



Ausführungsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der IV)

Bericht über die Ergebnisse der Vernehmlassung

Inhalt

1. EINLEITUNG.....	4
2. STELLUNGNAHMEN.....	4
3. ZUSAMMENFASSUNG DER STELLUNGNAHMEN.....	7
3.1 Stellungnahmen zu Themenblock 1: Optimierung der Eingliederung	7
3.1.1 Im Allgemeinen	7
3.1.2 Themen im Einzelnen.....	7
3.2 Stellungnahmen zu Themenblock 2 Medizinische Massnahmen	17
3.2.1 Im Allgemeinen	17
3.2.2 Themen im Einzelnen.....	17
3.3 Stellungnahmen zu Themenblock 3: Kompetenzzentrum Arzneimittel	31
3.3.1 Im Allgemeinen	31
3.3.2 Themen im Einzelnen.....	31
3.4 Stellungnahmen zu Themenblock 4: Tarifierung und Rechnungskontrolle	34
3.4.1 Im Allgemeinen	34
3.4.2 Themen im Einzelnen.....	34
3.5 Stellungnahmen zu Themenblock 5: Rentensystem	38
3.5.1 Im Allgemeinen	38
3.5.2 Themen im Einzelnen.....	41
3.6 Stellungnahmen zu Themenblock 6: Fallführung	55
3.6.1 Im Allgemeinen	55
3.6.2 Thema im Einzelnen.....	55
3.7 Stellungnahmen zu Themenblock 7: Verfahren und Begutachtung	57
3.7.1 Im Allgemeinen	57
3.7.2 Themen im Einzelnen.....	58
3.8 Stellungnahmen zu Themenblock 8: Prioritätenordnung Art. 74 IVG / Prioritätenordnung Art. 101^{bis} AHVG	70
AHVG	70
3.8.1 Prioritätenordnung Artikel 74 IVG	70
3.8.1.1 Im Allgemeinen	70
3.8.1.2 Themen im Einzelnen.....	70
3.8.2 Prioritätenordnung Artikel 101 ^{bis} AHVG.....	74
3.8.2.1 Im Allgemeinen	74
3.8.2.2 Themen im Einzelnen.....	74
3.9 Stellungnahmen zu Themenblock 9: Weitere Massnahmen der Weiterentwicklung der IV	79
3.9.1 Im Allgemeinen	79
3.9.2 Themen im Einzelnen.....	79

3.10	Stellungnahmen zu Themenblock 10: Massnahmen ohne Bezug zur Weiterentwicklung der IV	81
3.10.1	Im Allgemeinen.....	81
3.10.2	Themen im Einzelnen	81
3.11	Weitere eingebrachte Anliegen.....	87
Anhang:	Liste der Vernehmlassungsteilnehmer	90

1. Einleitung

Am 4. Dezember 2020 hat der Bundesrat das EDI beauftragt, bis am 19. März 2021 bei den Kantonen, den politischen Parteien, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Gemeinden, Städte und Berggebiete, den gesamtschweizerischen Dachverbänden der Wirtschaft, den Leistungserbringern und bei weiteren Interessierten wie beispielsweise Versicherungsinstitutionen und Organisationen der privaten Behindertenhilfe eine Vernehmlassung zu den Ausführungsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der IV) durchzuführen.

Die über 100 anzupassenden Verordnungsbestimmungen inkl. die Aktualisierung der Geburtsgebrechensliste wurden in der Vernehmlassung in 10 Themenblöcken zur Diskussion gestellt.

2. Stellungnahmen

Insgesamt wurden 142 Adressatinnen und Adressaten angeschrieben. Zudem wurden die Vernehmlassungsunterlagen im Internet auf der Webseite des Bundes¹ veröffentlicht. Eingegangen sind 204 Stellungnahmen von den folgenden Organisationen und Personen:

- allen Kantonen
- 3 in der Bundesversammlung vertretenen politischen Parteien (Grüne Partei der Schweiz [GPS], Schweizerische Volkspartei [SVP], Sozialdemokratische Partei der Schweiz [SPS]);
- Schweizerischer Gemeindeverband, Schweizerischer Städteverband;
- 3 gesamtschweizerischen Dachverbänden der Wirtschaft (Schweizerischer Gewerkschaftsbund [SGB], Schweizerischer Arbeitgeberverband [SAV], Travail.Suisse);
- 170 weiteren interessierten Institutionen oder Privatpersonen. Diese lassen sich in Unterkategorien wie **Versicherungsinstitutionen** (Curafutura [cf], IV-Stellen-Konferenz [IVSK], Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen [KKAK], santésuisse, Schweizerische Unfallversicherungsanstalt [Suva], Schweizerischer Versicherungsverband [SVV], **Organisationen der privaten Behindertenhilfe** (AGILE.ch, Fragile Suisse, GELIKO, IH, insieme Schweiz, INSOS Schweiz, avanti donne, Kosek, Procap, Pro Raris, SPV, MS-Gesellschaft, PMS, Pro Infirmis, Stiftung Cerebral, Vereinigung Cerebral Schweiz, Profil – Arbeit & Handicap, IPT, graap, Insieme Horgen, Insieme BL, Insieme Freiamt, Insieme BS, Insieme Baden-Wettingen, Insieme Zurzach, Insieme VD, Insieme JU, Insieme-Cerebral GR, Insieme Innerschwyz, Insieme Rheinfelden, Insieme Rapperswyl Jona, Insieme Winterthur-ZüriUnterland, Insieme Zürcher Oberland & insieme Dachverband Kanton Zürich, Muskelkrank und lebensstark, CAB, debra, Insieme Aarau-Lenzburg, Insieme 21, Insieme BE, Insieme FR, Insieme GE, Insieme UR, Insieme VS, Insieme SH, Insieme Ostschweiz, Insieme Unterwalden, Insieme-Cerebral ZG, Insieme ZH, Vereinigung Cerebral Zentralschweiz, Vereinigung Cerebral ZH, Association Cerebral JU, Vereinigung Cerebral GL, Vereinigung Cerebral BE, Vereinigung Cerebral SH, Vereinigung Cerebral BS, Vereinigung Cerebral VS, Vereinigung Cerebral AG, Vereinigung Cerebral GE, Vereinigung Cerebral NE, Vereinigung Cerebral SO, Fondation Cap Loisirs, Cap-Contact faïtière, atgabbes, Sonos, SBV, SVEHK, inclusione handicap ticino, Elpos, IG Seltene Krankheiten, autismus schweiz, SBb, InVIEduel, SZBLIND, Netzwerk Enthinderung, vhs plus und **weitere interessierte Kreise** (AllKids, ASPs, CP, FER, CURAVIVA, FMH Swiss Medical, FSP, GDK, SODK, EDK, Physioswiss, SAPN, SGP, SGK, SGMG, SGNP, SGV, FMPP, Dr. med. Klaus Begle, SACD, SZH / CPCS, Spitex Schweiz, Stiftung Auffangeinrichtung BVG, SIM, Swiss Orthopaedics, SGN, swissstaffing, VIPS, CEMED SA, CEDEMEX, CEML, hiki, VASOS - FARES, Vereinigung NPSuisse, SGG, NOVEOS, Entlastungsdienst SG, Entlastungsdienst AG /SO, Entlastungsdienst Schweiz, Entlastungsdienst Ostschweiz, Entlastungsdienst ZH, Entlastungsdienst Innerschweiz, Gutachterstellen SMAB AG , SVNP,

¹ <https://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/ind2020.html>

dravetsuisse, Pro audito Schweiz, OG SH, VASK Schweiz, TGPP, Verein Morbus Wilson, SHCH, EVS, unimedsuisse, DJS, Krebsliga Schweiz, Praxis Passung & Werk, ZGKJPP, Datenschutzbeauftragter des Kantons Luzern, GREA-CRIAD, SBH, AGPP, Medas Verband, mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz, RDAF, Coraasp, Rechtsberatung UP, ZGPP, Physiotherapia Paediatrica, interpharma iph, Fondazione STCA – Ingrado, Réseau Romand ASA, USB/CHUV, Lungenliga Schweiz, SAR, Aids-Hilfe Schweiz, IDA, Arbeitsintegration Schweiz, IGAB, schadenanwälte, CLASS, Regula Berchtold, Schweizerische Stiftung für die Erforschung der Muskelkrankheiten) unterteilen. Die Zuordnung zu diesen Unterkategorien kann nicht nach eindeutigen Kriterien erfolgen, weshalb hier auf die Nennung der jeweiligen konkreten Anzahl verzichtet wird. Für die Auswertung der Vernehmlassung ist dies unerheblich.

- Betreffend Umsetzung von Artikel 101^{bis} AHVG wurden zusätzlich zu den Pflichtadressaten 8 weitere Organisationen angeschrieben (GERONTOLOGIE CH, Pro Senectute Schweiz, Schweizerische Alzheimervereinigung [ALZ CH], Schweizerische Parkinsonvereinigung, Schweizerisches Rotes Kreuz [SRK], Verein Schweizerischer Seniorenrat [SSR], CURAVIVA Verband Heime und Institutionen Schweiz, Spitex Schweiz, wobei Spitex und Curaviva auch für die Themen angeschrieben wurden, welche die E-IVV betreffen. Von diesen Nicht-Pflicht-Adressaten haben sich geäußert: Pro Senectute Schweiz, Schweizerische Alzheimervereinigung (ALZ CH), Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK) sowie (nicht angeschrieben) Pro Senectute Thurgau und Pro Senectute Appenzell Ausserrhoden.

In den nachstehenden Ausführungen werden, sofern vorhanden, ausschliesslich die Abkürzungen der Vernehmlassungsteilnehmenden verwendet. Eine Übersichtsliste zu den Abkürzungen ist im Anhang zu finden.

Zahlreiche Organisationen der privaten Behindertenhilfe haben sich auf die Stellungnahme von Inclusion Handicap (IH) und AGILE.ch bezogen und jene integral oder zu einzelnen Themen eingereicht. Um die Lesbarkeit des vorliegenden Berichts zu erleichtern, wurde folgendes Vorgehen gewählt: Die Regionalgruppen von Cerebral und Insieme werden unter der Abkürzung «IH und Weitere» zusammengefasst: Insieme Horgen, Insieme Basel-Land, Insieme Freiamt, Insieme Basel-Stadt, Insieme Baden-Wettingen, Insieme Zurzach, Insieme Vaud, Insieme Jura bernois, Insieme-Cerebral Graubünden, Insieme Innerschwyz, Insieme Rheinfelden, Insieme Rapperswil Jona, Insieme Wintethur-Züri Unterland, Insieme Zürcher Oberland, Insieme Aarau-Lenzburg Insieme21, Insieme Region Bern, Insieme Fribourg, Insieme Genève, Insieme Uri, Insieme Valais romand, Insieme Schaffhausen, Insieme Ostschweiz, Insieme Unterwalden, Insieme-Cerebral Zug, Insieme Zürich, Vereinigung Cerebral Schweiz, Vereinigung Cerebral Zentralschweiz, Vereinigung Cerebral Zürich, Association Cerebral Jura, Vereinigung Cerebral Glarus, Vereinigung Cerebral Bern, Vereinigung Cerebral Schaffhausen, Vereinigung Cerebral Basel, Vereinigung Cerebral Valais, Vereinigung Cerebral Aargau, Vereinigung Cerebral Genève, Vereinigung Cerebral Neuchâtel, Vereinigung Cerebral Solothurn, Entlastungsdienst Schweiz, Entlastungsdienst Ostschweiz, Entlastungsdienst Zürich, Entlastungsdienst Innerschwyz, Entlastungsdienst Aargau / Solothurn, Entlastungsdienst der Stadt St. Gallen. Ebenfalls die Stellungnahme von IH eingereicht oder (auszugsweise) auf sie verweisen haben: Schweizerische Caritasaktion der Blinden, Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft, Stiftung für das cerebral gelähmte Kind (Cerebral), Sonos Schweizerischer Hörbehindertenverband, Swiss Association of Rehabilitation, Aidshilfe Schweiz, Autismus deutsche Schweiz, avanti donne, debra Hilfe für Schmetterlingskinder, Elpos – ADHS Organisation, Fraglie Suisse, GELIKO, Schweizerische Gesundheitsligenkonferenz, Groupement romand d'études des addictions (GREA-CRIAD), Muskelkrank und lebensstark, Krebsliga, Profil – Arbeit & Handicap, Réseau romand ASA, Schweizer Paraplegiker Vereinigung, Schweizerische Vereinigung der Eltern hörgeschädigter Kinder Schweizerische Vereinigung zugunsten von Personen mit spina bifida und Hydrocephalus, Schweizerischer Blinden- und Sehbehindertenverband, Schweizerischer Blindenbund, , pro audito, Schweizerischer Zentralverein für das

Blindenwesen, Réseau romand ASA. Sofern sie nicht explizit genannt oder zitiert werden, sind sie bei «IH und Weitere» erfasst.

3. Zusammenfassung der Stellungnahmen

3.1 Stellungnahmen zu Themenblock 1: Optimierung der Eingliederung

3.1.1 Im Allgemeinen

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

Bei den einzelnen Massnahmen wurden folgende Stolpersteine hervorgehoben:

- Ausweitung von Früherfassung und Frühintervention: Risiko der Stigmatisierung von Jugendlichen und Rollenteilung der involvierten Akteure
- Integrationsmassnahmen: Zugang und zeitliche Befristung
- Berufsberatung: zeitliche Befristung
- Erstmalige berufliche Ausbildung: Vorgabe, dass die Weiterführung der beruflichen Ausbildung im ersten Arbeitsmarkt erfolgen muss
- Mitfinanzierung kantonaler Brückenangebote und Koordinationsstellen: Höhe der Finanzierung
- Personalverleih: Modalitäten der Entschädigung und Befristung der Massnahmedauer
- Taggelder: Klärungsbedarf bezüglich der Formulierungen
- Unfallversicherung (UV): fehlende Regelung zu Beginn und Ende der UV von Personen in Massnahmen der IV

3.1.2 Themen im Einzelnen

Früherfassung und Frühintervention

Die Ausweitung der Früherfassung und der Frühintervention wird von allen Vernehmlasserinnen und Vernehmlassern, darunter mehrere Kantone, SODK und SGV, (zum Teil explizit) begrüsst. Als Stolpersteine bei der Umsetzung werden oft die Rollenteilung zwischen der IV, der Volksschule und den kantonalen Instanzen sowie das Risiko der Stigmatisierung von Jugendlichen genannt.

Artikel 1^{ter} Absatz 1 E-IVV (Früherfassung)

Es sind 5 Stellungnahmen eingegangen.

SO, TI, VS und SSV begrüssen die Ausweitung der Früherfassung auf von Invalidität bedrohte Minderjährige ab dem vollendeten 13. Altersjahr und auf Personen mit drohender Arbeitsunfähigkeit explizit, weil dadurch die Früherkennung von psychischen Auffälligkeiten bei allen Altersgruppen unterstützt werde. Betreffend die Herausforderungen im Bereich der Früherfassung von (noch schulpflichtigen) Jugendlichen regen SO und VS an, dass die Meldung nur durch spezialisierte Fachpersonen und nach erfolgter Rollenklärung zwischen der IV und den kantonalen Instanzen erfolgen soll, um das Risiko einer frühen Stigmatisierung bzw. einer Medikalisation von normalen pubertären Verhaltensweisen zu vermeiden. SO verlangt das Einholen des Einverständnisses der erziehungsberechtigten Personen vor der Meldung. Bei den von Arbeitsunfähigkeit bedrohten Erwachsenen vermisst der SAV nach der Streichung der Kriterien in Artikel 1^{ter} E-IVV jegliche Orientierungshilfe für eine Meldung und fordert, dass den Arbeitgebenden weiterhin eine Orientierungshilfe geboten werde. Coraasp macht darauf aufmerksam, dass die Meldung von Jugendlichen mittels zielgruppengerechter Kommunikation umzusetzen sei. Verlangt wird ein persönliches Vorgespräch, um die Betroffenen angemessen zu informieren.

Artikel 1^{sexies} Absatz 2 E-IVV (Frühintervention)

Es sind 69 Stellungnahmen eingegangen.

Alle Kantone, die zu diesem Artikel Stellung genommen haben, (BL, GE, GL, GR, JU, NE, NW, OW, SO, SZ, TI, TG, VD, VS, UR, ZH) und die kantonalen Konferenzen (EDK, IVSK, SODK) begrüßen den Ausbau der Begleitung beim Übergang von der Schule in eine Ausbildung oder eine Erwerbstätigkeit. Mehrere Kantone (GL, JU, NE, OW, SO, SZ, TI, TG, VS) und die IVSK beantragen, die Schnittstelle zwischen der IV und der Volksschule im Wortlaut des Artikels expliziter zu formulieren. GR thematisiert die Wichtigkeit der Aufgabenteilung zwischen IV und kantonalen Instanzen, während die Kantone ZH und VD betonen, dass für die spezialisierte Fallführung von Jugendlichen ab 13 Jahren den IV-Stellen genügend Mittel zur Verfügung gestellt werden müssen. ZH warnt vor der Stigmatisierung: «Es sollte vermieden werden, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen mit dem Etikett 'invalid' oder 'IV-Fall' versehen werden». VD begrüsst insbesondere die Ergänzung der Massnahmenpalette mit der Beratung und Begleitung. UR schlägt vor, die Massnahmen nach Buchstaben c und d im Wortlaut des Artikels namentlich zu erwähnen. EDK, SODK und SGV begrüßen explizit, dass unter eng definierten Bedingungen Massnahmen der Frühintervention bereits während der Volksschule gewährt werden können. Diese neue Möglichkeit kann laut SODK und SGV die bestehenden Unterschiede zwischen den kantonalen Angeboten mildern bzw. zu einer grösseren Rechtsgleichheit beitragen.

Die GPS begrüsst die geplante Änderung und weist auf die Notwendigkeit einer klaren Rollenteilung zwischen den betroffenen Akteuren hin.

Laut SGB und Travail.Suisse birgt die an sich begrüßte verstärkte Zusammenarbeit zwischen den IV-Stellen und den Schulbehörden auch Gefahren und bedingt klare Rollenteilungen.

Alle sich äussernden Behindertenorganisationen begrüßen die geplanten Massnahmen. IH und Weitere weisen auf die Notwendigkeit einer klaren Rollenteilung zwischen den IV-Stellen, den Schulbehörden und den kantonalen Instanzen sowie der Vermeidung regionaler Ungleichbehandlungen hin.

Integrationsmassnahmen

Die Änderungen im Rahmen der Integrationsmassnahmen werden überwiegend gutgeheissen, mit verschiedenen Präzisierung- und Korrekturforderungen betreffend Zugang und zeitlichen Befristungen.

Die Mehrheit der Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser begrüsst vor allem die Flexibilisierung durch die Anpassung der Mindestanforderungen für Integrationsmassnahmen auf acht Stunden pro Woche, die spezifische Ausgestaltung der Integrationsmassnahmen für Jugendliche, die Ausrichtung auf den ersten Arbeitsmarkt mit der parallelen Möglichkeit des geschützten Rahmens sowie die Aufhebung der lebenslangen Beschränkung auf zwei Jahre im Hinblick auf junge Versicherte sehr. Die EDK hebt hervor, dass mit Integrationsmassnahmen für Jugendliche eine Lücke geschlossen werde, «nämlich die Vorbereitung von Jugendlichen auf ein Brückenangebot gemäss BBG». Andere Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser zeigen sich «erfreut» darüber, dass Empfehlungen aus der Evaluation der Integrationsmassnahmen in die Verordnungsänderungen aufgenommen wurden.

Artikel 4^{quater} E-IVV (Anspruch)

Es sind 60 Stellungnahmen eingegangen. Fast alle äussern sich nur positiv zu der Anpassung. GE schlägt vor, in der Verordnung (nicht nur im erläuternden Bericht) zu präzisieren, dass die acht Stunden auf mindestens zwei Tage verteilt werden müssen. Die AGPP merkt an, dass Jugendliche mit psychischen Erkrankungen die acht Stunden nicht im ersten Anlauf lückenlos leisten könnten.

Artikel 4^{quinquies} E-IVV (Art der Massnahmen)

Es sind 62 Stellungnahmen eingegangen. Die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser äussern sich zu den einzelnen Absätzen von Artikel 4^{quinquies} E-IVV wie folgt:

Absatz 1: IH und Weitere halten fest, dass der Aufbau der Arbeitsfähigkeit nur eines unter mehreren Zielen von Integrationsmassnahmen bleiben darf und dessen Nichterreichen nicht der Grund für den Abbruch einer Integrationsmassnahme sein dürfe.

Absatz 3: Verschiedene Kantone (SZ, OW, GL, SH, GR, TG) sowie die IVSK fordern die Ergänzung: «nach Abschluss der». GPS, SPS sowie IH und Weitere verlangen, dass Jugendliche mit gesundheitlichen Problemen «möglichst rasch und unkompliziert» eine Integrationsmassnahme zugesprochen erhalten, nicht zu lange medizinisch abgeklärt wird und Integrationsmassnahmen nicht mit dem Verweis auf «pubertätsbedingte Verhaltensweisen» abgelehnt werden.

Absatz 4: Verschiedene Kantone (SZ, OW, GL, SH, GR, TG, VS) sowie die IVSK beantragen die Streichung der «Zielvereinbarung», da die Vorgabe einer Zielvereinbarung auf Weisungsstufe zu erfolgen habe. IH und Weitere begrüssen den Fokus auf den ersten Arbeitsmarkt und die Möglichkeit des geschützten Rahmens.

Artikel 4^{sexies} E-IVV (Dauer der Massnahmen)

Es sind 78 Stellungnahmen eingegangen. Zu den einzelnen Absätzen von Artikel 4^{sexies} E-IVV äussern sich die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser wie folgt:

Absatz 3: SPS, IH und Weitere fordern, dass vor dem Abbruch einer Integrationsmassnahme in Rücksprache mit den therapeutischen und ärztlichen Fachpersonen und unter Berücksichtigung der Stärken und Fähigkeiten der versicherten Person die Zielvereinbarung angepasst wird.

Absatz 5: BE verweist darauf, dass die Formulierung um den Begriff «mindestens» ergänzt werden soll, damit auch Verlängerungen möglich sind, wenn die gesamte Massnahme im ersten Arbeitsmarkt stattfindet. Verschiedene Kantone (OW, NW, SO, AI, GR, TI, VD, NE, GE, JU) sowie die IVSK fordern zudem die Streichung der Ausführung, dass eine Integrationsmassnahme nach einem Jahr «höchstens um ein Jahr» verlängert werden darf. AIS lehnt die zwingende Koppelung der Verlängerung einer Massnahme mit der Durchführung im ersten Arbeitsmarkt ab.

Absatz 6: Verschiedene Kantone (ZH, SZ, OW, GL, AI, GR, AG, TG, NE, GE) sowie die IVSK beantragen eine dahingehende Umformulierung, dass die versicherte Person «sich seither selbstständig oder mit Unterstützung aktiv um die berufliche Integration bemüht hat». Zudem entstehe der Eindruck, dass die Buchstaben a und b kumulativ zu erfüllen seien. Andere Kantone (NW, ZG, SH, VD, JU) sowie die EDK und die SODK fordern die Streichung des Absatzes. BE verlangt, mit der Ergänzung des Begriffs «deutlich» höhere Anforderungen an die Veränderungen des Gesundheitszustandes zu stellen. GPS, SGV, Travail.Suisse, AIS, IH und Weitere erachten die beiden Begriffe «nachweislich und ernsthaft» als zu unbestimmt und fordern eine Präzisierung auf Weisungsstufe oder einen «einsehbaren Kriterienkatalog».

Berufsberatung (Art. 4a E-IVV)

Es sind 81 Stellungnahmen eingegangen.

Die Änderungen bei der Berufsberatung werden generell gutgeheissen, mit verschiedenen Präzisierungs- und Korrekturforderungen vor allem bzgl. der zeitlichen Befristungen.

Die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser begrüssen vor allem die Präzisierungen betreffend die Berufsberatung und die Fokussierung auf den ersten Arbeitsmarkt.

Absatz 2: Verschiedene Kantone (SZ, OW, GL, GR, TG, NE) und die IVSK beantragen eine kleinere sprachliche Umformulierung («um» anstelle von «die dazu dienen, dass») sowie die Integration des Teilsatzes «und an die Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes heranzuführen» aus dem erläuternden Bericht in die E-IVV. BE fordert zudem die Präzisierung, dass diese Massnahmen nur ausnahmsweise in Institutionen erfolgen sollen. Andere Kantone (OW, NW, ZG, SO, SH, AI, TI, VD, NE, GE, JU), IH und Weitere sowie die EDK und die SODK erachten die Befristung der Massnahme nach Artikel 15 Absatz 1 IVG auf 12 Monate als zu starr. GPS,

SPS, SGV, I.H. und Weitere schlagen vor, dass bei einer Wiederaufnahme der Massnahme erneut Anspruch auf längstens zwölf Monate bestehen soll, was auch auf Stufe Weisung aufgenommen werden könne.

Absatz 3: Verschiedene Kantone (SZ, OW, GL, GR, TG, NE) sowie die IVSK beantragen eine kleinere sprachliche Umformulierung («um» anstelle von «die dazu dienen, dass»). Andere Kantone (OW, NW, ZG, SO, SH, AI, VD, NE, GE, JU), GPS, SPS, SGV, AIS, IH und Weitere sowie EDK und SODK erachten die Befristung der Massnahme nach Artikel 15 Absatz 2 IVG auf 3 Monate als zu starr. SGV, GPS, SPS, I. und Weitere fordern, dass bei einer Wiederaufnahme der Massnahme erneut Anspruch auf längstens drei Monate bestehen soll. AIS fordert eine Verlängerung der Massnahmen auf sechs Monate.

Absatz 4: Verschiedene Kantone (SZ, OW, GL, SH, GR, TG, VS, NE) sowie die IVSK beantragen die Streichung der «Zielvereinbarung», da die Vorgabe einer Zielvereinbarung auf Weisungsstufe zu erfolgen habe. Zudem sei Buchstabe c unter Buchstabe a zu subsumieren. UR hat eine sprachliche Anmerkung («ist» statt «wäre» in Bst. c). IH und Weitere fordern vor einer vorzeitigen Beendigung einer Berufsberatungsmassnahme die Anpassung der Zielvereinbarung unter Berücksichtigung der Stärken und Fähigkeiten der versicherten Person und in Rücksprache mit den therapeutischen und ärztlichen Fachpersonen. Die SVP beantragt, dass die Berufsberatung erst abgebrochen werden darf, wenn die versicherten Personen einen geeigneten Arbeitsplatz gefunden haben.

Erstmalige berufliche Ausbildung

Grundsätzlich sind die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser mit den Änderungen der Artikel 5 und 5^{bis} IVV zufrieden.

Es wird explizit begrüsst, dass die erstmalige berufliche Ausbildung wie bis anhin auch auf einen späteren geschützten Arbeitsplatz bzw. auf eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte vorbereiten soll (Art. 5 Abs. 1 Bst. c E-IVV), sie auch nach Abschluss der beruflichen Grundbildung im zweiten Arbeitsmarkt unter bestimmten Voraussetzungen weitergeführt und von der IV finanziert werden kann (Art. 5 Abs. 3 E-IVV) sowie die Zusprache für die erstmalige berufliche Ausbildung für die gesamte Dauer und ohne Staffelung erfolgt (Art. 5 Abs. 5 E-IVV).

Artikel 5 E-IVV (erstmalige berufliche Ausbildung)

Insgesamt sind 72 Stellungnahmen eingegangen. Zu den einzelnen Absätzen von Artikel 5 E-IVV äussern sich die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser wie folgt:

Absatz 2 (gezielte Vorbereitung): Verschiedene Kantone (SZ, OW, GL, GR, TG, NE, JU) und die IVSK machen in Bezug auf Buchstabe c dieses Abschnittes folgenden Änderungsvorschlag: «[...] der Beginn der Vorbereitung, die Voraussetzung für die darauffolgende Ausbildung darstellt». AG beantragt hingegen, dass «die einschränkenden Definitionen gelockert werden sollten, sodass Vorbereitungsmaßnahmen im Sinne der erfolgreichen Wiedereingliederung eingesetzt werden können». Curaviva Schweiz und AIS fordern eine Präzisierung im Wording von Absatz 2: «Die gezielte Vorbereitung auf die erstmalige berufliche Ausbildung ist Teil der erstmaligen beruflichen Ausbildung, sofern eines der folgenden Kriterien erfüllt ist: ...»

Absatz 3 (Weiterführung): IH und Weitere, SGB, AGILE.ch und Weitere, INSOS, Aids-Hilfe Schweiz, AIS und andere Organisationen regen an, den Absatz dahingehend anzupassen, dass eine weiterführende Erstausbildung nicht zwingend auf dem ersten Arbeitsmarkt erfolgen muss resp. im ganzen Erlass den Begriff «auf dem regulären Arbeitsmarkt» beizubehalten. Zudem fordert AIS, in den Weisungen einen einheitlichen und öffentlich einsehbaren Kriterienkatalog für die Beurteilung des Eingliederungspotenzials aufzunehmen.

Artikel 5^{bis} E-IVV (Invaliditätsbedingte Mehrkosten)

Insgesamt sind 58 Stellungnahmen eingegangen. Zu den einzelnen Absätzen von Artikel 5^{bis} E-IVV äussern sich die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser wie folgt:

Absatz 5 (anrechenbare Kosten): AGILE.ch und Weitere, I H und Weitere und AIDS-Hilfe Schweiz fordern die Übernahme der Kosten für invaliditätsbedingte auswärtige Verpflegung und Unterkunft bei der erstmaligen beruflichen Ausbildung analog der beruflichen Weiterbildung (vgl. Art. 5^{bis} Abs. 3 IVV). Der Ergotherapeutinnen Verband Schweiz beantragt die Ergänzung eines Buchstaben d) persönliche Hilfsmittel

Absatz 6 und 7 IVV (Verpflegung und Unterkunft): Einige Kantone (SZ, OW, GL, AI, GR, TG, VS, NE, JU) und die IVSK beantragen, den Begriff «Ausbildungsstätte» durch «Ausbildungsinstitution» zu ersetzen.

Mitfinanzierung von kantonalen Brückenangeboten

Die Einführung der Mitfinanzierung kantonalen Brückenangebote wird von allen Vernehmlassenden gutgeheissen; einzelne Kantone fordern Anpassungen bei der Finanzierung.

Die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser begrünnen die Nutzung bereits bestehender Angebote, das Verhindern von Doppelspurigkeiten sowie einen einheitlicheren Vollzug in den Kantonen dank der Mindestvorgaben des BSV.

Artikel 96^{bis} E-IVV (Mindestanforderungen an Vereinbarungen mit kantonalen Instanzen)

Es sind 2 Stellungnahmen mit folgenden Bemerkungen eingegangen:

Absatz 1: SO weist darauf hin, dass in diesem Absatz der Begriff der «gegenseitigen» Überprüfung verwendet wird, was im erläuternden Bericht nicht so erklärt werde.

Absatz 2: Die SVP beantragt, die Ziele zwischen IV-Stellen und Trägerschaft der kantonalen Angebote hinreichend klar zu definieren.

Artikel 96^{quater} E-IVV (Kantonale Brückenangebote)

Es sind 8 Stellungnahmen eingegangen. Zu den einzelnen Absätzen von Artikel 96^{quater} E-IVV äussern sich die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser wie folgt:

Absatz 1: SO fordert, dass die materiellen Voraussetzungen für die Mitfinanzierung der kantonalen Brückenangebote auf Verordnungsstufe klar definiert werden. GR beantragt bei den Brückenangeboten eine Altersbeschränkung auf 21 Jahre. Das Netzwerk Enthinderung verlangt, dass die Massnahmen zur beruflichen Erstausbildung nicht an ein Alter gebunden werden.

Absatz 2: Verschiedene Kantone (VS, JU) sowie die EDK begrünnen die neue Möglichkeit der Mitfinanzierung. GR beantragt Sockelbeiträge anstelle einer Subjektfinanzierung, da die Anzahl Personen mit Beeinträchtigungen in Brückenangeboten schwanken. VD fordert unter dem Titel «Art. 68^{bis} IVG» eine Mitfinanzierungsmöglichkeit von 50 Prozent.

Absatz 3: BE erachtet es als sinnvoll, dass in Ausnahmefällen eine Verlängerung des Brückenangebots um ein Jahr möglich ist und beantragt das Einfügen von «in der Regel».

Artikel 96^{ter} Mitfinanzierung von kantonalen Koordinationsstellen

Es sind 13 Stellungnahmen eingegangen.

Die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser heissen die Einführung der Mitfinanzierung kantonalen Koordinationsstellen gut. Sie begrünnen es, dass die Zusammenarbeit mit der kantonalen Koordinationsstelle institutionalisiert und entschädigt werden kann und durch die Mitfinanzierung Lücken geschlossen werden können. Einzelne Kantone fordern eine Anpassung bei der Finanzierung.

Zu den einzelnen Absätzen von Artikel 96^{ter} E-IVV (Beitrag an die kantonale Koordinationsstelle) äussern sich die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser wie folgt:

Absatz 2: Die EDK erachtet das Kriterium der Anzahl 13 bis 25-Jährigen der ständigen Wohnbevölkerung als sachgerecht.

Absatz 3: Verschiedene Kantone (OW, GL, TG, VS, NE) und die IVSK weisen darauf hin, dass die Finanzierung ein Drittel der Kosten pro Kanton betrage. TI schlägt angesichts der steigenden Anzahl Jugendlicher mit psychischen Problemen eine Überprüfung der Höhe der Mittel vor. SZ erachtet die vorgesehene finanzielle Beteiligung als zu niedrig. ZH beantragt die Schaffung regionaler Einheiten, welche die Verteilung der Mittel an die IV-Stellen übernehmen. VD fordert unter dem Titel «Art. 68^{bis} IVG» eine Finanzierung von 50 Prozent. GR beantragt aufgrund der Mehrsprachigkeit und der Weitläufigkeit des Kantons die gleiche Anzahl Stellenprozente wie VS. BS erachtet die Finanzierung hingegen als angemessen.

Personalverleih (Art. 6^{quinquies} E-IVV)

Es sind 10 Stellungnahmen eingegangen.

Grundsätzlich wird der Personalverleih als zusätzliches Instrument begrüsst. Jedoch werden die Modalitäten der Entschädigung für Beitragserhöhungen und die Befristung der Massnahmedauer auf einem Jahr kritisiert. VS und der SSV begrüssen die Möglichkeit für die IV-Stellen, Personalverleiher beizuziehen. Der SSV erhofft sich dadurch einen positiven Effekt auf die Sozialhilfe.

Zu den einzelnen Absätzen von Artikel 6^{quinquies} E-IVV äussern sich die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser wie folgt:

Absatz 1 (Höchstbetrag): Für die SVP ist der Höchstbetrag zu hoch. Swisstaffing, Profil und IPT erachten den Höchstbetrag von 12'500 Franken pro versicherte Person als angemessen, sofern bei den zu platzierenden IV-Kunden nur eine geringfügige Einschränkung der Arbeitsmarktfähigkeit besteht. INSOS findet den Höchstbetrag zu knapp bemessen und schlägt zudem vor, eine Integrationsprämie an den Personalverleiher in einem zusätzlichen Absatz zu verankern, der jedoch im Rahmen des maximalen Betrags abzugelten wäre. Das Netzwerk Enthinderung begrüsst die Übernahme der Vermittlungskosten durch die IV und regt an, diesen Anreiz den Arbeitgebenden aktiv zu kommunizieren.

Absatz 2 (Entschädigung): Laut SAV gehen die Leistungen nach Artikel 6^{quinquies} Absatz 2 E-IVV weit über die Bestimmungen nach Artikel 18a^{bis} Absatz 3 Buchstabe b IVG hinaus und sollten aufgrund der fehlenden gesetzlichen Grundlage gestrichen werden. Swisstaffing, Profil und IPT begrüssen die Entschädigung und die Karenzfrist von zwei aufeinanderfolgenden Tagen, auch wenn der vorgesehene Beitrag das finanzielle Risiko nicht gänzlich abdecke.

Absatz 3 (Höchstsätze Entschädigung): Swisstaffing, Profil und IPT sind der Ansicht, dass die vorgegebenen Höchstsätze nach Absatz 3 zu tief seien und regen an, diese bei einer nächsten Revision zu erhöhen.

Absatz 4 (Dauer Entschädigung für Beitragserhöhungen): Swisstaffing, Profil und IPT begrüssen es, dass die Krankentaggeld-Entschädigung für die gesamte Erkrankungsdauer im Arbeitsverhältnis entschädigt werden soll. Es wird jedoch gefordert, dass die Auszahlung nicht erst nach Ende des Arbeitsverhältnisses erfolgt, sondern, dass Teilzahlungen auch früher möglich sein sollen.

Absatz 5 (Dauer Massnahme): Für Swisstaffing, Profil und IPT sollte die maximale Dauer von einem Jahr nur die Dauer der Arbeitseinsätze umfassen. Die Dauer der Suche und der Vermittlung einer Stelle sollte nicht mitgezählt werden. INSOS, CURAVIVA und Arbeitsmarktintegration Schweiz finden die Fixierung auf ein Jahr Laufzeit der Massnahme zu starr und schlagen vor, dass diese Dauer bei absehbarer Festanstellung im Einsatzbetrieb für eine klar zu definierende Überbrückungszeit verlängert werden kann.

Taggelder IV

Die vorgeschlagene Regelung zu den Taggeldern und Lernendenlöhnen wird grundsätzlich begrüsst, da die Bestimmungen als «sinnvoll und angemessen» wahrgenommen werden. Zu einigen Artikeln (Art. 18 IVV, Art. 19, Art. 20^{quater}, Art. 21^{septies}, Art. 22 IVV und Übergangsbestimmungen) sind jedoch Kommentare eingegangen oder es werden Klarstellungen und/oder Korrekturen verlangt.

Die Vernehmlassungsteilnehmenden begrüssen ausdrücklich, dass das neue System auf eine bessere Gleichbehandlung von Menschen mit und ohne gesundheitlichen Problemen abzielt, dass das neue System die Chancen auf einen Ausbildungsplatz im ersten Arbeitsmarkt erhöht und dass es die Fehlanreize des derzeitigen Systems beseitigt, die dazu führen, dass Junginvaliden in Ausbildung für die gleiche Ausbildungssituation höher entschädigt werden als Gleichaltrige ohne Invalidität.

