitrags bildet die für die Hilfeleistungen benötigte Zeit. Davon abgezogen wird die Zeit, die dem Selbstbehalt nach Artikel 42sexies und folgenden Leistungen entspricht:

- a. die Hilfslosenentschädigung nach den Artikeln 42–42ter;
- b. die Beiträge für Dienstleistungen Dritter anstelle eines Hilfsmittels nach Artikel 21ter Absatz 2;
- c. ~~der für die Grundpflege ausgerichtete Beitrag der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an Pflegeleistungen nach Artikel 25a KVG.~~

Anliegen zielführend im Rahmen der 6. IV-Revision?

Der Vorschlag des Assistenzmodells sieht vor, dass hilfsbedürftige und zu Hause lebende Personen einen finanziellen Betrag in bestimmter Höhe zur freien Verfügung haben, um selbst eine Hilfskraft anzustellen. Dieser Beitrag erlaubt damit behinderten Menschen ein selbständigeres und selbstbestimmteres Leben zu führen, was ein berechtigtes Anliegen ist.

Die Lösung dieses gesellschaftlichen Anliegens an die Organisation der Behindertenbetreuung sollte aber nicht mit einem singulären Vorstoss im Rahmen der IV-Revision gelöst werden. Hierzu bedarf es einer Gesamtsicht unter Einbezug aller Wirkungen und Grundlagen, nicht zuletzt auch der Krankenversicherung. Wie wir im Folgenden ausführen werden, schafft der Vorschlag des Assistenzbeitrages Abgrenzungsschwierigkeiten mit den Leistungen der Krankenversicherung. Zum anderen steht in der 6. Revision die finanzielle Sicherheit der IV im Vordergrund.

Keine Gleichbehandlung

Selbst wenn die Ausrichtung eines Assistenzbeitrages für die Invalidenversicherung kostenneutral wäre, so bleibt anzumerken, dass sie dies eben nicht für alle Versicherten ist, was im Hinblick auf die Gleichbehandlung der Versicherten in der Invalidenversicherung nicht unproblematisch ist.

Der Gesetzesvorschlag möchte nämlich die Ausgaben des Assistenzmodells mit Kürzungen in den Hilfslosenentschädigungen kompensieren. Weil die angestrebte Einsparung durch Heimaustritte nicht bei der IV eintreten, sondern aufgrund des NFA bei den Kantonen stattfinden soll, heisst das, dass die Kantone von einer solchen Lösung profitieren würden. Um diese Verlagerung

zu korrigieren, streicht man den Versicherten die Hilflosenentschädigung, die dann wieder durch Ergänzungsleistungen der Kantone ausgeglichen werden müssen. Durch diese Kompensation erhält der Versicherte auf den ersten Blick am Ende gleich viel; aber das gilt eben nicht für alle Versicherten. Versicherten, deren Einkommen sich oberhalb der Grenze für Ergänzungsleistungen bewegt, erhalten keinen Ausgleich durch die Ergänzungsleistungen, obwohl auch ihnen die bislang ausbezahlte Hilflosenentschädigung gekürzt wird. Während also diejenigen Versicherten ohne massgebliche Vermögenswerte von der geplanten Regelung nicht gross betroffen sind, werden diejenigen Versicherten mit einem Einkommen über der Bezugsgrenze für Ergänzungsleistungen finanzielle Einbussen hinnehmen müssen.

Nicht abschätzbare Kosten

Erklärtes Ziel der IV-Revision ist die finanzielle Sicherung dieses Sozialwerkes zu erreichen. Hierzu ergänzt man die Massnahmen der 5. IV-Revision und versucht, in der 6. Revision eine beträchtliche Anzahl von bestehenden Rentenbezügern in den Arbeitsmarkt zurückzuführen.

Die im Rahmen von Pilotversuchen gewonnenen Erkenntnisse im Zusammenhang mit Assistenzbudgets haben gezeigt, dass eine Verbesserung der beruflichen Integration nur bedingt festgestellt werden konnte. Auch das Ziel, dass möglichst viele Heimbewohner aufgrund des gewährten Assistenzbeitrages wieder nach Hause zurückkehren, wurde verfehlt. Zudem ging die Einführung von Assistenzbudgets wie im Pilotversuch vorgesehen mit Mehrkosten von rund CHF 450 Mio. zu Lasten der IV einher. Konsequenz daraus ist, dass die ursprüngliche Idee des Assistenzbudgets im vorliegenden Gesetzesentwurf nur noch in Ansätzen vorhanden ist.

Sowohl für die IV, die KV als auch die Kantone sind die daraus resultierenden finanziellen Konsequenzen zum heutigen Zeitpunkt nicht abschätzbar und auch über die Erreichung der gesteckten Ziele kann heute nur gemutmasst werden.