Artikel 18 E-IVV Absätze 1 und 2 E-IVV (Wartezeiten im Allgemeinen)

Insgesamt gingen 15 Stellungnahmen ein. 13 stammen von Kantonen (AG, BE, BS, GL, TG, GR, SH, NW, OW, SZ, NE, TI, JU), eine von der IVSK und eine vom SSV. Alle sprechen sich gegen die Abschaffung des Taggeldes für die Zeit aus, während der auf den Beginn der erstmaligen beruflichen Ausbildung gewartet wird. Die Tatsache, dass der Taggeldanspruch mit dem Beginn der erstmaligen beruflichen Ausbildung entsteht, bedeutet für die Vernehmlassungsteilnehmenden eine frühere Ausrichtung des Taggelds und keinesfalls die Abschaffung des Taggeldes für die Wartezeit. Dass das Taggeld ab Beginn der Ausbildung ausgerichtet werden, habe zum Ziel, den Taggeldanspruch auszuweiten und nicht zu beschränken.

Artikel 19 E-IVV (Wartezeiten während der Stellensuche)

Insgesamt sind 12 Stellungnahmen eingegangen.

Die Änderungen in Artikel 19 E-IVV werden mehrheitlich kritisiert. Erwähnt wird insbesondere die unklare Begrifflichkeit beim Titel sowie die unklare Abgrenzung zwischen den Artikel 18 E-IVV und 19 E-IVV. Konkret äussern sich die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser zu den einzelnen Absätzen wie folgt:

Titel: Die Stellungnahmen mehrerer Kantone (BE, GL, GR, NE, OW, SZ, TG, VS) und der IVSK halten fest, dass der Begriff «Wartefrist» im Titel irreführend sei und verlangen, dass der Titel in «Taggelder» geändert wird. Für AR ist indes der Begriff «Stellensuche» problematisch, da es zu einer Verwechslung des Zielpublikums der IV und des RAV kommen könne. Für SG sind die Kantone von Artikel 19 E-IVV und 120a E-AVIV nicht direkt betroffen; diese Artikel werfen für SG daher keine besonderen Probleme auf.

Absatz 1 (Wartefrist und Personalverleih): Mehrere Kantone (BE, GL, GR, NE, OW, SZ, TG, VS) und die IVSK argumentieren, dass die Wartezeit vor einem Personalverleih nach Absatz 1, entgegen der Erläuterung im Kommentar in Artikel 19 E-IVV, gestützt auf Artikel 18 E-IVV entschädigt werden sollte. VD schlägt vor, die im Kommentar enthaltene Präzisierung zum Personalverleih direkt in den IVV-Artikel aufzunehmen. Die Rechtsberatung UP schlägt vor, die Zahl der Taggelder gemäss Absatz 1 von 60 auf 90 beziehungsweise 180 zu erhöhen.

Absatz 2 (Koordination mit der Arbeitslosenversicherung): Die Rechtsberatung UP beantragt, dass die Koordinationsregel zwischen der IV und dem AVIG präzisiert wird, insbesondere dahingehend, ob die versicherte Person verpflichtet ist, sich bei einem RAV anzumelden, um Taggelder nach Absatz 1 zu beziehen.

Artikel 20^{quater} E-IVV (Unterbrüche von Eingliederungsmassnahmen)

Die Suva, die einzige Versicherungseinrichtung, die sich zu diesem Artikel geäussert hat, hat einige Vorbehalte hinsichtlich der Notwendigkeit einer Anpassung der Regelung. Sie argumentiert, dass die Konstellation des nach UVG versicherten Unfalles während einer Eingliederungsmassnahme bereits heute existiere, ohne dass Artikel 16 Absatz 3 UVG im Zusammenspiel mit Artikel 22^{quater} Absatz 1 IVV zu Schwierigkeiten führen würde. In der Praxis werde Artikel 16 Absatz 3 UVG dann angewendet, wenn der Anspruch auf IV-Taggeld erst nach dem

Unfall entsteht. Die Suva begründet ihr Anliegen damit, dass mit dem Streichen des Unfalles in Absatz 1 und dem vorgeschlagenen Absatz 6 eine Lücke für den Sachverhalt entstehe, wenn die Eingliederungsmassnahme wegen eines Rückfalles zu einem früheren Unfall unterbrochen werden müsse. Die vorgeschlagene Regelung berücksichtige nur die neue Deckung nach UV von Personen in Massnahmen der IV (UV IV). Beanstandet wird auch, dass nicht nachvollziehbar sei, warum bei Unfall ein Taggeld nur aus der obligatorischen und nicht auch aus der freiwilligen Versicherung nach Artikel 4 UVG solches bewirken soll.

Artikel 21^{setpiés} Absatz 5 E-IVV (Kürzung des Taggeldes)

Von den beiden eingegangenen Stellungnahmen unterstützt VS den Vorschlag insofern, als eine Überentschädigung vermieden wird; VS betont gleichzeitig, dass diese Änderung Auswirkungen auf die Arbeitsbelastung der Ausgleichskassen haben werde. Die Suva stellt klar, dass die Kürzung nur bei Invalidenrenten der Unfallversicherung und nicht bei Hinterlassenenrenten möglich sei.

Artikel 22 E-IVV (Bemessung in der erstmaligen beruflichen Ausbildung)

Von den 20 Stellungnahmen gehen 16 auf Kantone zurück (AI, AR, BS, GE, GL, GR, NE, NW, OW, JU, SH, SO, SZ, TG, UR, VS) und die restlichen 4 auf die Vernehmlassungsteilnehmenden IVSK, SAV, Suva und KKAK. Die Regelung zur Berechnung des Taggelds für Versicherte in erstmaliger beruflicher Ausbildung wird grundsätzlich begrüsst. Jedoch werfen insbesondere einige Punkte Fragen und gar Kontroversen auf. Die Komplexität des Wortlauts wurde von allen Seiten erwähnt. Dabei wurde auf Verständnisschwierigkeiten und folglich auch auf eine problematische Anwendung hingewiesen.

Absatz 2 (Richtlohn im «Lohnbuch Schweiz»): Die Stellungnahmen zu diesem Absatz konzentrieren sich insbesondere auf zwei Themen:

- Mehrere Kantone (AI, GL, GR, NE, JU, OW, SH, SZ, TG, VS) sowie die IVSK schlagen vor, diesen Absatz zu streichen und argumentieren, dass es nicht Aufgabe der IV sei, über die Verordnung die Höhe der Löhne zu korrigieren. Zudem würde mit dieser Bestimmung das gesteckte Ziel nicht erreicht, da sie das Risiko einer Ungleichbehandlung zwischen Lernenden der IV und anderen Lernenden im selben Unternehmen berge: Indem nur die Löhne der Lernenden der IV korrigiert werden, würden Ungleichheiten entstehen. Ausserdem habe die Korrektur zur Folge, dass die Praxis nur noch komplexer werde. Einige Kantone (GL, GR, OW, TG) wollen zudem wissen, welche der im Lohnbuch Schweiz erwähnten Werte als Referenz herangezogen werden sollen, und die KKAK und OW fragen sich, ob die im erläuternden Bericht erwähnte Abweichungsquote von 5 % nicht in die Verordnung aufgenommen werden sollte.
- Zum Verweis auf das Lohnbuch Schweiz haben vier Kantone (OW, AG, UR, GE) sowie der SAV, die Suva und die KKAK Stellung genommen. Sie zweifeln, ob der Verweis auf das von Orell Füssli herausgegebene Lohnbuch Schweiz angemessen sei, da es üblich ist, Daten zu verwenden, die von offiziellen Stellen und nicht aus privaten Publikationen stammen. UR schlägt vor, die «Betriebsüblichen Löhne» als Referenz zu verwenden. OW, GE und KKAK hingegen plädieren für die Schweizerische Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (BFS). Die Suva weist auch darauf hin, dass die Verwendung unterschiedlicher Grundlagen für die verschiedenen Versichertenkategorien (Lohnstruktur für den Tertiärsektor, Lohnbuch Schweiz für Lernende) zu Inkohärenzen und/oder Unklarheiten führen könne.

Absatz 3 (Unterbrechung der erstmaligen beruflichen Ausbildung): Hierzu ist nur eine Stellungnahme eingegangen: AG ist der Auffassung, dass die neuen Bestimmungen zur Höhe der Taggelder den Eingliederungsprozess erschweren würden, insbesondere für Versicherte, die ihre erstmalige berufliche Ausbildung aufgrund eines gesundheitlichen Problems unterbrechen oder eine neue (EbA) beginnen müssen. AG bedauert, dass diese Versicherten einen Lernendenlohn erhalten, und schlägt vor, für über 18-jährige Versicherte, bei denen es infolge der

Invalidität zu einer Verzögerung der Ausbildung kommt, einen höheren Taggeldansatz festzulegen.

Absatz 4 (Höhe des Taggeldes – ohne Lehrvertrag): Zu diesem Absatz sind insgesamt 16 Stellungnahmen eingegangen: 13 Kantone (AG, BE, GE, GL, GR, JU, OW, NE, NW, SH, SZ, TG, VS), IVSK, Suva und KKAK. Zwei Punkte werden besonders hervorgehoben:

- Zehn Kantone (GL, GR, JU, OW, NE, NW, SH, SZ, TG, VS) und die IVSK bemängeln die Komplexität der Formulierung von Absatz 4 und die damit verbundenen Verständnisprobleme. Sie schlagen eine Umformulierung und einige Anpassungen vor. GE und KKAK schlagen eine Änderung der Formulierungen in Absatz c vor, konkret soll «im zweiten Jahr» durch «ab dem zweiten Jahr» ersetzt werden. NE fragt sich, ab wann der Anspruch auf Taggeld besteht. GL und GR sowie IVSK wollen wissen, an wen die Zahlung gerichtet ist.
- AG hat Vorbehalte bezüglich der Höhe des Lohns von Versicherten, die keine Ausbildung im Sinne von Buchstabe a oder b von Artikel 22 Absatz 4 IVV absolvieren. Die betroffenen Personen würden ohne gesundheitliche Beeinträchtigung möglicherweise eine Ausbildung mit höherem Lernendenlohn antreten. Es sei nicht per se anzunehmen, dass im Gesundheitsfall nur der tiefste Medianlohn erwirtschaftet würde.

Übergangsbestimmungen

Acht Stellungnahmen (AI, GL, GR, JU, SZ, TG, VS und IVSK) weisen darauf hin, dass die Übergangsbestimmungen das Problem der Versicherten, die mehrere Massnahmen hintereinander absolvieren, nicht lösen. Es sei zu klarzustellen, welche Massnahme für die Festlegung der Höhe des Taggeldes massgebend sei, diejenige, die auf das Inkrafttreten der neuen Gesetzesbestimmungen folge, oder diejenige, die diesem vorausgehe. Zudem müsse klargestellt werden, was im Falle einer Massnahmenverlängerung gilt.

Unfallschutz

Die Umsetzungsvorschläge zur UV von Personen in Massnahmen der IV (UV IV) werden von den Vernehmlasserinnen und Vernehmlassern ausnahmslos begrüsst.

Es sind 8 Stellungnahmen eingegangen.

BE, VD und VS erwähnen in ihren Stellungnahmen insbesondere die damit einhergehende Rechtssicherheit sowie Vereinheitlichung positiv. Die FMH hält fest, dass die Einführung der neuen Unfallschutz-Regelung auch für die versicherten Personen, die an Massnahmen der IV teilnehmen, klar zu unterstützen sei. Der SVV und die KKAK begrüssen die Umsetzung allgemein sehr. Dieser Einschätzung schliessen sich sowohl Spitex Schweiz als auch der Verband der privaten Spitex-Organisationen an.

Die Suva nimmt ausführlich zur UV IV-Umsetzung Stellung. Insbesondere bei den Rückmeldungen zu den betroffenen Artikeln hat sich die Suva häufig als einzige Vernehmlasserin ausdrücklich und mit konkreten Vorschlägen zur Umformulierung und Strukturierung geäussert. Die vorgebrachten Themen betreffen im Wesentlichen die Unfallmeldung (Art. 53 Abs. 1 E-UVV), die fehlende Regelung von Beginn und Ende der UV von Personen in Massnahmen der IV (Art. 132 E-UVV), die klare Abgrenzung betreffend Bemessung der Taggelder und der Renten (Art. 132a, 132b und 132c E-UVV) sowie die Grundlagen für die Prämienbemessung (Art. 132d E-UVV).

Haftpflicht

Die Ausweitung der Haftungsnorm ist in der Vernehmlassung unbestritten, und es ging nur eine einzige Rückmeldung dazu ein. So weist BE auf eine widersprüchliche Formulierung im erläuternden Bericht zur Artikel 98^{bis} E-IVV hin.

Neue, von den Vernehmlassenden eingebrachte Vorschläge

Insgesamt sind 49 Stellungnahmen eingegangen, die sich zu Artikel 4^{novies} IVV (Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezügern) äussern. Dieser Artikel war nicht teil der Vernehmlassung. Sämtliche Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser (IH und Weitere und AGILE.ch und Weitere, fordern, Artikel 4^{novies} Absatz 2 IVV wie folgt zu ergänzen: «Die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit gemäss Art. 8a IVG muss nicht rentenbeeinflussend sein».

3.2 Stellungnahmen zu Themenblock 2 Medizinische Massnahmen

3.2.1 Im Allgemeinen

Die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser begrüssen, dass die medizinischen Eingliederungsmassnahmen bis zum 25. Altersjahr ausgerichtet werden können. Kritisch äussern sie sich zu den aus ihrer Sicht verschärften Anspruchsvoraussetzungen für die Zusprache von medizinischen Eingliederungsmassnahmen. Geteilter Meinung sind die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser in Bezug auf die Möglichkeit, medizinische Eingliederungsmassnahmen durch die IV zu finanzieren, wenn die WZW Kriterien (noch) nicht erfüllt sind.

Die Anpassung und Aktualisierung der GgV wurde insgesamt begrüsst, wie auch die Regelung, dass der Bundesrat von seiner Kompetenz Gebrauch macht, die Bestimmung der Geburtsgebrechen, für deren Behandlung die IV finanziell aufkommt, an das EDI zu delegieren. Zur Aktualisierung der Ziffern selber wurden nur vereinzelt konkrete Einwände erhoben. Am häufigsten wurde vermerkt, dass die Definitionskriterien, Komplexität und Dauer einer Behandlung, nicht optimal formuliert seien und daher überarbeitet werden sollten. Ein Teil der Vernehmlassenden fordert, dass die finanziellen Auswirkungen der Aktualisierung der Geburtsgebrechen-Liste umfassender aufgezeigt werden. Kritisch äussern sich verschiedene Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser zu den Änderungen bei den Geburtsgebrechen-Ziffern 494-499 GgV-EDI und den damit verbundenen finanziellen Auswirkungen.

Die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser sind mit der Umsetzung der «Medizinischen Pflegeleistungen bei Domizilbehandlung» durchgehend einverstanden. Viele haben insbesondere die Aufnahme der Langzeitüberwachung in die IVV begrüsst. Vereinzelt wird auf die ungelöste Grenzziehung zwischen medizinischen Pflegeleistungen zulasten der IV und solchen zulasten der OKP hingewiesen.

3.2.2 Themen im Einzelnen

Medizinische Eingliederungsmassnahmen

Medizinische Eingliederungsmassnahmen (Art. 2 E-IVV)

Die SPS lehnt jegliche zusätzlichen Anforderungen ab, die im Rahmen von Artikel 2 E-IVV geschaffen werden.

Für curafutura ist Artikel 2 E-IVV um einen Hinweis auf Artikel 14 IVG zu ergänzen. Damit könne sichergestellt werden, dass Voruntersuchungen und Vorabklärungen (z.B. Röntgen) sowie Nachbehandlungen und Nachsorgen nach chirurgischen Eingriffen (z.B. ärztliche Kontrollen) auch im Rahmen von Artikel 12 IVG bewertet werden.

Laut santésuisse dürften die Änderungen bei den medizinischen Eingliederungsmassnahmen zu einer Verschiebung von Kosten von der IV zu den Krankenversicherern führen. Die Verschlechterung der aktuellen Praxis sei nicht verständlich und die vorgeschlagenen Änderungen seien daher abzulehnen.

GE stellt sich die Frage, ob in der Verordnung nicht festgelegt werden sollte, welche Massnahmen nicht unter die medizinischen Massnahmen fallen, d. h. pädagogisch-therapeutische Massnahmen (insbesondere Logopädie und Psychomotorik).

Absatz 1

BE, SZ, Procap, SACD sowie IH und Weitere lehnen ab, dass neu anstelle eines «"relativ stabilisierten Gesundheitszustandes» ein «stabilisierter Gesundheitszustand» verlangt wird. Diese Änderung bedeute eine Verschärfung der bisherigen Praxis.

Für UR ist der Einschub «[...] nach der Behandlung des Leidens an sich und nach Erreichen eines stabilisierten Gesundheitszustands [...]» in Satz 2 missverständlich.

AG führt aus, dass im übergeordneten Artikel 12 IVG als Grundvoraussetzung eine günstige Prognose aufgeführt wird. Das aktuelle Recht spreche jedoch von einer guten Prognose.

«Günstig» und «gut» meinten nicht das Gleiche, weshalb gewünscht wird, dies in der Verordnung zu präzisieren.

Für TI ermöglicht diese Verordnungsbestimmung eine klare Abgrenzung zwischen den Zuständigkeiten der verschiedenen Sozialversicherungen. GE schlägt vor, Artikel 2 Absatz 3 anhand des stabilen Gesundheitszustandes, wie er in Absatz 1 beschrieben ist, zu nuancieren.

AGILE.CH begrüsst, dass medizinische Massnahmen zur beruflichen Eingliederung bis zum 25. Lebensjahr verlängert werden können.

Unimed Suisse beantragt, die Anforderung zu streichen, dass die Behandlung abgeschlossen sein muss, bevor medizinische Eingliederungsmassnahmen vergütet werden.

Der ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz bzw. die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP und die SVNP verlangen, dass die Ergotherapie bzw. neuropsychologische Behandlungen in den Katalog aufgenommen werden.

Swiss Orthopaedics befürchtet eine Schlechterstellung der Versorgung vor allem von Patientinnen und Patienten, welche grössere orthopädische Probleme nach den ersten vier Lebenswochen entwickeln, wenn auf das ihrer Meinung nach untaugliche Abgrenzungskriterium eines stabilen Gesundheitszustandes abgestellt wird. Für die SGNP sollten medizinische Eingliederungsmassnahmen nicht erst nach Abschluss der Behandlung des Leidens an sich gewährt werden.

Absatz 2

OW, NW, GL, SH, GR, TG, TI, VS, NE, JU sowie die IVSK sind der Ansicht, dass eine Behandlung, welche die WZW-Kriterien noch nicht erfüllt, auch nicht die Voraussetzungen für die Kostenübernahme irgendeiner Sozialversicherung erfüllt. Wenn schon, dann müsste die vorleistungspflichtige KV diese Kosten tragen. Aus ihrer Sicht besteht kein Grund, den bewährten Grundsatz (Art. 70 Abs. 2 Bst. a ATSG) zu durchbrechen. VS ist zudem der Ansicht, dass die Voraussetzungen nach Absatz 2 Buchstabe b nicht umsetzbar seien, da sich im Voraus nicht bestimmen lässt, wie hoch das Einsparpotenzial im Verhältnis zu den Kosten für die medizinischen Massnahmen sei. Für UR und JU ist bei Buchstabe a das Wort «oder» durch das Wort «und» zu ersetzen. Denn die beiden Voraussetzungen müssten gemäss Artikel 14^{ter} Absatz 2 IVG kumulativ erfüllt sein. SZ führt aus, es seien mehr Leistungszusprachen zu erwarten. Zudem werde der administrative Aufwand steigen. Eine Präzisierung auf Weisungsebene mit den genauen Bedingungen, unter denen abgewichen werden darf, wäre wünschenswert. Für SO ist dieser Artikel sehr offen formuliert und es seien keine fassbaren Kriterien ersichtlich, an welchen sich die IV-Stellen orientieren könnten. Es wird beantragt, klar bzw. klarer fassbare Kriterien festzulegen. AG ist der Meinung, dass diese Bestimmung dazu führen wird, dass künftig oft Leistungen erbracht werden, obwohl die WZW-Kriterien (noch) nicht geklärt sind. Dies komme einem Paradigmenwechsel gleich. Ergänzende Präzisierungen bei noch nicht beurteilbarer WZW-Kriterien seien notwendig. Eventuell könne ein Mindestmass an Erfolgsaussichten definiert werden. GE stellt sich die Frage, ob der Begriff «hohes Eingliederungspotenzial» in Artikel 2 Absatz 2 Buchstabe b E-IVV, der gemäss erläuterndem Bericht einer besonders hohen Eingliederungswahrscheinlichkeit entspricht, so zu verstehen ist, dass vom Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit abgewichen werden kann. Eine Klarstellung sei wünschenswert.

Interpharma und VIPS begrüssen ausdrücklich, dass in der Festsetzung der Vergütungshöhe eine holistische Nutzenabschätzung vorgenommen wird. Interpharma möchte darauf hinweisen, dass die WZW-Kriterien im Kontext der IV auch deren Zweck widerspiegeln und daher zwingend in der IVV kontextualisiert werden müssten. Der Verordnungstext in Absatz 2 lasse ausserdem offen, ob der Passus nur für die medizinischen Eingliederungsmassnahmen oder alle medizinischen Massnahmen gelte, die die IV übernimmt, wobei Letzteres zu bevorzugen wäre.

AGILE.ch, graap und hiki wünschen sich eine flexible Anwendung der WZW-Kriterien. Mfe begrüsst, dass medizinische Massnahmen auch dann in Frage kommen, wenn die fraglichen medizinischen Massnahmen die WZW-Kriterien nicht erfüllen. NPSuisse fordert, den Willen des Parlamentes nicht zu missachten und die Seltenheit einer Krankheit bei WZW zu berücksichtigen. Unimedsuisse begrüsst die Ausnahmeregelung in Absatz 2 ausdrücklich. Pro Raris und die fsrmm äussern sich dahingehend, dass die Grundsätze in Absatz 2 auch bei Medikamenten der Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste (GG-SL) berücksichtigt werden.

Absatz 3

UR nimmt an, dass es sich vorliegend auch um die Verlängerung bereits laufender Massnahmen (z.B. Psychotherapie im Rahmen von Artikel 13 IVG, Geburtsgebrechen-Ziffer 403/404) handeln kann. Entscheidend werde sein, dass die behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten daran denken, die versicherten Personen bei Vollendung ihres 20. Altersjahrs auf eine rechtzeitige Anmeldung bei der IV-Stelle hinzuweisen. Für GL, GR, AG, TG, TI, NE und JU sowie die IVSK führt diese Bestimmung bei der Prüfung von Psychotherapien zu Problemen. Häufig könne erst nach Beginn der Therapie beurteilt werden, ob es sich um ein labiles Geschehen oder um ein Leiden handelt, das den Anspruch auf Leistungen der IV begründet. IV-berechtigtendes Leiden handelt. VS hält fest : Absatz 3 dieser Bestimmung sieht vor, dass eine medizinische Eingliederungsmassnahme vor Beginn der Behandlung bei der zuständigen IV-Stelle beantragt werden muss; somit steht er im Widerspruch zu Artikel 48 Absatz 1 IVG, wonach medizinische Massnahmen über einen Zeitraum von zwölf Monaten vor der Geltendmachung übernommen werden können, wenn die Person verspätet handelt (verspätete Anmeldung). Auch curafutura verweist auf Artikel 48 IVG. Für GE stellen sich Fragen zum Zeitpunkt, zu welchem die Prognose der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes bei der IV-Stelle vorliegen muss, und wie damit umgegangen werden soll, wenn die Prognose zwar gestellt wurde, aber nicht zeitgerecht bei der IV-Stelle angekommen ist.

GPS, unimedsuisse, Procap, SACD, IH und Weitere führen aus, dass in der Praxis in vielen Fällen ein Antrag um Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung nicht gestellt werden könne, weil die Behandlung ohne Verzug eingeleitet werden müsse, um die Eingliederungsfähigkeit zu erreichen. Deshalb müsse die IV, gleich wie die OKP, die notwendigen Massnahmen auch im Nachhinein übernehmen, sofern die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Der erste Satz von Artikel 2 Absatz 3 E-IVV solle daher gestrichen werden.

Der SVV stellt den Antrag, Artikel 2 Absatz 3 E-IVV zu streichen, weil eine Sozialversicherungscoordination nach Artikel 64 ATSG mit diesem Passus nicht mehr resp. nur noch im Streifall möglich sei. Der KVG-Versicherer erkenne solche Fälle in der Regel erst nach Rechnungsstellung, d.h. wenn die Behandlung bereits begonnen hat. Die FMH, AGPP, ZGPP, FMPP und Dr. med. Klaus Begle halten fest, dass eine klarere Beurteilung des Krankheitsausmasses häufig erst nach ersten Erfahrungen im Behandlungsverlauf möglich sei. Sie weisen zudem darauf hin, dass bei psychischen Erkrankungen die Fragen, ob es sich um eine reine Behandlung des Leidens oder, nach Abschluss der Behandlung, um eine medizinische Eingliederungsmassnahme handelt, und ob die Prognose günstig ist, nicht im Vorfeld beantwortet werden können. Auch für Swiss Orthopaedics lässt sich eine Eingliederungsprognose erst mit zunehmendem Alter (des Kindes) zuverlässig stellen. Gemäss der Schweizerischen Gesellschaft für Neuropädiatrie muss die Abgrenzung zwischen Leistungspflicht der IV und der KV anders gelöst werden als auf Kosten einer möglichst früh beginnenden Eingliederungsmassnahme. Der Artikel solle deshalb gestrichen werden.

Absatz 4

Die Sätze 3 und 4 von Artikel 2 Absatz 4 E-IVV erscheinen Procap, SACD, IH und Weiteren zu widersprüchlich, weshalb sie eine Anpassung vorschlagen. Für AGILE.ch, graap, den Verein Morbus Wilson, RDAF, Pro Raris, SGKC und die fsrmm muss der zeitliche Rahmen für die Gewährung von Eingliederungsmassnahmen flexibel ausgestaltet sein.

Der ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz verlangt, dass die Dauer der Zusprache von zwei auf drei Jahre erhöht wird. Mfe, Physioswiss wie auch SGP verlangen, dass diese Frist auf vier Jahr erhöht wird. Die Kosek und unimedsuisse fordern eine Anpassung des Absatzes zur Wahrung der Wahlfreiheit, indem nicht die Leistungserbringerin oder der Leistungserbringer, sondern die Art der Leistungserbringerin oder des Leistungserbringers in der Leistungszusprache festgehalten wird.

Fortführung medizinischer Eingliederungsmassnahmen (Art. 2^{bis} E-IVV)

Der LU äusserst sich kritisch dazu, dass eine Fortführung der medizinischen Eingliederungsmassnahme nur gewährt werden soll, wenn die nachfolgende Massnahme beruflicher Art vor Abschluss der Massnahme zugesprochen wird. Damit würden die internen Abläufe der IV-Stelle zu wenig berücksichtigt. LU führt aus, dass aus dem Verordnungstext bzw. dem Erläuternden Bericht nicht hinreichend klar hervorgeht, ob die Weitervergütung der Kosten bei Beendigung oder Abbruch der medizinischen Eingliederungsmassnahme, in Abweichung von Artikel 2 Absatz 4 E-IVV, während sechs Monaten über die Dauer von 2 Jahren hinaus erfolgen kann. Insofern bestehe hier eine Rechtsunsicherheit, die es zu klären gelte. Zudem führt LU aus, dass eine Unterbrechung der Massnahme - sei es krankheits- oder unfallbedingt oder wegen einer längere Reise, Auslandjahr, Auszeit etc. - zum Verlust des invalidenrechtlichen Anspruchs führen würde und so den schwierigen Lebenssachverhalten mit Unterbrüchen von Massnahmen nicht Rechnung getragen werde. Eine solche Umsetzung wäre auch im Lichte der Grund- und Völkerrechtskonformität kritisch zu sehen.

VS begrüsst grundsätzlich die Fortführung der Übernahme der medizinischen Eingliederungsmassnahmen parallel zu den Massnahmen beruflicher Art. Es würden sich aber rechtliche Fragen ergeben, wenn z.B. die berufliche Massnahme abgebrochen wird und die Zusprachedauer der medizinischen Eingliederungsmassnahme über sechs Monate hinausgeht.

Der SAV begrüsst, dass die Altersgrenze für den Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen auf 25 Jahre erhöht werden soll, wenn eine Person bei Vollendung des 20. Altersjahres an einer beruflichen Eingliederungsmassnahme teilnimmt.

GPS, Procap, Physioswiss, Physiotherapia Paediatrica, Spitex Schweiz, ASPs sowie IH und Weitere begrüssen, dass eine Fortführung der medizinischen Eingliederungsmassnahme auch bei Beendigung oder Abbruch einer beruflichen Massnahme möglich ist. Sie sind aber der Ansicht, dass die Befristung auf maximal sechs Monate den Eingliederungserfolg deutlich schmälern kann, weshalb auf die Befristung zu verzichten sei.

Für santésuisse ist die Verschlechterung der aktuellen Praxis nicht verständlich, weshalb die Organisation die vorgeschlagenen Änderungen ablehnt.

Präzisierung von Begriffen nach Artikel 12 IVG (Art. 2^{ter} E-IVV)

Gemäss UR und dem Schweizerische Städteverband (SSV) soll in Buchstabe c das Wort «und» durch das Wort «oder» ersetzt werden. Damit werde sprachlich deutlicher zum Ausdruck gebracht, dass unter Erwerbsfähigkeit auch eine Tätigkeit im zweiten Arbeitsmarkt gemeint sei.

Die Suva führt hingegen aus, dass die vorgesehene Ausdehnung des Begriffs Erwerbsunfähigkeit auf den zweiten Arbeitsmarkt bestehenden rechtlichen Definitionen sowie bundesgerichtlicher Rechtsprechung widerspreche, weshalb eine solche neue, abweichende Definition in der IVV zu vermeiden sei.

Definitionskriterien für Geburtsgebrechen und Aktualisierung der Geburtsgebrechen-Liste

Geburtsgebrechen (Art. 3 E-IVV)

Absatz 1

Buchstabe a (angeborene Missbildungen): BE, VS sowie die GDK und SGP fordern, dass «Missbildungen» durch «Fehlbildungen» ersetzt und die Bestimmung vollständigkeithalber um den Begriff «Gewebe» ergänzt wird.

Buchstabe b (genetische Krankheiten): VS hält fest, dass mit Buchstabe b (genetische Krankheiten) die Zahl neuer Fälle zulasten der IV steigen könnte. SGKC und SGMG beantragen, dass nicht nur die Genmutation und der Gendefekt als Veränderung des Erbgutes gelten sollen, sondern auch die Chromosomen-Anomalien, welche aufgeführt werden müssten. Weiter wird von der SGMG gefordert, dass im Sinne einer Genmutation oder eines Gendefektes die Formulierung «durch krankheitsverursachende Varianten in einzelnen Genen (sog. monogene Erkrankungen)» benutzt werden müsste.

Buchstabe c (prä- und perinatal aufgetretene Leiden): AG beantragt, «spätestens sieben Tage» zu streichen, weil die Frist von sieben Tagen nach Geburt nicht nachvollziehbar sei.

Buchstabe d (die Gesundheit beeinträchtigende Leiden): Procap, IH und Weitere weisen darauf hin, dass der Begriff der «geistigen» Beeinträchtigung überholt ist und mit «kognitiver» Beeinträchtigung zu ersetzen sei. Zudem müssen in die Präzisierung auch die «psychischen» Beeinträchtigungen aufgenommen werden. Nach Auffassung von AllKidS ist die vorgesehene Definition zu eng, da sie die psychischen Beeinträchtigungen und Funktionsstörungen ausser Acht lasse.

Buchstabe e (langdauernde Behandlung): Für BS, die GDK und den SSV ist die unter Buchstabe e gewählte Definitionen nicht näher begründet und willkürlich. Für TI ist die Definition inkorrekt. Procap, IH und Weitere fordern, dass von einer starren Regelung von einem Jahr abzusehen sei, unter anderem weil das Erfordernis bezüglich Dauer der Behandlung zu wenig flexibel sei und eine angemessene Beurteilung im Einzelfall möglich bleiben müsse. Eine vorausgesetzte Dauer verhindere, medizinische Massnahmen zulasten der IV abzurechnen, die zwar kürzer dauerten (z.B. Skolioseoperation), aber einen Einfluss auf die spätere Eingliederung hätten. Die zuständige Stelle (IV-Stelle) müsse im Einzelfall eine angemessene Beurteilung vornehmen können. Aus diesem Grund sei der Text mit «in der Regel» zu ergänzen. Als weiteres Argument (Pro Raris, RDAF, Interpharma und VIPS) werden die aktuellen Entwicklungen im Bereich der Gentherapien erwähnt, welche künftig vermehrt potenziell kurative Einmaltherapien mit langanhaltenden Behandlungsergebnissen erlauben würden. Aus diesen Gründen wird beantragt, Buchstabe e entweder zu streichen oder grosszügiger zu präzisieren. AllKids ist der Auffassung, dass für eine Zeit-Fixierung das Gesetz keinen Anhaltspunkt bieten und der Bundesrat mit der Festlegung der Behandlungsdauer seine Kompetenzen überschreiten würde und ein Kriterium schaffe, welches vom Gesetzeswortlaut nicht mehr gedeckt sei.

Buchstabe f (komplexe Behandlung): Für BE, BS, VD, TI die GDK und den SSV ist die unter Buchstabe f gewählte Definitionen nicht näher begründet und willkürlich. Die Präzisierung der im Gesetz aufgeführten Kriterien auf Verordnungsebene sollte grosszügig gehandhabt oder auf eine solche ganz verzichtet werden, so dass die zuständige Stelle im Einzelfall eine angemessene Beurteilung vornehmen kann. BS fordert eine Neuformulierung von Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe f E-IVV unter Einbezug der Ärzteschaft. Diese Forderung stellen auch IH und Weitere. AG erachtet klärende Ausführungen in den Erläuterungen als unabdingbar. Für Interpharma und VIPS ist die Bestimmung nicht zielführend. Mfe fordert die Definition des Einbezugs von Fachpersonen anderer Gesundheitsberufe (Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ernährungsberaterinnen und -berater oder Pflegefachkräfte) so, dass unter den Begriff «Fachgebiet» auch Therapeutinnen und Therapeuten fallen können. Aus der Sicht von Swiss Ortho-

paedics kann eine Behandlung komplex sein, weil verschiedene Spezialistinnen und Spezialisten involviert sind, oder weil sie besondere Anforderungen an Kenntnisse und Infrastruktur stellt. Der Begriff «Fachgebiet» sei unklar. Auch wäre dank Fortschritt und moderner Technik eine Korrektur in einem einzigen kombinierten Verfahren durch eine hochspezialisierte Ärztin oder einen hochspezialisierten Arzt möglich. Es wird vermerkt, dass die Notwendigkeit von drei Fachgebieten auch schon bei einfachen Fällen gegeben sei. Eine starre Grenze von drei Disziplinen sei gerade in der Kinder- und Jugendmedizin in Frage zu stellen, da dort die Fachgebiete viel weniger ausdifferenziert seien als in der Erwachsenenmedizin. Nach Auffassung von unimedsuisse und AllKids kann eine komplexe Behandlung auch dann vorliegen, wenn nur eine hochspezialisierte Fachperson beteiligt ist). Zudem solle bei seltenen Krankheiten die Behandlung generell als komplex gelten. Die Kosek fordert, die Komplexität der Behandlung mittels einer mehrdimensionalen Definition zu charakterisieren. Diese Definition sei in Abstimmung mit Vertreterinnen und Vertretern der spezialisierten Versorgung zu erarbeiten.

Buchstabe g (behandelbare Leiden): ASPS und Spitex Schweiz beantragen, Buchstabe g mit dem Zusatz zu präzisieren, dass eine Linderung von belastenden Symptomen und mit der Folge einer Verbesserung der Lebensqualität, und ein Vermeiden von weiteren Komplikationen ebenfalls zur «Behandelbarkeit» gehören.

Weitere Forderungen: Von verschiedenen Vernehmlassungsteilnehmenden (z.B. BE, AG, aber auch Procap, IH und Weitere, SGNP, SACD) wird gefordert, das in Artikel 13 Absatz 2 Bst b IVG erwähnte Kriterium des «bestimmten Schweregrads» auf Verordnungsstufe näher zu präzisieren. Weiter wird gefordert (AGILE.ch, graap und hiki), dass ein zusätzlicher Buchstabe eingefügt wird, im Sinne von «angeborene Entwicklungs- und Wahrnehmungsstörungen». Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen oder ADS-H sollen von der IV angemessen abgedeckt werden, da diese Erkrankungen manchmal erst spät diagnostiziert werden und nicht als genetisch bedingt anerkannt seien.

Absatz 2

BE fordert, dass bei Vorliegen eines Geburtsgebrechens präventive Massnahmen, die den Krankheitsausbruch verzögern oder verhindern können, von der IV übernommen werden. Die Forderung stützt sich auf die Rechtsprechung, wonach die IV sowohl für die Behandlung des Geburtsgebrechens selbst als auch für die geburtsgebrechensbedingte Prävention zuständig sei, sofern eine Behandlung wegen eines Geburtsgebrechens notwendig ist.

Die VIPS fordert, Absatz 2 zu überarbeiten, weil aufgrund von Fortschritten in der Genetik/Diagnostik neu Behandlungen möglich seien, welche den Symptomen vorgeifen. Der Verein Morbus Wilson, RDAF, dravetsuisse und die fsmm lassen sich sinngemäss vernehmen. Es wird angemerkt, dass es in jenen Fällen an Klarheit bezüglich Kostenträger (IV oder OKP) fehle, in welchen sich ein genetisch bedingtes Gebrechen, das im Kindesalter behandelt werden könnte, erst nach dem 20. Lebensjahr manifestiert. Diesen Nutzen sollte die IV-Gesetzgebung nicht verhindern. Unimedsuisse beantragt, die Möglichkeit zu schaffen, dass auch Veranlagungen auf die Geburtsgebrehen-Liste aufgenommen werden können, falls wirksame präventive medizinische Massnahmen bekannt sind. Die Kosek beantragt, dass Veranlagungen zu einem Leiden als Geburtsgebrehen gelten sollen, wenn das Leiden dank präventiven Massnahmen verhindert oder verzögert werden kann.

Die SGP beantragt, dass Prädispositionen als Geburtsgebrehen gelten, weil bei vielen der Fehlbildungen es sich um bekannte Krebsprädispositionssyndrome handle.