Für die IV soll die Einführung der Assistenzbeiträge kostenneutral erfolgen. Dies wird unserer Ansicht nach für die Kantone und die Krankenversicherer nicht der Fall sein. Im Krankenversicherungsbereich stellen sich neben Problemen wie z.B. die Anerkennung der Hilfspersonen als Leistungserbringer gemäss KVG besonders auch Fragen im Bezug auf die finanziellen Auswirkungen. Es besteht unter anderem die Gefahr, dass durch die Schaffung eines neuen Angebots in Zukunft mehr Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abgerechnet werden. Zudem ist es dem Kostenträger im vorliegenden Fall kaum möglich zu prüfen, ob Leistungen teilweise doppelt, d.h. durch Hilfspersonen und die Krankenpflege zu Hause erbracht werden. All diese Punkte sind vorgängig zu klären und wir lehnen daher zum jetzigen Zeitpunkt aufgrund der bestehenden Unsicherheiten eine Einführung des Instituts des Assistenzbeitrages ab. Entsprechend ist auch Art. 42quater zu streichen

2.3 Antrag

Art. 42septies ist zu streichen.

Art. 42septies

~~In Abweichung von Artikel 65 ATSG wird der Assistenzbeitrag subsidiär zu den Beiträgen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung an Pflegeleistungen nach Artikel 25a KVG ausgerichtet.~~

Das zu Art. 42 quinquies Gesagte gewinnt insofern noch an Bedeutung, als in Art. 42 septies eine Umkehr der Zuständigkeitsreihenfolge von Art. 65 ATSG vorgesehen ist. Nicht der Krankensversicherer soll subsidiär zur IV Leistungen erbringen (wie üblich), sondern umgekehrt. Damit wird das Risiko, dass tendenziell Kosten aus der IV in die Krankenversicherung verlagert werden, noch grösser.

Abgesehen von diesen grundsätzlichen Überlegungen gibt es weitere Bedenken hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung des Assistenzbeitrages: Es wurde im Gesetzesvorschlag richtig erkannt, dass die Leistungen eines Assistenten das Leistungsspektrum der Krankenversicherung tangieren und deshalb eine Koordination vorgenommen werden muss. Im Bereiche der sog. Grundpflege ergeben sich Überschneidungen, welche der Gesetzesvorschlag dahingehend lösen will, indem der Grundsatz von Art. 65 ATSG (Leistungen der Krankenversicherung immer im Nachgang zu den Leistungen der Invalidenversicherung) auf diese Sachverhalte nicht angewandt werden soll.

Dieser Vorschlag greift zu kurz: Die vom Versicherten mit den Hilfeleistungen beauftragte Hilfsperson ist aufgrund der heute gültigen Regeln kein anerkannter Leistungserbringer nach KVG. Damit die Leistungen der Assistenzperson von der Krankenversicherung bezahlt werden könnten, reicht es nicht aus, dass man nur die Bestimmung von Art. 7 lit.c KLV ändert, sondern man müsste systemgerecht diese Hilfspersonen des Versicherten zu den nach KVG anerkannten Leistungserbringern aufführen, welche im Auftrag eines Arztes entsprechend Art. 25 Abs. 2 lit. a Ziff. 3 KVG Leistungen erbringen. Diese Leistungserbringer sind konkret in Art. 46 ff. KVV aufgeführt. Um in der Systematik des KVG zu verbleiben, müsste man also auch die im Rahmen eines Assistenzbeitrages angestellten Hilfspersonen als anerkannte Leistungserbringer in der KVV verankern. Im Assistenzmodell sind die fachlichen Anforderungen an diese Hilfspersonen allerdings bewusst sehr tief, um auch die Lohnkosten für die erbrachten Leistungen niedrig zu halten. Aus diesem Grunde sind auch keine Organisationen zugelassen. Dies steht im Gegensatz zu den Anforderungen an die Leistungserbringer im KVG, welches generell von vergleichsweise hohen Anforderungen an die Ausbildung ausgeht, damit eine möglichst hohe Qualität bei der Pflege erreicht werden kann.

Dieser Widerspruch ist in einer Gesetzesvorlage auch im Hinblick auf die Auswirkungen im KVG sauber zu lösen. Die Lösung kann nicht wie vorliegend darin liegen, dass man die Qualitätsanforderungen im KVG den Erwartungen der Invalidenversicherung anpasst. Ansonsten werden durch die Anerkennung einer unqualifizierten Hilfsperson als Leistungserbringer im KVG Türen geöffnet, welche man im Hinblick auf die Qualität der erbrachten Leistung besser geschlossen gehalten werden.

Ein weiterer Aspekt bildet die Bemerkung im erläuternden Bericht, dass die Bedarfsermittlung der IV-Stellen gleichzeitig auch Grundlage bilden kann für allfällige pflegerische Leistungen im KVG. Dies ist abzulehnen: Leistungen im KVG können nur durch Ärzte veranlasst werden. Der verordnende Arzt trägt diesbezüglich die alleinige Verantwortung. Dieser Verantwortungsbereich darf nicht an die IV-Stellen delegiert werden.

Fazit:

Die Ausgestaltung des Assistenzbeitrages ist ausserhalb der Zielsetzung der 6. IV-Revision und ist im Hinblick auf die Gleichbehandlung der Versicherten problematisch. Zudem sind zentrale Abgrenzungsfragen zum KVG nicht gelöst, was unter anderem die Gefahr der Qualitätsminderung und Kostenausweitung in der obligatorischen Grundversicherung in sich birgt.

2.4 Antrag **Art. 42sexies Abs. 1 ist zu präzisieren.**

Art. 42sexies Abs. 1

Die versicherte Person muss einen Teil der Kosten der benötigten Hilfeleistungen selbst tragen (Selbstbehalt).

2.5 Antrag **Art. 42sexies Abs. 3 ist zu präzisieren.**

Art. 42sexies Abs. 3

Der Selbstbehalt beträgt maximal 20 Prozent der für die Hilfeleistungen auszurichtenden Entschädigung benötigten Zeit.

Der Selbstbehalt bezieht sich nicht auf die Zeit an sich, sondern auf die für die Hilfeleistung zu bezahlende Entschädigung. Daher schlagen wir vor, den Text wie oben aufgeführt anzupassen.

2.6 Antrag **Art. 48 Abs. 1: Die Frist von 12 Monaten ist durch die ordentliche Verjährungsfrist gemäss ATSG von 5 Jahren ersetzen.**

Art. 48 Abs. 1

Macht eine versicherte Person ihren Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, auf medizinische Massnahmen oder auf Hilfsmittel mehr als ~~12 Monate~~ nach dessen Entstehung geltend, so wird die Leistung in Abweichung von Artikel 24 Absatz 1 ATSG nur für die ~~12 Monate~~ nachgezahlt, die der Geltendmachung vorangehen.

Der gewählte Zeitraum von 12 Monaten erscheint uns zu kurz. Systemkonform wäre die ordentliche Verjährungsfrist gemäss ATSG von 5 Jahren. Des Weiteren stellt sich uns die Frage, wer im Falle einer Überschreitung der 12 Monate die Leistungen zu übernehmen hat. Es darf keinesfalls sein, dass diese auf andere Sozialversicherer abgewälzt werden.

Die Bestimmung betreffend Nachzahlung ist in der Tat während der 5. Revision des IVG aus dem Gesetz gefallen und soll nun wieder (mit der gleichen Frist) ins Gesetz integriert werden. Aus der Praxis haben wir die Erfahrung gemacht, dass es immer wieder Fälle gibt, wo die Anmeldung (aus welchen Gründen auch immer) zu spät erfolgt und die IV einen Teil der u.U. beträchtlichen Kosten ablehnt (konkrete Fälle aus dem Bereich der Geburtsgebrechen). Hier stellt sich wirklich die Frage, wer am Ende das „Loch zu stopfen hat“. Ist es der Versicherte bzw. sein gesetzlicher Vertreter, weil er die Melde- und Mitwirkungspflichten verletzt hat oder besteht die Meinung, dass dann halt die Krankenversicherung einspringen muss. Die angesprochenen Fälle sind in der Schwebe, so dass rechtlich noch keine eindeutige Aussage gemacht werden kann. Im Zusammenhang mit der anstehenden Gesetzesrevision sollte dieser Punkt aber klar geregelt werden. M.E. kann es nicht angehen, dass am Ende der materiell nicht zuständige Krankenversicherer zahlen muss, nur weil formelle Anforderungen nicht erfüllt wurden.

2.7 Antrag

Art. 8a Abs. 1 Bst. b ist zu ergänzen.

Art. 8a Abs. 1 Bst. b

Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger haben Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung, sofern:

- a. die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich verbessert werden kann; und
- b. die Massnahmen geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder zu verbessern.

Einmal in den Arbeitsprozess integriert, sollen Rentenbezüger auch Anspruch auf Massnahmen haben, welche nicht nur dazu dienen die Erwerbsfähigkeit zu verbessern, sondern auch um diese zu erhalten. Art. 8a Abs. 1 Bst. b ist entsprechend anzupassen.

2.8 Antrag

Der Bundesrat erlässt Vorschriften, welche eine Koordination mit den MiGel-Anbietern im KVG-Bereich ermöglichen.

Art. 21 Abs. 4

Der Bundesrat kann nähere Vorschriften erlassen, insbesondere über die Abgabe und die Vergütung der Hilfsmittel, sowie über die Weiterverwendung leihweise abgegebener Hilfsmittel nach Wegfall der Anspruchsvoraussetzungen.

Art. 21bis Abs. 3

Beschafft der Bundesrat Hilfsmittel über ein Vergabeverfahren, so kann er die Austauschbefugnis auf die Hilfsmittel beschränken, die von den Anbietern oder Anbieterinnen angeboten werden.

Durch öffentliche Vergabeverfahren den Wettbewerb unter den Anbietern von Hilfsmitteln zu fördern wird begrüsst. Dies nicht zuletzt, weil diese Vorgehensweise allenfalls auch für den Kranken- und Unfallversicherungsbereich wegweisenden Charakter haben könnte. Damit das angestrebte Einsparpotential von ca. CHF 50 Mio. auch effektiv erreicht werden kann, hat der Bundesrat Vorschriften zu erlassen, welche eine Koordination mit den MiGel-Anbietern im KVG-Bereich ermöglichen.