Absatz 3

Von verschiedenen Kantonen (GR, UR, SZ, GL, OW, NW, TG, SH, BS, JU, VS, NE, TI), dem SSV und der IVSK wird gefordert, diesen Absatz 3 entweder ersatzlos zu streichen oder umzuformulieren, weil er im Widerspruch stehe mit der Tatsache, dass einige Geburtsgebrehen vor einem bestimmten Alter diagnostiziert werden müssten und daher der Zeitpunkt erheblich sei.

Die SIM fordert, dass seltene Krankheiten, die bis zum vollendeten 16. Lebensjahr auftreten, vermutungsweise als Geburtsgebrechen gelten sollen. Begründet wird die Forderung damit, dass der wissenschaftliche Nachweis, dass es sich bei einer orphan disease um ein Geburtsgebrechen handle, häufig mangels grösserer Fallzahlen nicht mit hoher wissenschaftlicher Evidenzerbracht werden könne.

Absatz 4

Physioswiss und die Physiotherapia Paediatrica begrüessen, dass die Verordnung vorsieht, die Leistungszusprache mit Angaben zu Art, Dauer und Umfang der medizinischen Massnahme sowie zur Leistungserbringerin oder dem Leistungserbringer zu versehen. Letztere macht darauf aufmerksam, dass die erwähnten Angaben mit den geltenden tarifarischen Bestimmungen im Einklang stehen sollten. In diesem Sinne stellen sie den Antrag, im Erläuternden Bericht einen Hinweis zu den anwendbaren Tarifen aufzunehmen. Unimedsuisse möchte keine Einschränkung der Wahlfreiheit.

Liste der Geburtsgebrechen (Art. 3^{bis} E-IVV)

Zahlreiche Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser (u.a. BE, SO, BS, TI, VD, VS sowie die GPS, IH und Weitere, unimedsuisse) begrüessen, dass dank der Revision schneller auf die medizinischen Entwicklungen reagiert und die Geburtsgebrechen-Liste künftig rascher angepasst werden kann, auch weil die entsprechende Kompetenz dem EDI übertragen wird.

SVP, GPS, IH und Weitere sowie die IG Seltene Krankheiten, IGAB, mfe, Kosek Pro Raris, Procap, RDAF und dravetsuisse fordern, dass die Aufzählung der Geburtsgebrechen in der GgV laufend resp. häufiger überprüft wird. Ihrer Auffassung nach sollten jeweils Vernehmlassungen zu den geplanten Anpassungen der GgV-EDI durchgeführt werden. Dazu seien auch die betroffenen Fachgesellschaften, insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für Kindermedizin, und die Patientenorganisationen einzubeziehen.

GPS, IH und Weitere sowie Hiki, IG Seltene Krankheiten, Pro Raris, Procap, RDAF und dravetsuisse fordern, in der Verordnung festzuhalten, in welchen zeitlichen Abständen die Liste überprüft resp. dass die Liste regelmässig überprüft wird.

Santésuisse vertritt die Meinung, dass die Geburtsgebrechen-Liste weiterhin vom Bundesrat festgelegt werden soll, weil das häufigere Anpassen der Liste kein ausreichender Grund sei, die Verantwortung dem EDI zu übertragen. Santésuisse hält eine Aktualisierung alle fünf bis zehn Jahre für ausreichend.

Für Curafutura soll sichergestellt werden, dass auch Krankenversicherer Anträge stellen können, und formuliert einen entsprechenden Änderungsvorschlag.

Interpharma merkt an, dass sich in den Verordnungsbestimmungen kein Hinweis auf den Antragsprozess findet. Es wird ein klarer, transparenter und wissenschaftsbasierter Prozess in der Führung der Geburtsgebrechen-Liste gefordert. Eine reine Absichtserklärung in der Erläuterung zum Verordnungstext sei nicht ausreichend.

Beginn und Dauer der medizinischen Massnahme zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3^{ter} E-IVV)

Mfe verlangt, dass die fötale Chirurgie von der IV übernommen wird, weil sie dem ungeborenen Kind zugutekommt. Mfe argumentiert, dass durch die Unterschiede in der Versicherungsdeckung zwischen IV und OKP Kinder beim Zugang zu bestimmten Behandlungen benachteiligten würden und dass dies erhebliche Auswirkungen auf die Entwicklung haben könnte. Nach heutigem Stand der Technik sei es nicht mehr zeitgemäss, die Geburt des Kindes abzuwarten, bis der Anspruch entsteht. Ein ungeborenes Kind habe als «nasciturus» auch in anderen Rechtsbereichen Rechte.

ASPS und Spitex Schweiz fordern, den Zusatz «frühestens nach vollendeter Geburt» wegzulassen. Dort, wo es Sinn mache, z.B. bei Kindern mit einer Meningomyelocele, müssten Operationen schon pränatal möglich sein und von der IV übernommen werden, da sie den Verlauf der Krankheit und die spätere Eingliederung des Jugendlichen günstig beeinflussen könnten. RDAF fordert, dass die Sicherstellung des nahtlosen Übergangs IV/KVG gewährleistet werden müsse und erwähnt, dass das heutige System diesbezüglich einen erheblichen Mangel aufweise und zu «Finanzierungslücken» führe.

Artikel 35 E-KVV

Für mfe ist ein reibungsloser Übergang von der IV zur OKP wichtig. Deshalb begrüsst mfe die Reform, die das Zusammenwirken zwischen den beiden Versicherungssystemen zum Wohl der Patientinnen und Patienten verbessert. Der Wechsel dürfe jedoch nicht zu einem gegenüber der derzeitigen Situation tieferen Leistungsniveau führen.

Laut Kosek, NPSuisse und unimedsuisse sei gemäss den vorgelegten Anpassungen in Artikel 35 KVV die Abgeltung der Leistungen im Übergang zwischen IV und OKP nicht uneingeschränkt gewährleistet. Damit verstosse die Anpassung gegen die Absicht des Parlaments, das Vertrauensprinzip umfassend zu gewährleisten. Sie fordern, das Vertrauensprinzip uneingeschränkt umzusetzen.

Aktualisierung der Geburtsgebrechen-Liste (Anhang GgV-EDI)

Allgemeines

SPS, GPS sowie IH und Weitere fordern vor Inkrafttreten der GgV eine nochmalige Überarbeitung der Liste zusammen mit den Fachgesellschaften und den Patientenorganisationen, da die Liste erhebliche Ungenauigkeiten enthalte.

Die GDK ist der Ansicht, dass die Einschätzungen zu den finanziellen Auswirkungen der Aktualisierung der Geburtsgebrechen-Liste für die betroffenen Kinder und ihre Eltern fehlen, und beantragt, dies nachzuholen.

AGILE.ch, graap und hiki wünschen, dass die Terminologie angepasst wird, indem der Begriff «Geburtsgebrechens Lister» durch «Liste der angeborenen Krankheiten und Behinderungen» ersetzt wird.

Konkrete Anpassungswünsche

Aufnahme kongenitale Komplement-Erkrankungen

Die SAPN und die SGP beantragen die Aufnahme einer eigenständigen Ziffer für kongenitale Komplement-Erkrankungen aus dem thrombotisch-mikroangiopathischen (TMA)-Kreis. Darunter sollen kongenitale Komplement-Erkrankungen wie atypisches hämolytisch-urämisches Syndrom (aHUS), membrano-proliferative Glomerulonephritis (MPGN), C3-Glomerulonephritis und andere klassifiziert werden.

Kapitel XIX (Fehlbildungen, bei denen mehrere Organsysteme betroffen sind)

Die SGMG vertritt die Ansicht, dass die Auswahl der Erkrankungen in diesem Kapitel zufällig sei. Es fehle eine Ziffer für «Fehlbildungssyndrome mit Fehlbildungen von mindestens zwei Organen».

Ziffer für Trisomien 13 und 18

Spitex Schweiz fordert die Aufnahme der Trisomien 13 und 18 auf die Liste der Geburtsgebrechen, weil sie die Geburtsgebrechen-Kriterien erfüllen.

Ziffer 101, 109, 177, 232 GgV-EDI

AG und die SGKC fordern, dass das Kriterium der Notwendigkeit mehrerer Operationen wegzulassen, weil diese Anforderung dem medizinischen Fortschritt nicht entspreche. Die Gleichung «schweres Krankheitsbild gleich mehrere Operationen» sei falsch und würde in Zukunft mit neuen Therapieansätzen noch weniger gelten. Es besteht auch die Befürchtung, dass

durch die Bedingung mehrerer Operationen falsche monetäre Anreize geschaffen werden, welche die IV belasten würden.

Ziffer 124 GgV-EDI

Die SGKC hält die Klammerbemerkung «exklusive isolierte Exostosen» für verwirrend, da die «angeborene kartaliginäre Exostose» gelistet ist. Die Klammerbemerkung «exklusive isolierte Exostosen» sei daher zu streichen.

Ziffer 163 GgV-EDI

Die SGP fordert, dass die Operation definiert wird, weil die Trichterbrust häufig nicht-invasiv (Saugglocke) behandelt wird.

Ziffer 164 GgV-EDI

Die SGKC fordert, diese Ziffer beizubehalten, weil die Hühnerbrust für die Patientinnen und Patienten sehr entstellend sei.

Ziffer 170 und 171 GgV-EDI

Curfutura wirft die Frage auf, ob bezüglich der gestrichenen Geburtsgebrechen ein Besitzstand für IV-Leistungen gelte. Es wird gefragt, ob die abgegebenen Kostengutsprachen der IV ihre Gültigkeit behalten und die Leistungen, die von der IV gutgesprochen wurden, auch weiterhin durch die IV vergütet würden.

Ziffer 172 GgV-EDI

Swissorthopaedics sieht keinen Grund, die angeborene Claviculapseudarthrose auszuklamern.

Ziffer 177 GgV-EDI

Die SGKC hält fest, dass rein häutige Syndaktylien mitunter auch äusserst aufwändige, schwierige und zum Teil auch mehrere Operationen nach sich ziehen können. Sie auszuschliessen sei daher falsch. Die Aufzählung der verschiedenen Krankheitsbilder führe generell zu Fehlinterpretationen, da sie nicht abschliessend für knöcherne Defekte und Fehlbildungen der Extremitäten sei. Deshalb solle die Aufzählung gestrichen werden.

Ziffer 183 GgV-EDI

Die SGP wünscht zu dieser Ziffer eine Präzisierung.

Swissorthopaedics begrüsst die Formulierung der Ziffer, beantragt aber, den Schweregrad zu definieren insbesondere im Hinblick darauf, dass die grafische Einteilung in der Romandie nicht gebräuchlich sei.

Ziffer 205 GgV-EDI

Die SGP beantragt, die Ziffer zu ergänzen, indem auch Vertreterinnen und Vertreter der SSO-Fachgesellschaften resp. der Schweizerischen Vereinigung Kinderzahnmedizin (SVK) eingeschlossen werden.

Ziffer 247 GgV-EDI

Die SGN, Spitex, ASPS und Curafutura sind der Auffassung, dass der Surfactant-Mangel (Synonym: Syndrom der hyalinen Membranen) weiter zu dieser Ziffer gehören sollte, weil es sich dabei um eine akute Lungenfunktionsstörung handle und einem Geburtsgebrechen entspreche.

Ziffer 279 GgV-EDI

Für AG ist die Streichung dieser Ziffer nicht nachvollziehbar.

Ziffer 282 GgV-EDI

Kinderspitex, Spitex Schweiz und ASPS schlagen vor, dass die Ziffer auch konservative Therapieformen beinhalten soll, da schwere Verläufe vermieden werden könnten, wenn frühzeitig mit einer konservativen Therapie begonnen werde.

Ziffer 311 GgV-EDI

Die SGP beantragt, dass die medikamentöse Behandlung bei Hämangiomen als komplexe Therapie gelten soll, weil die meisten angeborenen Hämangiome heutzutage medikamentös mit Beta-Blockern (topisch oder systemisch) behandelt würden und eine Operation nur sehr selten nötig sei.

Ziffer 330 GqV-EDI

Die SGP beantragt die Streichung des Begriffs «angeboren», weil Histiocyosen selten in den ersten 12 Lebensmonaten auftreten würden.

Ziffer 331 GqV-EDI

Die Korrektur zu Polyzythämie unterstützt die SGP. Allerdings handle es sich dabei um ein eigenes Krankheitsbild und nicht um einen Ausdruck eines anderen Grundleidens, daher sollte Ziffer 331 behalten werden.

Ziffer 343 GqV-EDI

SAPN, SGKC und SGP fordern, solitäre Zysten nicht auszuschliessen, weil diese bei Kindern immer eine Differentialdiagnose einer Form von Zystennieren seien. Bis zur definitiven Diagnose einer Form von Zystenniere wären bei diesen Patientinnen und Patienten regelmässige Verlaufskontrollen und Weiterabklärungen nötig, jedoch (noch) ohne Therapie. Daher wird gefordert, dass die Therapiebedürftigkeit kein Kriterium sein soll.

Ziffer 344 GqV-EDI

SAPN und SGP beantragen die unveränderte Beibehaltung dieser Ziffer, weil bei gewissen Patientinnen und Patienten mit kongenitaler Hydronephrose initial keine ursächliche Pathologie identifiziert werden könne.

Ziffer 345 GqV-EDI

SAPN, SGKC und SGP sind der Ansicht, dass die OP-Indikation oft nicht bei der Erstdiagnose klar sei, sondern erst im weiteren Verlauf. Ebenso würden viele Patientinnen und Patienten regelmässige Verlaufskontrollen und Weiterabklärungen ohne Therapie benötigen. Die Therapiebedürftigkeit soll entsprechend kein Kriterium sein. Mit «therapiebedürftig» dürfe nicht nur die operative Therapie gemeint sein.

Ziffer 348 GqV-EDI

Die SGKC beantragt die Anpassung dieser Ziffer, weil gewisse Krankheitsbilder wie die Megacystis congenita zwar nicht zwingend einer Operation bedürften, aber dennoch schwerwiegende Folgen haben könnten. In solchen Fällen bedürfe es einer aufwändigen, teilweise lebenslänglichen Therapie, wie z.B. die intermittierende Katheterisierung.

Ziffer 350 GqV-EDI

Die SGKC beantragt, die Kloakenekstrophie gesondert aufzuführen, da sie nicht Teil des Blasenektrophie-Epispadie-Komplexes (BEEK) sei.

Ziffer 355 GqV-EDI

Laut SGKC ist die Aufteilung in «beidseitiger Kryptorchismus» und «einseitiger Kryptorchismus plus eine Penisfehlbildung» unsinnig und falsch. Auch beidseitige Kryptorchismen können durchaus unkompliziert und leicht zu behandeln sein.

Ziffer 358 und 359 GqV-EDI

BE, SAPN und SGKC vertreten die Meinung, die Definition der Kriterien für diese «Expertenteams» und «Grosszentren» sei nicht nachvollziehbar, bzw. wie sie damit von anderen Spitälern mit unzureichender DSD-Expertise abgegrenzt werden könnten.

Ziffer 381 GqV-EDI

Für die SGNP ist die gewählte Formulierung nicht optimal, weil sie weiterhin zu Missverständnissen führen könne. Daher sollte bei den Beispielen mindestens eine Fehlbildung gelistet werden, bei der die Häute nicht explizit mit einbezogen sind.

Ziffer 386 GqV-EDI

Die SGMG beantragt die Eranzung der Ziffer mit dem Zusatz «oder eine molekulargenetische Ursache nachgewiesen wurde».

Ziffer 387 GqV-EDI

Die SGNP ist der Meinung, dass der Begriff «primäre Epilepsie» keiner gebräuchlichen Klassifikation entspreche und entsprechend nicht verwendet werden solle.

Kinderspitex und Spitex Schweiz vertreten die Ansicht, dass Epilepsie als spätes Symptom einer seit der Geburt bestehenden neurologischen Schädigung auftreten könne. Dementsprechend solle der Begriff «primäre» gestrichen werden.

Für Kinderspitex ist es unverständlich, wieso Epilepsien, bei denen keine Therapie bzw. eine Therapie nur während eines Anfalls notwendig sei, aus der Liste der Geburtsgebrechen ausgeschlossen werden soll.

Dravetsuisse beantragt die Aufnahme von genetisch bedingter Erkrankung mit intellektueller Entwicklungsstörung mit oder ohne primäre Epilepsie (Kinder ab dem 2. Lebensjahr) sowie genetisch bedingter Erkrankung mit primärer Epilepsie (Kinder ab dem 1. Lebensjahr).

Ziffer 395 GqV-EDI

Die SGNP hält fest, dass die Beschränkung auf neuromotorische Symptome im Sinne eindeutig pathologischer Bewegungsmuster im frühem Lebensalter zu eng erscheine. Sie schlägt vor, dass in Zweifelsfällen eine Einschränkung vorgenommen werden könnte wie bspw. die Diagnosestellung durch eine Neuropädiaterin oder einen Neuropädiater.

ASPS und Spitex Schweiz beantragen, den Zusatz «ein motorischer Entwicklungsrückstand gilt nicht als Geburtsgebrechen im Sinne der Ziffer 395» wegzulassen, weil aus ihrer Sicht neuromotorische Symptome immer zu einem motorischen Entwicklungsrückstand führten. Zuerst würde ein Entwicklungsrückstand diagnostiziert und erst in der Folge klare neuromotorische Symptome auftreten.

Physioswiss und Physiotherapia Paediatrica beantragen, unter dieser Ziffer die «General Movements (GM)» zu erwähnen, weil auffällige GMs nach heutigem Wissen die einzigen Prädiktoren für eine spätere Entwicklung einer motorischen Beeinträchtigung seien.

Ziffer 396 GqV-EDI

Die SGP wünscht eine Anpassung der Terminologie, weil diese nicht aktuell ist.

Ziffer 403 GqV-EDI

Die SGMG erachtet es als unverständlich, weshalb die Intelligenzminderung weiterhin nicht als eigenständiges Geburtsgebrechen anerkannt werde - insbesondere angesichts der Tatsache, dass bei mindestens 50 Prozent der Patientinnen und Patienten molekularzytogenetisch oder molekulargenetisch eine angeborene Ursache nachgewiesen werde. Daher solle die Intelligenzminderung mit nachgewiesener genetischer Ursache eine Ziffer in der Liste der Geburtsgebrechen erhalten.

Ziffer 404 GqV-EDI

Kinderspitex, ASPS, graap, Elpos und hiki beantragen die Streichung der Altersgrenze mit folgender Begründung: «ADS-H wird nicht immer vor dem 9. Altersjahr, sondern oft erst im Jugendalter diagnostiziert. Die Probleme, die ADS-H in der Schul- und Berufsausbildung darstellt, sind indes bekannt. Zwischen 3 und 7 % der Kinder und Jugendlichen sind davon betroffen. Die Folgen von ADS-H sind bekannt: Schulversagen, Depressionen, Beziehungsprobleme, Drogenmissbrauch und Verhaltensstörungen.»

Die SGP ist der Meinung, dass ein Kind ohne Merkfahigkeitseinschrankung mit starker krankhafter Beeinträchtigung in den anderen Bereichen ebenfalls die Geburtsgebrechen-Ziffer 404 erfüllen würde.

Ziffer 405 GqV-EDI

Die SGP beantragt die Korrektur der Bezeichnung des Facharztstitels.

Ziffer 422 GqV-EDI

Graap und hiki beantragen die Streichung der Altersgrenze, weil die Degeneration wie auch der Verlust der Sehschärfe individuell unterschiedlich seien und je nach Person schneller oder langsamer voranschreiten würden. Es wird zudem als unmöglich erachtet, vor dem 5. Lebensjahr den künftigen Verlauf des Sehschärfeverlusts vorherzusagen.

Ziffern 450-456, 460, 467, 470 GqV-EDI

AG schlägt vor, Angaben zur Bildung des Experten-/ Referenzteams für die Diagnosestellung in die Weisungen aufzunehmen.

Die SGNP und SAPN begrüßen die Anpassung der Ziffern wie auch die Anforderung an die Qualität der Diagnosestellung.

Laut SGNP, SAPN und SGMG erscheint die Anforderung, dass die Behandlung von einem Stoffwechselnetzwerk geleitet wird, nicht in allen Fällen unabdingbar, und schlagen eine entsprechende Anpassung vor.

Ziffer 458 GqV-EDI

Die SGP ist der Meinung, dass mit der aktuell vorgeschlagenen Formulierung nicht sicher sei, ob alle angeborenen Erkrankungen mitgemeint seien, wie z.B. die genetisch bedingten familiären Cholestaseformen (PFIC).

Ziffer 460 GqV-EDI

Die SGMG beantragt, die Auflage «und die Behandlung vom Stoffwechselnetzwerk geleitet wird» zu streichen. Begründet wird der Antrag damit, dass je nach vorherrschender Symptomatik Ärztinnen und Ärzte anderer Fachgebiete (Neurologie/Neuropädiatrie/Ophthalmologie) die Behandlung leiteten.

Ziffer 485 GqV-EDI

Für die SGMG ist es unverständlich, warum in dieser Ziffer explizit das Williams-Beuren Syndrom aufgeführt wird, das eine Chromosomenstörung sei, und weist daraufhin, dass es viele andere Chromosomenstörungen und molekulargenetische Syndrome gebe, die hier nicht erwähnt würden.

Ziffer 488-489 GqV-EDI

Der SSV und die SGMG sind der Meinung, es sei unverständlich, warum das Down-Syndrom eine Ziffer erhalte und das Turner Syndrom und Williams-Beuren Syndrom als Chromosomenstörung genannt werden, viele andere Chromosomenstörungen jedoch nicht als Geburtsgebrechen aufgenommen würden.

Die SGP beantragt, die Ziffer 489 mit der Präzisierung, welche Leistungen von der IV übernommen werden, zu ergänzen.

Ziffer 490 GqV-EDI

Die SGNP schlägt vor, die Sepsis und ihre möglichen Folge-Erkrankungen (early- oder late-onset Sepsis) aufzunehmen.

Ziffer 493 GqV-EDI

Die SGNP ist der Meinung, dass die Liste nicht komplett sei und durch angeborene metabolische Störungen wie eine schwere Hypoglykämie ergänzt werden solle.

Ziffer 494-499 GqV-EDI

Die vorgesehene Änderung dieser Ziffer lehnen insbesondere BE, GDK, SGP und SGN klar ab. Aus ihrer Sicht ist die neue Vorgabe störend, weil diese gemäss Fachexpertinnen und Fachexperten der Neonatologie auf keiner medizinischen Systematik beruhe, sondern willkürlich sei und die Verschiebung zur OKP dadurch bedingt wäre, Kosten für die IV einzusparen

Die SGP und die SGN sind der Ansicht, dass die vorgeschlagene Veränderung de facto ein Ausschluss fast aller Neugeborener aus den Leistungen der IV bedeute und massive finanzielle Auswirkungen auf die Neonatologiestationen der Schweiz haben würde. Aufgrund des

allgemeinen Kostendrucks im Gesundheitswesen sei es indessen unwahrscheinlich, dass die durch den Rückzug der IV entstehenden Finanzierungslücken von jemand anderem geschlossen würde. Da weniger Geld einen Qualitätsabbau bedeute, riskiere die IV Folgeschäden bei den Frühgeborenen, die der IV langfristig in Form von Massnahmen und Renten Kosten verursachen würden.

BE und die GDK beantragen, dass auch Neugeborene mit einem Gestationsalter bei Geburt unter 32 0/7 erfasst und zulasten der IV abgerechnet werden und zwar bis zu einem korrigierten Alter von 44 Wochen (allenfalls 40 Wochen). Dies decke sich mit den Einschätzungen und Forderungen von Fachärztinnen und Fachärzten für Neonatologie. Die finanziellen Auswirkungen einer solchen Erhöhung der Limite auf die 32. Schwangerschaftswoche dürften gering ausfallen, da gemäss erläuterndem Bericht zu den Verordnungsanpassungen die Kinder, welche nach der 28. Schwangerschaftswoche geboren werden und trotzdem eine schwerwiegende Krankheit haben, mit grosser Wahrscheinlichkeit auch eine andere Geburtsgebrechen-Ziffer erfüllen.

AllKids, unimedsuisse, ASPS, graap, hiki, Spitex Schweiz lehnen die Anpassungen ebenfalls ab.

Ziffer 497-499 GgV-EDI

Spitex Schweiz und ASPS schlagen vor, diese Ziffern auf der Liste der Geburtsgebrechen zu belassen, weil die darin erwähnten Störungen zu einer andauernden Beeinträchtigung, z.B. der Kognition und der Motorik des Kindes, und somit zu einer bleibenden Beeinträchtigung in diesen Bereichen führen könnten.

Medizinische Pflegeleistungen bei Domizilbehandlung

Artikel 3^{quinquies} E-IVV

Die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser sind mit der Umsetzung des Themas im Rahmen von Artikel 3^{quinquies} E-IVV «Medizinische Pflegeleistungen bei Domizilbehandlung» durchgehend einverstanden. Viele schliessen sich der Stellungnahme von IH an, die insbesondere die Aufnahme der Langzeitüberwachung in die IVV begrüsst. AGILE.ch begrüsst die Aufnahme der Langzeitüberwachung ebenfalls, weil dadurch Familien, die ein schwerbehindertes Kind zu Hause betreuen, stark entlastet würden.

Seitens ZH, VS sowie GDK und curafutura wird eine engere Angleichung an den Leistungskatalog von KLV 7 gefordert. Man erachtet die Grenzziehung im Einzelfall zwischen medizinischen Pflegeleistungen zulasten der IV und solchen zu Lasten der OKP weiterhin als ungelöstes Problem an. Dies gerade auch deshalb, weil es sich bei den IV-Leistungen nur «sinngemäss» um Leistungen gemäss Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe a und b KLV handeln solle. GE stellt sich die Frage, ob der Begriff Alters- und Pflegeheim, der allgemein zur Bezeichnung von Einrichtungen für ältere Menschen verwendet wird, dem Begriff «Heim» im Sinne von Artikel 35^{ter} IVV entspricht. Ist dies nicht der Fall, müsste der Begriff Alters- und Pflegeheim in der E-IVV definiert werden.

Curafutura fordert eine Ausdehnung des in Artikel 3^{quinquies} E-IVV definierten Begriffs «Domizil» auf Schulen und Stätten, die der kurzfristigen Elternentlastung dienen. Sowohl curafutura wie auch santésuisse fordern zudem, dass der Leistungsumfang nicht durch das BSV zu definieren sei. Vielmehr sei wie in der OKP eine ausserparlamentarische Kommission einzusetzen.

Die Rechtsberatung UP fordert eine dahingehende Ergänzung von Artikel 3^{quinquies} E-IVV, dass die «medizinischen Pflegeleistungen» angemessen (gleich wie bei Pflegefachpersonen) zu entschädigen seien, wenn sie von Angehörigen erbracht werden, weil ansonsten Kosten auf dem Rücken der Angehörigen eingespart würden.

Für unimedsuisse ist die Formulierung in Artikel 3^{quinquies} Absatz 3 E-IVV missverständlich. Sie impliziere, dass in Spitälern und Pflegeheimen keine medizinischen Pflegeleistungen erbracht würden.

ASPS und Spitex Schweiz begrüßen die Aufnahme der Langzeitüberwachung in die IVV, fordern aber, dass gewisse Formulierungen aus den Weisungen in die IVV übernommen werden. MfE befürwortet, dass die Koordinationsaufgaben übernommen werden können und dass der Umfang der durch die IV abgedeckten Langzeitüberwachung in einem gemeinsam mit den Leistungserbringern entwickelten Verfahren festgelegt wird.

Artikel 39e Abs. 5 E-IVV

Die Stellungnahmen der 63 Vernehmlassungsteilnehmenden, die sich zu diesem Artikel geäußert haben, lassen sich in zwei Gruppen unterteilen:

Für SZ, OW, AI, GR, NE, VS, TG, JU sowie die IVSK ist unklar, was mit «anteilmässig» gemeint ist. Sie bitten um eine Präzisierung in einer Weisung des BSV.

Die Grünen, IH und andere Behindertenorganisationen begrüßen das Vorhaben, eine Doppelentschädigung zu verhindern, und pochen auf einen anteilmässigen Abzug. Curaviva, Pro Infirmis, Pro Raris, Verein Morbus Wilson und dravetsuisse, ASPS und Spitex Schweiz ergänzen, dass Eltern von Kindern mit Behinderung aber die Möglichkeit haben sollen, insofern entlastet zu werden, wie der Betreuungsbedarf denjenigen eines gleichaltrigen Kindes ohne Behinderung übersteigt.

Artikel 3^{novies} E-IVV (Analysen, Arzneimittel, Mittel und Gegenstände)

Für BE, VS sowie die GDK erscheint es problematisch, diagnostische Massnahmen von der Leistungspflicht der IV auszuschliessen, die nicht direkte Konsequenzen auf das Management des Geburtsgebrechens haben. Es gebe seltene Krankheiten, bei denen zwar (noch) keine Behandlungsmassnahmen bestünden, bei welchen es aber wichtig sei, dass die Diagnose bereits frühzeitig erfolgt, und die entsprechenden diagnostischen Massnahmen auch vergütet würden.

Für Interpharma und die VIPS stellt sich die Frage, wer die Kosten für Diagnostika gemäss Artikel 3^{novies} E-IVV bezahlet, wenn die Abklärung ergibt, dass kein Geburtsgebrechen vorliegt.

Die Kosek, Pro Raris, die fsrmm, unimedsuisse, der Verein Morbus Wilson sowie dravetsuisse befürworten Artikel 3^{novies} E-IVV in der vorliegenden Formulierung ausdrücklich, weil er explizit vorsehe, dass auch die Diagnose (und nicht nur die Behandlung) als Ziel einer diagnostischen Massnahme gelte.

3.3 Stellungnahmen zu Themenblock 3: Kompetenzzentrum Arzneimittel

3.3.1 Im Allgemeinen

Das Erstellen einer Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste sowie die Schaffung eines Kompetenzzentrum Arzneimittel beim BAG wird von verschiedenen Vernehmlasserinnen und Vernehmlassern explizit begrüsst (SO, VD, SPS, Städteverband (SSV), curafutura und VIPS). Dies führe zu einer besseren Koordination zwischen Spezialitätenliste (SL) und Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste (GG-SL) (santésuisse) bzw. ermögliche die Schaffung eines Kompetenzzentrums im BAG, und die neue GG-SL eine bessere Harmonisierung mit der Spezialitätenliste der Krankenversicherung (I.H., NOVEOS, VASOS-FARES).

Gefordert wird hingegen die Sicherstellung einer angemessenen Governance zwischen BSV und BAG (Interpharma) und die Einrichtung eines Schnittstellengremiums, dessen Aufgabe es wäre, bei der Beurteilung zur Aufnahme von neuem Arzneimittel auf die GG-SL bzw. die SL die unterschiedlichen Zielsetzungen der beiden Sozialversicherungen (IV / KV) zu berücksichtigen (fsrmm und IGSK). Weiter wird gewünscht, dass bei der Beurteilung der WZW-Kriterien nicht einfach der im BAG etablierten Beurteilung gefolgt wird. Zudem sollen schnellere, einfachere und effizientere Prozesse zur Anwendung gelangen (unimedsuisse).

Kritisch würdigen viele Vernehmlassungsteilnehmende, dass im Verordnungswurf keine feste Frist für die Bearbeitung von Gesuchen zur Aufnahme in die GG-SL festgehalten ist.

Vereinzelt wird bemängelt, dass die Seltenheit einer Krankheit nicht in genügendem Mass berücksichtigt wird.

Für einzelne Vernehmlassungsteilnehmende fehlt es an präzisierenden Ausführungen zur Vergütung von Diät-/Spezialnahrung durch IV/OKP.

3.3.2 Themen im Einzelnen

Kompetenzzentrum Arzneimittel

Das Erstellen einer GG-SL sowie die Schaffung eines Kompetenzzentrum Arzneimittel beim BAG werden mehrheitlich begrüsst:

Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste (Art. 3^{sexies} E-IVV)

Absatz 1

VS befürwortet das Erstellen einer GG-SL, die die Lesbarkeit und Effizienz erhöht. Santésuisse ist mit Absatz 1 einverstanden. mfe beantragt, dass in der Eidgenössischen Arzneimittelkommission der Bereich Pädiatrie vertreten ist. Denn mfe sieht ein immer wiederkehrendes Problem darin, dass keine kindgerechten Arzneimittel zur Verfügung stehen, weil man sich der unterschiedlichen Bedürfnisse von Kindern und Erwachsenen nicht bewusst ist. All-Kids ist der Ansicht, dass bei der Erstellung der Liste Spezialisten aus Pharmazie, Ärzteschaft und Pflege hinzugezogen werden müssen, die mit den Besonderheiten aus der täglichen Anwendung vertraut seien. Zudem solle das Kostengutspracheverfahren für die auf der Liste befindlichen Medikamente stark vereinfacht werden.

Absatz 2

Santésuisse ist auch mit Absatz 2 einverstanden. ProRaris wie auch der Verein Morbus Wilson erachten es als irrelevant, ob die Arzneimittel ausschliesslich oder u.a. für die Behandlung von Geburtsgebrechen indiziert sind. Wichtig sei einzig, dass die Indikation für das jeweilige Geburtsgebrechen gegeben ist. Unimedsuisse ist der Ansicht, dass aus rechtssystematischer Sicht dieser Artikel notwendig ist. Dennoch berge das Kriterium der «Ausschliesslichkeit» auch Fallstricke. So sei es durchaus möglich, dass ein Arzneimittel mit verschiedenen Anwendungsgebieten aufgrund einer ungünstigen Nutzenbewertung durch die KVG-Organen nicht in die SL

aufgenommen werde, die Aufnahme auf die GG-SL jedoch sinnvoll sein könnte (andere Nutzenbewertung im Rahmen der IV).

Absatz 3

BE und die GDK sind der Ansicht, dass mit dieser Bestimmung sichergestellt wird, dass die Voraussetzungen für die SL analog auch für die GG-SL zur Anwendung gelangen – inkl. des sog. «Off Label Use». Aus Sicht der von seltenen Krankheiten betroffenen Versicherten ist es sehr zu begrüßen, dass für IV-Beziehende eine Einzelfall-Vergütung von Arzneimitteln analog zu Artikel 71a-d KVV ermöglicht wird. Allerdings müsse auch gewährleistet werden, dass die IV-Beziehenden gegenüber dem Status Quo nicht schlechter gestellt würden. Für BE, die GDK und curafutura ist es unzureichend, wenn nur auf Stufe Weisung festgehalten wird, dass sämtliche Geburtsgebrechen als Krankheiten gelten, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen können. Die entsprechenden Bestimmungen sollten auf Verordnungsebene gehoben werden.

Santésuisse ist mit der Formulierung von Absatz 3 einverstanden.

Die IGSK ist der Meinung, dass mit der Einführung der WZW-Regelung die Berücksichtigung der Seltenheit einer Krankheit, wie sie das Parlament gefordert hat, nicht aufgenommen wurde. Die Kosek ist der Ansicht, dass mit der vorgeschlagenen Regelung in Absatz 3 das Risiko gross sei, dass die Unzulänglichkeiten des KVV-Verfahrens in der IV übertragen würden. Aus ihrer Sicht ist es zwingend, dass die IV bei der Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall diese Mängel systematisch angeht und ein rechtsgleiches und transparentes Verfahren schafft. ProRaris, der Verein Morbus Wilson und die fsmm lehnen eine Angleichung der IVG-Bestimmungen an die KVG-Regelungen ganz ab und plädieren für die Streichung des Absatzes. Nach Ansicht von RDAF ist die Formulierung «singemässe Anwendung» zu ungenau, weshalb die Bedeutung der WZW-Kriterien im IV-Setting verankert werden sollte. Die Kosek sowie unimeduisse sprechen sich für die Schaffung eines eigenen Absatzes zum Thema «Off-Label-Use» aus, in welchem auch festgehalten wird, dass die Umsetzung bei der IV liege.

Absatz 4

Die GPS, IH und Weitere sowie zahlreiche andere Vernehmlassende (wie beispielsweise ASPS, Pro Infirmis, NOVEOS, AGILE.ch, RDAF) erachten den Begriff «innert zweckmässiger Frist» für die Bearbeitung eines Gesuches zur Aufnahme in die GG-SL als zu ungenau und fordern eine Frist von 30 Tagen. Andere Vernehmlassungsteilnehmende wie santésuisse, VIPS, Interpharma, aber auch Patientenorganisationen wie Pro Raris, RDAF, Verein Morbus Wilson fordern eine Konkretisierung der Bearbeitungsdauer. Ihrer Ansicht nach sollte die Bearbeitung i.d.R. innerhalb von 60 Tagen ab der definitiven Zulassung durch Swissmedic erfolgen.

Rückerstattung von Mehreinnahmen (Art. 3^{septies} E-IVV)

Interpharma und VIPS sind der Ansicht, dass die vorgeschlagene Regelung bezüglich der Rückerstattung von Mehreinnahmen von Arzneimitteln, die in der GG-SL aufgeführt sind, erhebliche Planungsunsicherheit für die Zulassungsinhaberinnen verursache und im IV-Kontext keinen Sinn mache. Im Zweifelsfall könnten die Zulassungsinhaber (=Pharmafirmen, die das Arzneimittel produzieren und vertreiben) sogar auf eine Zulassung auf der GG-SL verzichten. Sie fordern deshalb die Streichung des Artikels oder alternativ eine Umformulierung in Anlehnung an die geltenden Bestimmungen in der KVV bzw. der KLV.

Artikel 65 Absatz 1^{bis} E-KVV

Santésuisse begrüsst eine Koordination von SL und GG-SL. Es ist für sie durchaus richtig, dass Arzneimittel jeweils nur in einer Liste gelistet sind, weil damit Missverständnisse und Doppelspurigkeiten verhindert werden können. Weiter verlangt santésuisse, dass vor einem allfälligen Transfer eines Arzneimittels von der GG-SL auf die SL wegen Indikationserweiterungen die WZW-Kriterien des Arzneimittels mit Indikationserweiterung geprüft werden.

Übergangsbestimmung E-KVV

Santésuisse ist mit den Übergangsbestimmungen einverstanden und unterstützt explizit, dass vor einer Überführung von Arzneimitteln auf die GG-SL bzw. die SL eine Überprüfung stattfinden soll.