2.9 Antrag

Art. 33 Abs. 1 ist in Übereinstimmung zu Art. 29bis IVV zu ergänzen.

Art. 33 Abs. 1

Wurde die Rente nach einer Verminderung des Invaliditätsgrades herabgesetzt oder aufgehoben und ist die versicherte Person im Lauf der folgenden zwei Jahre wegen demselben Leiden erneut während mindestens 30 Tagen ununterbrochen arbeitsunfähig, so:

- a. bestimmt die IV-Stelle ihren Invaliditätsgrad auf Gesuch hin neu; und
- b. erhält sie ab dem 31. Tag bis zum Entscheid der IV-Stelle eine provisorische Leistung in der Höhe der Rente vor der Kürzung oder Aufhebung; in Abweichung von Artikel 49 Absatz 1 ATSG ist das formlose Verfahren nach Artikel 51 ATSG anwendbar.

Im erläuternden Bericht ist erwähnt, dass neu für das vereinfachte Wiederaufleben der Invalidität keine Kausalität vorausgesetzt wird. Das geltende Recht sieht in Art. 29bis IVV folgendes vor:

Wurde die Rente nach Verminderung des Invaliditätsgrades aufgehoben, erreicht dieser jedoch in den folgenden drei Jahren wegen einer auf dasselbe Leiden zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit erneut ein rentenbegründendes Ausmass, so werden bei der Be-

rechnung der Wartezeit nach Artikel 28 Absatz 1 Buchstabe b IVG früher zurückgelegte Zeiten angerechnet.

Unserer Ansicht nach besteht kein Grund, vom Kausalitätserfordernis abzusehen. Art. 33 ist daher wie oben aufgeführt zu ergänzen.

3 Grundsätzliche Bemerkungen aus Sicht Berufliche Vorsorge

Zu einer nachhaltigen Sanierung der Finanzen der Invalidenversicherung gehören nach Ansicht des SVV neben den Schritten zur Verbesserung der Finanzlage zwingend auch Reintegrationsmassnahmen. Mit den Massnahmen zur 5. IV-Revision wurde in einem ersten Schritt dem Gedanken einer Eingliederung statt Rente Nachachtung verschafft. Es ist deshalb nur konsequent, wenn der Bund nun in einem zweiten Schritt Massnahmen zur Reintegration von Rentenbezügern in eine Vernehmlassung schickt.

Es ist dem SVV bewusst, dass eine Reintegration von langjährigen Rentenbezügern keine einfache Sache sein wird. Gerade weil ein grosser Teil der zu Reintegrierenden unter psychischen Krankheiten leidet, dürfte sich deren Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess schwierig gestalten. Dabei geht es nicht nur darum, Widerstände und Ängste seitens der Rentenbezüger zu überwinden, sondern auch die Arbeitgeber zu motivieren, den IV-Bezügern eine Chance auf Wiedereingliederung zu gewähren. Dazu braucht es Anreize. Diese Anreize müssen sich dabei sowohl an die IV-Rentner als auch an die Arbeitgeber richten. Ohne Arbeitgeber, welche den wieder Einzugliedernden eine Chance geben, können die Zielsetzungen der 6. IV-Revision nicht erreicht werden. Es muss offen bleiben, ob der Anreiz ausreichend stark ist, wenn der Arbeitgeber während der zweijährigen Weiterversicherungsphase von der Zahlung von BVG-Beiträgen befreit ist und die Vorsorgeeinrichtung des neuen Arbeitgebers bei einer erneuten Invalidierung von der Leistungspflicht entbunden ist.

Aus diesem Grund spricht sich der SVV auch mit Nachdruck für den in der Vernehmlassungsvorlage enthaltenen Vorschlag mit einer Weiterversicherung aus. Ein solcher Ansatz rechtfertigt sich nach Ansicht des SVV umso mehr, als gemäss Art 1j Bst d BVV 2 Personen, die im Sinne der IV zu mindestens 70% invalid sind, explizit nicht dem BVG-Obligatorium unterstehen. Dies gilt auch für Personen, die im Rahmen einer Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess in den Genuss von Wiedereingliederungsmassnahmen kommen. Im übrigen bedeutet die Tatsache, dass die IV Leistungen herabsetzt oder aufhebt, nicht automatisch, dass jemand nicht den Status eines Invaliden haben kann (z.B. wegen höheren Leistungen aus der Unfallversicherung). Es könnte sich deshalb als sinnvoll erweisen, wenn das BSV im Art 8a Abs. 2 IVG (neu) explizit klarstellen wür-

de, dass die Kürzung oder Aufhebung der IV-Rente keinen Einfluss auf den IV-Status hat. Die Aufhebung des IV-Status sollte demnach erst mit einem Entscheid nach erfolgreichem Abschluss der Wiedereingliederung erfolgen.