Übergangsbestimmungen zu den Änderungen / IV Arzneimittel der Liste D Anhang 2 KSME (erläuternder Bericht, S. 71)

Curafutura wirft die Frage auf, wie Zulassungsinhaberinnen und Zulassungsinhaber von nicht in der Schweiz zugelassenen Arzneimitteln, die bisher auf dieser Liste figurierten, orientiert werden sollen, dass Artikel 71a ff. KVV neu auch in der IV zur Anwendung kommen werden. Weiter ist für Curafutura unklar, wie mit den Fällen umzugehen ist, in denen die IV eine Kostengutsprache für ein nicht zugelassenes Medikament erteilt hat.

3.4 Stellungnahmen zu Themenblock 4: Tarifierung und Rechnungskontrolle

3.4.1 Im Allgemeinen

20 Kantone sowie die IVSK und die GDK haben sich zur Tarifierung und Rechnungskontrolle geäußert. Alle sprechen sich für oder eher für die in diesem Bereich ergriffenen Massnahmen aus, insbesondere begrüßen sie die Stärkung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen, die bessere Abstimmung mit anderen Sozialversicherungen (insbesondere der Krankenversicherung) und die sinnvollen Ergänzungen für die Rechnungskontrolle.

Auch Versicherungseinrichtungen, verschiedene Organisationen der privaten Behindertenhilfe und andere interessierte Kreise haben Stellung bezogen und fordern Klarstellungen in ihren spezifischen Tätigkeitsbereichen.

Sowohl bei der Einführung der Grundsätze zur Leistungsvergütung als auch bei der Rechnungskontrolle begrüßen die verschiedenen Vernehmlassungsteilnehmenden die dadurch geschaffene Transparenz und die Tatsache, dass die Wirtschaftlichkeit der Leistungen verbessert wird. Sie begrüßen auch die Tatsache, dass das Rechtsvakuum bei der Tariffestsetzung geschlossen wird. In diesem Zusammenhang wird in mehreren Stellungnahmen dieses Verfahren mit einer Vertragssituation vermischt, d. h. einer Situation, in der ein Leistungserbringer keinen Vertrag mit dem MTK unterzeichnet hat, die von der IV mit dem Abschluss von Tarifverträgen beauftragt ist.

Mehrere Stellungnahmen erwähnen technische Aspekte im Zusammenhang mit der Tarifierung von Leistungen (25. Perzentil, bessere Vergütung von Behandlungen seltener Krankheiten, bessere Kostendeckung, Berücksichtigung der Schwere der Fälle bei den Tarifen), die Teil des Tarifverhandlungsprozesses sowie der Zusammensetzung der Tarifstrukturen sind.

Mehrere Berufsverbände fordern, dass die Bestimmungen von Artikel 24^{bis} bis Artikel 24^{sexies} E-IVV nicht für die Tarifierung von medizinischen oder neuropsychologischen Gutachten gelten sollten.

3.4.2 Themen im Einzelnen

Artikel 24 Absatz 3 E-IVV

VS begrüsst die Klarstellung, dass Leistungserbringer ohne Vertrag, die bisher bevorteilt waren, nun die gleichen Anforderungen erfüllen müssen wie vertragliche Leistungserbringer.

Tarifierung der medizinischen Massnahmen (Art. 24^{bis} Abs. 2 und 5 E-IVV)

Zu Absatz 2 fordern die GDK und VD, dass das BSV Tarife aushandelt, die die Kosten im Bereich der IV decken. Dabei sollen einzig die Kosten in der IV und nicht in allen Sozialversicherungen berücksichtigt werden. Für *santésuisse* ist es richtig, dass bei der IV dieselben gesetzlichen Bestimmungen gelten sollen wie im Bereich der KV. Hierzu müssten aber auch die Bedingungen von Artikel 59c KVV vollständig aufgeführt und die Bestimmung entsprechend ergänzt werden.

VS begrüsst die Neuerung, die es dem Bundesrat aufgrund von Absatz 5 des neuen Artikels 24^{bis} E-IVV ermöglicht, den Tarif anzupassen, wenn die Partner keine Einigung erzielen können. Die Auswirkungen auf die IV-Stellen in Bezug auf die Aufgaben und Kontrollen seien hingegen noch nicht klar. Um einer Überlastung der IV-Stellen vorzubeugen, sollten deshalb die Aufgaben zwischen den IV-Stellen und der ZAS präzisiert werden.

ZH fordert, dass «die zuständige Behörde» in Absatz 5 durch «EDI» ersetzt wird.

Ermittlung der Kosten für medizinische Massnahmen (Art. 24^{ter} Abs. 2 und Abs. 3 E-IVV)

Die Allianz Kinderspitäler der Schweiz (AllKidS) schlägt die Streichung von Absatz 2 vor, der die Anhörung des Preisüberwachers regelt.

ZH fordert, dass die in Absatz 3 genannten fachlich zuständigen Stellen des Bundes und die Tarifpartner klar zu bezeichnen seien.

Kostenvergütung für stationäre Spitalbehandlungen (Art. 24^{quater} E-IVV)

BE, BS, TI und VD wie auch die GDK stellen fest, dass zwar geregelt wird, dass das BSV für die Vergütung der stationären Behandlung mit den Spitälern Zusammenarbeits- und Tarifverträge abschliessen kann, aber nicht, was geschieht, wenn sich die Tarifpartner nicht einigen können. Sie schlagen deshalb vor, eine «Festsetzungsbehörde» fest zu legen unterstreichen jedoch, dass dies nicht die Kantone sein können. Einer zusätzlichen Regelung bedarf es für diese Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser auch im Hinblick auf den Einbezug der Kantone im Rahmen von Tarifverhandlungen und -festsetzungen. Sie argumentieren, dass die Kantone ein schutzwürdiges Interesse an einer Anhörung hätten.

Santésuisse ist mit Artikel 24^{quater} E-IVV einverstanden, weil einheitliche Tarifstrukturen die Transparenz und Vergleichbarkeit der Spitäler erhöhen.

Interpharma und VIPS befürchten, dass für hochinnovative Zell- und Gentherapien eine Finanzierungslücke in der stationären Vergütung droht, wenn keine Lösung für die Abrechnung gefunden wird. Es müsse sichergestellt werden, dass Arzneimittel, die die IV bei der Behandlung von Geburtsgebrechen bezahlt, auch als Teil eines stationären Behandlungskomplexes vergütet werden.

Procap und SACD legen dar, dass es bei seltenen Erkrankungen – namentlich im Bereich der Kinderorthopädie – oft nur ein oder zwei spezialisierte Spitäler gibt, die über die erforderliche Behandlungskompetenz verfügen. Für die stationäre Behandlung von Geburtsgebrechen müsse deshalb die Kostengutsprache der IV (im Gegensatz zur OKP) weiterhin für die ganze Schweiz gelten (freie Arztwahl).

AllKids fordert, dass der unterschiedlichen Zielsetzung von IV und OKP (und UV) Rechnung zu tragen sei. Insbesondere sei der Effizienzbegriff und -massstab mit jenem der OKP nicht identisch. Allkids schlägt zudem vor, den Tarifschutz in Artikel 24^{quater} Absatz 4 E-IVV zu streichen.

Vergütung der ambulanten Behandlung (Art. 24^{quinqüies} E-IVV)

BE, VD und VS sowie die GDK sprechen sich dafür aus, dass für ambulante Leistungen regionale statt nationale Verträge abgeschlossen werden können, um den regionalen Unterschieden besser Rechnung zu tragen.

Santésuisse ist mit Artikel 24^{quinqüies} E-IVV einverstanden, weil einheitliche Tarifstrukturen die Transparenz und Vergleichbarkeit der Spitäler erhöhen.

Zusammenarbeit und Tarife für Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung und für Massnahmen beruflicher Art (Art. 24^{sexies} E-IVV)

SZ, OW, GL, AI, GR, TG, VS und NE sowie die IVSK verlangen eine Ergänzung von Artikel 24^{sexies} E-IVV und zwar dahingehend, dass kein Anspruch auf den Abschluss einer Leistungsvereinbarung besteht.

Tarifierung (Art. 72^{ter} E-IVV)

Für SZ ist Artikel 72^{ter} E-IVV nicht notwendig, weil kein Handlungsbedarf ersichtlich sei. Auch LU spricht sich für eine Streichung des Artikels aus, weil bei einem Tarifierungsvorbehalt zu Gunsten der einzelnen IV-Stellen ein Wildwuchs drohe, was der Zielsetzung der Gesetzesreform zuwiderlaufen würde.

Die Rechtsberatungsstelle UP für Unfallopfer und Patienten fordert, dass in der Verordnung klarzustellen sei, dass kostendeckende Tarife zu vereinbaren und zu erstatten sind.

Artikel 79 Absatz 5 E-IVV

AllKids kann sich mit dem vorgeschlagenen Verordnungstext einverstanden erklären, solange die ärztliche Unabhängigkeit und das ärztliche Ermessen ungehindert gewahrt bleiben würden, insbesondere solle nicht unter dem Vorwand der Rechnungskontrolle Einfluss auf die medizinische Entscheidungsfindung genommen werden.

Allgemeine Rechnungsstellung bei medizinischen Massnahmen (Art. 79^{ter} E-IVV)

Die IVSK sowie 12 Kantone (AR, SZ, GR, GL, LU, TG, JU, SO, AI, NE, VS, OW) hinterfragen, ob es notwendig sei, das Datum der Verfügung auf der Rechnung anzugeben. Weiter ist ihnen unklar, was mit «Prozeduren» konkret gemeint ist.

FSP und SVNP fordern, dass in der Sachüberschrift von Artikel 79^{ter} E-IVV auch die neuropsychologischen Massnahmen erwähnt werden.

Für mfe ist es kohärent, dass die Anforderungen an die Rechnungsstellung in der IV sowie der OKP ähnlich sind. Die Anforderungen an die Abrechnung von medizinischen Massnahmen müssten verhältnismässig bleiben.

Rechnungsstellung bei einem Vergütungsmodell vom Typus DRG (Art. 79^{quater} E-IVV)

8 Kantone (SZ, GR, GL, TG, JU, AI, NE, VS) äussern sich dahingehend, dass in Artikel 79^{quater} Absatz 2 E-IVV unklar sei, was mit «Prozeduren» im Hinblick auf die IV gemeint ist, und bitten um Präzisierung. VS spricht sich dafür aus, dass mit der DRG-Rechnung auch der Bericht zur Spitaleinweisung eingereicht werden muss, und verlangt eine entsprechende Ergänzung der Verordnung.

Rechnungsstellung im ambulanten Bereich und im Bereich medizinische Rehabilitation bei medizinischen Massnahmen (Art. 79^{quinqüies} E-IVV)

Für VD ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht klar, welche konkreten Folgen diese Neuerung und das damit verbundene Verfahren für eine IVST haben werden. VD verlangt deshalb eine Klarstellung dazu in den Weisungen des BSV.

Die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) und die Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (SVNP) fordern, dass im Titel von Artikel 79^{quinqüies} E-IVV auch die neuropsychologischen Massnahmen genannt werden.

Rechnungsstellung bei Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung und bei Massnahmen beruflicher Art (Art. 79^{sexies} E-IVV)

Die Bestimmung wird grundsätzlich begrüsst resp. es gibt in den Stellungnahmen keine ablehnenden Bemerkungen.

Von einigen Organisationen der privaten Behindertenhilfe wird gewünscht, in Artikel 79^{sexies} Absatz 2 E-IVV, analog zu den Bestimmungen im Paket 2 der Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 2 (KoDä 2), die folgende Ergänzung aufzunehmen:

«Die Leistungserbringer stellen der versicherten Person die Kopie der Rechnung zu. Diese kann in Papierform oder elektronisch versandt werden. Auf Verlangen der versicherten Person übermittelt er sie ihr kostenlos in Papierform.»

Neue, von den Vernehmlassenden eingebrachte Vorschläge

Artikel 23^{bis} IVV

Die IVSK sowie mehrere Kantone und Organisationen verlangen die Einführung einer allgemeinen Regel, mit der die Übernahme der Behandlungskosten auf den in der Schweiz geltenden Höchstarif begrenzt ist.

Artikel 24^{septies} IVV

Procap schlägt vor, dass Fristen für die (Teil)kostengutsprache der IV in die Verordnung aufgenommen werden.

3.5 Stellungnahmen zu Themenblock 5: Rentensystem

3.5.1 Im Allgemeinen

Globalsynthese

Die Vernehmlassungsteilnehmenden begrüßen, dass die wichtigsten Grundsätze der Invaliditätsbemessung neu auf Verordnungsstufe anstatt auf Weisungsstufe geregelt werden.

Die Mehrheit sieht die Anwendung von LSE-Tabellen des Bundesamtes für Statistik (BFS) als problematisch, weil sie den spezifischen Anforderungen beim Invalideneinkommen nicht gerecht werden würden. Die Mehrheit lehnt die Aufhebung des leidensbedingten Abzugs ab, solange jene angewendet werden.

Die automatische Parallelisierung der Vergleichseinkommen wird von einer überwiegenden Mehrheit begrüßt. Sie hält fest, dass diese den Abzug vom Tabellenlohn beim Invalideneinkommen nicht ersetzen kann.

Synthese nach Vernehmlassungs-Kategorien

Zum Themenblock 5 haben mit Ausnahme von SG, BL und FR alle Kantone Stellung genommen, AR schliesst sich der Stellungnahme der SODK an. Neben den 23 Kantonen haben sich GPS, SPS, SVP, der Schweizerische Gemeindeverband (SGV), der Schweizerische Städteverband (SSV), SGB, Travail.Suisse, der Schweizerischer Arbeitgeberverband, Versicherungsinstitutionen und mehr als 60 Organisationen der privaten Behindertenhilfe bzw. weitere interessierte Organisationen zu diesem Themenblock geäußert.

Hiki und graap schliessen sich den Ausführungen von AGILE.ch an. Fragile Suisse, GELIKO, insieme Schweiz, avanti donne, SPV, MS-Gesellschaft, PMS, Pro Infirmis, Cerebral, Vereinigung Cerebral Schweiz (inkl. die Regionalgruppen von Cerebral), Profil, CAB, debra, SBV, SVEHK, Elpos, Autismus deutsche Schweiz, SBb, SZBLIND, Procap, VASOS-FARES, NO-VEOS, Pro audito Schweiz, Krebsliga Schweiz, GREA-CRIAD, SBH, Réseau romand ASA, Schweizerische Lungenliga, SAR, Aids-Hilfe Schweiz, atgabbes, Fondazione STCA – Ingrado, inclusion handicap ticino, insieme cerebral Zug schliessen sich explizit den Ausführungen von Inclusion Handicap (IH) an.

Der SGB weist daraufhin, dass er die detaillierte Stellungnahme von IH ebenfalls unterstützt.

Die einzelnen Vernehmlassungskategorien äussern sich zur Vorlage im Allgemeinen wie folgt:

Kantone und Versicherungsinstitutionen

Grundsätzlich befürworten die Kantone, dass die wichtigsten Grundsätze neu auf Verordnungsstufe anstatt auf Weisungsstufe geregelt werden. GR, SO und VD weisen jedoch darauf hin, dass das neue Rentensystem zu einem höheren Arbeitsaufwand (Rentenrevisionen, Beanstandungen) führen wird und dass die IVST zusätzliche personelle Ressourcen benötigen werden. VS verlangt eine Klarstellung zur Plafonierung von Renten in gemischten Fällen, d. h. wenn ein Ehepartner eine IV-Rente und der andere eine AHV-Rente bezieht. VS weist darauf hin, dass die Vorlage AHV 21 ebenfalls Änderungen im Bereich der Rentenkürzung bei Ehepaaren vorsieht. Im Zuge dessen geht VS davon aus, dass sich die in ACOR (Software zur Rentenberechnung) zu entwickelnden Szenarien vermutlich exponentiell vervielfachen könnten.

Die Suva weist daraufhin, dass die detaillierten Regeln zur Bestimmung der Vergleichseinkommen teilweise der heute auch in den anderen Sozialversicherungszweigen geltenden Praxis entsprechen, teilweise aber etwas modifiziert oder geschärft werden. Gemäss der Suva wird damit eine Rechtsunsicherheit geschaffen, weil unklar sei, inwieweit die neuen Regeln in der IVV auch für die anderen Sozialversicherungszweige gelten. Es sei daher zu prüfen, ob die allgemeingültigen Regeln in die ATSV zu integrieren und nur die IV-spezifischen Bestimmungen in der IVV zu platzieren seien. Zudem merkt die Suva an, dass einige Punkte der

geltenden Rechtsprechung in der IVV kodifiziert würden, andere jedoch nicht. Dies schaffe Unsicherheit, da nicht klar sei, ob bei den nicht übernommenen Punkten die bisherige Rechtsprechung weiterhin gelte oder ob eben gerade eine abweichende Normierung vorgesehen sei. Man sei sich bewusst, dass eine klare Regelung sehr detailliert und umfangreich ausfallen würde, dennoch gelte es, die Regelungsdichte zu optimieren.

Die KKAK weist darauf hin, dass die Umsetzung des stufenlosen Rentensystems und insbesondere die Berücksichtigung von Fällen nach Übergangsrecht für die Ausgleichskassen besonders komplex sein werden. Die KKAK unterstützt den Vernehmlassungsentwurf in dem Sinne, dass es ihrer Ansicht nach zweckmässig ist, keine weiteren Durchführungsbestimmungen in die IVV aufzunehmen.

Gemäss dem SVV ist bei dieser Revision mit erheblichen Umstellungsaufwänden zu rechnen (Umstellung Verwaltungssysteme, Reglementanpassungen, Tarifierungen usw.). Eine Einführung des stufenlosen Rentensystems in der beruflichen Vorsorge per 1.1.2022 sei deshalb nicht realistisch.

Parteien und Dachverbände der Wirtschaft

GPS, Travail.Suisse, SPS, SSV und SGB sind mit der Regelung der Invaliditätsbemessung auf Verordnungsstufe einverstanden. Es sei aber zu berücksichtigen, dass der von den IV-Stellen heute für die Bestimmung des IV-Grades herangezogene «ausgeglichene Arbeitsmarkt» nicht dem real existierenden Arbeitsmarkt entspreche. Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen hätten auf dem realen Markt keine Chancen. Dies werde sich mit den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie noch verstärken. Besorgt zeigt sich die SPS zudem bezüglich der durch das stufenlose Rentensystem verursachten Verzerrungseffekte. Diese Änderung werde sich nachteilig auf Menschen mit einem hohen Invaliditätsgrad auswirken, die kaum Chancen auf eine Eingliederung haben. Der SSV teilt die Ansicht der Kantone, dass die Zahl an Einsprache- und Gerichtsverfahren zunehmen und damit der Verwaltungsaufwand erhöht werde. Es sei zudem damit zu rechnen, dass häufiger vorschussweise wirtschaftliche Sozialhilfe ausgerichtet werden müsse.

Gemäss dem SGV ist zu beachten, dass sich ein Teil der IV-Bezügerinnen und IV-Bezüger nicht in den Arbeitsmarkt integrieren lassen werde. Für sie müsse die materielle Existenz weiterhin mit Leistungen von IV und EL gesichert werden und ein Abrutschen in die Sozialhilfe sei zu verhindern. Dazu verweist der SGV auf die BSV-Studie Guggisberg Jürg; Bischof, Severin (2020): Entwicklung der Übertritte von der Invalidenversicherung in die Sozialhilfe. Analysen auf Basis der SHIVALV-Daten. Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 8/20, Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen BSV. In der aktuell schwierigen Lage auf dem Arbeitsmarkt und angesichts des zu erwartenden starken Anstiegs der Fallzahlen bei der Sozialhilfe seien weitere Verlagerungen von der IV in die Sozialhilfe kategorisch zu vermeiden.

Organisationen der privaten Behindertenhilfe, weitere interessierte Organisationen

Auch AGILE.ch, IH, INSOS Schweiz, IPT, Coraasp, Cap-Contact faïtière, CURAVIVA, Pro Raris, das RDAF, der Verein Morbus Wilson, dravetsuisse, fsrmm und die obengenannten Organisationen der privaten Behindertenhilfe bzw. weiteren interessierten Organisationen, die sich den Ausführungen von AGILE.ch und IH angeschlossen haben, sind mit der Regelung der Invaliditätsbemessung auf Verordnungsstufe einverstanden und bringen den bereits erwähnten Vorbehalt gegenüber dem für die Invaliditätsbemessung herangezogenen «ausgeglichene Arbeitsmarkt» vor. Ausserdem beantragt Coraasp eine Änderung der Schlussbestimmungen des vom Bundesparlament im Juni 2020 verabschiedeten Gesetzes. So soll die Nichtanpassung laufender Renten schon für Rentenbezügerinnen und -bezüger gelten, die das 50. Altersjahr vollendet haben (statt das 55. Altersjahr).

Weiter halten sie fest, ein Grundproblem bei der Invaliditätsbemessung sei die Verwendung von Tabellenlöhne der LSE bei der Ermittlung des Einkommens mit Invalidität, weil die Medianlöhne weitgehend das Lohnniveau von gesunden Personen widerspiegeln. Diese Ansicht wird auch von den DJS und der Rechtsberatung UP geteilt.

Zudem sind die DJS der Ansicht, die Grundsätze der Invaliditätsbemessung seien nicht in der IVV, sondern in der ATSV zu verankern, da diese auch für andere Sozialversicherungszweige gelten würden.

AGILE.ch, IH, Cap-Contact faîtière und die obengenannten Organisationen der privaten Behindertenhilfe bzw. weiteren interessierten Organisationen, die sich den Ausführungen von AGILE.ch und IH angeschlossen haben, merken zudem an, dass die Invaliditätsbemessung sehr kompliziert und für viele Versicherte schwer verständlich sei. Es sei deshalb wichtig, dass den versicherten Personen nachvollziehbar erklärt und kommuniziert werde, worauf sich die IV-Stelle beim Einkommensvergleich beziehe und wie sie den Invaliditätsgrad herleite. So gelte es, Fachbegriffe und Abkürzungen zu erklären und eine leichte Sprache zu verwenden. Diesbezüglich wurde auf die Motion Flach, «IV-Verfügungen mit leichter Sprache ergänzen, um sie für die betroffenen Menschen verständlich zu machen» verwiesen.

Auch TGPP, AGPP, FMPP, Dr. med. Klaus Begle, ZGPP und FMH erwarten zusammen mit der Einführung des stufenlosen Rentensystems eine grössere Transparenz in der Berechnung des IV-Grades. Es solle für die Versicherten nachvollziehbar sein, welche Grundlagen angewendet werden und welche Faktoren zu Beschränkungen oder Abzügen führten. Ausserdem dürften gemäss Dr. med. Klaus Begle Arbeitsplatz- oder Ehekonflikte, Schulden, höheres Alter, fehlende Ausbildung oder Sprachkenntnisse keinesfalls per se als «IV-fremd» gewürdigt werden. Entscheidend sei, ob diese Faktoren in Abwesenheit oder mit Anwesenheit von Krankheitsfolgen zu einer Arbeitsunfähigkeit führen. Weiter sind AGPP, FMPP, Dr. med. Klaus Begle, ZGPP und FMH der Ansicht, es sei nötig, zur Bestimmung der Auswirkungen von Funktionsbeschränkungen auf einen Arbeitsplatz Arbeitsplatzsachverständige beizuziehen. Die Möglichkeit von beruflichen Integrationsangeboten und geschützten Arbeitsplätzen sei vermehrt zu nutzen und die daraus resultierenden Beurteilungen der arbeitsplatzbezogenen Funktionsfähigkeit seien verstärkt einzubeziehen.

CP und FER begrüssen die Einführung des stufenlosen Rentensystems. Was die Rentenberechnung anbelangt, sei der erläuternde Bericht indes unklar und enthalte keine konkreten Beispiele. Sie betonen, dass eine solche Änderung nicht nur Auswirkungen auf die Kosten hat, sondern auch auf die Fallbearbeitung im Alltag und den Schulungsbedarf. Deshalb sei in dieser Phase eine gute Koordination der Informationen sehr wichtig. Sie erwarten klare Erläuterungen anhand konkreter Beispiele.

Gemäss schadenanwälte - Fachanwaltskanzlei für Haftpflicht und Versicherungsrecht - ist der in Artikel 16 ATSG definierte Begriff der Bemessung der Invalidität durch eine finanzpolitisch angehauchte Rechtsprechung in Schieflage geraten. Zu prüfen sei, ob dieser nicht durch einen, der konkret-individuellen Bemessung möglichst nahekommenden Begriff ersetzt werden sollte. Es solle nicht mehr verschiedene Status geben, relevant sein sollte nur noch die berufliche Biografie, wie sie sich bis zum Eintritt der Invalidität entwickelt habe, auch wenn z.B. wegen zurzeit ausgeübter Haushaltsarbeit keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen werde. Die Schätzung des Invaliditätsgrades würde aufgrund vom medizinischen Parameter der körperlichen, geistigen und psychischen Leistungseinschränkungen und vom ökonomischen Parameter der daraus resultierenden herabgesetzten Wertschöpfungsfähigkeiten im erwerblichen Bereich erfolgen. Dabei solle die Einschätzung der medizinischen Leistungsfähigkeit durch Arbeitsmediziner, erfolgen. Aufgabe der Arbeitsmarktspezialisten, Berufsberater, Arbeitsvermittler etc. wäre es dann, den Verlust der Wertschöpfung im konkreten Fall zu schätzen.

Schadenanwälte - Fachanwaltskanzlei für Haftpflicht und Versicherungsrecht - äussert sich zudem zur Zumutbarkeit und merkt an, dass die Rechtsprechung des Bundesgerichts als Beurteilungskriterium auf den ausgeglichenen Arbeitsmarkt abstelle. Dieser sei aber eine Fiktion

und daher rasch und unkompliziert durch Begriff mit wirklichkeitsnahem und konkretem Inhalt ersetzt würde.

3.5.2 Themen im Einzelnen

Stufenloses Rentensystem

Zu den einzelnen Artikeln haben sich zwei Vernehmlassungsteilnehmende geäußert.

Rententabellen (Art. 53 Abs. 1 E-AHV)

BS begrüßt die Änderung von Artikel 53 Absatz 1 E-AHV.

Kürzung der Grenzbeträge nach prozentualem Anteil in der obligatorischen beruflichen Vorsorge (Art. 4 E-BVV 2)

Die Stiftung Auffangeinrichtung BVG ist mit der Anpassung von Artikel 4 E-BVV 2 einverstanden. Allerdings seien auch Artikel 15 Absatz 1 BVV 2 und Artikel 3 Absatz 1 der Verordnung über die obligatorische berufliche Vorsorge von arbeitslosen Personen anzupassen. Sie ist zudem der Ansicht, es sei übergangsrechtlich festzuhalten, für welche Fälle die neuen Bestimmungen zur Anwendung kommen sollen.

Bemessung Invaliditätsgrad

Statusbestimmung (Art. 24^{septies} E-IVV)

Zu den vorgesehenen Regelungen bezüglich der Statusbestimmung haben sich 12 Vernehmlassungsteilnehmende geäußert, davon 10 Kantone, die IVSK und der SSV. Die Mehrheit hat einzig eine sprachliche Anpassung in Absatz 2 beantragt. Ein Kanton hat sich zu den Erläuterungen geäußert und der SSV zum Status von Versicherten in Ausbildung.

BE, SZ, OW, NW, GL, SH, GR, TG, VS und die IVSK erachten die Bezugnahme auf die Erwerbstätigkeit für die Bestimmung des Status als nicht überzeugend. Aus diesem Grund beantragen sie eine sprachliche Änderung von Absatz 2 in dem Sinn, dass die Statusbestimmung sich nach der Situation richten sollte, in der sich die versicherte Person befinden würde, wenn sie nicht gesundheitlich beeinträchtigt wäre.

UR weist darauf hin, dass das Bundesgericht den Status von Privatiers und vorzeitig Pensionierten, bei denen der Gesundheitsschaden erst nach Eintritt in den Privatier-Status bzw. nach der Pensionierung eintritt, anders bzw. differenzierter beurteilt als die Erläuterungen zu Artikel 24^{septies} E-IVV.

Der SSV begrüßt, dass Versicherten in Ausbildung, die vor Eintritt der Invalidität nicht erwerbstätig waren, grundsätzlich der Status «erwerbstätig» zugesprochen wird und die Invaliditätsbemessung mittels Einkommensvergleich erfolgt.

Grundsätze des Einkommensvergleichs (Art. 25 Abs. 2-4 E-IVV)

Zu den vorgesehenen Regelungen bezüglich des Einkommensvergleichs haben mehr als die Hälfte der Kantone, die IVSK, die Suva, die SPS, die GPS, die SVP, der SGV, der SSV, der SGB, Travail.Suisse und zahlreiche Organisationen der privaten Behindertenhilfe und weitere interessierte Organisationen Stellung genommen.

Grundsätzlich erachten die Vernehmlassungsteilnehmenden es als sinnvoll, standardisierte Tabellen zu verwenden. Sie sind allerdings der Ansicht, dass die LSE-Tabellen des BFS den spezifischen Anforderungen beim Invalideneinkommen nicht gerecht werden.

ZH, OW, NW, ZG, BS, SH, VD, JU, GE, NE, GPS, SPS, SVP, SGV, SSV, SGB, Travail.Suisse, AGILE.ch, IH, INSOS Schweiz, Cap-Contact faitière, CURAVIVA Schweiz, die SODK und die obengenannten Organisationen der privaten Behindertenhilfe bzw. weiteren interessierten Organisationen, die sich den Ausführungen von AGILE.ch und IH angeschlossen haben, weisen darauf hin, dass die LSE-Tabellen des BFS nicht für den Einkommensvergleich bei der Invali-

denversicherung entwickelt wurden und sind der Ansicht, dass sie den spezifischen Anforderungen beim Invalideneinkommen nicht gerecht werden. Diese Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser sprechen sich dafür aus, die Grundlagen für den Einkommensvergleich dahingehend weiterzuentwickeln, dass sie den spezifisch für die Ermittlung von Invalideneinkommen zu berücksichtigenden Anforderungen gerecht werden. Dies sei gemäss SGV und SSV besonders wichtig, weil eine Überschätzung des Invalideneinkommens und damit eine zu tiefe oder gar keine Rente die Leute in die Sozialhilfe führen kann. TI schlägt als Alternative vor, die LSE weiter zu verwenden, sich aber auf die Grossregionen und nicht auf die nationalen Statistiken zu beziehen, da diese aktualisiert werden müssen. So würde nach Ansicht des TI der Lohnrealität des Kantons eher Rechnung getragen.

Die Mehrheit dieser Vernehmlassungsteilnehmenden verweist auf die Studie Guggisberg, Jürg; Schärler, Markus; Gerber, Céline; Bischof, Severin (2021): Nutzung Tabellenmedianlöhne LSE zur Bestimmung der Vergleichslöhne bei der IV-Rentenbemessung. Fakten oder Fiktion - Was sagen die Zahlen? Bern (folgend: Guggisberg et al. 2021) und auf das Rechtsgutachten Gächter, Thomas; Egli, Philipp; Meier, Michael E.; Filippo, Martina (2021): Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung. Zürich/Winterthur (folgend Gächter et al. 2021). Die Mehrheit der obengenannten Parteien (die Kantone haben sich dazu nicht geäussert), Dachverbände und Organisationen der privaten Behindertenhilfe bzw. weiteren interessierten Organisationen merkt zudem an, dass das Bundesgericht mehrmals darauf hingewiesen habe, dass die LSE-Tabellen eine Übergangslösung darstellten. Von der Mehrheit wird zudem auch auf die Arbeitsgruppe unter der Leitung von Prof. em. Dr. iur. Riemer-Kafka und auf die dort entwickelte spezifische Tabelle verwiesen, welche die Lohnmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen präziser wiedergebe. Da eine möglichst genaue Ermittlung der Vergleichseinkommen für die Ermittlung des Invaliditätsgrades zwingend notwendig sei, hat die Mehrheit der obengenannten Vernehmlassungsteilnehmenden gefordert, jene unbedingt für den Einkommensvergleich zu nutzen.

BS, die GPS, Travail.Suisse, AGILE.ch, IH, INSOS Schweiz, CURAVIVA Schweiz und die obengenannten Organisationen der privaten Behindertenhilfe bzw. weiteren interessierten Organisationen, die sich den Ausführungen von AGILE.ch und IH angeschlossen haben, fordern eine zusätzliche Bestimmung (z. B. Art. 25^{bis} IVV) in dem Sinn, dass das BSV in Zusammenarbeit mit dem BFS für die Weiterentwicklung derjenigen LSE-Tabellen sorgt, die als Basis für den Einkommensvergleich herangezogen werden.

Procap fordert zudem eine zusätzliche Übergangsbemessung, damit für laufende Renten oder vor dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung wegen eines zu geringen Invaliditätsgrads verweigerte Renten ein Gesuch um Revision der Rente oder eine neue Anmeldung geprüft werden müsse, wenn die Berechnung des Invaliditätsgrads gestützt auf LSE-Tabellen gemäss Artikel 25^{bis} IVV voraussichtlich zu einer höheren Rente oder einem Rentenanspruch führt. Die allfällige Erhöhung der Rente soll nach Auffassung von Procap auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung erfolgen.

Schliesslich sind AGILE.ch, IH, INSOS Schweiz, Cap-Contact faïtière, CURAVIVA Schweiz, die SODK und die obengenannten Organisationen der privaten Behindertenhilfe bzw. weiteren interessierten Organisationen, die sich den Ausführungen von AGILE.ch und IH angeschlossen haben der Meinung, die Formulierung in Artikel 25 Absatz 3 zweiter Satz E-IVV sei unklar und wünschen, dass präziser festgehalten wird, in welchen Fällen von der LSE abgewichen und auf andere statistische Werte abgestellt werden soll. Sie beantragen, Artikel 25 Absatz 3 E-IVV in dem Sinn anzupassen, dass andere statistische Werte als die Zentralwerte der LSE beigezogen werden müssen, sofern damit dem Einzelfall besser entsprochen werden kann. Die DJS machen den gleichen Vorschlag und fordern eine Übernahme in die ATSV, statt die IVV.

Auch das Obergericht des Kantons Schaffhausen weist daraufhin, dass die LSE nicht den Zweck verfolgten, Grundlagen für IV-Rentenberechnungen zu generieren. Folglich bilde der

LSE-Zentralwert die Kategorie der für die IV-Rentenbemessungen wichtigen leichten wechselbelastenden Tätigkeiten nicht hinreichend ab. Die Schaffung einer entsprechenden statistischen Grundlage wäre wünschenswert.

Die DJS und die Rechtsberatung UP sind auch der Ansicht, dass die LSE-Tabellen für die Ermittlung des Invalideneinkommens ungeeignet seien, weil sie weitgehend das Lohnniveau von gesunden Personen widerspiegeln. Die Rechtsberatung UP beantragt deshalb, den generellen Verweis auf die LSE zu streichen. Die Rechtsberatung UP ist mit dem Abstellen auf geschlechterspezifische Werte einverstanden, lehnt jedoch die Anwendung von altersunabhängigen Werten ab. Statistisch sei ausgewiesen, dass mindestens bis zum 55. Altersjahr eine erhebliche Einkommensentwicklung möglich sei. Zu Beginn der Erwerbskarriere würden tiefere Valideneinkommen erzielt. Wenn solche über die gesamte Erwerbsdauer mit dem durchschnittlichen Einkommen verglichen würden, sei die Parallelität nicht gewährleistet. Die Rechtsberatung UP beantragt deshalb, den statistischen Wert an die Lohnentwicklung anzupassen und Artikel 25 Absatz 4 E-IVV entsprechend zu ergänzen.

Coraasp zeigt sich irritiert über die Verwendung geschlechtsspezifischer Werte und fragt sich, ob hier die Lohnungleichheit berücksichtigt werde, von der Frauen auch heute noch betroffen seien.

Die Suva lehnt die in den Erläuterungen festgehaltene Aussage ab, wonach entsprechend der aktuellen bundesgerichtlichen Praxis i.d.R. die Werte des privaten Sektors massgebend sind. Sie ist der Ansicht, dass die meisten Stellen im öffentlichen Sektor grundsätzlich allen Personen offenstünden, sodass auch der öffentliche Sektor zum ausgeglichenen Arbeitsmarkt gehöre. Die Beschränkung auf den privaten Sektor sei somit nicht plausibel. Die Suva schlägt deshalb vor, in Artikel 25 Absatz 3 E-IVV abweichend von der geltenden Praxis explizit festzuhalten, dass i.d.R. die Werte des öffentlichen und privaten Sektors massgebend seien.

Zudem fragen sich mehrere Kantone (SZ, OW, GL, SH, GR, TG, VS, NE, JU), die IVSK und die Suva, ob in Absatz 4 die statistischen Werte nicht eher an die branchenübliche als an die vorgeschlagene betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit anzupassen seien.

Bestimmung des Einkommens ohne Invalidität (Art. 26 E-IVV)

Zur Bestimmung des Einkommens ohne Invalidität haben sich die Hälfte der Kantone, die IVSK, die Suva, die GPS, die SPS, der SGB, der SSV, Travail.Suisse und zahlreiche Organisationen der privaten Behindertenorganisationen sowie weitere interessierte Organisationen geäußert.

Die politischen Parteien, die Dachverbände der Wirtschaft, die Behindertenorganisationen und die weiteren interessierten Parteien lehnen den Vorschlag ab, den Totalwert aller Wirtschaftszweige und Qualifikationsniveaus zu verwenden, um das Valideneinkommen nur von denjenigen Personen zu bestimmen, die infolge ihrer Invalidität keine Berufsausbildung beginnen konnten. Diese Regel sollte ihrer Ansicht nach auch für Personen gelten, die eine Berufsausbildung beginnen und allenfalls auch abschliessen, mit dieser Ausbildung behinderungsbedingt aber nicht dieselben Verdienstmöglichkeiten realisieren können wie eine nichtbehinderte Person mit derselben Ausbildung.

Die automatische Parallelisierung wird grundsätzlich begrüßt. Die Stellungnahmen beinhalten zum Teil Anpassungsvorschläge zur vorgeschlagenen Regelung.

Anrechnung des tatsächlich erzielten Einkommens als Einkommen ohne Invalidität (Art. 26 Abs. 1-3 E-IVV)

NE, JU und die IVSK schlagen begriffliche Änderungen vor. Sie sind der Ansicht, dass der Begriff «grundsätzlich» der Formulierung «soweit möglich» vorzuziehen ist, da letztere sich auf die Verfügbarkeit von Daten bezieht, aber ein Rückgriff auf Statistiken auch dann angezeigt sein kann, wenn der Betrag des letzten Einkommens verfügbar ist. Zudem fordern NE, JU und die IVSK in der französischen Fassung «survenance de l'invalidité» (Eintritt der Invalidität) durch «survenance de l'atteinte à la santé» (Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung) zu

ersetzen, da es sich ihrer Meinung nach um zwei unterschiedliche Begriffe handelt, die nicht verwechselt werden dürfen.