Das Instrument der Weiterversicherung (Art 26a BVG) weicht von den gängigen Verfahren bei Reintegrationen ab. Aber ganz abgesehen davon, dass es heute kaum zu Reintegrationen kommt, hat die vorgeschlagene Lösung den Vorteil, dass sie handhabbar ist und echte Anreize für Arbeitgeber und IV-Rentner setzt. Allenfalls könnte man sich überlegen, ob statt der Weiterversicherung Art 26 a nicht vielmehr klar stipuliert werden sollte, dass „der Rentenanspruch in der beruflichen Vorsorge während der Wiedereingliederung weiter besteht, selbst wenn die Rente der Invalidenversicherung gemäss Art 8a IVG (neu) gekürzt oder aufgehoben wurde. Vorbehalten bleibt eine Kürzung der Rente wegen Überversicherung“.

Die Lösung der Weiterversicherung bzw. der obern skizzierten Alternative ist handhabbar, weil eine Vorsorgeeinrichtung heute ohnehin davon ausgehen muss, dass ein Rentner mit einem positiven IV-Entscheid bis zum Eintritt ins Rentenalter IV-Rente beziehen wird. Die Vorsorgeeinrichtung muss deshalb im Zeitpunkt der Invalidierung entsprechende Rückstellungen bilden. Wird nun eine Wiedereingliederung an die Hand genommen, so befindet sich die Vorsorgeeinrichtung in einer Situation, in der sie eigentlich nur gewinnen kann. Denn glückt die Wiedereingliederung kann sie die gebildeten Rückstellungen auflösen und die neue Kasse tritt in die Verantwortung. Ist die Eingliederung nicht erfolgreich, so zahlt sie die bisherige Rente weiter. Gegenüber dem bisherigen Zustand ergibt sich somit in keinem Fall eine Verschlechterung.

Auch der Versicherte hat mit dem Instrument der Weiterversicherung einen Anreiz für eine Wiedereingliederung. Er kann sich nämlich darauf verlassen, dass sich seine Vorsorgesituation während der Wiedereingliederungsphase keinesfalls verschlechtert.

Anders wäre dies, wenn der neue Arbeitgeber ihn mit Beginn der Wiedereingliederungsmassnahmen versichern müsste. Erkrankt der Versicherte erneut, aber an einem neuen Leiden, so würde dies seine Vorsorgesituation verschlechtern. Dies würde speziell dann gelten, wenn ihn er bei der neuen Vorsorgeeinrichtung wegen der vorbestehenden Erkrankung einen Vorbehalt zu gewärtigen hätte, etwa für psychische Erkrankungen.

Eine solche Lösung ist aber auch nicht im Sinne der Vorsorgeeinrichtungen. Es ist zwar richtig, dass die Vorsorgeeinrichtungen dank ihrer Erfahrung mit der geltenden vorsorgerechtlichen Rechtssprechung durchaus in der Lage sind, Erkrankungen mit den richtigen Codes zu versehen. Es darf aber dennoch vermutet werden, dass bei einer erneuten Erkrankung die Zahl der gerichtlichen Auseinandersetzungen zur Klärung der Frage, ob es sich um einen Rückfall oder um eine

Erkrankung aus neuer Ursache handelt, deutlich zunehmen würde. Dies ist schon deshalb unsinnig, als es sich in der weit überwiegenden Zahl der Fälle um Rückfälle handelt.

Schliesslich bietet die Lösung auch dem Arbeitgeber Anreize, Wiedereinzugliedernde zu beschäftigen. Er bezahlt keine Arbeitgeberbeiträge in der zweiten Säule und riskiert keine Verschlechterung der Prämiensituation, sollte der Wiedereinzugliedernde während der Reintegrationsphase an neuer Ursache erkranken.

4 Bemerkungen und Anträge zu einzelnen Artikeln (aus Sicht Berufliche Vorsorge)

4.1 Invalidenrechtliche Artikel

Keine Bemerkungen

4.2 Schweizerisches Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907 (ZGB)

Art 89 bis Abs. 6 Ziff. 3a (neu)

Vor dem Hintergrund des Erfolgs der Wiedereingliederungsmassnahmen ist es wichtig, dass auch überobligatorische Personalvorsorgeeinrichtungen miteinbezogen werden.

4.3 Bundesgesetz vom 25. Juni 1982 über die berufliche Alters- Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge

Art 49 Abs. 2 Ziff. 3a (neu)

Obwohl der SVV grundsätzlich einer Ausdehnung von BVG-Bestimmungen auf das Überobligatorium skeptisch gegenüber steht, ist es nach Ansicht des SVV zentral, dass bei der Wiedereingliederung auch das Überobligatorium miteinbezogen wird. Ansonsten riskiert der Wiedereinzugliedernde bei einem gescheiterten Arbeitsversuch Verluste, was sich dämpfend auf die Motivation auswirken dürfte. Der Einbezug des Überobligatoriums kann sich aber nur auf das bestehende Vorsorgeverhältnis beziehen. Keinesfalls dürfen der neuen Vorsorgeeinrichtung Vorschriften über den Umfang der Vorsorgelösung gemacht werden.

4.4 Freizügigkeitsgesetz

Art 2 Abs. 1 bis neu 6

Der SVV erachtet diese Bestimmung als zentral für den Erfolg von Wiedereingliederungsmassnahmen, dass der Versicherte am Ende der Weiterversicherungsphase nach Art 26 a Absätze 1 und 2 BVG Anspruch auf eine Austrittsleistung hat, wenn seine Invalidenleistungen aus der beruflichen Vorsorge gekürzt oder aufgehoben wird. Die Austrittsleistung bemisst sich nach Art. 14 bis 16 FZG.