GE ist der Meinung, dass die sogenannte «ausserordentliche» Methode (die bei Selbstständigerwerbenden, deren Einkommen nicht zuverlässig berechnet werden kann, angewendet wird) in der Verordnung verankert werden sollte, da sie in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung seit Langem etabliert und in der Praxis der IV-Stellen weit verbreitet ist, insbesondere im aktuellen wirtschaftlichen Umfeld. Nach Ansicht von GE handelt es sich dabei nicht einfach um einen Sonderfall der Ermittlung der tatsächlichen Werte nach Absatz 2 E-IVG, wie dies im erläuternden Bericht zur Vernehmlassung formuliert wird, insofern es diese Methode ermöglicht, für den Einkommensvergleich sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen zu definieren.

Damit für die Bestimmung des Einkommens ohne Invalidität ein Pensum von mehr als 100 Prozent (in einer oder in mehreren Tätigkeiten zusammen) berücksichtigt werden kann, muss gemäss der Suva vorausgesetzt werden, dass im Gesundheitsfalle weiterhin ein solch höheres Pensum ausgeübt worden wäre. Dies sei in Artikel 26 Absatz 1 E-IVV explizit festzuhalten.

Die Suva weist darauf hin, dass die Rechtsprechung betreffend Selbständigerwerbenden, Gesellschaftern mit massgeblichem Einfluss und mitarbeitenden Familienmitgliedern besondere Grundsätze für die Bemessung der Invalidität entwickelt habe, wenn sich die Vergleichseinkommen nicht zuverlässig ermitteln lassen. Gemäss der Suva müssen diese Grundsätze unbedingt auf Verordnungsstufe abgebildet werden. Die Frage der Unterdurchschnittlichkeit könnte hier statt in Art. 26 Abs. 6 Bst. c normiert werden.

VD macht zu diesem Absatz zwei Bemerkungen. Erstens ist VD der Meinung, dass es möglich ist, ein EFZ oder ein EBA in einem spezifischen Umfeld zu erwerben, auch, wenn man nicht für den ersten Arbeitsmarkt geeignet ist. In diesen Fällen ist es gemäss VD sinnvoll, Artikel 26 Absatz 4 IVV weiter anzuwenden, vorausgesetzt, die Person war bei Beginn der Ausbildung bereits invalid. Zweitens ist es für VD im Hinblick auf die Invaliditätsbemessung von Personen mit einem EBA fragwürdig, das Kompetenzniveau 2 LSE anzuwenden, da ein Bundesgerichtsurteil dies auch schon in Frage gestellt hat (9C_668/2019 vom 3. März 2020).

Die Rechtsberatung UP beantragt eine Anpassung von Artikel 26 Absatz 1 E-IVV in dem Sinn, dass auf das bisherige Einkommen abzustellen sei, auch wenn der Stellenverlust aus krankheits- oder invaliditätsfremden Gründen erfolgte, mit der Begründung, dass die versicherte Person überwiegend wahrscheinlich in den allermeisten Fällen wieder ein gleich hohes Einkommen erzielen könnte wie vor dem Stellenverlust. Damit wären hochqualifizierte Versicherte mit Einkommen über 200'000 Franken nicht mehr benachteiligt, da für diese gar keine Tabellenlohnwerte bestehen. Die Rechtsberatung UP beantragt zudem eine Anpassung von Artikel 26 Absatz 3 E-IVV in dem Sinn, dass die hypothetische Berufserfahrung im Zeitpunkt des Abschlusses der zweiten Ausbildung berücksichtigt wird. Dies mit der Begründung, dass eine versicherte Person zum Zeitpunkt der Zweitausbildung bereits einige Berufserfahrung hätte, wenn sie die erste Ausbildung hätte abschliessen können. Die Verordnungsbestimmung habe sicherzustellen, dass dieser Einkommensverlauf aufgrund des Dienstalters mitberücksichtigt werde.

Geburts- und frühinvaliden Versicherten (Art. 26 Abs. 4 E-IVV)

Gemäss SZ, OW, GL, GR, AG, TG, NE, GE, JU, IVSK, Suva und der Rechtsberatung UP steht die Formulierung «in Abweichung von Art. 25 Abs. 3 werden nur altersunabhängige Werte verwendet» in Widerspruch zu Artikel 25 Absatz 3 E-IVV, da dort gerade die Verwendung altersunabhängiger Werte postuliert wird. Gemäss den Kantonen, der IVSK und der Suva solle klar im Text zum Ausdruck kommen, dass alters- und geschlechtsunabhängige Werte zu verwenden sind. Anders als die Kantone, die IVSK und die Suva ist die Rechtsberatung UP jedoch der Meinung, dass die Altersunabhängigkeit bei der Bemessung der Vergleichseinkommen aufzugeben sei (vgl. Bemerkung zu Art. 25 Abs. 3 E-IVV). Gemäss der Suva soll in Artikel 26 Absatz 4 E-IVV zudem – wie in den Erläuterungen vorgesehen – festgehalten werden, dass

bei den Geburts- und Frühinvaliden auf den Totalwert aller Wirtschaftszweige und auf das Total über alle Kompetenzniveaus abgestellt wird.

VS hat sich zudem zum Kommentar zu dieser Gesetzesbestimmung geäußert. Gemäss VS ist die Begründung, weshalb nicht auf geschlechtsspezifische Werte abgestellt wird, nicht nachvollziehbar und führt zu einer Ungleichbehandlung gegenüber allen anderen Versicherten, bei denen das Geschlecht für die zu berücksichtigenden Werte ein massgebender Faktor ist.

SPS und SGB lehnen den Vorschlag ab, nur noch diejenigen Personen zu berücksichtigen, die aufgrund ihrer Invalidität gar keine berufliche Ausbildung beginnen konnten. Diese Bestimmung sollte ihrer Ansicht nach auch für Personen gelten, die eine Berufsausbildung beginnen und allenfalls auch abschliessen, mit dieser Ausbildung behinderungsbedingt aber nicht dieselben Verdienstmöglichkeiten realisieren können wie eine nichtbehinderte Person mit derselben Ausbildung. Genau diese Personen würden nach der heutigen Bundesgerichtspraxis sowie der Verwaltungspraxis aber klar unter den geltenden Artikel 26 Absatz 1 IVV fallen. Die Neuregelung dürfe unter keinen Umständen dazu führen, dass von der heutigen Praxis abgewichen wird. Alles andere wäre laut Stellungnahme eine massive Verschlechterung gegenüber heute und würde Personen mit einer Geburts- und Frühbehinderung gar vom Beginn einer Ausbildung abhalten. Dies wiederum würde dem Eingliederungsgedanken der IV diametral zuwiderlaufen. Die SPS fordert daher eine Umformulierung von Artikel 26 Absatz 4 E-IVV, damit die aktuelle Praxis berücksichtigt wird.

GPS, Travail.Suisse, IH, AGILE.ch und die obengenannten Organisationen der privaten Behindertenhilfe bzw. weiteren interessierten Organisationen, die sich den Ausführungen von AGILE.ch und IH angeschlossen haben, sind mit der Aufhebung der Altersstufen einverstanden, obwohl sie die bisher geltenden Altersstufen durchaus als sinnvoll erachten, da diese einer beruflichen Entwicklung von Personen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung entsprechen.

Dagegen lehnen dieselben Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser die entsprechenden Ausführungen in den Erläuterungen ab, wonach beim Einkommen ohne Invalidität von Geburts- und Frühinvaliden nicht mehr auf den Zentralwert des privaten und öffentlichen Sektors zusammen, sondern neu einzig auf den Zentralwert des privaten Sektors abgestellt werden soll. Da bei Geburts- und Frühinvaliden nicht bekannt sei, welchen Berufsbildungsweg sie ohne Invalidität eingeschlagen hätten, müsse bei ihnen ein Sektor abbilden.

Zudem lehnen auch sie die in Artikel 26 Absatz 4 E-IVV vorgenommenen Eingrenzung auf Personen, die keine berufliche Ausbildung beginnen konnten, ab: "Auch Personen, welche zwar eine Berufsausbildung beginnen und allenfalls auch abschliessen, mit dieser Ausbildung behinderungsbedingt aber nicht dieselben Verdienstmöglichkeiten realisieren können wie eine nichtbehinderte Person mit derselben Ausbildung, müssen weiterhin erfasst werden, wie dies die aktuelle Bundesgerichtspraxis festhält". Zudem sei auch dann nach den gleichen Grundsätzen vorzugehen, wenn eine Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung zwar eine Ausbildung gemäss BBG abschliessen konnte, dies aber bereits eine der gesundheitlichen Beeinträchtigung angepasste Ausbildung war. Denn in solchen Fällen könne kaum abgeschätzt werden, welchen beruflichen Werdegang eine Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung eingeschlagen hätte und welche lohnrelevante Weiterbildung sie nach einigen Berufsjahren absolvieren würde. In solchen Fällen für die Ermittlung des Valideneinkommens auf den aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung gewählten Beruf abzustellen, würde im Vergleich zu Personen, die aufgrund ihrer Behinderung gar keine Berufsbildung nach BBG abschliessen konnten, zu ungerechtfertigten Ungleichbehandlungen führen. GPS, Travail.Suisse, IH, AGILE.ch und die obengenannten Organisationen der privaten Behindertenhilfe bzw. weiteren interessierten Organisationen, die sich den Ausführungen von AGILE.ch und IH angeschlossen haben, formulieren zu diesen Ausführungen konkrete Vorschläge.

Parallelisierung der Vergleichseinkommen (Art. 26 Abs. 5 und 6 E-IVV)

In der Formulierung von Artikel 26 Absatz 5 E-IVV wird gemäss NE, JU und IVSK das Einkommen, das die versicherte Person vor der Gesundheitsbeeinträchtigung erzielte, mit dem Valideneinkommen vermischt. Sie fordern eine entsprechende Umformulierung.

Weil die Fälle, in denen sich eine Person freiwillig mit einem unterdurchschnittlichen Einkommen begnügt, nicht häufig sein dürften, ist die Suva der Ansicht, dass dem Vorschlag zugestimmt werden kann, entgegen der geltenden Rechtsprechung auch dort eine Unterdurchschnittlichkeit auszugleichen. Für die UV gelte immerhin, dass ein gewisser Ausgleich über den versicherten Jahresverdienst erfolge. Gemäss der Suva lasse der vorgeschlagene Wortlaut von Artikel 26 Absatz 5 E-IVV offen, welches der branchenübliche Lohn sei. Sie schlägt deshalb eine Umstellung des Absatzes vor, damit klar sei, dass es um den branchenüblichen Zentralwert der LSE gehe (wie die Erläuterungen es vorsehen). Es sei zudem zu präzisieren, welcher branchenübliche Zentralwert der LSE genau gemeint sei, unabhängig von oder spezifiziert nach Geschlecht und Kompetenzniveau.

UR regt an, die Absätze 5 und 6 von Artikel 26 E-IVV unmittelbar nach Absatz 1 einzufügen, weil sich die Frage der Parallelisierung ja nur stelle, wenn für die Bestimmung des Valideneinkommens auf das effektive, vor Eintritt der Beeinträchtigung erzielte Einkommen gemäss Artikel 26 Absatz 1 E-IVV abgestellt werde, nicht aber, wenn es ohnehin lohnstatistisch ermittelt werde, wie das in Artikel 26 Absatz 2-4 E-IVV der Fall sei.

In Artikel 26 Absatz 6 Buchstabe a E-IVV sollte gemäss VS präzisiert werden, ob es sich um einen nationalen oder kantonalen Gesamtarbeits- (GAV) oder Normalarbeitsvertrag (NAV) handelt. Müsste ein kantonaler GAV oder NAV berücksichtigt werden, würde dies dazu führen, dass Absatz 5 in allen Kantonen, in denen die Löhne in der Regel unter dem schweizerischen Durchschnitt liegen (darunter auch im Wallis), inhaltlich und vom Zweck her ausgehöhlt würde. Denn in solchen Fällen würde ein unter dem schweizerischen Durchschnitt liegendes regionales Valideneinkommen (das dem branchenüblichen Mindestlohn entspricht) weiterhin mit einem auf dem schweizerischen Durchschnitt gestütztes Invalideneinkommen verglichen, mit der Folge, dass eine invalide Person (oftmals) mehr verdienen kann als das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung der Fall wäre.

Gemäss SZ, OW, GL, AI, GR, AG, TG, JU und der IVSK wäre das Mindestmass einer Unterbezahlung nicht nur für das Valideneinkommen, sondern auch für das Invalideneinkommen (Art. 26 Abs. 6 Bst. b E-IVV) zu definieren, damit es nicht zu einer Ungleichbehandlung komme, wenn Valideneinkommen und Invalideneinkommen in der Höhe der Unterdurchschnittlichkeit deutlich voneinander abwichen.

GE begrüsst, dass die IV-Stelle nicht mehr prüfen muss, welche (invaliditätsfremden oder invaliditätsbedingten) Faktoren für den Bezug eines unterdurchschnittlichen Einkommens ausschlaggebend waren. GE ist jedoch der Ansicht, dass die in Artikel 26 Absatz 6 Buchstabe b E-IVV vorgeschlagene Lösung Versicherte benachteiligen würde, die ein (effektives) unter dem Durchschnitt liegendes Invalideneinkommen aufgrund von (invaliditätsfremden) Faktoren erhalten, die nicht mit den Faktoren identisch sind, die vor der gesundheitlichen Beeinträchtigung die Zahlung eines «unterdurchschnittlichen» Einkommens begründeten. In diesem Fall würde die versicherte Person benachteiligt, obschon sie sich um ihre Eingliederung bemüht hat.

Gemäss der Suva ist die Einschränkung in Artikel 26 Absatz 6 Buchstabe b E-IVV obsolet, weil das effektiv erzielte Einkommen mit Invalidität immer auch durch die invaliditätsfremden Faktoren beeinflusst sei. Werde das effektive erzielte Einkommen mit Invalidität mit dem konkreten Einkommen ohne Invalidität verglichen, würden die invaliditätsfremden Faktoren bei beiden Vergleichseinkommen in jedem Fall gleichmässig berücksichtigt, weshalb kein Raum für eine zusätzliche Parallelisierung bestehe.

GPS, Travail.Suisse, AGILE.ch, IH und die obengenannten Organisationen der privaten Behindertenhilfe bzw. weiteren interessierten Organisationen, die sich den Ausführungen von AGILE.ch und IH angeschlossen haben, begrüssen, dass die Parallelisierung gemäss Artikel

26 Absatz 5 E-IVV künftig automatisch durchgeführt werden soll. Sie halten aber fest, dass die Parallelisierung nicht den leidensbedingten Abzug beim Invalideneinkommen ersetzen könne, gründe die Parallelisierung doch auf dem vor Eintritt der Invalidität erzielten unterdurchschnittlichen Erwerbseinkommen. Sie begrüßen zudem, dass die Besonderheiten von Selbständigerwerbenden bei der Bestimmung des Einkommens ohne Invalidität besser berücksichtigt werden sollen. Insbesondere unterstützen sie den in den Erläuterungen zu Artikel 26 Absatz 6 Buchstabe c E-IVV beschriebenen Ansatz, wonach gerade bei jungen Unternehmen die in den ersten Jahren erzielten und somit oft nicht repräsentativen Einkommen nicht allein massgebend sind. Vom SGB wird die automatische Parallelisierung ebenfalls begrüsst, sofern die tatsächlich erzielten Einkommen mehr als 5 Prozent unter dem Durchschnitt liegen.

Der SSV beantragt die Prüfung der Frage, ob die versicherten Personen mit dem Wegfall des leidensbedingten Abzugs und der automatischen Parallelisierung im Vergleich zur aktuellen Regelung nicht bessergestellt werden. Zudem ist der SSV der Ansicht, dass für Personen die gemäss Artikel 26 Absatz 6 E-IVV nicht von einer Parallelisierung profitieren können, zwingend weiterhin die Möglichkeit eines leidensbedingten Abzuges bestehen müsse. Ansonsten bestehe die Gefahr, dass bei einem grossen Kreis von Personen die (vorwiegend wirtschaftlichen) Faktoren, die das Einkommen der versicherten Person bereits vor dem Gesundheitsschaden negativ beeinflussten (wie beispielsweise ein regional tiefes Lohnniveau, der Aufenthaltsstatus oder die Nationalität), aber auch die persönlichen Faktoren (wie fehlende Sprachkenntnisse, fehlende Ausbildung oder das Alter) in der Beurteilung des Invaliditätsgrades völlig ausser Acht fallen würden.

DJS und Rechtsberatung UP sind mit der Parallelisierung grundsätzlich einverstanden. Es sei jedoch generell auf die 5-Prozent-Grenze zu verzichten. Artikel 26 Absatz 5 E-IVV solle so angepasst werden, dass das Einkommen ohne Invalidität dem branchenüblichen Zentralwert der LSE entspreche, wenn es unterhalb des branchenüblichen Lohnes liege. Gemäss der Rechtsberatung UP verhindert die Pauschalisierung auf 95 Prozent keine «Minusinvaliditätsgrade» (d.h., dass Versicherte mit der Erkrankung mehr verdienen könnten als ohne die Erkrankung) entstehen, was systemwidrig sei. Diese können ebenso im Umfang von bis zu 5 % entstehen. Die Rechtsberatung UP beantragt zudem, Artikel 26 Absatz 6 Buchstabe a E-IVV ersatzlos zu streichen, weil die in dieser Bestimmung postulierten Ausnahmen von der Regelung in Absatz 5 dem Gesetzesgrundsatz der Parallelität widersprüchen. Dies in all denjenigen Fällen, in welchen Mindestlöhne nach GAV oder NAV auf der Seite des Einkommens ohne Invalidität mit Tabellenlöhnen auf der Seite des Einkommens mit Invalidität verglichen würden. Die DJS beantragt ihrerseits, Artikel 26 Absatz 6 Buchstaben a und b E-IVV ersatzlos zu streichen. Nur wenn es sich bei der versicherten Person um eine Selbständigerwerbende oder einen Selbständigerwerbenden handle, solle keine Parallelisierung vorgenommen werden.

Für Gerichtsschreiberin Regula Berchtold benachteiligen Artikel 26 Absatz 5 und 6 E-IVV Personen aus Tieflohnbranchen, weil die Parallelisierung, wie sie heute aufgrund der bundesgerichtlichen Praxis vorgenommen wird, mathematisch falsch sei. Zwar gebe das Bundesgericht vor, dass invaliditätsfremde Faktoren sowohl beim Einkommen ohne als auch mit Invalidität gleichermassen zu berücksichtigen seien. Das werde mit der Praxis des Bundesgerichts zur Parallelisierung jedoch nicht erfüllt. So werde für die Feststellung der Unterdurchschnittlichkeit ein Vergleich mit dem branchenüblichen Lohn hergestellt. Auf der Seite des Invalideneinkommens werde dagegen häufig auf das Total über alle Branchen abgestellt und damit mit einem viel höheren Lohn gerechnet. Da damit nicht die gleiche Basis verwendet werde, würden die invaliditätsfremden Faktoren gerade nicht auf beiden Seiten gleich berücksichtigt oder ausgeklammert.

Ferner führe die heutige Parallelisierung bei einem Teil der Personen zu einer unnötigen Erhöhung der Rente, weil der Vergleich mit dem Medianlohn dazu führe, dass auch in Fällen parallelisiert werde, wo dies gar nicht notwendig und sinnvoll sei. Gleichzeitig würden die Tieflohnverdienenden weiterhin benachteiligt werden, obwohl die Parallelisierung gerade für sie geschaffen wurde.

Um dieses Problem zu lösen schlägt die Gerichtsschreiberin Regula Berchtold vor, auf einen Prozentvergleich auszuweichen, wenn das statistische Einkommen mit Invalidität höher ausfällt als das Einkommen ohne Invalidität und Artikel 26 Absatz 5 E-IVV entsprechend anzupassen.

Auch die Ausnahme von der Parallelisierung beim Vorliegen eines Mindestlohns gemäss GAV macht nach Ansicht dieser Vernehmlasserin wenig Sinn. Tatsache sei, dass manche Versicherte sehr wenig verdienen, aus Gründen, die individuell und invaliditätsfremd seien. Die Festschreibung eines Mindestlohns und damit die Verhinderung einer Parallelisierung und allfällig auch einer Rente lasse sich kaum mit dem angestrebten Schutz einer Mindestlohnklausel in einem GAV vereinbaren. Daher beantragt sie, Artikel 26 Absatz 6 E-IVV ersatzlos zu streichen.

Bestimmung des Einkommens mit Invalidität (Art. 26^{bis} E-IVV)

Zur Bestimmung des Einkommens mit Invalidität haben die Hälfte der Kantone, IVSK, Suva, SPS, GPS, SVV, Travail.Suisse, SGB und zahlreiche Organisationen der privaten Behindertenhilfe und weitere interessierte Organisationen Stellung genommen.

Anrechnung des tatsächlich erzielten Einkommens als Einkommen mit Invalidität (Art. 26^{bis} Abs. 1 E-IVV)

Für SZ, OW, GL, GR, AG, TG, VS, NE, TI und die IVSK stehen die Ausführungen zu Artikel 26^{bis} Absatz 1 E-IVV im Widerspruch zu Artikel 25 Absatz 1 Buchstabe b IVV. Für sie ist unklar, ob ein Soziallohnanteil noch berücksichtigt werden kann. Gemäss OW, GL, GR, AG, TG, VS, NE, TI und der IVSK stelle sich die Frage der Anrechnung des effektiven Lohnes regelmässig auch bei Selbständigerwerbenden, die sich nach Eintritt der Invalidität weiterhin den bisherigen Lohn ausrichten oder sich ein zu hohes Salär gewähren. Diese Situation müsse geklärt werden.

NE, GE, JU und IVSK weisen zudem darauf hin, dass der Wortlaut von Artikel 26^{bis} Absatz 1 E-IVV entgegen der Erläuterung zur Bestimmung vermuten lässt, dass das Invalideneinkommen auf anderen Grundlagen zu bestimmen sei, wenn die verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit nicht genutzt wird. Um Missverständnissen vorzubeugen, schlagen sie vor, den Wortlaut dahingehend anzupassen, dass das Invalideneinkommen dem nach Eintritt der Invalidität erzielten Einkommen entspricht, das gegebenenfalls bis zur verbliebenen funktionellen Leistungsfähigkeit hochgerechnet wird. Nach Ansicht von VD ist der Begriff der «funktionellen Leistungsfähigkeit» problematisch, da er sich nur auf den medizinischen Aspekt bezieht. VD schlägt vor, den Begriff durch «Erwerbsfähigkeit» zu ersetzen.

Die Suva vermisst in Artikel 26^{bis} Absatz 1 E-IVV einen umfassenden Bezug auf die Schadenminderungspflicht. Es reiche nicht, die Leistungsfähigkeit bestmöglich auszunützen, sondern diese solle auch erwerblich bestmöglich verwertet werden, damit das konkret erzielte Erwerbseinkommen als Einkommen mit Invalidität angerechnet werden könne. Die Suva beantragt eine Änderung von Absatz 1 in diesem Sinn.

Für SPS, GPS, Travail.Suisse, SGB, IH, AGILE.ch, Cap-Contact faitière und die obengenannten Organisationen der privaten Behindertenhilfe bzw. weiteren interessierten Organisationen, die sich den Ausführungen von AGILE.ch und IH angeschlossen haben, müssten Menschen mit Beeinträchtigungen einen Spielraum haben, um ihre funktionelle Leistungsfähigkeit zu verwerten und sich den Gegebenheiten des Arbeitsmarkts anzupassen, da sie einen erschwerten Stand auf dem Arbeitsmarkt hätten und viel häufiger arbeitslos oder unterbeschäftigt seien als Menschen ohne Beeinträchtigung. Dazu wird auf die Studie Guggisberg et al. 2021 verwiesen. Sie fordern in Artikel 26^{bis} Absatz 1 E-IVV dem Umstand Rechnung zu tragen, dass diese Personen allenfalls eine weniger gut bezahlte Arbeitsstelle annehmen müssten, um im Arbeitsmarkt zu verbleiben.

Gemäss der Rechtsberatung UP ist die Formulierung «bestmöglich» ungenau und unspezifisch. Sie gebe zu wenig Hinweise, welche Kriterien in der Praxis anzuwenden seien. Grundsätzlich seien keine hohen Anforderungen zu stellen, da überwiegend wahrscheinlich nicht davon auszugehen sei, dass sich eine versicherte Person mit «zu wenig» Lohn zufriedengebe. Sie beantragt, die Bestimmung sei in dem Sinn anzupassen, dass das erzielte Einkommen grundsätzlich als Einkommen mit Invalidität angerechnet wird, falls nicht konkrete Hinweise dafür bestünden, dass die versicherte Person ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit nicht nach den konkreten Umständen zumutbar ausnutze.

Anrechnung des statistischen Einkommens als Einkommen mit Invalidität (Art. 26^{bis} Abs. 2 E-IVV)

SZ, OW, GL, AI, GR, TG, TI, VS und JU sowie die IVSK weisen darauf hin, dass Selbständigerwerbende ohne Beeinträchtigung oftmals ein Arbeitspensum leisten würden, welches deutlich über den «betriebsüblichen» Arbeitszeiten liege. Insbesondere bei Selbständigerwerbenden, die auf diese Weise ein sehr hohes Einkommen erwirtschaftet haben, stelle sich die Frage, welches (Höchst-)Pensum im Krankheitsfall angerechnet werden könne. Die vorgeannten Kantone und die IVSK wünschen hierzu eine Ergänzung in den Weisungen.

Die Suva erachtet die Koordination zwischen Absatz 1 und Absatz 2 von Artikel 26^{bis} E-IVV als lückenhaft und beantragt eine Anpassung in dem Sinn, dass in Absatz 2 auch der Fall geregelt werden soll, in dem ein konkret erzieltes Einkommen mangels erfüllter Schadenminderungspflicht nicht angerechnet werden kann. Zudem sei die Regelung eines Pensums von über 100 Prozent explizit festzuhalten. Die Suva beantragt weiter, den Wortlaut von Absatz 2 dahingehend anzupassen, dass bei geburts- und frühinvaliden Versicherten das Einkommen mit Invalidität (analog zu Art. 26 Abs. 4 E-IVV) aufgrund von geschlechtsneutralen Werten festgelegt werden soll.

SPS, GPS, Travail.Suisse, SGB, IH, AGILE.ch, VASK und die obengenannten Organisationen der privaten Behindertenhilfe bzw. weiteren interessierten Organisationen, die sich den Ausführungen von AGILE.ch und IH angeschlossen haben, lehnen die Aufhebung des leistungsbedingten Abzuges ab, da dieser den einzigen Korrekturfaktor darstelle, um den spezifischen Anforderungen beim Einkommen mit Invalidität Rechnung zu tragen, zumal die LSE-Tabellen eben nicht auf die Lohnaussichten von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zugeschnitten seien. VS ist der Meinung, dass mit der Aufhebung des Abzugs das Gefälle zwischen dem Valideneinkommen, das vor der Gesundheitsbeeinträchtigung tatsächlich erzielt wurde, und dem zumutbaren Invalideneinkommen, das anhand des schweizerischen Medians berechnet wird, in den «armen Kantonen» zunehmen wird. Gemäss VS würde dadurch die Zahl der von einer Invalidität betroffenen Versicherten ansteigen, die mehr verdienen könnten als vor Eintritt der gesundheitlichen Problemen. Auch für VD ist die Aufhebung des Abzugs, wie er bisher vom Bundesgericht praktiziert wurde, mit Problemen verbunden. Gemäss ZH und BS darf der Tabellenlohnabzug erst aufgehoben werden, wenn auf die Bedürfnisse der IV angepasste Lohntabellen vorliegen.

Gemäss der Rechtsberatung UP ist das Abstellen auf die LSE für die Ermittlung des Invalideneinkommens nicht sachgerecht. Sie beantragt deshalb mit Verweis auf die Studie Guggisberg et al. 2021, in Artikel 26^{bis} Absatz 2 E-IVV ergänzend festzuhalten, dass vom Medianlohn ein allgemeiner Abzug in Höhe von 17 Prozent vorzunehmen sei, und zwar solange seitens BFS keine Lohndaten von IV-Rentenbezügerinnen und -bezügern sowie gesundheitlich beeinträchtigten Personen erhoben und aufbereitet werden.

Invaliditätsbedingter Abzug für Teilzeitarbeit (Art. 26^{bis} Abs. 3 E-IVV)

Ein automatischer Abzug für Teilzeitarbeit erscheint VD nicht angemessen. Zudem entspreche er keiner statistischen Realität. SZ, OW, GL, AI, GR, TG, NE, JU sowie IVSK sind hingegen mit der Einführung eines automatischen Abzugs einverstanden, verlangen aber eine Änderung von Artikel 26^{bis} Absatz 3 E-IVV, so dass der Abzug von 10 % für Teilzeitarbeit nach Eintritt

der Invalidität mit einem zeitlichen Pensum von unter 50 Prozent (und nicht von 50 Prozent oder weniger) zum Tragen kommt. Die vorgenannten Kantone und die IVSK sowie VS und TI beantragen zudem, in Artikel 26^{bis} Absatz 3 E-IVV den Hinweis anzubringen, dass keine weiteren Abzüge vorgesehen seien.

VS weist darauf hin, dass dieser Abzug bisher für Männer galt, weil sie (im Gegensatz zu Frauen) in Teilzeit proportional weniger verdienen als wenn sie Vollzeit arbeiten. Die fehlende Flexibilität des in Artikel 26^{bis} Absatz 3 E-IVV vorgeschlagenen Pauschalabzugs erlaubt es nicht, diese Benachteiligung zu korrigieren.

Für GE ist nicht klar, ob dieser Abzug auch für die Bemessung der Invalidität (im beruflichen Bereich) von Personen gilt, die im Sinne von Artikel 27^{bis} E-IVV als teilerwerbstätig gelten, wenn ihr Beschäftigungsgrad nach Eintritt der Invalidität demjenigen entspricht, den sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung gehabt hätten.

GPS, Travail.Suisse, AGILE.ch, IH und die obengenannten Organisationen der privaten Behindertenhilfe bzw. weiteren interessierten Organisationen, die sich den Ausführungen von AGILE.ch und IH angeschlossen haben, sind mit dem systematischen pauschalen Abzug für Teilzeitarbeit einverstanden. Sie sind jedoch der Ansicht, dass ein solcher Abzug nicht nur bei einem zeitlichen Pensum von 50 Prozent und weniger vorzusehen sei, sondern auch für diejenigen Fälle, in denen mit einem höheren zeitlichen Pensum (bis hin zu einer vollen Präsenz von 100 Prozent) nur eine Leistung von 50 Prozent oder weniger erbracht werden könne. Dies deshalb, weil auch in diesen Fällen mit einer Lohneinbusse zu rechnen sei. Es wird deshalb vorgeschlagen, Artikel 26^{bis} Absatz 3 E-IVV entsprechend zu ergänzen.

Der SSV erachtet die pauschale geschlechterunabhängige Gewährung eines leidensbedingten Abzugs von 10 Prozent bei einer Teilarbeitsfähigkeit von 50 Prozent oder weniger als nicht sinnvoll. Gemäss dem SSV zeigen statistische Werte, dass insbesondere Männer bei Teilzeitarbeit weniger gut entlohnt würden als bei einer Vollzeitarbeitstätigkeit. Dabei sei aber auch die Höhe der Restarbeitsfähigkeit relevant. Aus diesem Grund wird beanstandet, dass ein leidensbedingter Abzug erst ab einer Teilarbeitsfähigkeit von 50 Prozent gewährt wird und keine Abstufung je nach Höhe der Restarbeitsfähigkeit vorgesehen ist.

Auch die Rechtsberatung UP begrüsst die Einführung eines pauschalen Abzuges bei Teilzeitarbeit. Nicht nachvollziehbar sei jedoch, weshalb dieser erst ab einem möglichen Teilzeitpensum von 50 Prozent oder weniger gewährt werde.

Nicht einverstanden ist die Rechtsberatung UP mit der Aufhebung des leidensbedingten Abzugs. Sie merkt an, dass Faktoren wie Alter, Geschlecht, Anzahl Dienstjahre, Ausbildungsniveau oder Nationalität Einfluss auf die Höhe des Einkommens hätten. Sofern weitere personenbezogene, krankheitsunabhängige Faktoren dazu führten, dass die versicherte Person ihre verbleibende Erwerbsfähigkeit nicht optimal verwerten könne, sei dies mit einem Abzug von bis zu 25 Prozent vom statistisch bestimmten Wert zu berücksichtigen. Die Rechtsberatung UP beantragt eine Ergänzung von Artikel 26^{bis} Absatz 3 E-IVV in diesem Sinn.

Auch die DJS sind mit der Aufhebung des leidensbedingten Abzugs nicht einverstanden. Sie schlagen vor, weiterhin einen Tabellenlohnabzug vom gemäss LSE ermittelten Invalideneinkommen zuzulassen, diesen aber zu pauschalisieren und im Artikel 26^{bis} Absatz 3 E-IVV zu regeln, solange es keine aussagekräftigen statistischen Daten zu den effektiven Löhnen von Personen mit Gesundheitsschaden gebe. Mit Verweis auf die Studie Guggisberg et al. 2021 schlagen die DJS einen allgemeinen Abzug von 15 Prozent für die Lohneinbusse gesundheitlich eingeschränkter Personen vor, weil die Tabellenlöhne der LSE die Medianlöhne von Personen ohne Beeinträchtigung darstellten. Sie schlagen zudem einen Abzug von 15 Prozent vor, wenn die versicherte Person auf eine angepasste Tätigkeit verwiesen wird und einen weiteren Abzug von 5 Prozent pro Jahr Abwesenheit vom Arbeitsmarkt (bis maximal 25 Prozent). Letzteres, da die Tatsache, dass eine Person nicht mehr in ihrer angestammten Tätigkeit arbeiten könne und eine angepasste Tätigkeit aufnehmen müsse, aufgrund des Wegfallens der

einschlägigen Berufserfahrung und der Notwendigkeit, Neues zu erlernen, zu einer weiteren Lohneinbusse führe.

Bemessung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen (Art. 27^{bis} E-IVV)

Zur Bemessung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen haben 15 Kantone, IVSK, GPS, Travail.Suisse, SGB und zahlreiche Organisationen der privaten Behindertenhilfe und weitere interessierte Organisationen Stellung genommen. Die meisten haben sich zur Aufhebung des Status «Teilerwerbstätige ohne Aufgabenbereich» geäußert und diese begrüßt.

ZG, OW, NW, SH, JU, VS, GE und TI sind mit der Aufhebung des Status «Teilerwerbstätige ohne Aufgabenbereich» einverstanden. Somit wird begrüßt, dass Erwerbstätigkeit und nichterwerblicher Aufgabenbereich künftig komplementär sein und damit beide Bereiche zusammen immer einen Wert von 100 Prozent ergeben sollen. Damit werde die Benachteiligung von Teilerwerbstätigen ohne Aufgabenbereich für künftige IV-Rentenbeziehende beseitigt. VD fragt, ob es so zu verstehen sei, dass alles, was nicht in den Bereich der beruflichen Tätigkeit falle, somit zum Aufgabenbereich gehöre, mit einer entsprechenden Erweiterung dieses Begriffs, wodurch beispielsweise Einschränkungen bei Freizeitbeschäftigungen berücksichtigt würden.

Nach Ansicht von GE kann es bei der Anwendung dieses Prinzips zu Umsetzungsproblemen kommen, vor allem, wenn die versicherte Person vor der gesundheitlichen Beeinträchtigung keine Haushaltstätigkeiten übernommen hat, sondern Tätigkeiten ausübte, die bei der Bemessung der Invalidität im bisherigen Aufgabenbereich nicht berücksichtigt werden. GE unterstreicht, dass eine Gewichtung der Einschränkungen und ein Vergleich der Situation vor und nach der Gesundheitsbeeinträchtigung (mittels einer Haushaltsabklärung) unmöglich sei, wenn zum fraglichen Zeitpunkt nicht auch tatsächlich Tätigkeiten im Aufgabenbereich übernommen wurden.

Im Gegensatz zu den erwähnten Kantonen ist BE von der im Bericht vorgebrachten Begründung für die Aufhebung des Status «Teilerwerbstätige ohne Aufgabenbereich» nicht überzeugt. BE ist der Meinung, eine unterschiedliche Behandlung von Teilerwerbstätigen mit gegenüber Teilerwerbstätigen ohne versicherten Aufgabenbereich sei sachgerecht und entspreche auch dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers (Art. 28a Abs. 3 IVG). Weiter weist er darauf hin, dass die vom Bundesgericht definierte Methode zur Bemessung des Invaliditätsgrades bei Teilerwerbstätigen ohne Aufgabenbereich bisher nicht in der Verordnung, sondern lediglich in einer Weisung des BSV geregelt ist. Im Interesse der Rechtssicherheit sei dies zu ändern. BE beantragt deshalb, den heutigen Artikel 27^{bis} Absatz 1 E-IVV zu belassen und einen zusätzlichen Absatz im Sinne dieser Bemerkungen anzufügen.

SZ, OW, GL, GR, TG, NE und die IVSK beantragen eine Umformulierung von Artikel 27^{bis} Absatz 2 Buchstabe b E-IVV mit der Begründung, dass der vorgeschlagene Wortlaut unverständlich sei.

Wie die Kantone sind GPS, Travail.Suisse, SGB, AGILE.ch, IH, Cap-Contact faîtière, SODK und die obengenannten Organisationen der privaten Behindertenhilfe bzw. weiteren interessierten Organisationen, die sich den Ausführungen von AGILE.ch und IH angeschlossen haben, mit der Aufhebung des Status «Teilerwerbstätige ohne Aufgabenbereich» einverstanden. Sie fordern aber eine Übergangsbestimmung, wonach die Rentenansprüche von Teilerwerbstätigen, die zwischen dem 1.1.2018 und dem per 1.1.2022 geplanten Inkrafttreten ohne komplementären Aufgabenbereich beurteilt wurden, mittels amtlicher Revisionen an das neue System angepasst werden.

Im Zusammenhang mit der Aufhebung des Status «Teilerwerbstätige ohne Aufgabenbereich» fragt der ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz, wie genau der Einbezug von Haushalt und Kindererziehung bei «gemischten» Lebensgestaltungen berücksichtigt werde.

Konsequente Berücksichtigung der leidensbedingten Einschränkungen bei der Festsetzung der funktionellen Leistungsfähigkeit (Art. 49 Abs. 1^{bis} E-IVV)

Zur Berücksichtigung der leidensbedingten Einschränkungen bei der Festsetzung der funktionellen Leistungsfähigkeit haben sich 10 Kantone, die IVSK, die Suva, die GPS, der SSV, der SAV, Travail.Suisse und zahlreiche Organisationen der privaten Behindertenhilfe und weitere interessierte Organisationen geäussert. Einige Vernehmlassungsteilnehmende sind der Ansicht, die vorgeschlagene Regelung sei überflüssig, da nichts neu festgeschrieben werde, das sich nicht bereits aus übergeordnetem Recht und allgemeinen Rechtsgrundsätzen ergebe. Andere sind der Ansicht, es sei zu ergänzen, dass bei der Festsetzung der funktionellen Leistungsfähigkeit der RAD eng mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, mit Fachpersonen aus der Arbeitsmedizin und der Eingliederung sowie mit Arbeitgebenden zusammenarbeiten soll.

Gemäss OW, NW, GL, GR, TG, NE und der IVSK wird in diesem Artikel nichts festgeschrieben, was sich nicht bereits aus übergeordnetem Recht und allgemeinen Rechtsgrundsätzen ergeben würde, weshalb sie beantragen, den Absatz ersatzlos zu streichen.

Mit dem Wegfall der Möglichkeit, beim Einkommen mit Invalidität einen zusätzlichen behinderungsbedingten Abzug zu gewähren und die behinderungsbedingten Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit vollumfänglich im medizinischen Belastungs- und Zumutbarkeitsprofil zu berücksichtigen, besteht gemäss AG die grosse Herausforderung darin, die Einheitlichkeit der medizinischen Beurteilungen zu gewährleisten. Der behinderungsbedingte Abzug sei bisher eine Rechtsfrage und nicht eine medizinische Frage gewesen und das solle grundsätzlich so bleiben. Gemäss AG muss die Berücksichtigung der Aspekte des bisherigen leidensbedingten Abzugs in die medizinische Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit einfließen und diese Aufgabe komme nicht in jedem Fall dem Regionalärztlichen Dienst (RAD) zu. Die Formulierung solle dahingehend angepasst werden.

VD ist ebenfalls der Meinung, dass Einschränkungen bei der funktionellen Leistungsfähigkeit nicht in den medizinischen Bereich fallen. Ohne Kenntnis des Berufs können Ärztinnen und Ärzte die Leistungsfähigkeit nicht im Voraus bestimmen. Diese Aufgabe kommt der IV-Stelle bei der Feststellung geeigneter Tätigkeiten und erzielbarer Einkommen zu.

Begrüsst wird die Berücksichtigung der leidensbedingten Einschränkungen bei der Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit hingegen von LU und SH. LU macht allerdings darauf aufmerksam, dass sich in der Praxis bei den verschiedenen Akteuren (behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Gutachterinnen und Gutachter, RAD) bisher kein einheitliches Verständnis, sondern eine sehr heterogene Umsetzung zeige. Es wäre daher zu prüfen, ob der Gutachtensauftrag allenfalls in Bezug auf die funktionelle Leistungsfähigkeit angepasst werden solle.

Da die leidensbedingten Einschränkungen nun neu konsequent bei der Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit berücksichtigt werden, dürfe der bisherige maximale Abzug von 25 Prozent auch überschritten werden. Auch in diesem Zusammenhang ist gemäss LU darauf zu achten, dass eine entsprechende Berücksichtigung nachvollziehbar begründet und lege artis festgestellt werde. Eine rechtsgleiche Beurteilung sei zu gewährleisten.

VS ist der Meinung, dass es besser wäre, den Ausdruck «nachvollziehbar» zu streichen und nur das Kriterium der Begründung (ohne subjektive Beurteilung) beizubehalten, da der Ausdruck zu vage und subjektiv ist und zu unnötigen Streitigkeiten führen kann. UR weist darauf hin, dass der Begriff der «funktionellen Leistungsfähigkeit» im ATSG nicht definiert werde.

Gemäss der Suva ist zu erwarten, dass Artikel 26^{bis} Absatz 3 E-IVV auch für die Bestimmung des Einkommens mit Invalidität in der UV zu berücksichtigen sei. Deshalb wäre eine Ergänzung der UVV mit einer zu Artikel 49 Absatz 1^{bis} E-IVV analogen Bestimmung zu prüfen.

Der SAV bezweifelt, dass es sachgerecht sei, dem RAD die Bestimmung der leidensbedingten Einschränkungen zuzuweisen, da dies genaue Kenntnisse des Arbeitsmarkts voraussetze. Im Übrigen sei zu befürchten, dass die Bemessung des Invaliditätsgrads intransparenter würde, wenn die leidensbedingten Einschränkungen bereits im Rahmen der Festlegung der funktionellen Leistungsfähigkeit durch den RAD Berücksichtigung fänden. Der SAV ist deshalb der

Meinung, dass die leidensbedingten Einschränkungen weiterhin separat ermittelt werden sollen, während sich der RAD vorab mit medizinischen Fragestellungen befassen solle.

Der SSV fragt, wie sichergestellt werde, dass der RAD die leidensbedingten Einschränkungen konsequent berücksichtige. Bereits heute hätte bei der Frage des leidensbedingten Abzuges eine entsprechende Begründung in den IV-Akten vorliegen müssen, was aber in der Praxis weitestgehend gefehlt habe. Deshalb sei auch bei der Beurteilung der funktionalen Leistungsfähigkeit zwingend eine Dokumentation zu diesem Punkt in den IV-Akten zu hinterlegen (analog bisheriger Regelung zum leidensbedingten Abzug).

GPS, Travail.Suisse, AGILE.ch, IH und die obengenannten Organisationen der privaten Behindertenhilfe bzw. weiteren interessierten Organisationen, die sich den Ausführungen von AGILE.ch und IH angeschlossen haben, sind der Ansicht, dass die Prüfung der Auswirkung der Funktionsausfälle auf den Arbeitsplatz nicht allein eine medizinische Aufgabe sei. Um die Wertung von krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen in Bezug auf bestimmte Arbeitstätigkeiten und Arbeitsplätze vorzunehmen und die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit einzuschätzen, brauche es spezifische Arbeitsplatz- und Arbeitsmarktkennntnisse. Auch sei es wichtig, die Resultate aus durchgeführten Eingliederungsmassnahmen für die Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit und deren tatsächlicher Verwertbarkeit auf dem Arbeitsmarkt zu nutzen und so einen möglichst guten Übergang zwischen Eingliederung und Erwerbstätigkeit sicherzustellen. In diesem Zusammenhang verweisen sie auf Müller, Franziska; Liebrez, Michael; Schleifer, Roman; Schwenkel, Christof; Balthasar, Andreas (2020): Evaluation der medizinischen Begutachtung in der Invalidenversicherung. Luzern «und schlagen einen Zusatz im Artikel 49 Absatz 1^{bis} E-IVV in dem Sinn vor, dass bei der Festsetzung der funktionellen Leistungsfähigkeit der RAD eng mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, mit Fachpersonen aus der Arbeitsmedizin und der Eingliederung sowie mit Arbeitgebenden zusammenarbeiten soll.

Die Rechtsberatung UP beantragt eine Ergänzung von Artikel 49 Absatz 1^{bis} E-IVV dahingehend, dass für die Nachvollziehbarkeit die gleichen Anforderungen wie für Gutachten massgeblich sind (d.h. Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung, Kenntnis aller Vorakten, Widerspruchsfreiheit im RAD-Bericht selbst und Begründung von abweichenden Einschätzungen). Zudem ist sie der Ansicht, dass die fachliche Qualifikation eines RAD-Arztbes auf Verordnungsstufe Erwähnung finden sollte, damit beispielsweise nicht eine Orthopädin oder ein Orthopäde ein psychiatrisches Beschwerdebild beurteile.

Revision des Rentenanspruchs bei den Geburts- und Frühinvaliden (Übergangsbestimmung Bst. b)

SZ, OW, GL, GR, AG, TG, VS, NE und TI sowie die IVSK sind der Ansicht, eine Revision sei nur sinnvoll bei versicherten Personen, die noch keine ganze Rente beziehen. Zudem sei es unklar, wie sich der Sachverhalt bei Revisionen von «Frühinvaliden» nach dem 30. Altersjahr verhalte. Sie fragen, ob das Valideneinkommen nur dann angepasst werden könne, wenn ein anderer Revisionsgrund nach Artikel 17 ATSG vorliege. Es sei zudem unklar, wie es sich im Revisionsverfahren verhalte, wenn eine versicherte Person mit einer Ausbildung nach BBG bisher als Frühinvalid eingestuft wurde. Sie wünschen daher eine Präzisierung der Übergangsbestimmung. Auch JU ist der Meinung, dass der Wortlaut der Übergangsbestimmungen Fragen bezüglich der Frühinvaliden offen lässt.

Berücksichtigung der geleisteten AHV/IV-Beiträge bei der IV-Rentenerhöhung (Forderung nach einem neuen Art. 32^{ter} IVV)

AGILE.ch, IH und die obengenannten Organisationen der privaten Behindertenhilfe bzw. weiteren interessierten Organisationen, die sich den Ausführungen von AGILE.ch und IH angeschlossen haben, GPS und Travail.Suisse weisen darauf hin, dass Bezügerinnen und Bezüger einer Teilinvalidenrente, die teilerwerbstätig bleiben, weiterhin AHV/IV-Beiträge zu entrichten haben. Diese weiterhin geleisteten Beiträge seien bei einer späteren Verschlechterung des

Gesundheitszustandes und Erhöhung der IV-Rente aber nicht rentenwirksam. Als Berechnungsgrundlage für die IV- Rente gelte in einem solchen Fall nur das bei Eintritt der Teilinvalidität massgebende durchschnittliche Erwerbseinkommen.

Sie beantragen deshalb eine zusätzliche Verordnungsbestimmung in dem Sinn, dass die eingezahlten AHV/IV-Beiträge bei einer IV-Rentenerhöhung rentenwirksam werden, sofern dies für die Versicherten vorteilhafter ist.

3.6 Stellungnahmen zu Themenblock 6: Fallführung

3.6.1 Im Allgemeinen

Grundsätzlich erfährt die Fallführung eine hohe Zustimmung bei den Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser: Eine einheitliche und durchgehende Fallführung über den gesamten IV-Prozess hinweg wird als zielführend erachtet. Ebenso wird begrüsst, dass der rehabilitative und eingliederungsorientierte Bedarf sowie die gesundheitliche Situation im Fokus stehen und dass das Vorgehen auf die Ressourcen und Einschränkungen der versicherten Person abgestimmt wird. Positiv wird ausserdem vermerkt (Physioswiss und Weitere), dass das Zusammenspiel der verschiedenen medizinischen und beruflichen Massnahmen mit allen involvierten Leistungserbringern sorgfältig koordiniert und aufeinander abgestimmt werden soll.

Kritisch äussern sich einige Kantone und die IVSK, die im Verordnungsartikel festhalten wollen, dass die versicherten Personen keinen Rechtsanspruch auf eine Fallführung erheben können. Zudem möchten sie Teile des Verordnungsartikels auf Stufe Weisung verschieben. Dem gegenüber stehen Forderungen von Organisationen der privaten Behindertenorganisationen und weiteren interessierten Kreisen, die präzisierende Angaben zur Fallführung auf Verordnungsstufe wünschen.

3.6.2 Thema im Einzelnen

Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe e-ter E-IVV (aufgehoben)

Insgesamt gingen 3 Stellungnahmen ein.

BE und der SVV machen auf eine Inkongruenz zwischen dem Verordnungstext und dem erläuternden Bericht aufmerksam und fordern eine Korrektur.

ZH schlägt ein dynamisches Ressourcenmodell für die bei den IV-Stellen verfügbaren Mittel für die Fallführung vor.

Artikel 41a E-IVV Fallführung

Insgesamt haben 51 Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser eine Stellungnahme eingereicht.

Die Grundidee der Fallführung wird von allen Stellungnahmen begrüsst:

AGPP fordert beispielsweise, dass im Sinne einer objektiven Fallführung die fallführende Person nicht von finanziellen Interessen der Versicherung geleitet wird. Zielvorgaben finanzieller Art oder die Vorgabe einer Rentenquote für die IV-Stellen und damit indirekt für die Fallführenden seien abzulehnen. Ferner wird beanstandet, dass es unklar bleibt, welche beruflichen Qualifikationen zur Ausübung der Verantwortlichkeit in der Fallführung vorgesehen sind. Es wird befürchtet, dass es an ausreichend ausgebildetem Personal mangelt, das diese anspruchsvolle Aufgabe erfüllen kann. Die Kosek fordert eine gezielte Sensibilisierung der IV-Stellen und Fallführungsverantwortlichen für die spezifische Situation von Personen mit seltenen Krankheiten.

GL, GR, JU, NE, OW, SH, SZ, VS und die IVSK fordern einen neuen Absatz mit folgendem Inhalt: «Es besteht kein gesetzlicher Anspruch auf Fallführung.»

Absatz 2: GL, GR, JU, NE, OW, SH, SZ, VS und die IVSK fordern die ersatzlose Streichung der Bestandteile der Fallführung, d.h. von Bestandesaufnahme, Planung, Begleitung und Überwachung sowie Koordination. Die Rechtsberatungsstelle UP, die AGPP, die ZGPP und die FMPP fordern die Aufnahme eines zusätzlichen Punktes: «Die Versicherten werden regelmässig über den Stand und den Fortschritt der Fallbearbeitung informiert, mindestens alle drei Monate».

Absatz 3: Die Rechtsberatungsstelle UP, die AGPP, die ZGPP und die FMPP fordern die folgende Ergänzung: «[...] und streben eine konsensorientierte Fallführung mit der versicherten

Person und deren BehandlerInnen an. Sie fördern die gemeinsame Besprechung und Festlegung des Verfahrens und seiner Ergebnisse, insbesondere bei Verfahrensschritten von erheblicher Bedeutung und bei der Abklärung der beruflichen Leistungsfähigkeit». Physiotherapia Paediatrica und Physioswiss fordern eine Präzisierung der Ausdrücke «zwischen verschiedenen Akteuren» und «alle Akteure» im erläuternden Bericht.

Übernahme von Artikel 41a E-IVV in ATSV: Die DJS schlagen vor, die Fallführung in die ATSV zu integrieren, Artikel 41a E-IVV zu streichen und folgende Änderung vorzunehmen: «Übernahme von Art. 41a eIVV Abs. 1-3 und 5 mit Ausweitung auf sämtliche Versicherungsträger. Ergänzung Abs. 1: Sie führen die Fälle dialog- und kooperationsorientiert unter Einbezug und Mitwirkung der versicherten Person, deren behandelnden Fachleuten, Fachpersonal der beruflichen Eingliederung und weiteren Interessierten. Sie fördern die gemeinsame Besprechung und Festlegung des Verfahrens und seiner Ergebnisse, insbesondere bei Verfahrensschritten von erheblicher Bedeutung und bei der Abklärung der beruflichen Leistungsfähigkeit».

3.7 Stellungnahmen zu Themenblock 7: Verfahren und Begutachtung

3.7.1 Im Allgemeinen

Globalsynthese

Die vorgeschlagenen Regelungen hinsichtlich Verfahren und Begutachtung werden von der überwiegenden Mehrheit der Stellungnehmenden grundsätzlich begrüsst. Im Fokus der positiven Rückmeldungen stehen insbesondere die Bestimmungen zum Führen einer öffentlichen Liste über die beauftragten Sachverständigen, die Regelung der Anforderungen an die Sachverständigen und Gutachterstellen sowie die Schaffung einer eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung. Vielfach wurde jedoch zusätzlich auf Nachbesserungsbedarf und problematische Punkte hingewiesen, häufig unter Nennung konkreter Anpassungsvorschläge.

An der Einführung des Zufallsprinzips für bidisziplinäre Gutachten wurde neben positiven Würdigungen auch Kritik bis hin zu teilweiser Ablehnung geäussert. Für manche Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser ging der Vorschlag zu weit, für andere wurde er als nicht weitreichend genug erachtet. Generell wurde mehrfach gefordert, im Rahmen der vorgesehenen Regelungen und darüber hinaus die Empfehlungen aus der «Evaluation der medizinischen Begutachtung in der Invalidenversicherung», von INTERFACE Politikstudien Forschung Beratung und Universität Bern, vom 10. August 2020 (nachfolgend Expertenbericht) konsequent umzusetzen.

Synthese der Rückmeldungen zum ganzen Themenblock nach VNL-Kategorien

Zum Themenblock 7 sind insgesamt 93 Stellungnahmen eingegangen. Geäussert haben sich die Hälfte der Kantone, die GPS, die SPS, der Schweizerische Gemeindeverband (SGV) sowie der Schweizerische Städteverband (SSV), der SGB, Travail.Suisse, Versicherungsinstitutionen, knapp 50 Organisationen der privaten Behindertenhilfe (teilweise unter Verwendung einer Musterstellungnahme) sowie weitere interessierte Kreise. Unter letzteren finden sich insbesondere auch Fach- und Berufsverbände aus den Bereichen Begutachtung, Pflege, Medizin, Psychiatrie und Psychologie.

Wie oben bereits ausgeführt, wird ein Grossteil der Einzelthemen, wie beispielsweise die Anforderungen an die Sachverständigen und Gutachterstellen von der überwiegenden Zahl der Stellungnahmen in ihrer ganzen Breite begrüsst, oft unter Ergänzung von zusätzlichen Überlegungen und Vorschlägen, so von mehreren Kantonen, der GPS, dem SGV, dem SSV, den Dachverbänden der Wirtschaft, von Versicherungsinstitutionen sowie von Organisationen der privaten Behindertenhilfe und weiteren interessierten Kreisen. Einige Kantone, wie z.B. GR, verweisen auf die «mit den neuen Anforderungen an das Verfahren und an die Begutachtungen» benötigten personellen Ressourcen der IV-Stellen.

GPS, SGV und SSV, SGB sowie Organisationen der privaten Behindertenhilfe wie IH, cerebral, Pro Infirmis, pro audito und procap schätzen trotz grundsätzlicher Zustimmung die Einführung des Zufallsprinzips für bidisziplinäre Gutachten als zu kurz greifend ein und fordern, dieses auch auf monodisziplinäre Gutachten beziehungsweise auf Gutachten anderer Versicherungen auszudehnen. Dagegen sprechen sich mehrere Kantone wie auch die SIM, der MEDAS Verband und verschiedene Fachgesellschaften, wie die SVNP und die FSP, für die Beibehaltung des bisherigen Vorgehens und gegen die Zufallsvergabe bidisziplinärer Gutachten aus, da die Gefahr bestehe, dass sich die Anzahl verfügbarer Sachverständiger mit der Einführung der Zufallsvergabe reduziere. Die sonstigen vorgesehenen Massnahmen, die die Transparenz und Qualität erhöhen sollen, erachten sie als deutlich sinnvoller.

Generell wird insbesondere von GPS, SGV, SGB, Travail.Suisse sowie von einigen Organisationen der privaten Behindertenhilfe wie IH, Pro Infirmis, Fragile Suisse und PMS wiederholt gefordert, die Empfehlungen aus dem Expertenbericht konsequent umzusetzen. Insbesondere

seien Mehrfachbeschäftigungen und die Bildung von Verbänden unter den Gutachterstellen zu verhindern und der Empfehlung E5 aus dem Expertenbericht Beachtung zu schenken. Die organisatorische und wirtschaftliche Unabhängigkeit der Gutachterstellen sei zu kontrollieren und Transparenz bezüglich der für sie arbeitenden Gutachterinnen und Gutachter mittels Angaben über die Person, welche die Gutachten koordiniert, sicherzustellen. Einige kritische Stimmen, insbesondere die SPS, sehen die vorgesehenen Regelungen in diesem Sinne lediglich als einen ersten Schritt in die richtige Richtung. Die Behindertenorganisationen indes vermessen, das konsequente Angehen der im Expertenbericht genannten, sowohl der Öffentlichkeit als auch dem BSV bekannten Problematik der «schwarzen Schafe» unter den Gutachterinnen und Gutachtern sowie Gutachterstellen. Stellvertretend für eine Vielzahl weiterer Behindertenorganisationen hält IH fest: «Diese Sachverständigen müssen aus unserer Sicht konsequent überprüft und gegebenenfalls von der Gutachtertätigkeit für die IV ausgeschlossen werden.»

3.7.2 Themen im Einzelnen

Öffentliche Liste über die beauftragten Sachverständigen (Art. 41b E-IVV)

Zum Führen einer öffentlichen Liste über die beauftragten Sachverständigen sind insgesamt 77 Stellungnahmen eingegangen. Klare Regelungen in diesem Bereich werden im Grundsatz von allen Stellungnehmenden begrüsst. Die zahlreichen Rückmeldungen beinhalten verschiedenste ergänzende Überlegungen und Vorschläge zu den einzelnen Punkten, die mit der Verordnungsbestimmung geregelt werden sollen.

Teilweise wird das Anliegen vorgebracht, die Regelungen in Artikel 41 b Absatz 1 Buchstabe c Ziffer 3 und 4 E-IVV gänzlich zu streichen: AG und FR sowie Cemed sprechen sich für die Streichung der Erfassung der Anzahl Gutachten, die gemäss Ziffer 3 Gegenstand eines gerichtlichen Entscheids waren aus, da Aufwand und Nutzen dieser Erfassung nicht im Einklang stehen würden. Die Angabe der Gesamtvergütung gemäss Ziffer 4 wird von den dazu Stellungnehmenden, wie den meisten Kantonen, der IVSK und diversen Fachverbänden aus unterschiedlichen Gründen (gesetzliche Grundlage fehlt; Eingriff in die persönlichen Rechte der Sachverständigen; kein zusätzlicher Nutzen für die Beurteilung der Qualität der Gutachten noch deren Vergabe; aus administrativen Gründen, da die IV-Stellen, die die Liste führen, nicht über diese Informationen verfügen) nahezu einhellig zur Streichung empfohlen.

VD und AG verweisen auf den mit der Erhebung der Daten verbundenen Aufwand für die IV-Stellen. AG fordert daher die klare Definition der Daten, inkl. Verwendungszweck und der damit adressierten Wirkung, sowie die Schaffung einer digitalen Lösung.

Mit der Liste auszuweisende Angaben (Art. 41b Abs. 1 E-IVV)

Die Rechtsberatung UP regt bezüglich der Angaben unter Artikel 41b Absatz 1 Buchstabe b E-IVV an, dass für jede Gutachterstelle zusätzlich auch die beschäftigten Sachverständigen und deren Fachdisziplin aufzuführen seien. Es müsse nachvollziehbar sein, welche Expertin oder Experte wie viele der mono-, bi- und polydisziplinären Gutachten für welche Gutachterstelle verfassen.

Gemäss AG ist der Zeitpunkt der Erfassung gemäss Artikel 41b Absatz 1 Buchstabe c Ziffer 1 E-IVV zu präzisieren, beispielsweise bei Vergabe des Auftrags versus bei Eingang des in Auftrag gegebenen Gutachtens. AG weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass lediglich dann ein Bezug zur sachverständigen Person oder zur Gutachterstelle bestehen würde, wenn die Erfassung beim Eingang des Gutachtens erfolgen würde. LU möchte an dieser Stelle den Begriff «Anzahl Gutachten» präzisiert haben, etwa ob dabei auch Gutachten, auf die nicht abgestellt wurde oder Verlaufsgutachten gemeint seien. Gemäss SVNP und FSP sei bei den mono- und bidisziplinären Gutachten eine stichwortartige Begründung zu Wahl des Sachverständigen anzugeben.

Diverse Rückmeldungen gab es zur Angabe der attestierten Arbeitsunfähigkeiten (AUF) gemäss Artikel 41b Absatz 1 Buchstabe c Ziffer 2 E-IVV. Gemäss GL, GR, OW, TG, AG, NE und der IVSK ist die attestierte AUF im Aufgabenbereich wenig aussagekräftig, da diesbezüglich die Abklärungen vor Ort massgebend seien. Für AG wäre zu präzisieren, ob es um die attestierte AUF pro Fachspezialistin resp. Fachspezialist oder pro Gutachterstelle geht. In diesem Zusammenhang regt auch GE an zu klären, ob bei polydisziplinären Gutachten die Gutachten der einzelnen Sachverständigen als Einzelgutachten verstanden werden, wenn das Gesamtgutachten bereits bei der Anzahl der der Gutachterstelle erteilten Mandate berücksichtigt worden ist. LU würde eher von der Arbeitsfähigkeit als von der Arbeitsunfähigkeit sprechen. Für FR und SZ wie auch für CEML ist die attestierte AUF weder zur Sicherung der Qualität eines Gutachtens noch hinsichtlich einer Aussage zur Fallkomplexität relevant. Die Rechtsberatung UP bemerkt, dass neben den quantitativen keine qualitativen Aspekte der Einschränkungen erfasst würden.

Gemäss SVNP und FSP sollte berücksichtigt werden, dass es Fälle geben kann, in denen die AUF aufgrund der Befundlage nicht attestierbar ist. Die FSP verweist dabei zudem auf die für Neuropsychologinnen und Neuropsychologen häufig bereits vorselektionierten Gutachtensaufträge im Bereich Beschwerdenuvalidierung, die dazu führen könnten, dass sie in der Statistik «speziell negativ auffallen».

Auch zur Angabe der Anzahl Gutachten, die gemäss Artikel 41b Absatz 1 Buchstabe c Ziffer 3 E-IVV Gegenstand eines rechtskräftigen Gerichtsentscheids waren, gibt es ergänzende Vorschläge: SVNP und FSP regen beispielsweise an, es sei anzugeben, aus welchem Grund das Gutachten Gegenstand eines Verfahrens war, etwa ob dieses von einem Gericht beauftragt wurde oder ob das Gutachten selbst aufgrund seiner strittigen Qualität Gegenstand des Verfahrens war.

Für Travail.Suisse, IH, cerebral, Pro Infirmis, pro audito, procap und weitere Organisationen der privaten Behindertenhilfe ist der Zeitpunkt, in welchem ein solches Gutachten zu zählen ist, unklar, beispielsweise ob es dabei um das Datum des Gutachtens oder der angefochtenen Verfügung oder des Urteils geht. Gemäss LU ist «für die Beweiskraft eines Gutachtens nicht der Zeitpunkt der Erstellung, sondern der Zeitpunkt des Verfügungserlasses, vorbehaltlich des Novenrechts, massgebend». So könne einem bei Erstellung schlüssigen und widerspruchsfreien Gutachten die Beweiskraft aufgrund der zeitlichen Latenz bzw. nachträglich eingegangenen medizinischen Unterlagen abgesprochen werden. Da der Aufwand für diese Erfassung nicht dem Nutzen bezüglich Qualitätsbeurteilung des Gutachtens entspreche, sind AG und FR sowie Cemed dafür, die Ziffer 3 zu streichen.

Die Angabe der Gesamtvergütung gemäss Artikel 41b Absatz 1 Buchstabe c Ziffer 4 E-IVV wird nahezu einhellig zur Streichung empfohlen, so beispielsweise von GL, LU, FR, JU, SZ, GR, TI, OW, TG, NE und VS sowie der IVSK, welche ausführt: «Aufgrund des automatisierten Zahlungsprozesses sind diese Daten auch nicht bei den IV-Stellen vorhanden, sondern bei der ZAS». AG befürchtet, dass die «günstigeren» Gutachterinnen und Gutachter höhere Vergütungen geltend machen könnten, was zu einer Kostensteigerung führe. Cemed ist der Auffassung, es sei dafür keine Rechtsgrundlage vorhanden. Dies sehen auch SVNP, SIM, FSP und MEDAS Verband so und befürchten eine Persönlichkeitsrechtsverletzung. «Eine derartige Veröffentlichung kann nicht im öffentlichen Interesse liegen, da es wiederum Nährboden für nicht sachgerechte Diskussionen bietet», so der MEDAS-Verband. Der Rückschluss von der Gesamtvergütung auf Gefälligkeitsgutachten oder wirtschaftliche Abhängigkeit dürfe kein unreflektierter Automatismus werden. Gemäss CEML würde auch die Arbeit anderer Partnerinnen und Partner der IV nicht an ihren Honoraren gemessen, z.B. behandelnde Ärztinnen und Ärzte, die unabhängig von der Qualität der von ihnen gelieferten Arztberichte ihre Vergütung erhalten. Die begutachtenden Sachverständigen würden sich mit der Veröffentlichung dieser Daten in der Verantwortung einer ganzen Verwaltung wiederfinden.

Erfassung nach Kalenderjahr (Art. 41b Abs. 2 E-IVV)

AG weist darauf hin, dass bei einer grossen Anzahl von Gutachten der Gutachtensauftrag und der Eingang des Gutachtens bei der IV-Stelle nicht im gleichen Kalenderjahr erfolgen, so dass kein Bezug der entsprechenden Daten zueinander bestehe. Gleiches betreffe auch die Gutachten, die Gegenstand eines rechtskräftigen Entscheids waren.

Veröffentlichung einer gesamtschweizerischen Übersicht (Art. 41b Abs. 3 E-IVV)

LU ist der Meinung, das BSV solle die Liste zentral und einheitlich führen. Gemäss Organisationen der privaten Behindertenhilfe, wie IH, Muskelkrank, insieme, cerebral, CAB, debra, procap, Lungenliga, avanti donne, SZBLIND, Schweiz. Blindenbd, Sonos, Aids-Hilfe sollte die Liste vierteljährlich aktualisiert werden.

SIM, SVV, SVNP, FSP und MEDAS Verband schlagen vor, dass das BSV eine gesamtschweizerische Übersicht gestützt auf die Listen der IV-Stellen zuhanden der Eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung erstellen soll. Die Kommission würde die Daten mittels Analyse aufbereiten, anschliessend dazu einen Bericht veröffentlichen und damit die Liste zur Veröffentlichung durch die IVST und durch das BSV freigeben (vgl. nachfolgend, unter Art. 7n Abs. 1 E-ATSV). Eine direkte Veröffentlichung der Listen berge die Gefahr einer wenig sachgerechten Diskussion und damit allenfalls einer Polarisierung.

Zufallsprinzip für bidisziplinäre Gutachten (Art. 72^{bis} Abs. 1 E-IVV)

Zur Einführung der Vergabe bidisziplinärer Gutachten mittels Zufallsprinzip sind insgesamt 74 Stellungnahmen eingegangen. Mehrheitlich wird die Zufallsvergabe auch von bidisziplinären Gutachten begrüsst, insbesondere seitens eines Teils der Kantone, der IVSK und der überwiegenden Anzahl der Behindertenorganisationen. Diese zustimmenden Rückmeldungen werden von verschiedensten ergänzenden Vorschlägen begleitet.

Verschiedene Versicherungsinstitutionen und weitere interessierte Organisationen, wie die SIM, der MEDAS-Verband, die Suva und die FMPP, stehen dem Anliegen eher ablehnend gegenüber und fordern, das jetzige Vorgehen beizubehalten.

Zustimmung mit ergänzenden Vorschlägen

LU, OW, GL, GR, TG, TI, VS, NE und die IVSK begrüssen die Einführung des Zufallsprinzips bei bidisziplinären Gutachten, jedoch grösstenteils mit dem Vorbehalt, dabei die regionale Verteilungsregelung beizubehalten. AG schlägt vor, dass im bidisziplinären Bereich in Zukunft auch Gutachtertandems, und nicht ausschliesslich Gutachterstellen, zugelassen sein sollten. Dies wäre auch für Behindertenorganisationen wie etwa IH, NOVEOS, Pro Infirmis und Pro Mente Sana wünschenswert.

GE befürchtet mindestens in der Einführungsphase eine Überlastung der Gutachterstellen. Die IVSK regt daher eine Übergangsphase bei der Umsetzung an, da die Weiterentwicklung der SuisseMED@P-Plattform eine gewisse Zeit benötige.

GPS, SGV, SSV, SGB sowie IH, Pro Infirmis, Fragile Suisse, PMS und zahlreiche weitere Behindertenorganisationen begrüssen die Zufallsvergabe bidisziplinärer Gutachten. Allerdings wird beispielsweise vom SSV, von IH, GELIKO, insieme Schweiz und Procap gefordert, das Zufallsprinzip für alle Gutachtensarten, somit auch für monodisziplinäre Gutachten, einzuführen. Für andere, wie etwa für NOVEOS, Pro Infirmis und PMS wäre es wünschenswert, wenn die Zufallsvergabe für bidisziplinäre und polydisziplinäre Gutachten auf alle Sozialversicherungsbereiche ausgedehnt werden würde. Letzteres unterstützt u.a. auch der SGV. IH - stellvertretend für viele andere Behindertenorganisationen – schreibt darüber hinaus: «Mehrfachbeschäftigungen und die Bildung von Verbänden unter den Gutachterstellen sind zu verhindern und die Empfehlungen E5 aus dem Expertenbericht sind konsequent umzusetzen». Weiter sei die organisatorische und wirtschaftliche Unabhängigkeit der Gutachterstellen zu kontrollieren und Transparenz bezüglich der für sie arbeitenden Gutachterinnen und Gutachter mittels Angaben über die Person, welche die Gutachten koordiniert, sicherzustellen.

Gründe für die Beibehaltung des Status Quo

SZ, SH, NW sprechen sich für die Beibehaltung des bisherigen Vorgehens aus. FMPP, ZGPP, AGPP und Dr. Begle halten fest: «Eine Zufallsvergabe, auch bei bidisziplinären Gutachten, kann eine tendenziöse Vergabe von Gutachten durch die IV-Stellen verhindern. Die Zufallsvergabe entspricht aber keiner wirksamen Antwort auf Gutachten mit inhaltlichen Mängeln. Es darf nicht sein, dass Versicherungsnehmer durch ein lotterieähnliches Zufallsprinzip von einem mangelhaften Gutachten betroffen werden. Ein Einigungsverfahren ist daher der Zufallsvergabe vorzuziehen». Für die Sicherstellung genügender Qualität und Tiefe sei ausserdem eine aufwandsgemässe Vergütung vorzusehen.

SIM und MEDAS Verband, wie etwa auch SVNP und FSP bringen eine Anzahl von Argumenten vor, die für die Beibehaltung der heutigen Vergabep Praxis sprechen. Unter anderem sehen sie die Gefahr der Reduktion der Anzahl verfügbarer Sachverständiger, nachdem es bereits heute an Begutachtenden bestimmter Fachdisziplinen mangle. Dies dürfte sich in Zukunft verstärken, wenn sich Sachverständige aus diversen Gründen nicht an ein Institut binden möchten. Eine Limitierung auf Sachverständige, die für eine Gutachterstelle tätig sind, würde ausserdem die Gefahr der «Gleichschaltung» bergen und gefährde den Anspruch, dass Gutachterinnen und Gutachter möglichst auch in der Patientenversorgung tätig sind. Die Vergabe an Sachverständige mit spezifischen Kenntnissen für die jeweilige fallspezifische Fragestellung wird durch das Zufallsprinzip verhindert. Die anderen vorgesehenen Massnahmen, die die Transparenz und Qualität erhöhen sollen, seien daher deutlich sinnvoller als die Zufallsvergabe bidisziplinärer Gutachten. Gemäss der Suva wäre eine Zufallsvergabe im Bereich der UV nicht sinnvoll, da üblicherweise Fachärztinnen und Fachärzte involviert seien, die je nach Verletzungsart spezifische Kenntnisse aufweisen müssen.

Einigungsversuch (Art. 7j E-ATSV)

Insgesamt gingen 75 Stellungnahmen zum Einigungsversuch bei der Wahl von Sachverständigen ein. Für die meisten Vernehmlassungsteilnehmenden ist der Vorschlag, den Einigungsversuch erst zum Zuge kommen zu lassen, wenn ein Ausstandsgrund vorliegt, nicht akzeptabel.

ZH, UR und BS beanstanden die Art und Weise, wie das Einigungsverfahren in der Verordnung geregelt ist. Für OW, GL, GR, VS, NE, TG und JU ist der Wortlaut in Absatz 1 nicht eindeutig, weshalb sie eine Klarstellung verlangen. ZH und BS fordern, dass das im Expertenbericht festgehaltene Verfahren übernommen wird. Für SZ ist davon auszugehen, dass Einigungsversuche restriktiver gehandhabt werden.

Die GPS und Organisationen der privaten Behindertenhilfe wie graap, hiki, agile, IH, Pro Infirmis, pro audito, insieme Schweiz, PMS, aber unter anderem auch die FMPP, ZGPP, AGPP und Dr. Begle fordern, dass bei der Wahl einer oder eines Sachverständigen das im Expertenbericht empfohlene Verfahren übernommen wird. Sie verlangen insbesondere, dass die oder der Sachverständige anhand einer Vereinbarung zwischen den Parteien bezeichnet wird. Komme zwischen der versicherten Person und der Durchführungsstelle keine Einigung zustande, sei ein gemeinsames Gutachten von zwei Sachverständigen zu erstellen. Procap schlägt ein ähnliches Verfahren vor, ist jedoch der Ansicht, dass die Durchführungsstelle in Fällen, in denen keine Einigung zustande kommt, die oder den Sachverständigen auswählen und der versicherten Person die Möglichkeit geben soll, Ablehnungsgründe geltend zu machen. Rechtsberatung UP schlägt hingegen vor, das Gutachten nach dem Zufallsprinzip zu vergeben, wenn im Vorfeld keine Einigung erzielt werden kann.

FSP, SVNP, SVV, OG SH, Suva und SIM schlagen eine Umformulierung von Absatz 1 vor und sprechen sich für einen Einigungsversuch aus, wenn die Einwände der versicherten Person keinen Ausstand begründen. Die IVSK schlägt ein solches Verfahren vor, wenn die versicherte Person die Ernennung der oder des Sachverständigen ablehnt.

Tonaufnahme des Interviews (Art. 7k E-ATSV)

Insgesamt 87 Stellungnahmen gingen zur Bestimmung ein, die die Einzelheiten der Tonaufnahmen bei Interviews im Rahmen der gutachterlichen Untersuchungen regelt. Die meisten Teilnehmenden begrüßten dieses neue Instrument, mit dem die Transparenz von Gutachten erhöht werden soll. In Bezug auf die Umsetzung herrschte jedoch keine Einigkeit.

UR, SZ, OW, GL, SH, GR, TG, NE sowie FMH, FSP, SVNP, Suva, SVV, SIM, IVSK, OG SH, MEDAS Verband und die Gutachterstelle SMAB verlangen, dass der Begriff «Interview» in der Verordnung zu präzisieren sei.