4.5 Verhältnis zu Arbeitslosenversicherung und Unfallversicherung

Aus Sicht des SVV fehlt in der Vorlage eine klare Regelung des Verhältnisses zur Arbeitslosenversicherung. Was geschieht, wenn ein Versicherter erfolgreich wiedereingegliedert wird und dann entlassen wird. Hat er dann Anspruch auf Arbeitslosenentschädigung. (Hinweis: Wartefristen). Und wie ist das Verhältnis zum Unfallversicherungsgesetzgebung (UVG)?

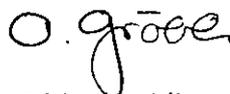
Abschliessend bitten wir Sie, unsere Kommentare und Vorschläge bei der Überarbeitung des Gesetzesentwurfes sachgerecht zu berücksichtigen und stehen Ihnen für allfällige Fragen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Schweizerischer Versicherungsverband SVV



Lucius Dürr
Direktor



Adrian Gröbli
Leiter Ressort Personenversicherung

Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20
3003 Bern

Luzern, 13.10.2009

Vernehmlassung zum ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision Stellungnahme der Suva

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir nehmen hiermit gerne zum ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision Stellung.

Vorbemerkungen

Die Suva wurde teilweise bereits bei den Vorbereitungen und in der Ämterkonsultation kontaktiert und hatte Gelegenheit, sich einzubringen zu den finanziellen Auswirkungen der Wiedereingliederung aus Rente, zur Koordination der Rentenrevision und zum Versicherungsschutz der vorgesehenen Arbeitsplätze. Die Fragen betreffend Auswirkungen des neuen Assistenzbeitrages sind zur Zeit Gegenstand der Diskussion mit dem BSV. Unsere Ausführungen konzentrieren sich auf die Auswirkungen des Revisionsentwurfs auf die UV und auf die Schnittstellen (Koordination). Von Seiten der Suva Militärversicherung, die im Vorfeld leider nicht einbezogen wurde, erfolgt eine ausführliche Stellungnahme zur beabsichtigten Revision des MVG. Zu den übrigen Punkten äussern wir uns nicht.

Eingliederung aus Rente (Art. 18 c IVG)

Bei laufenden Renten soll das Eingliederungspotential der Rentenbezüger systematisch überprüft werden. Die Wiedereingliederung von Rentenbezügern soll gefördert werden. Damit verbunden sind auch die Arbeitsversuche.

Der Invaliditätsbegriff und die Bestimmung des Invaliditätsgrades sind für die IV und die UV identisch. Bei Änderung des Invaliditätsgrades führt die UV gestützt auf Art. 17 ATSG gezielt Rentenrevisionen durch. Wird eine Rente der IV angepasst, so wird auch die Rente und allenfalls die Komplementärrente der UV aufgrund der bestehenden Bestimmungen überprüft und angepasst. Erfolgreiche Wiedereingliederungsmassnahmen der IV werden sich also auch auf die UV auswirken. Die Einsparungen werden gemäss Bericht (S. 102) auf 5-10 Mio. CHF geschätzt. Diese Schätzung beruht auf unseren Angaben. Anpassungen der Revisionsbestimmungen des UVG sind, wie sich an einer Besprechung des BSV und des BAG zusammen mit den Versicherern zeigte, nicht notwendig.

Zur Förderung der Wiedereingliederung und zur Ermittlung der Leistungsfähigkeit kann die IV Arbeitsversuche gewähren (Art. 18c IVG). Bei diesen Arbeitsversuchen stellen sich verschiedene Fragen zum Unfallversicherungsschutz (Deckung, zuständiger Versicherer, Prämie, Leistungen). Diese Fragen wurden bereits mit dem BSV und dem BAG andiskutiert. Sie sollen, wie im Bericht vermerkt (S. 102), soweit notwendig auf Verordnungsebene gelöst werden. Art. 18c Abs. 2, 2. Satz IVG lautet: "Die Versicherung überweist dem Arbeitgeber den Teil des Taggeldes oder der Rente, der dem vom Arbeitgeber bezahlten Bruttolohn entspricht." Die Entlohnung im Arbeitsversuch verliert durch diese Regelung den Bezug zum wirtschaftlichen Interesse des Arbeitgebers. Dies würde dazu führen, dass vergleichbare Arbeitsversuche völlig verschieden entlohnt würden. Solche Unterschiede sind bei der Regelung des Unfallversicherungsschutzes zu berücksichtigen. Diese noch ausstehende Regelung auf Verordnungsstufe wird vermutlich zu einer Präzisierung dieses Satzes im revidierten IVG führen.