Die Organisationen der privaten Behindertenhilfe wie IH, pro audito, AGILE.ch, Pro Infirmis sowie Travail.Suisse schlagen vor, dass Versicherte bei Interviews mit Übersetzung in Gebärdensprache eine Video- anstelle einer Audioaufzeichnung verlangen können.

Informieren der versicherten Person (Art. 7k Abs. 1 E-ATSV)

Die Organisationen der privaten Behindertenhilfe wie IH, Pro Infirmis und Procap sowie SPI-TEX schlagen vor, die Versicherten nicht nur darüber zu informieren, dass die Gespräche aufgezeichnet werden und dass sie auf die Tonaufnahme verzichten können, sondern auch über den Zweck und die mögliche Verwendung dieser Aufnahmen.

Verzicht (Art. 7k Abs. 2 E-ATSV)

Der Entwurf sieht vor, dass die versicherte Person ihre Entscheidung, auf eine Tonaufnahme zu verzichten, dem Versicherer oder im Rahmen des Interviews direkt der beziehungsweise dem Sachverständigen mitteilen kann. SZ, OW, GL, SH, GR, TG, VS, NE, IVSK, MEDAS Verband sowie die Gutachterstellen CEMEDEX und SMAB sind der Ansicht, dass der Verzicht einzig dem Versicherer mitgeteilt werden kann. Sie befürchten insbesondere, dass die oder der Sachverständige die versicherte Person beeinflusst oder unter Druck setzt und dass das Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient beeinträchtigt werden könnte. Aus den gleichen Gründen verlangen die Organisationen der privaten Behindertenhilfe wie IH, Procap und hiki die Möglichkeit zu streichen, der oder dem Sachverständigen den Verzicht kurz vor oder kurz nach dem Gespräch mitzuteilen. Gemäss FMH, FSP, SVNP und SIM ist abzulehnen, dass der oder die medizinische Sachverständige eine Verfahrensvollzugsaufgabe übernimmt. Rechtsberatung UP schlägt stattdessen vor, dass alle Interviews aufgezeichnet werden und dass die versicherte Person die Möglichkeit erhält, zu entscheiden, ob die Tonaufnahme im Laufe des Verfahrens verwendet werden soll.

Für die Suva erscheint es als sachgerecht, den Verzicht auf die Aufnahme auch während des Interviews erklären zu können. Die Gutachterstelle CEML schlägt vor, der versicherten Person mehr Zeit einzuräumen, um sich der Tragweite der Tonaufnahme bewusst zu werden. Cemed spricht sich dafür aus, den versicherten Personen die Möglichkeit einzuräumen, Teile des Interviews nicht aufzuzeichnen, wenn sie dies wünschen.

Die Organisationen der privaten Behindertenhilfe wie IH, pro audito, AGILE.ch, Pro Infirmis sowie Travail.Suisse nehmen zur Verordnungsbestimmung wie folgt Stellung: «Ein Verzicht auf die Tonaufnahme kann auch unmittelbar nach dem Interview bei der oder dem Sachverständigen erfolgen. In diesem Fall darf die Tonaufnahme solange nicht gelöscht oder an den Versicherungsträger weitergeleitet werden, bis die versicherte Person ihren Verzicht gegenüber dem Versicherungsträger schriftlich bestätigt hat. Unmittelbar vor der Untersuchung ist ein Verzicht auf die Tonaufnahme nicht zulässig.»

Nach Meinung des SVV muss es im Sinne der Rechtssicherheit und der Praktikabilität klare Verfahrensregeln geben, die nicht kurz vor oder nach der Begutachtung geändert werden können. So sollen Versicherte dem Sozialversicherer den Verzicht auf die Tonaufnahme vor dem Interview mitteilen müssen.

Mehrere Kantone (SZ, OW, NW, GR, TG, VS, NE) sowie die IVSK beantragen, ein einheitliches Formular für die Verzichtserklärung einzusetzen.

Technische Vorgaben (Art. 7k Abs. 3 E-ATSV)

Suva, SIM, SVV, FSP, SVNP, FMPP, ZGPP, der MEDAS Verband und die Gutachterstellen SMAB und CEMEDEX verlangen, dass präzisiert wird, dass die technischen Vorgaben der einzelnen Versicherer vereinheitlicht werden sollen, damit die Sachverständigen nicht unterschiedliche technische Vorgaben erfüllen müssen.

Länge des Interviews (Art. 7k Abs. 4 E-ATSV)

FSP, SVNP sowie die Suva schlagen vor, Absatz 4 zu ergänzen und eine Bestätigung allfälliger Pausen während des Interviews vorzusehen.

Prüfung der Tonaufnahme (Art. 7k Abs. 5 E-ATSV)

Für SH, AG und OG SH erscheint eine Überprüfung der gesamten Tonaufnahme nach dem Interview nicht angemessen. Sie sind – wie FMH, Suva, SVV, SIM, FSP und SVNP – der Meinung, dass die oder der Sachverständige vor Beginn des Interviews sicherstellen muss, dass die Aufzeichnung des Interviews lückenlos und technisch korrekt erfolgt.

SH, OG SH und Rechtsberatung UP stellen fest, dass in der Bestimmung nichts zu den Folgen erwähnt wird, wenn die Tonaufnahme unvollständig oder technisch nicht korrekt ist. Für Rechtsberatung UP wäre eine Wiederholung unverhältnismässig. Allerdings wäre das Fehlen der Aufnahmen bei der Beurteilung des Gutachtens zu berücksichtigen. Nach Ansicht der Gutachterstelle CEML darf ein technisches Problem nicht dazu führen, dass der Bericht nicht anerkannt wird. Das Prinzip sei unverhältnismässig und verursache sehr hohe individuelle und kollektive Kosten. Suva, SVV, SIM, FSP, SVNP und der MEDAS Verband weisen darauf hin, dass das Wiederholen des Interviews die fehlende Dokumentation des ersten Versuchs nicht ersetzen kann. Cemed ist der Ansicht, dass es nicht möglich ist, das Gespräch zu wiederholen, da dies den Aussagewert des Gutachtens beeinträchtigen würde.

Zugang zur Tonaufnahme (Art. 7k Abs. 6 E-ATSV)

Gemäss Artikel 44 Absatz 6 ATSG werden die Tonaufnahmen im Dossier des Versicherers aufbewahrt. GL, BS, SH, GR, TG, VS, NE, JU sowie IVSK, OG SH, Suva, FMPP, AGPP und Dr. Begle sind der Meinung, dass Tonaufnahmen demnach wie die anderen Unterlagen behandelt werden und allen zur Verfügung stehen müssen. Sie fordern deshalb die Aufhebung der im Entwurf vorgesehenen Zugangsbeschränkung.

Für AG muss präzisiert werden, dass die Tonaufnahmen nur dann zur Verfügung gestellt werden, wenn im Einsprache-/Einwandverfahren konkrete relevante Einwände geltend gemacht werden können. Suva und SSV sind indes der Meinung, dass, wenn eine versicherte Person bereits nach dem Gutachten Einwände erhebt, der Versicherer die Tonaufnahme nutzen können sollte, um bereits vor der Zustellung des Vorbescheids den Beweiswert des Gutachtens zu prüfen.

Für BE sind die Zugriffe auf die Tonaufnahmen deshalb gemäss Artikel 10 Absatz 1 der Verordnung zum Bundesgesetz über den Datenschutz (VDSG) zu protokollieren.

Für FSP, SVNP, SVV und die Gutachterstelle CEML muss definiert werden, wer berechtigt ist, die Tonaufnahmen abzuhören. DJS, SPITEX, CEML und die Organisationen der privaten Behindertenhilfe wie hiki, IH, NOVEOS, Pro Infirmis, VASOS/FARES und Procap verlangen zudem, dass sich die versicherte Person die Tonaufnahme jederzeit anhören darf. Rechtsberatung UP schlägt vor, dass die Tonaufnahmen nur mit Einwilligung der versicherten Person abgehört werden dürfen.

Aufbewahrung der Tonaufnahmen

Für OW, GL, SH, GR, TG, VS, NE, JU sowie IVSK impliziert die derzeitige Formulierung von Artikel 7k Absatz 6 ATSV, dass die Tonaufnahmen über einen langen Zeitraum aufbewahrt werden müssen, wie dies bei anderen Unterlagen der Fall ist. Für die Aufbewahrung der Tonaufnahmen seien erhebliche technische Investitionen nötig, was hohe Mehrkosten verursache.

Tonaufnahmen sollten deshalb ihrer Meinung nach analog wie Observationsmaterial gehandhabt werden.

Anforderungen an Sachverständige und Gutachterstellen (Art. 71 E-ATSV)

Zu den vorgesehenen Regelungen bezüglich der Anforderungen an Sachverständige und Gutachterstellen sind insgesamt 75 Stellungnahmen eingegangen. Klare Regelungen bezüglich der Anforderungen an Sachverständige und Gutachterstellen werden im Grundsatz von allen Stellungnehmenden begrüsst. Die zahlreichen Rückmeldungen beinhalten verschiedenste ergänzende Überlegungen und Vorschläge zu den einzelnen Punkten, die mit der Verordnungsbestimmung geregelt werden sollen.

Grundsätzliche Anmerkungen

Versicherungsinstitutionen wie die Suva, SVV und SIM, aber auch Organisationen der privaten Behindertenhilfe, wie der Verein Morbus Wilson, dravetsuisse und Pro Raris, sowie diverse Gutachterstellen wie CEMEDEX geben generell zu bedenken, dass die Anforderungen nicht zu restriktiv formuliert sein sollten. Einerseits um nicht einen Mangel an zugelassenen Sachverständigen zu provozieren, andererseits müsse es beispielsweise bei seltenen Krankheiten möglich sein, Expertinnen und Experten mit dem nötigen Fachwissen aus dem Ausland hinzu zu ziehen.

Die SIM und die FMH fordern, dass auch für RAD-Ärztinnen und -Ärzte fachliche Anforderungen vorzusehen seien, da diese unter anderem die Gutachten zu beurteilen hätten. Die Rechtsberatung UP ergänzt, es sei «sicherzustellen, dass im RAD nur Fachärzte derjenigen Fachrichtungen die Gutachten überprüfen, in denen die Gutachten auch erstellt wurden».

Nachdem die fachlichen Anforderungen an die Gutachterinnen und Gutachter erhöht werden (Art. 71 E-ATSV), erscheint es für SH und das Obergericht des Kantons Schaffhausen unabdingbar, dass auch die RAD-Ärztinnen und Ärzte fachliche Vorgaben zu erfüllen haben. Es mache wenig Sinn, die Anforderungen an Sachverständige hoch anzusetzen, wenn deren Expertisen letztlich von erheblich weniger gut qualifizierten RAD-Ärztinnen und Ärzten beurteilt und allenfalls als nicht verwertbar erachtet würden.

Grundlegende Anforderungen an Medizinische Sachverständige gemäss Art. 71 Abs. 1 Bst. c und d E-ATSV

Gemäss UR, ZH, SO, der IVSK und der FMH ist die Anforderung der klinischen Erfahrung von mindestens fünf Jahren gemäss Artikel 71 Absatz 1 Buchstabe d E-ATSV offener zu fassen. Der Erwerb der klinischen Erfahrung soll nicht nur in leitender spitalärztliche Stellung oder in einer Arztpraxis möglich sein.

Bezüglich der Berufsausübungsbewilligung gemäss Artikel 71 Absatz 1 Buchstabe c E-ATSV fordern SVV, Suva und SIM, dass die Bestimmung so zu formulieren sei, dass Spitalärztinnen und -ärzte nicht von einer Gutachtertätigkeit ausgeschlossen werden.

SVV, SIM, MEDAS Verband, SMAB und CEMEDEX empfehlen, diese Bestimmung gänzlich zu streichen, weil sie die ohnehin schwierige Nachwuchsförderung weiter einschränken dürfte. Dies auch deshalb, weil alle Fachärztinnen und Fachärzte vor Erwerb ihres Facharztstitels mindestens fünf Jahre klinische Erfahrung sammeln müssen. SO weist ebenfalls im Sinne der Nachwuchsförderung darauf hin, dass es möglich sein sollte, dass «zwei Personen die Begutachtung durchführen, jedoch nur eine die Voraussetzungen erfüllt». Unter anderem von SH und AG sowie von PMS und der FMH wird hervorgehoben, dass generell mindestens zwei Jahre der Praxistätigkeit in der Schweiz erfolgt sein sollten.

Die GPS, Organisationen der privaten Behindertenhilfe wie graap, hiki, agile, IH, Pro Infirmis, pro audito, insieme Schweiz, PMS, aber unter anderem auch die FMPP, ZGPP, AGPP und Dr. Begle fordern, dass die Sachverständigen parallel zu ihrer Gutachtertätigkeit weiterhin kli-

nisch tätig sein sollten. Gemäss graap, hiki, Pro Infirmis, Pro Auditio und anderen Behindertenorganisationen ist zudem die Anzahl der jährlichen Gutachten pro Expertin oder Experten zu limitieren.

Zertifizierung durch die SIM gemäss Artikel 71 Absatz 2 E-ATSV

GPS, Suva, Organisationen der privaten Behindertenhilfe wie IH, graap, agile, pro auditio, GREA-CRIAD, Pro Infirmis, sowie weitere Interessierte, wie SGV, mfe, SGAIM, der MEDAS-Verband und die Rechtsberatung UP, würden begrüssen, dass bezüglich Zertifizierung der Sachverständigen neben der SIM-Ausbildung auch gleichwertige Fähigkeitstitel anerkannt werden. Die Kompetenz zum Entscheid, welche dies sein sollten, müsse der Aufsichtsbehörde obliegen, ergänzt hierzu AG.

Gemäss CHUV und Universitätsspital BS sind unter Berücksichtigung ihres spezifischen Weiterbildungsstatus Chefärztinnen und -ärzte sowie leitende Ärztinnen und Ärzte von Universitätskliniken generell von dieser Regelung auszunehmen. FSP, SVNP, SIM und FMH regen an, dass Eidgenössisch anerkannte Neuropsychologinnen und Neuropsychologen ebenfalls über das Zertifikat der SIM oder einen äquivalenten Qualifikationsnachweis verfügen sollten.

CEML fordert, die aktuelle SIM-Ausbildung auf die künftigen Anforderungen hin zu überprüfen und allenfalls zu überarbeiten, unter anderem hinsichtlich der Ausbildungsziele und schlussendlich auch in Bezug auf Inhalt, Dauer und Kosten.

Cemed gibt zu bedenken, dass von Sachverständigen, die ihre gutachterliche Tätigkeit seit vielen Jahren ausüben, nicht verlangt werden könne, einen Grundlehrgang zu absolvieren, der nach zwei Jahren mit einer zu bestehenden Prüfung abzuschliessen ist. Auch VD fordert unter diesem Aspekt die Berücksichtigung einer Äquivalenz oder aber eine Übergangszeit, um das Zertifikat erwerben zu können.

Weitere grundlegende praktische und organisatorische Aspekte, unter anderem die Ausbildungsdauer und die Kapazitäten der SIM, werden von Suva, SIM, SGAIM, mfe, und FMH angeführt, um das Anliegen zu unterstreichen, dass die bereits im Verordnungsentwurf vorgesehene Übergangsfrist nicht drei, sondern vier oder fünf Jahre dauern sollte. FSP und SVNP gehen dabei mit einem Vorschlag für eine sogenannte «Qualifizierungsphase» noch weiter. Danach sollten gutachterlich tätige Ärztinnen und Ärzte nicht nur im Rahmen einer Übergangsregelung, sondern auch junge Fachärztinnen und -ärzte innerhalb einer Frist von vier Jahren nach Erhalt des Facharztstitels, und somit vor Erwerb der Zusatzqualifikation, Gutachten erstellen können, wenn sie sich dazu bei der Kommission zur Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung registrieren und sich regelmässig supervisieren lassen. Dies vor dem Hintergrund, dass junge Ärztinnen und Ärzte nach Abschluss der Facharztausbildung eine ausreichende Praxis in der Erstellung von Gutachten erzielen sollten, bevor sie einen Ausbildungsabschluss wie den der SIM erlangen können.

Zustellung von Unterlagen gemäss Artikel 71 Absatz 4 E-ATSV

Gemäss SO sollten die Unterlagen neben den Versicherungsträgern und Durchführungsorganen auch den Gerichten zugestellt werden. SIM und FMH weisen darauf hin, dass das Auskunftsrecht über diese Unterlagen auch versicherten Personen zustehe.

IH, GELIKO, agile, PMS und andere Behindertenorganisationen plädieren dafür, die Unterlagen einer dazu vorab klar zu definierenden schweizweit zuständigen Stelle, der auch die Prüfung der fachlichen Anforderungen und der Qualitätsvorgaben obliegt, zuzustellen. Dieser Stelle solle auch die Aufgabe zukommen, die daraus hervorgehenden Informationen zu konsolidieren und im Ergebnis der Eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung zukommen zu lassen, um dieser ihre Kontrollaufgaben zu erleichtern. Wünschenswert sei in diesem Zusammenhang, die zugelassenen Sachverständigen auf einer öffentlich einsehbaren, schweizweiten Liste zu führen.

Schaffung einer Eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (Art. 7m und 7n E-ATSV)

Zur Zusammensetzung der Eidgenössischen Kommission zur Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (Kommission) (Art. 7m E-ATSV) sind insgesamt 80 Stellungnahmen eingegangen, zur Aufgaben der Kommission (Art. 7n E-ATSV) 63 Stellungnahmen. Die Schaffung dieser Kommission wird im Grundsatz von allen Stellungnehmenden begrüsst. Die zahlreichen Rückmeldungen beinhalten verschiedenste ergänzende Überlegungen und Vorschläge zu den einzelnen Punkten, die mit den entsprechenden Verordnungsbestimmungen geregelt werden sollen.

Grundsätzliche Anmerkungen zur Ausgestaltung der Kommission

UR sowie IVSK, SIM, Suva und FSP weisen grundsätzlich darauf hin, dass zu regeln sei, wer die Kommissionsmitglieder wählt. Beispielsweise könnten dies das EDI oder der Bundesrat sein.

Verschiedene Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser, so AG, die SIM, der MEDAS Verband, der SVNP, die FMH, die FSP und CEML, fordern, dass es klare Angaben zur Fachqualifikation und zum Anforderungsprofil der Kommissionsmitglieder geben müsse. Etwa, dass diese über ein hohes Fachwissen und Erfahrungen in der Erstellung, Qualitätssicherung, und -beurteilung von medizinischen Gutachten sowie sehr gute Kenntnisse des schweizerischen Sozialversicherungssystems mitbringen müssten. Auch solle die Kommission gemäss SIM, SVNP und FSP über möglichst weitreichende Kompetenzen verfügen. Die ZGPP gibt zu bedenken, dass angesichts der hohen vorausgesetzten fachlichen Anforderungen sowie der Beanspruchung durch fünf bis sechs Sitzungen im Jahr die eingeplanten Kosten zu tief angesetzt seien, um einen effektiven Anreiz für die Gewinnung qualifizierter Personen zu schaffen. Gemäss graap, hiki, agile ist die Amtszeit pro Mitglied auf acht Jahre zu beschränken.

Zusammensetzung der Kommission (Art. 7m E-ATSV)

Neben der Zusammensetzung der Kommission wird auch die Anzahl der Kommissionsmitglieder durch die Stellungnehmenden diskutiert. Das CEML empfiehlt etwa, die Sprachregionen zu berücksichtigen und die Anzahl Vertreterinnen und Vertreter bestenfalls als Minimalanforderung durch eine Formulierung wie «mindestens» offen zu lassen.

Die Suva führt aus, dass die in Artikel 7m Buchstabe a-h E-ATSV vorgeschlagenen Vertreterinnen und Vertreter bzw. Kategorien klarer definiert bzw. anders zugeordnet werden könnten. So sollten die unter Buchstabe b aufgeführten Gutachterstellen keinen separaten Einsitz haben, sondern eher über die Fachgesellschaften (Bst. d) oder über die Wissenschaft (Bst. f) vertreten werden. Zudem sei unklar, «welche Gruppe die 'medizinischen Sachverständigen' neben den anderen Vertretungen der Medizin umfassen soll» (Bst. c). Auch werde «nicht näher bestimmt, was genau unter 'Ärztenschaft' [gemäss Bst. d] zu verstehen» sei. Hier solle Bezug auf die FMH und die von ihr anerkannten Fachgesellschaften genommen werden. Auch werde hinsichtlich Buchstabe f «nicht präzisiert, welche Wissenschaft damit gemeint ist – die Medizin, die Rechtswissenschaft oder eine andere». Ausserdem handle es sich bei den Personen gemäss Buchstabe b bis g stets um Medizinerinnen und Mediziner beziehungsweise um der Medizin nahestehende Personen. Es bestehe jedoch keine Notwendigkeit für eine solche Übervertretung der Medizin, zumal mit Artikel 7n Absatz 3 Buchstabe b E-ATSV die Möglichkeit vorgesehen sei, Expertinnen und Experten hinzuzuziehen. Auch gemäss SIM, SVNP und FSP sei daher eine ausgewogenere Verteilung der Sitze hinsichtlich Fachdisziplinen, Sozialversicherungen, juristischer Expertise und Patientenorganisationen anzustreben. Zudem sei mit einer zu ergänzenden Bezeichnung der Kommission dem Umstand Rechnung zu tragen, dass neben medizinischen auch neuropsychologische Begutachtungen durchgeführt werden, so auch die FMH.

SIM, SVNP und FSP schlagen im Sinne einer ausgewogeneren Verteilung 15 statt der vorgesehenen 13 Mitglieder vor. So wären beispielsweise unter Artikel 7m Buchstabe a E-ATSV

gemäss SIM, SVNP, FSP und auch der Suva die Sozialversicherungen besser nicht mit zwei, sondern drei Sitzen, dabei unter anderem mit der Suva selbst, vertreten. Dies auch deshalb, weil die Kommission Empfehlungen für alle Sozialversicherungen aussprechen soll. GL, JU, SZ, GR, AR, OW, NW, NE und VS wie auch die IVSK würden gern explizit die IV und die RAD-Ärzte erwähnt haben.

SIM, SVNP, FSP würden unter Artikel 7m Buchstabe b E-ATSV drei medizinische Sachverständige, davon eine Person, die die Gutachterstellen, eine Person, die die neuropsychologischen Sachverständigen und eine Person, die die medizinischen Sachverständigen vertritt, begrüssen. Unter Artikel 7m Buchstabe c E-ATSV sollte eine Person die Ärztesgesellschaft (FMH/ Fachgesellschaften) vertreten, und unter Artikel 7m Buchstabe d E-ATSV eine Person den Verband (SVNP) bzw. die Fachgesellschaften der Schweizerischen Neuropsychologen.

Hinsichtlich Artikel 7m Buchstabe d E-ATSV werden seitens procap zwei statt drei Vertreterinnen resp. Vertreter der Ärzteschaft gefordert. Hiki und agile fordern bei den drei Personen der Ärzteschaft mindestens eine behandelnde Psychiaterin oder Psychiater, die mfe eine Kinderärztin oder einen Kinderarzt. FMPP, ZGPP und AGPP möchten explizit vertreten sein, am besten durch eine Person aus der Erwachsenenpsychiatrie (vorgeschlagen von der SGPP) und durch eine zweite Person aus der Kinder- und Jugend-Psychiatrie (vorgeschlagen von der SGKJPP).

Zu Artikel 7m Buchstabe f E-ATSV schlagen SIM, SVNP, FSP drei Personen der Wissenschaft vor, wovon je eine die ärztliche, eine die (neuro-)psychologische und eine die juristische Fachrichtung vertreten soll.

Bezüglich Artikel 7m Buchstabe g E-ATSV bemerkt die Suva, dass die Vertretung der SIM per Gesetz nicht explizit vorgesehen sei und diese weder den Status einer ärztlichen Fachgesellschaft habe noch eine Vertretung der Wissenschaft sei. Die Zusicherung eines Sitzes sei daher nicht gerechtfertigt. Falls es ausserdem künftig möglich wäre, auch einen anderen Weiterbildungstitel als jener der SIM zu erwerben, sollte die Institution, die diesen Titel ermöglicht, beispielsweise über ihre Fachgesellschaft Einsitz nehmen können.

Die Patienten- und Behindertenorganisationen gemäss Artikel 7m Buchstabe h E-ATSV sollen laut der Suva, Organisationen der privaten Behindertenhilfe wie graap, hiki, agile, aber auch der SIM, SVNP und FSP mit drei Personen vertreten sein, davon gemäss graap, hiki und agile mindestens mit einer Person aus der Selbsthilfe. Weitere Organisationen der privaten Behindertenhilfe, wie IH, insieme, cerebral, procap, NOVEOS und VASOS, sprechen sich für zwei Personen aus.

Aufgaben der Kommission (Art. 7n E-ATSV)

Grundsätzliches zu den Aufgaben und Kompetenzen der Kommission

Die Suva stellt fest: «Beim Erarbeiten der Kriterien dürfen die unterschiedlichen Ansprüche und Anforderungen der verschiedenen Sozialversicherungen nicht ausser Acht gelassen werden». Zudem sei die Verbindlichkeit der auszusprechenden Empfehlungen und die Rechtsfolgen einer Missachtung derselbigen noch zu definieren, einerseits hinsichtlich der Gutachten im Einzelfall, andererseits hinsichtlich der weiteren Zusammenarbeit mit den entsprechenden Sachverständigen.

Auch FMPP, ZGPP und AGPP bemerken, die Kommission müsse die Kompetenz haben, verbindliche Auflagen und Vorgaben aufzuerlegen. Empfehlungen allein seien nicht ausreichend. Ebenso sei das Instrument der Sanktionen ungenügend geregelt. Auf diesen Punkt gehen auch graap, hiki und agile ein, indem sie fordern, dass die Kommission gegenüber den Entscheidungsträgern Empfehlungen zur Sanktionierung von Sachverständigen oder Gutachterstellen aussprechen kann, wenn sie die Voraussetzungen für die Akkreditierung nicht erfüllen oder durch wiederholte Mängel an Gutachten auffallen.

Erarbeitung von Empfehlungen (Art. 7n Abs. 1 E-ATSV) - weitere Aufgaben

UR, die IVSK sowie Organisationen der privaten Behindertenhilfe wie IH, debra, Pro Infirmis und Pro Audito bemerken generell, dass die Aufgaben insgesamt klarer zu definieren seien. Dem schliesst sich die Spitex an, dies insbesondere bezüglich der Aufgaben zur Überwachung der Zulassung, des Verfahrens und der Ergebnisse der medizinischen Gutachten.

Gemäss UR und der IVSK sollte die Kommission den Ablauf einer Begutachtung, aber auch die personellen, organisatorischen, technischen und räumlichen Rahmenbedingungen beschreiben, die für eine medizinische Begutachtung gegeben sein müssen. Zudem sollte sie Qualitätsvorgaben für medizinische Gutachten formulieren und die Qualität überwachen. Bei der Feststellung systematischer Qualitätsmängel sollte sie zuhanden des BSV, als Tarifpartner der Gutachterstellen, Empfehlungen aussprechen können.

SIM, FSP und SVNP fordern, dass die Kommission auch Empfehlungen zu den Weiterbildungsaktivitäten im Rahmen des SIM-Zertifikats bzw. äquivalenter Fortbildungsmodule abgeben kann, zu dem adäquaten zeitlichen Aufwand für Gutachten nach Fachdisziplinen sowie zu den Fragestellungen im Hinblick auf Tarifierungsstrukturfragen.

Gemäss CEML sollte die Kommission auch die für die Ausbildung von Fachleuten zuständigen Stellen überwachen, um die notwendigen Empfehlungen in Bezug auf die Aufrechterhaltung der Qualität zu geben. Ausserdem sollte sie Vorschläge, Indikatoren und Grundsätze zur Qualitätskontrolle der Arbeit von Expertinnen und Experten sowie der Gutachterstellen erarbeiten.

Laut FMPP, ZGPP und AGPP sollte die Kommission Statistiken zur Verteilung der Gutachten und deren Ergebnissen erstellen und die Qualität und Unabhängigkeit der medizinischen Gutachten mittels eines regelmässigen Peer-Reviews überwachen. Letzteres insbesondere dann, wenn sich aus der Statistik Hinweise auf Qualitätsmängel, Besonderheiten bei der Gutachtersvergabe oder hinsichtlich der Begutachtungsergebnisse ergeben. Zudem müsse überwacht werden, dass die Gutachtenszahlen insgesamt gesenkt werden, wie auch die Quote der Verfahren, welche in ein juristisches Verfahren münden.

SIM, FSP und SVNP sehen ausserdem als mögliche Aufgabe der Kommission, die gesamtschweizerische Liste der von der IV beauftragten Sachverständigen gemäss Artikel 41b IVV mit einem erläuternden Begleitbericht zu veröffentlichen (vgl. Ausführungen zu Art. 41b Abs. 3 E-IVV, oben). Dagegen bemerkt allerdings der SVV, dass der Gesetzgeber mit Artikel 57 Absatz 1 Buchstabe n E-IVG lediglich die IV-Stellen beauftragt habe, eine Liste zu den Sachverständigen zu führen. UV und KV seien davon gemäss ATSG nicht betroffen.

Zugang zu den notwendigen Unterlagen (Art. 7n Abs. 2 E-ATSV)

Für UR und die IVSK geht aus der Bestimmung nicht deutlich genug hervor, dass die Kommission bei den betreffenden Versicherungsträgern die Akten einholen muss, um die Qualität von Gutachten zu prüfen. Die Rede sei lediglich von «notwendigen Unterlagen», die die Kommission einverlangen könne, was in den Erläuterungen zur Verordnung mit «Unterlagen zu den Abläufen und Strukturen von Gutachterstellen» erklärt werde. Solche Unterlagen wären vielleicht für die Überprüfung der Struktur- und Prozessqualität nützlich, nicht aber für die Qualitätssicherung der Gutachten an sich im Sinne der Ergebnisqualität. Zu prüfen sei daher, auch unter Datenschutzgesichtspunkten, ob die Versicherungsträger legitimiert sind, Versicherungsakten an die Kommission herauszugeben.

Auch gemäss graap, hiki, agile, FMPP, ZGPP und AGPP müsste ergänzt werden, dass die Kommission von den Versicherungsträgern und Durchführungsorganen der einzelnen Sozialversicherungen die Herausgabe der für die Überwachung der Erfüllung der Kriterien nach Artikel 7n Absatz 1 E-IVV notwendigen Unterlagen und Tonaufnahmen verlangen kann, dies gemäss Spitex insbesondere bei strukturellen Auffälligkeiten und Problemen im Zusammenhang mit Ergebnissen von Gutachten.

Die Suva sieht keine explizite gesetzliche Grundlage, welche die Durchführungsorgane (abgesehen von den IV-Stellen gemäss Art. 57 Abs. 1 Bst. n E-IVG) verpflichten würde, solche Unterlagen systematisch zu sammeln und herauszugeben. Artikel 44 Absatz 6 Buchstabe c

E-ATSG erschiene ihr dafür als zu wenig konkret. Eine systematische Sammlung und Herausgabe der Unterlagen könne deshalb eine Verletzung des Datenschutzrechts und der Schweigepflicht gemäss Artikel 33 ATSG darstellen.

Geschäftsordnung und Arbeitsweise (Art. 7n Abs. 3 E-ATSV)

Gemäss SIM, SVNP und FSP hätte die Kommission alle vier Jahre zum Ende ihrer Amtsperiode einen öffentlichen Bericht über den Umsetzungsstand ihrer Empfehlungen zu erstellen. Dabei solle sie sich an den medizinischen und neuropsychologischen Leitlinien zur Begutachtung orientieren. Da die Kommission lediglich Empfehlungskompetenz habe, müsse gewährleistet sein, dass sie zumindest ein selbständiges verwaltungsunabhängiges «Reportingtool» besitze. Insbesondere sollte sie auch zum Umsetzungsstand der medizinischen/neuropsychologischen Leitlinien in der Schweiz berichten. Auch gemäss graap, hiki, agile ist die Umsetzung der Empfehlungen zu überwachen, und es sind Sitzungsprotokolle über die Zusammenkünfte der Kommission zu führen.

3.8 Stellungnahmen zu Themenblock 8: Prioritätenordnung Art. 74 IVG / Prioritätenordnung Art. 101^{bis} AHVG

Bei der Prioritätenordnung nach Artikel 74 IVG (Kapitel 3.8.1) und der Prioritätenordnung nach Artikel 101^{bis} AHVG (Kapitel 3.8.2) handelt es sich um zwei unabhängige Einzelthemen.

3.8.1 Prioritätenordnung Artikel 74 IVG

3.8.1.1 Im Allgemeinen

Die 109 Rückmeldungen zu diesem Thema kamen insbesondere von diversen Kantonen (ZH, NW, AR, SG, GR, AG, TI, VD, NE, GE, BS, JU, OW; BL, SH, VS, BE, NW, ZG), von 2 Parteien (SPS, GPS; letztere verweist auf die Stellungnahme von IH), dem Schweizerischen Städteverband (SSV), dem Schweizerischen Gemeindeverband (SGV) und zahlreichen Organisationen der privaten Behindertenhilfe. Die meisten dieser Organisationen schliessen sich der Stellungnahme von IH an oder verweisen darauf. Obschon die Förderung der Inklusion und Innovation grundsätzlich begrüsst wird, kann zusammenfassend festgehalten werden, dass ein fundamentaler Widerstand aller Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser gegen die Vorschläge aus der Vernehmlassung besteht. So möchten sie zum einen mehr Mittel für Leistungen nach Artikel 74 IVG einsetzen und sich an die Regelungen der Altershilfe anlehnen, zum anderen erkennen sie in den Vorschlägen keine eigentliche Prioritätenordnung. Weiter soll der Fokus der Leistungen auf alle Zielgruppen ausgeweitet werden.

Die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser begrüssen jedoch, dass der Bundesrat versucht, infolge der latenten Intransparenz und Ungewissheit der letzten Vertragsperioden Klarheit über die Vergabe der Mittel zu schaffen.

3.8.1.2 Themen im Einzelnen

Berechtigung (Art. 108 Abs. 1, 1^{ter} und 2, Art. 108^{bis}, Abs. 1 und 1^{bis} E-IVV)

BS, GE, OW, SO, SH, AR, VS, NE, JU, die SODK und der SSV begrüssen die Förderung der Inklusion, die ein Bekenntnis zur UNO-BRK darstelle. Ihrer Ansicht nach soll die Förderung der Inklusion bei der Vergabe der Finanzhilfen auch von den Bundesbehörden mittels direkter Partizipation von Menschen mit Behinderungen beachtet werden. BS, GE, OW, SH, AR, VS NE und JU sowie SSV und die SODK begrüssen, dass der Bundesrat gewillt ist, die Vorgabe einer Prioritätenordnung bei der privaten Behindertenhilfe umzusetzen.

Sollte sich der Begriff der Integration sowohl auf die berufliche als auch auf die soziale Integration beziehen, müsste dies laut Rückmeldung von VD präzisiert werden.

Die Behindertenorganisationen AGILE.ch, graap und hiki finden es wichtig, «dass die subventionierten Organisationen ihr Angebot kontinuierlich weiterentwickeln, um zeitgemässe und bedarfsgerechte Leistungen zu erbringen».

Voraussetzungen (Art. 108^{ter} E-IVV)

OW, SO, BL, SH, AR, VS und NE begrüssen die Vorgabe einer Prioritätenordnung und die Förderung der Inklusion. Für die Ausrichtung der Finanzhilfen sollten Menschen mit Behinderung auch auf Stufe der Bundesbehörden einbezogen werden.

BL ist der Ansicht, dass die Aufgabenteilung im Rahmen der NFA nicht gelöst wurde. Kantone gestalten das System der Behindertenhilfe zunehmend ganzheitlich. Deshalb fordert BL den Einbezug der Kantone und der Dachorganisationen bei der Festlegung der Planungsgrundsätze in qualitativer und strategischer Hinsicht. Ein Mindeststandard an Koordination der beiden Staatsebenen soll verankert werden.

GPS, SGB sowie IH und Weitere, VASOS-FARES und vhs plus unterstützen «die Förderung der Inklusion sowohl als Ziel als auch als Voraussetzung für den Erhalt von Finanzhilfen auf Stufe der Organisationen vorbehaltlos». Es liege aber nicht alleine an den Organisationen der

privaten Behindertenhilfe, die Inklusion und die Umsetzung der UNO-BRK zu fördern. Die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser halten fest: «Der Bundesrat und die Behörden sind ebenso gefordert, das Konzept der Inklusion departementsübergreifend umzusetzen und es nicht bei einer Anspruchsformulierung gegenüber den Organisationen der privaten Behindertenhilfe zu belassen. [...] Dieser Prozess darf jedoch nicht auf Kosten des bestehenden Bedarfs, der notwendigen Leistungen und somit zulasten der Menschen mit Behinderungen gehen. Der gesamtgesellschaftliche Paradigmenwechsel, der die Inklusion voraussetzt, muss weit über die Finanzhilfen an die private Behindertenhilfe hinaus angegangen werden. Daher verlangt dieser Prozess zwingend nach zusätzlichen Mitteln und kann nicht durch Kürzung der heute bestehenden Mittel erreicht werden. Die Kürzung gefährdet die Deckung des bestehenden Bedarfs».

Höchstbetrag (Art. 108^{quater} E-IVV)

ZH, BE, OW, NW, ZG, BS, SH, AR, VD, VS, NE, GE und JU sowie die SODK lehnen es ab, dass in der IVV für die private Behindertenhilfe ein Höchstbetrag fixiert wird. Sie schlagen vor, dass bei den Finanzhilfen für die private Behindertenhilfe das gleiche System gelten soll wie bei den Altershilfen, bei dem der Bundesrat alle vier Jahre den Höchstbeitrag festlegt. So könne dem «ständig wechselnden Bedarf, der Teuerung und der demografischen Entwicklung» Rechnung getragen werden. Weiter solle die Berechnung des Höchstbetrags nachvollziehbar und transparent dargelegt werden.

ZG hält fest, dass sich «die Finanzhilfen an der Notwendigkeit der Realität orientieren sollen und nicht an einer historisch gewachsenen Zahl». Weiter begrüsst der Kanton die nach Artikel 108 E-IVV vorgesehenen Projekte und die damit verbundene vorgesehene Erhöhung des Gesamtbetrages sehr.

BE, OW, NW, ZG, SH, VD, VS, GE und JU sowie die SODK erwähnen, dass ihres Erachtens die Leistungen aus Artikel 74 IVG kostendeckend finanziert werden sollen, was heute beispielsweise beim Begleiteten Wohnen und bei der Sozialberatung nicht der Fall sei.