Eine erfolgreiche eingliederungsorientierte Rentenrevision führt also auch zu Einsparungen bei der UV. Auf UVG-Seite besteht aber kein neuer Regelungsbedarf bezüglich Revisionsbestimmungen. Um jedoch parallele Verfahren zu vermeiden und die Renten zu koordinieren, beantragen wir, Art. 68bis IVG (interinstitutionelle Zusammenarbeit) mit einer Informationspflicht zu ergänzen: "Die IV-Stellen informieren den zuständigen Unfallversicherer oder die Militärversicherung über die Massnahmen zur Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger (Art. 8a IVG) und über Anpassungen der Invalidenrenten bei erneuter Arbeitsunfähigkeit (Art. 33 IVG)."

Aus Regresssicht ist darauf hinzuweisen, dass die Erledigung von Haftpflichtfällen erschwert wird, weil der definitive Abschluss des Regressfalls hinausgezögert wird, wenn nach der Rentenzusprechung erneut Wiedereingliederungsversuche stattfinden werden.

Beschaffung Hilfsmittel (Art. 26ter IVG)

Die Vorlage schafft die gesetzliche Grundlage, dass die IV selbst Hilfsmittel beschaffen kann. Es soll der IV ermöglicht werden, über das BSV als wichtige Kundin gegenüber den Abgabestellen auftreten zu können (z.B. Möglichkeit der öffentlichen Ausschreibung von Hörgeräten / Vergabeverfahren).

Heute bestehen gestützt auf Artikel 3 HVUV (Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Unfallversicherung) mit den Hilfsmittellieferanten Verträge, und zwar in der Regel gemeinsam von Unfallversicherung, Militärversicherung und Invalidenversicherung. Die neue Regelung bedeutet ein Abweichen vom diesem Vertragsprimat in Richtung Amtstarif, mindestens was die Invalidenversicherung betrifft. Ob und in welcher Form die Unfall- und die Militärversicherung durch die neue Regelung betroffen sind, ist im heutigen Zeitpunkt offen. Die bestehenden Verträge werden im gegebenen Zeitpunkt zu überprüfen sein.

Assistenzbeitrag (Art. 42^{quater} IVG)

Die UV kennt die neue Leistung (Assistenzbeitrag) nicht. Ist die Hilflosigkeit unfallbedingt, stellen sich verschiedene Fragen zur Schnittstelle mit der UV.

Anspruchsvoraussetzung für einen Assistenzbeitrag ist der Bezug einer Hilflosenentschädigung der IV (Art. 42^{quater} IVG). Daraus folgt, dass kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag besteht, wenn die Hilflosenentschädigung durch die UV ausbezahlt wird (vgl. Bericht S. 77). Die Suva stimmt dieser Lösung zu. Das UVG sieht höhere Leistungen als die IV vor (neben Invalidenrente und Hilflosenentschädigung medizinische Leistungen nach Art. 21 UVG und Pflegeleistungen nach Art. 18 UVV), unabhängig davon, ob die Versicherten in einem Heim oder zu Hause leben. Bei dieser Regelung werden Leistungspflicht und -umfang der UV nicht tangiert.

Es bleiben aber verschiedene Fragen offen, wie bei Hilflosigkeit in gemischten Fällen (Krankheit und Unfall) und bei Hilflosenrente nach KUVG. Falls in diesen Fällen ein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag besteht, sind Koordinationsregeln mit den Leistungen der UV notwendig. Die offenen Fragen um den Anspruch auf einen Assistenzbeitrag von UV-Versicherten sind vom BAG bereits aufgenommen worden und werden zur Zeit von einer Arbeitsgruppe zusammen mit dem BSV diskutiert.

Aus Sicht Regress stellt sich die Frage, zu welcher Schadensposition der Assistenzbeitrag kongruent ist; unseres Erachtens müsste Art. 74 Abs. 2 lit. d ATSG entsprechend ergänzt oder eine neue, explizite Kongruenz zum Haushaltschaden geschaffen werden. Wir schlagen folgende Varianten vor:

Variante 1:

Art. 74 Abs. 2 lit. d ATSG: Leistungen für Hilflosigkeit, Assistenzentschädigung und Vergütung für Pflegekosten sowie andere aus der Hilflosigkeit erwachsende Kosten.

Variante 2:

Art. 74 Abs. 2 lit. h ATSG: Assistenzentschädigung und Haushaltschaden.

Stellungnahme der Suva Militärversicherung zur Anpassung des MVG

Wir beantragen, auf die Revision von Art. 65 Abs. 3 MVG zu verzichten: Art. 65 Abs. 3 MVG, der die Leistungskürzung bzw. -verweigerung regelt, hat entgegen dem Bericht (S. 91) nicht das gleiche Ziel wie Art. 7b IVG, bezieht sich nicht auf die gleiche Aus-

gangsnorm im ATSG und kennt ganz andere Verschuldenshürden und Sanktionsvoraussetzungen, wie nachfolgend dargelegt wird.

Unterschiedliche Anwendung

Art. 65 Abs. 3 MVG bezieht sich nur auf Abs. 1 von Art. 21 ATSG (Sanktionen nach schuldhafter Herbeiführung des Versicherungsfalles wegen Verletzung der Schadenverhütungspflicht). Dies geht aus dem Titel von Art. 65 MVG und aus Abs. 1 mit wörtlichem Bezug auf Art. 21 Abs. 1 ATSG hervor.

Art. 7b IVG bezieht sich nur auf Abs. 4 von Art. 21 ATSG (Sanktionen nach Nichtmitwirkung bei einer zumutbaren Eingliederung wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht). Er regelt in Abs. 1 die Kürzungsbefugnis bei Verletzung der Mitwirkungspflichten gemäss Art. 7 IVG, in Abs. 2 eine Abweichung zu Art. 21 Abs. 4 ATSG (Verzicht auf das Mahnverfahren in bestimmten Fällen) und im hier besonders interessierenden Abs. 3 die Berücksichtigung aller Umstände beim Entscheid (mit praktisch gleicher Fassung wie in Art. 65 Abs. 3 MVG).

Auch Abs. 3 von Art. 7b IVG bezieht sich nur auf Art. 21 Abs. 4 ATSG, auf die Folgen der Nichtmitwirkung. Dies geht aus der systematischen Stellung von Art. 7b nach Art. 7 (Mitwirkungspflicht) und 7a (Zumutbarkeit von Eingliederungsmassnahmen) und noch eindeutiger aus der Stellung in Art. 7b hervor: vgl. die Platzierung unmittelbar nach den Abs. 1 und 2, je mit wörtlichem Bezug auf Art. 21 Abs. 4 ATSG: "Beim Entscheid..." (Abs. 3) meint die Kürzungshandhabung mit direktem Bezug zu den Kürzungsvoraussetzungen (Abs. 1).

Unterschiedliche Voraussetzungen

Geldleistungen der MV nach Art. 21 Abs. 1 ATSG sind nur unter qualifizierten Voraussetzungen kürzbar (bei Ausüben eines Vergehens). Leistungen generell der IV (Art. 7ff.) nach Art. 21 Abs. 4 ATSG sind unter den weniger strengen Voraussetzungen der Grobfahrlässigkeit kürzbar.

Die Nichtmitwirkung als Voraussetzung für Sanktionen (und damit für Entscheidkriterien gemäss Art. 7b Abs. 3 IVG) geht in Art. 7 IVG - anders die MV - weiter als in Art. 21 ATSG. Vgl. z.B. die weggefallene Voraussetzung der "wesentlichen Verbesserung der Erwerbsfähigkeit". Die nicht abschliessend aufgelisteten Mitwirkungspflichten sind zahlreicher als jene in Art. 21 ATSG. Trotz qualitativer und quantitativer Ausweitung findet sich seltsamerweise in Art. 7 IVG kein diesbezüglicher Abweichungsvorbehalt zu Art. 21 Abs. 4 ATSG.

Unterschiedlicher Nutzen

Die IV hat die nun zur Revision empfohlene Bestimmung (Art. 65 Abs. 3 MVG) im Rahmen der 5. IVG-Revision der MV zwar abgeschrieben, sie aber gleichzeitig in einen völlig

anderen Kontext eingebaut, in die Mitwirkungsthematik von Art. 7b IVG. Von daher mögen Änderungswünsche auf Seiten IV (nach 1-jähriger Rechtskraft) gerechtfertigt sein. Mit der Aufgabe, die die seit 1994 geltende MVG-Bestimmung aber im angestammten Bereich (Entscheidfindung bei Geldleistungs-, meist Rentenkürzungen nach schuldhafter Herbeiführung) erfüllt, hat dieses IV-Vorhaben jedoch nichts gemein.

Maeschi belegt in seinem MVG-Kommentar den Nutzen genau dieser Bestimmung: Unter dem Titel der wirtschaftlichen Lage sind neben den Einkommens- und Vermögensverhältnissen namentlich die Unterhaltspflichten des Betroffenen in Betracht zu ziehen (Art. 65 Abs. 1 Satz 2 MVG). Das Existenzminimum des Anspruchsberechtigten muss gewahrt bleiben. Das Kriterium der wirtschaftlichen Lage ist angesichts der im Gegensatz zur IV meist für dauernd ausgesprochenen Sanktionen von grosser Bedeutung. Das Kriterium entspricht im Übrigen auch modernen Vorstellungen von wirtschaftlichen Verschuldensahndungen (vgl. etwa die nach den wirtschaftlichen Verhältnissen der Verkehrssünder bemessenen Bussen).

Die Suva MV führt seit Jahrzehnten für ihre Versicherten selbst die Eingliederung durch. Diese ausschliessliche MV-Eingliederung von MV-Versicherten ist erfolgreich, weil die MV alle Leistungen aus einer Hand erbringt und so bereits in der Heilbehandlungs- und Taggeldphase möglichen Eingliederungsbedarf erkennt und weil sie über ein zwar umfangreich beschränktes, inhaltlich aber sehr zeitgemässes, flexibles Instrumentarium verfügt und so als haftpflichtgeprägte Versicherung nahe an den Versicherten und nahe am Markt handelt.

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme und für die Berücksichtigung unserer Bemerkungen.

Mit freundlichen Grüssen

Suva
stv. Generalsekretär



Dr. Michael Brändle