Nach Ansicht von BE, OW, NW, ZG, SH, VS, GE und JU sowie der SODK ist das Argument der Subsidiarität im erläuternden Bericht zu streichen. Gleichzeitig erwähnen diese Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser explizit, dass eine weitergehende Koordination zwischen Bund und Kantonen sehr zu begrüßen sei.

Der SSV lehnt einen in der IVV fixierten Höchstbetrag ab und schlägt ebenfalls eine Anlehnung an das System der Altershilfe vor.

IH und Weitere sowie SGB, GPS, CURAVIVA Schweiz und VASOS-FARES können den in der Vernehmlassungsvorlage präsentierten Höchstbetrag nicht nachvollziehen und lehnen eine Plafonierung in der IVV ab. Die vorgeschlagene Plafonierung würde der demographischen Entwicklung und der bereits bestehenden Unterdeckung laut dem Forschungsbericht «Bedarfs- und Angebotsanalyse der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG» nicht Rechnung tragen. IH hält weiter fest, dass der Betrag über die letzten zehn Jahre kontinuierlich reduziert worden sei, obwohl das Leistungsvolumen ausgebaut wurde. Dieser Mehrbedarf sei u.a. im Form von Überleistungen im Rahmen des jährlichen Reportings nachgewiesen worden. IH weist auf die Botschaft hin, in der dargelegt wird, dass «[...] die bestehende Praxis im Gesetz festgeschrieben [wird], was auf die Organisationen der privaten Invalidenhilfe keine Auswirkungen hat.»

Sollte trotzdem an einer Festlegung eines Höchstbetrags festgehalten werden, so die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser, sei der Betrag von 161.5 Millionen Franken in die IVV aufzunehmen (analog Vertragsperiode 2011-14). Auch AGILE.ch fordert, dass jährlich ein Betrag in dieser Höhe zur Verfügung gestellt wird und dass für die «Festlegung der zukünftigen Höchstbeträge die die Entwicklung des Bedarfs mitberücksichtigen wird». Dieser Forderung schliessen sich auch die Organisationen Cap-Contact, graap und hiki an. Ein fixes Kostendach

verhindere, dass Organisationen auf einen erhöhten Bedarf reagieren können. Die demografische Entwicklung sowie das Wachstum der Bevölkerung in der Schweiz soll gemäss AGILE.ch ebenfalls berücksichtigt werden.

Cap-Contact hält fest, eine Zementierung eines Höchstbetrags verhindere, dass Organisationen auf ausserordentliche Situationen flexibel reagieren können.

Auch diese Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser schlagen vor, dass bei den Finanzhilfen für die private Behindertenhilfe das gleiche System gilt wie bei den Altershilfen, bei dem der Bundesrat alle vier Jahre den Höchstbeitrag festlegt.

Begrüssst wird, dass der Höchstbetrag der Teuerung angepasst werden soll.

In Anbetracht dessen, dass die Zielgruppe der psychisch erkrankten Menschen zunimmt, steht für Coraasp der Höchstbetrag nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Bedarf. Coraasp fordert deshalb, dass der Plafond für die Jahre 2024-27 nicht angewandt oder aber erhöht wird. Weiter weist Coraasp auch auf die Folgen der Pandemie hin, die den Bedarf noch weiter erhöhen könnten.

Die Kosek lehnt die Festlegung eines Höchstbetrags in der IVV ab und fordert zusammen mit unimedsuisse, Artikel 108^{quater} E-IVV und Artikel 108^{quinquies} E-IVV zu streichen. Ansonsten würden «die Mittel für wichtige öffentliche Aufgaben, welche die Organisationen der Zivilgesellschaft übernehmen, auf Jahre hin knappgehalten bzw. gegenüber heute sogar reduziert, obwohl die Organisationen bereits heute unterfinanziert sind.» Auch die Selbsthilfe Schweiz befürchtet, dass die in den vergangenen Jahren unbegründeten Kürzungen auf unbeschränkte Zeit zementiert werden.

Berechnung der Finanzhilfen (Art. 108^{quinquies} E-IVV)

ZH, BE, OW, NW, ZG, BS, SH, AR, VD, VS, NE, GE und JU, SSV und SGV sind der Ansicht, dass die private Behindertenhilfe in den Kantonen wichtige und sinnvolle Aktivitäten für Menschen mit Behinderungen anbietet. Ihrer Auffassung nach besteht das Risiko, dass es zu einer Unterdeckung des Bedarfs komme und die Kantone anstelle der IV finanzielle Mittel für die Aktivitäten der privaten Behindertenhilfe aufwenden müssten, sollte ein Teil der Finanzierung durch die IV wegfallen. Deshalb lehnen sie es ab, dass nicht ausgeschöpfte Mittel automatisch verfallen, und weisen darauf hin, dass eine solche Regelung in der Altershilfe nicht existiere. Dagegen schlagen sie vor, dass die nicht ausgeschöpften Mittel zur Abdeckung des effektiven Bedarfs und somit für die Finanzierung von Projekten zur Entwicklung neuer Leistungen verwendet werden sollen.

VD schlägt vor, der Bund solle Aktivitäten finanzieren, die das ganze Land betreffen, und die Kantone sollen die Verantwortung für kantonale und kommunale Aktivitäten in verschiedenen Bereichen der Behindertenhilfe übernehmen. Die Koordination zwischen diesen Stellen müsse hergestellt werden.

Für IH und Weitere, GPS, SGB, CURAVIVA, SODK, Kosek und VASOS ist es nicht akzeptabel, dass ein System geschaffen wird, das zusätzliche Kürzungen zur Folge haben wird. Sie sind der Ansicht, dass die vorgesehenen Mittel ihrem Zweck entsprechend reinvestiert werden müssen. So wird die Absicht zur Finanzierung für die Entwicklung von neuen Leistungen zwar begrüsst, aber die Einsparung zu Lasten der bestehenden Leistungen abgelehnt. Vor dem Hintergrund der bestehenden Unterdeckung des Bedarfs, der anstehenden Herausforderungen und der Verschärfung durch die Covid-19-Pandemie, steht für diese Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser die Frage im Vordergrund, wie diese Mittel verwendet werden können, anstatt unbegründete und kontraproduktive Sparmassnahmen durch die Hintertür einzuführen. Weiter wird moniert, dass eine eigentliche Prioritätenordnung aus den Vorschlägen nicht erkennbar sei. Die Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser halten fest: «Die bisherige Praxis, trotz eines ungedeckten Bedarfs nicht alle verfügbaren Mittel einzusetzen und in den IV-Fonds zu verschieben, darf nicht legitimiert werden. Nicht ausgeschöpfte Mittel sollen für die Abdeckung des effektiven Bedarfs oder die Finanzierung von Leistungen und Projekten nach Art.

74 IVG verwendet werden». Sie schlagen vor, dass jede Organisation dem BSV nachweisen muss, dass mindestens 3 Prozent der Mittel für Weiterentwicklungen der Leistungen verwendet wurden. Nicht vollständig ausgeschöpfte Mittel sollen für die Finanzierung von Projekten zur Entwicklung neuer Leistungen gemäss Artikel 108^{septies} E-IVV eingesetzt werden. IH und Weitere halten fest, dass ohne zusätzliche Mittel und ohne agile Strukturen die Innovation nicht gefördert werden könne.

AGILE.ch, graap und hiki fordern, dass nicht ausgeschöpfte Beiträge von einer Vertragsperiode in die nächste Vertragsperiode übertragen werden können, um eine bestmögliche Verwendung zu garantieren.

Pro Mente Sana und Coraasp weisen auf die im Vergleich zur Versichertenpopulation bestehende Unterdeckung für Leistungen für psychisch erkrankte Personen hin. Diesem Umstand müsse in der Prioritätenordnung entsprechend Rechnung getragen werden. Deshalb schlagen sie vor, nicht verwendete Mittel der Zielgruppe Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zuzusprechen.

Bestehende Leistungen (Art. 108^{sexies} E-IVV)

Alle Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser, die sich zu Artikel 108^{quinquies} E-IVV geäussert haben, sind der Ansicht, dass Artikel 108^{sexies} E-IVV aufgrund der Forderungen nach Artikel 108^{quinquies} E-IVV hinfällig würde. Folglich sei er zu streichen oder neu resp. offener zu formulieren.

Projekte (Art. 108^{septies} E-IVV)

ZH, BE, OW, NW, ZG, BS, SH, AR, VD, VS, NE, GE und JU, sowie SSV, SGV und SGB schlagen vor, dass die nicht ausgeschöpften Mittel (nach Art. 108^{quinquies} E-IVV) für die Finanzierung von Projekten verwendet werden.

GPS, SGV, SGB und VASOS-FARES äussern sich wie folgt: «Die Prioritätenordnung ist vom Bundesrat (nicht vom BSV) unter Einbezug von Menschen mit Behinderungen und ihren Organisationen festzulegen und soll für die Finanzhilfen insgesamt gelten, statt nur auf die Vergabe von Projekten beschränkt zu sein». Für die Erarbeitung einer Prioritätenordnung sei die Delegation an das BSV nicht statthaft. Zudem sei eine einmalige Eingabefrist für Projekte pro Vertragsperiode nicht zielführend, wenn gemäss Erläuterungstext auf den Bedarf der Zielgruppen flexibel reagiert werden solle. Die Lancierung und Finanzierung von Projekten setze bestimmte Freiräume voraus und solle nicht durch bürokratische Regelungen (Leistungsverträge und Vertragsphasen) gebremst werden, fügt Pro Infirmis hinzu. VASOS-FARES ergänzt, dass nicht verwendete Mittel für Projekte beigezogen werden sollen.

AGILE.ch, graap, undhiki fordern ebenfalls, dass «Menschen mit Behinderungen gemäss den Vorgaben der UNO-BRK bei der Festlegung der Prioritätenordnung eng eingebunden werden». Diese Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser lehnen eine Einschränkung der Zielgruppen auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie Personen mit psychischen Gebrechen ab. Weiter sollen die Projekte ihrer Auffassung nach losgelöst vom 4-Jahres-Rhythmus durchgeführt werden. Die Prioritätenordnung sollte sich zudem nicht nur auf die Projekte beziehen. Coraasp fordert, dass der Entwicklung des Bedarfs bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Rechnung getragen wird.

Die Kosek findet, dass die Artikel 108^{sexies} und 108^{septies} E-IVV neu und offener zu formulieren seien.

PMS beantragt, Artikel 108^{septies} E-IVV zu streichen, da die Unterscheidung zwischen Projekten und bestehenden Leistungen unter anderem grossen bürokratischen Aufwand generiere, ohne dass ein Mehrwert erkennbar sei. Weiter werde damit die Besitzstandswahrung nicht aufgelöst, und er entspreche auch nicht einer Prioritätenordnung wie es Artikel 74 IVG fordere. Es wird gefordert, dass die in der «Bedarfs- und Angebotsanalyse der Dienstleistungen nach

Art. 74 IVG» festgestellte überdurchschnittliche Unterversorgung von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung Rechnung getragen werde.

Verfahren (Art. 110 E-IVV)

OW, NW, BS, SH, AR, VS, NE, GE und JU unterstützen ebenfalls die private Behindertenhilfe. Weil diese Kantone ebenfalls Leistungen der privaten Behindertenhilfe finanzieren, erscheint es ihnen wichtig, über die Ausrichtung von Finanzhilfen durch das BSV Kenntnis zu haben und schlagen deshalb vor: «Das BSV veröffentlicht jährlich, an welche Organisationen und Dienstleistungserbringern in welcher Höhe und für welche Leistungen Finanzhilfen ausgerichtet wurden».

IH und Weitere sowie der sich der Stellungnahme von IH anschliessende SGB, sowie GPS, CURAVIVA, SODK und VASOS lehnen die Verkürzung der Reportingfrist auf vier Monate gemäss Artikel 110 Abs. 2 Bst. b E-IVV ab. Für sie ist die Massnahme aus administrativen Gründen nicht umsetzbar, da das Erstellen des Reportings für Dachorganisationen mit mehreren Untervertragsnehmern sehr aufwändig sei. Die Jahresabschlüsse, die Quantitäten der Leistungseinheiten und die Kostenrechnungen der Untervertragsnehmer müssen von den Dachorganisationen auf Vollständigkeit und Richtigkeit überprüft und anschliessend konsolidiert und plausibilisiert werden. Eine verkürzte Frist führe unweigerlich dazu, dass ungeprüfte Daten an das BSV weitergeleitet werden müssten. Zudem liege der revidierte und genehmigte Jahresabschluss in den meisten Fällen erst zwischen April und Juni vor. Sie wünschen die Beibehaltung der Eingabefrist von sechs Monaten.

3.8.2 Prioritätenordnung Artikel 101^{bis} AHVG

3.8.2.1 Im Allgemeinen

Zum Themenblock 8 sind 33 Stellungnahmen eingegangen: Geäussert haben sich 17 Kantone (AG, AR, BE, BS, GE, JU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, TI, TG, VD, VS, ZH), eine politische Partei (SPS), die zwei Dachorganisationen der Gemeinden und Städte (SGV und SSV) und 13 weitere Organisationen, die die Kantone und meist Hilfs- und Beratungsorganisationen für ältere Menschen vertreten (CLASS, GDK, SODK; Alz CH, CURAVIVA, IGAB, Pro Senectute Schweiz, Pro Senectute AR, Pro Senectute TG, SGG, Spitex Schweiz, SRK, VASOS/FARES).

Die Ausführungsbestimmungen zu Artikel 101^{bis} AHVG sind insgesamt gut aufgenommen worden. Mehrere Kantone und die SODK begrüssen die Transparenz, die durch die Aufnahme der Normen in die AHVV geschaffen wird, und den Mechanismus, mit dem der Bundesrat den Höchstbetrag der Finanzhilfen begrenzen kann. Die Prioritätenordnung beurteilt sie ebenfalls positiv. Dagegen stossen zwei andere Bestimmungen, die nicht mit der Prioritätenordnung zusammenhängen, aber ebenfalls geändert wurden, fast ausschliesslich auf Kritik und Widerstand. Viele Vernehmlassungsteilnehmende, insbesondere die Dachverbände der Gemeinden und Städte sowie die meisten Organisationen, sehen darin einen Rückzug des Bundes und befürchten negative finanzielle Auswirkungen für das Gemeinwesen, die Organisationen und das Dienstleistungsangebot für ältere Menschen.

3.8.2.2 Themen im Einzelnen

Formale Anmerkungen

Drei Hilfs- und Beratungsorganisationen für ältere Menschen (Pro Senectute Schweiz, Spitex Schweiz und SRK) fordern, dass in Artikel 222 Absatz 1 E-AHVV präzisiert wird, dass es sich um Finanzhilfen im Sinne des Subventionsgesetzes (SuG²) handelt, die den auf nationaler Ebene tätigen gemeinnützigen Organisationen vorbehalten sind.

² SR 616.1

Modalitäten zur Vergabe der Finanzhilfen

Drei Organisationen (Alz CH, Pro Senectute Schweiz et SRK) erachten die auf der Anzahl erbrachten Leistungen basierende Vergabe und Berechnung für ungenau oder unzureichend, da die Leistungen vielfältig sind und nicht einheitlich erfasst werden können. Pro Senectute Schweiz schlägt vor, in Artikel 223 Absatz 1 E-AHVV festzuhalten, dass die Finanzhilfen für Beratungsleistungen und Kurse als Globalbudgets ausgerichtet werden und die Berechnung der Beiträge den vielfältigen Leistungen angemessenen Rechnung trägt. SRK spricht sich dafür aus, die Berechnung der Finanzhilfen für die in Absatz 1 genannten Leistungen auf einen Indikator zu stützen, und verlangt für die in Absatz 3 genannten Weiterbildungskurse einen Pauschalbetrag, der sich nach der Anzahl der erbrachten Leistungen richtet.

Voraussetzung für Freiwilligenarbeit

Sieben Deutschschweizer Kantone, die Dachverbände der Gemeinden und Städte sowie die meisten Organisationen nahmen zu den Bestimmungen von Artikel 223 E-AHVV Stellung, die nicht neu sind, aber umformuliert wurden. Wie Pro Senectute Schweiz kritisieren sie insbesondere die 2008 im Zuge der NFA eingeführte Unterscheidung zwischen den von Freiwilligen erbrachten «Leistungen zu Hause», für die als einziger Anspruch auf Finanzhilfen besteht, und den professionell erbrachten Leistungen. Gewisse Vernehmlassungsteilnehmende, wie ZH und Pro Senectute Schweiz, kritisieren am Entwurf von Artikel 223 Absatz 1 E-AHVV zudem, dass die Freiwilligenarbeit als Voraussetzung auch auf «im Zusammenhang mit dem Wohnort» erbrachte Leistungen ausgeweitet werden. Alle Stellungnahmen gehen darin einig, dass das Erfordernis der Freiwilligenarbeit unter den heutigen Umständen nicht praktikabel ist; der Einsatz von Freiwilligenarbeit ist zwar wertvoll, aber nicht in allen Fällen zweckmässig oder gar möglich. Oftmals sei professionelle Hilfe und Betreuung erforderlich, unterstreichen Alz CH und VASOS/FARES. Pro Senectute Schweiz unterstützt den Vorschlag, Absatz 1 offener zu formulieren: «Für die Erbringung von Leistungen zu Hause oder im Zusammenhang mit dem Wohnort erbrachte Leistungen können nur dann Finanzhilfen ausgerichtet werden, wenn diese Leistungen mehrheitlich im Rahmen von Freiwilligenarbeit erfolgen.» SSV, Alz CH, IGAB und SGG befürworten diesen Vorschlag. Eine andere, von AR, SO, TG, ZH, Pro Senectute AR, Pro Senectute TG und VASOS/FARES eingebrachte Variante besteht darin, den zweiten Satz von Absatz 1 ganz zu streichen.

Ein weiterer Grund für die Streichung oder Änderung der beanstandeten Bestimmung ist die von mehreren Vernehmlassungsteilnehmenden ins Feld geführte Tatsache, dass die Definition der «Freiwilligenarbeit» nicht einheitlich ist und ihrer Ansicht nach im Bereich der subventionierten Altershilfe zu starr ausgelegt wird. Beispielsweise sind AG, SH und Pro Senectute Schweiz der Ansicht, dass die strenge Definition der Freiwilligenarbeit, die nur die Erstattung der tatsächlichen Kosten zulässt, einerseits die Möglichkeit einschränkt, diese Kosten durch Pauschalen zu decken, andererseits nicht im Einklang mit der derzeitigen Praxis der Gewährung einer moderaten Entschädigung steht. Dieser Ansatz könne folglich nicht nur die Rekrutierung von Freiwilligen erschweren und ihre Leistung gefährden, sondern auch zu unverhältnismässig hohen Verwaltungskosten für die Organisationen führen. Mehrere Vernehmlassungsteilnehmende, wie AR und SGG, verlangen daher eine Abgeltung von Spesen über Pauschalen oder eine Art finanzielle Entschädigung für Freiwillige. AG, SH und SGG fordern eine entsprechende Lockerung der Regel. AG schlägt vor: «Art. 223 Abs. 1 AHVV soll dahingehend angepasst werden, dass für erbrachte Leistungen dann Finanzhilfen ausgerichtet werden, wenn diese Leistungen im Rahmen von Freiwilligenarbeit oder mit pauschaler Entschädigung und/oder Spesenentschädigung erfolgen.»

Ebenfalls im Hinblick auf die Freiwilligenarbeit weisen SRK und Alz CH auf die damit verbundenen indirekten Kosten hin und fordern, dass diese bei der Berechnung der tatsächlichen Kosten nach Artikel 224 Absatz 3 E-AHVV berücksichtigt werden.

Höhe der Finanzhilfen und Umfang der Beteiligung des Bundes

Die Änderung der Regel über die Höhe der Finanzhilfen wird auf Verordnungsebene in Artikel 224 E-AHVV konkretisiert. Zuvor war der Finanzierungsschlüssel in einer Amtsrichtlinie des BSV verankert. Mehrere Kantone sowie die SODK begrüßen die Verankerung auf Verordnungsebene, da sie mehr Rechtssicherheit schafft. Inhaltlich konzentriert sich auf diesen Artikel jedoch der Grossteil der kritischen und negativen Stellungnahmen, die im Vernehmlassungsverfahren zu diesem Teil des Themenblocks 8 geäußert wurden. 26 der 33 Teilnehmenden haben zu diesem Thema Stellung bezogen, d. h. fast alle Kantone und die sie vertretenden Organisationen (CLASS, GDK und SODK) sowie SGV, SSV und die meisten Organisationen. Hauptkritikpunkt ist die Begrenzung des Bundesbeitrags auf 50 % der tatsächlichen Kosten, wobei Ausnahmen vorgesehen sind (Abs. 3 zweiter und dritter Satz). Die Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden befürchtet, dass sich der Bund aus der Finanzierung zurückzieht, und warnt vor einem Leistungsabbau, insbesondere bei der Sozialberatung von Pro Senectute in den Kantonen, was vulnerable ältere Menschen treffen würde.

In den Stellungnahmen geht es spezifisch um drei Aspekte: die Subsidiarität in der Altershilfe, den Finanzierungsschlüssel und vor allem dessen Anwendung auf Organisationen und einzelne Leistungen.

SG unterstreicht ausdrücklich, dass die Regel der Kompetenzordnung entspricht. «Grundsätzlich ist die Anpassung zudem im Sinn der geltenden Kompetenzordnung zwischen Bund und Kantonen (bzw. Gemeinden), da die Kantone (bzw. im Kanton St.Gallen die Gemeinden) im Bereich der Sozialberatung in der primären Verantwortung stehen.» TG und CLASS teilen diese Ansicht nicht; sie bestreiten insbesondere die Auslegung der Subsidiarität, auf der die Begrenzung der Bundesbeteiligung beruht. Ihrer Ansicht nach ist der Bund für die Subventionierung der gesamtschweizerischen Organisationen und der ihnen angeschlossenen kantonalen oder regionalen Organisationen zuständig. Zahlreiche Vernehmlassungsteilnehmende, darunter AR, TG, SGV, VASOS/FARES, Pro Senectute Schweiz und deren kantonale Organisationen Pro Senectute AR und Pro Senectute TG, weisen darauf hin, dass die Verankerung der 50%-Regel / 50%-Regel in der AHVV auf der unrealistischen Annahme beruht, dass die Kantone und Gemeinden die Finanzierungslücke ausgleichen würden. AR weist in diesem Zusammenhang auf Folgendes hin: «Der Bund geht davon aus, dass die verbleibenden 50 % von den Kantonen bzw. von den Gemeinden im Rahmen einer delegierten Altershilfe geleistet werden. Dies entspricht nicht in allen Kantonen der aktuell geltenden kantonalen sprich kommunalen Praxis.» Die Gemeinden teilen diese Befürchtung. Ihr Verband gibt zu bedenken: «Das Risiko besteht, dass ein Teil dieser von der privaten Altershilfe erbrachten Dienstleistungen künftig nicht mehr im gleichen Umfang zur Verfügung steht. Insbesondere finanziell weniger leistungsstarke Gemeinden werden eine allfällige Lücke angesichts der aktuell angespannten Finanzlage kaum schliessen können.» BE, SO, GDK und die kantonalen Organisationen Pro Senectute AR und Pro Senectute TG verlangen daher die Aufhebung der 50%-Regel / 50%-Regel, andere Vernehmlassungsteilnehmende (SGV, VASOS/FARES) fordern, dass der Bund die Gesamtkosten übernimmt (SGV, VASOS/FARES).

Ganz allgemein wird nicht so sehr das Prinzip eines Verteilschlüssels in Frage gestellt, sondern vielmehr die Höhe und vor allem die einheitliche Anwendung auf alle Organisationen und Leistungskategorien. Die Mehrheit will eine Erhöhung des Bundesbeitrags auf 70 %, 75 % oder 80 % (AG, GE, NW, OW, SH, TG, IGAB, Pro Senectute Schweiz) und/oder eine Lockerung der Ausnahmebedingungen (JU, NE, TI, VD, SODK, CLASS, Pro Senectute Schweiz, SRK, IGAB). Laut AR und Pro Senectute Schweiz müssen die unterschiedlichen finanziellen Möglichkeiten und soziodemografischen Merkmale der Kantone berücksichtigt werden.

Die Forderung nach einer Alternative zum vorgeschlagenen Artikel steht vor allem im Zusammenhang mit der Finanzierung der Sozialberatung, die für ältere Menschen kostenlos ist. Die SODK sieht hier ein grosses Problem: «Für viele Kantone würde diese Neuregelung bedeuten, dass wichtige Teilleistungen der Pro Senectute – insbesondere die Sozialberatung – nicht mehr vollumfänglich nach dem heutigen Finanzierungsschlüssel finanziert werden könnten,

sondern nur noch bis zu 50 %. In der Praxis würde dies vor allem für die Westschweizer Kantone und das Tessin zu erheblichen Mehrkosten führen.» Die SODK fordert deshalb eine Umformulierung der Ausnahmekriterien: «Die Finanzhilfen betragen in der Regel höchstens 50 % [der tatsächlichen Kosten]. Dieser Anteil kann auf höchstens 80 % heraufgesetzt werden, wenn eine Organisation ohne diesen finanziellen Beitrag gezwungen wäre, auf Leistungen zu verzichten, die für die Bevölkerung von überwiegendem Interesse sind.» CLASS stimmt dieser Formulierung zu.

Für einige Vernehmlassungsteilnehmende gilt es vor allem klarzustellen, dass der Finanzierungsschlüssel nicht für einzelne Leistungen gelten darf, sondern auf ganze Kategorien oder das Gesamtbudget angewendet werden muss. Das bringt eine gewisse Flexibilität und einen Ausgleich zwischen Leistungen, die derzeit weitgehend über Bundeshilfen finanziert werden, und solchen, die auf andere Finanzierungsquellen zurückgreifen können. SSV sowie insbesondere Pro Senectute Schweiz und VASOS/FARES verlangen, «dass der Höchstbetrag global auf das Gesamtbudget angewendet wird und nicht auf die einzelnen Leistungsbereiche oder Kantone.»

Höchstbetrag zur Ausrichtung der Finanzhilfen

Rund zehn Vernehmlassungsteilnehmende äusserten sich zum Entwurf von Artikel 224^{bis} E-AHV, der die Einführung eines Mechanismus zur Festlegung des Gesamtvolumens vorsieht, das dem Bund für die Gewährung von Finanzhilfen zur Verfügung steht. Dass der Bundesrat alle vier Jahre einen Betrag festlegt, wird allgemein begrüsst. Mehrere Kantone und Organisationen wie die SODK begrüssen zudem, dass dieser Mechanismus keine Kürzung der Finanzhilfen gegenüber dem heutigen Stand zur Folge hat. Die Anpassung an die Teuerung sowie die Berücksichtigung der sich wandelnden Bedürfnisse, die es als weiteren Faktor zu berücksichtigen gilt, werden ebenfalls begrüsst. Während einige befürwortende Stellungnahmen wie jene der SODK und VD zustimmen, dass die demografische Entwicklung einer der Faktoren für den künftigen Bedarf sein wird, stehen die Altersorganisationen CURAVIVA, Pro Senectute Schweiz, SRK, Alz CH, Spitex Schweiz und VASOS/FARES dieser Einschätzung kritischer gegenüber. Sie sind der Meinung, dass dieser Faktor nicht wie bisher implizit, sondern neben der Teuerung ausdrücklich in Artikel 224^{bis} Absatz 1 E-IVV erwähnt werden sollte. «Der Bundesrat legt den jährlichen Höchstbetrag [...] alle vier Jahre unter Berücksichtigung der Teuerung und der demographischen Entwicklung fest.» SPS verlangt mehr Mittel für die Altershilfe. Ausserdem sollte es möglich sein, auch kurzfristig, innerhalb der Zeitspanne von vier Jahren, auf die Bedarfsentwicklung zu reagieren.

Pro Senectute Schweiz und SRK erachten die in Artikel 224^{bis} Absatz 3 E-AHVV vorgesehenen Mittel für die Durchführung der Analysen, die der Bundesrat für die Festlegung der Finanzhilfen benötigt, als ungenügend. Ihrer Meinung nach müssten sie auf 1 bis 3 % des jährlichen Gesamtvolumens der ausgerichteten Finanzhilfen erhöht werden sollten.

Prioritätenordnung

Die in Artikel 224^{ter} E-AHVV eingeführte neue Prioritätenordnung, die das Kernstück der AHVV-Änderung darstellt, hat relativ wenige Kommentare hervorgerufen. Nur sechs Organisationen gaben spezifische Stellungnahmen zu diesem Thema ab. CURAVIVA und Spitex Schweiz haben der Prioritätenordnung, die den nationalen Koordination- und Entwicklungsaufgaben einen hohen Stellenwert einräumt, ausdrücklich zugestimmt. Pro Senectute Schweiz, SRK, und IGAB sind indes der Meinung, dass Aktivitäten, die älteren Menschen direkt zugutekommen, Vorrang haben sollten. Pro Senectute Schweiz erklärt dazu: «Auch wenn Pro Senectute die Bedeutung der Koordination und der Entwicklungsarbeiten anerkennt, vertritt Pro Senectute dezidiert die Auffassung, dass die Abgeltung der personenbezogenen Leistungen zugunsten der älteren Menschen und insbesondere der vulnerablen Personen prioritär unterstützt werden muss.» Diese Organisationen formulieren die Prioritätenordnung in Artikel 224^{ter} Absatz 1 E-AHVV entsprechend um. Demnach steht an erster Stelle die Beratung für

ältere Menschen und deren Angehörige, gefolgt von anderen Dienstleistungen, die insbesondere vulnerablen Personen zugutekommen. Bei der von Alz CH vorgeschlagenen Alternative steht die Koordinierung, noch vor der Beratung, an erster Stelle.

3.9 Stellungnahmen zu Themenblock 9: Weitere Massnahmen der Weiterentwicklung der IV

3.9.1 Im Allgemeinen

Themenblock 9 umfasst Verordnungsanpassungen, die zwar aus der Gesetzesrevision hervorgegangen sind, sich jedoch unter keinem eigenen Oberbegriff subsummieren lassen. Deswegen wird auf eine Synthese über den ganzen Themenblock verzichtet.

3.9.2 Themen im Einzelnen

Zusammenarbeitsvereinbarung mit den Dachorganisationen der Arbeitswelt (Art. 98^{ter} IVV, Art. 98^{quater} E-IVV)

Zum Thema Zusammenarbeitsvereinbarung (ZAV) haben sich 38³ Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser geäussert. 23 von ihnen schliessen sich der Stellungnahme von IH an, bzw. sie verweisen auf die Stellungnahme von Vereinigung Cerebral Schweiz, die sich ihrerseits auf die Stellungnahme von IH bezieht. IH unterstreicht, dass Eingliederungsziele nur dann vollständig erreicht werden können, wenn die Anstellung von Menschen mit Beeinträchtigungen für private wie auch für öffentliche Arbeitgebende verbindlich wird und diesen eine Beschäftigungspflicht auferlegt wird. Explizit fordern dies auch agile, Arbeitsintegration Schweiz, IPT, Profil, sowie die IDA Sozialversicherungen, wobei letztere beklagt: «Der Bund, insbesondere das Parlament hat es unterlassen, den KMU's und den grösseren Betrieben klare Auflagen zur Weiterbeschäftigung und Reintegration von aus dem Arbeitsprozess herausgefallenen Personen zu verlangen, wie das unter anderem in Deutschland und in Österreich realisiert worden ist.» Explizit äussert Travail.Suisse zur Quotenregelung, dass die Forderung nach einer solchen zwar zunehmend lauter werde, aber: «Travail.Suisse und INSOS erachten es als zentral, dass die Frage der Integration von den Sozialpartnern in Kooperation mit den Behindertenverbänden verpflichtend angegangen wird. Sozialpartnerschaftliche Lösungen sind sowohl für Arbeitgeber - wie auch für Arbeitnehmende - in jeder Hinsicht weit erfolversprechender als Quotenregelungen.» Die Formulierung in Artikel 98^{ter} E-IVV ist aber für Travail.Suisse viel zu wenig verpflichtend. Travail.Suisse wünscht sich zusammen mit dem SGB eine erneute Einberufung eines gemeinsamen Treffens aller Dachverbände der Sozialpartner mit dem Ziel, eine Auslegeordnung hinsichtlich möglicher gemeinsamer Projekte zur Integration von Menschen mit einer Behinderung zu machen.

Für CURAVIVA Schweiz und INSOS sind weder technische noch organisatorische Hindernisse ersichtlich, die Vereinbarungen mit nicht im ganzen Land präsenten Akteurinnen und Akteuren verunmöglichen würden. Sie sehen in der hier vorgeschlagenen Einschränkung sogar einen Verstoss gegen das Legalitätsprinzip. Folglich beantragen die beiden Organisationen die Streichung von Artikel 98^{ter} Absatz 2 E-IVV. Grundsätzlich macht für CURAVIVA und INSOS der vorgeschlagene Verordnungstext aus der ZAV ein zu unverbindliches Instrument. Die Organisationen würden es begrüssen, wenn das BSV den Prozess im Einzelfall begleiten würde, so dass die ZAV ihre Effektivität als zielführendes und sozialpartnerschaftliches Instrument tatsächlich entfalten könne. Travail.Suisse und INSOS schlagen vor, dass eine ZAV jeweils von mindestens einem Arbeitnehmer- und einem Arbeitgeberverband gemeinsam abgeschlossen werden soll.

Explizit unterstützt wird die ZAV im Allgemeinen vom Verband ErgotherapeutInnen Schweiz. Sinnvoll und rechtlich zulässig erachtet CURAVIVA Schweiz die Delegation des Abschlusses von ZAV's an das EDI und die Betrauung des BSV mit den entsprechenden administrativen und operativen Aufgaben; zudem begrüsst die Organisation zusammen mit INSOS die vorge-

³ FN für Endfassung streichen, hier nur als Stütze: 34 zu 9.01 Allgemein, 6 zu 9.05 (Art. 98ter, wobei 2 identisch mit 9.01 und 4 zu 9.06 Art. 98quater, wobei 3 identisch mit 9.05 und 1 Nullnummer)

sehene Anhörung der AHV-/IV-Kommission. INSOS sieht in der Anwendbarkeit des Bundesgesetzes über Finanzhilfen und Abgeltungen die Garantie einer rechtsstaatlich konformen Benützung der Finanzhilfen. Auch das Netzwerk Enthinderung begrüsst die Regelungen, weist jedoch darauf hin, es sei zu verhindern, «dass sich Verbände auf Kosten von Menschen mit Behinderungen und zu Lasten der IV quersubventionieren. Zusätzlich schlagen wir eine Zusammenarbeit mit Verbänden und Organisationen im Bereich Human Resources vor». Der SAV ist erfreut über die aus den Verordnungsbestimmungen ableitbare Freiheit betreffend ZAV für die Arbeitgeber und betont, dass diese unbedingt beizubehalten sei: die ZAV dürfe «keinesfalls dazu missbraucht werden, den Arbeitgebern Pflichten (beispielsweise Quoten zur Eingliederung oder ähnlich) aufzuerlegen, die über die vereinbarte Zusammenarbeit hinausgehen».

FER beurteilt die ZAV und folglich auch die vorliegenden Verordnungsbestimmungen als unnötig: Laut FER nehmen die Arbeitgeber ihre Eigenverantwortung wahr. Somit sei es unverhältnismässig, von den Unternehmen oder deren Vertretern zu erwarten, dass sie sich in einer anderen Form als freiwillig engagieren.

Taggelder ALV (Art. 120a E-AVIV)

Zum Thema «Taggelder der Arbeitslosenversicherung» haben sich SG und VS geäußert. Während SG die Anpassung als unkritisch beurteilt, begrüsst VS das Prinzip und die damit verbundene Zusammenarbeit zwischen der ALV und der IV, weist aber darauf hin, dass diese eine zusätzliche administrative Belastung für die Ausgleichskassen beinhalte und einer Koordination mit den Ergänzungsleistungen bedürfe.

Betriebsräume (Art. 56 Abs. 2 E-IVV)

Für UR ist in Artikel 56 Absatz 2 E-IVV unklar, ob blosser Miete/Vermietung auch unter Nutznutzung fällt. Die Gewährung einer solchen an den Betriebsräumen sei jedenfalls nicht zwingend im Interesse von Compenswiss. AG sieht im neuen Absatz 2 die Legitimierung der Einflussnahme des BSV.

Legitimation (Art. 66 Abs. 1^{bis} und 2 E-IVV)

Während GL, GR, OW, UR und die IVSK in Artikel 66 Absatz 1^{bis} E-IVV auf einen Satzfehler aufmerksam machen, weist santésuisse daraufhin, dass sich die «Auskünfte aus Datenschutzgründen nur auf den geltend gemachten Anspruch beschränken dürfen.»

Einsatzbetriebe nach Artikel 68^{quinquies} IVG (Art. 98^{bis} E-IVV)

BE beantragt eine Anpassung der Erläuterungen zu Artikel 98^{bis} E-IVV im Sinne des Artikels, d.h. Begrenzung der Haftung auf den ersten Arbeitsmarkt.

3.10 Stellungnahmen zu Themenblock 10: Massnahmen ohne Bezug zur Weiterentwicklung der IV

3.10.1 Im Allgemeinen

Themenblock 10 umfasst Verordnungsanpassungen, die nicht aus der Gesetzesrevision hervorgegangen sind. Da es sich um einzelne, voneinander unabhängige Themen handelt, können sie unter keinem Oberbegriff subsummiert werden. Wie schon in Kapitel 3.9 ist es deshalb nicht möglich, eine Synthese zum ganzen Themenblock zu formulieren.

3.10.2 Themen im Einzelnen

Verwaltungskosten (Art. 53 Abs. 1 und 2 E-IVV; Art. 55 Abs. 1 E-IVV)

In 11 Stellungnahmen finden sich Bemerkungen zu den Verwaltungskosten. GR befürwortet die Stossrichtung des neuen Verwaltungskostenmodells in Richtung Globalbudget und Mehrjahresplanung und fordert, dass die Anzahl Anmeldungen künftig einen wesentlichen Faktor für die Berechnung der Verwaltungskosten bildet. Ausserdem wird auf die speziellen Bedürfnisse des Kantons (Grösse, Dreisparchigkeit) hingewiesen. SO begrüsst die vorgeschlagenen Planungsinstrumente sowie die Einführung einer vierjährigen und rollenden Planungsperiode: «Insbesondere die Trennung der Planung von Betriebs- und Investitionsplanung sowie die damit verbundene Aufhebung der vorhandenen ICT-Pauschale pro Vollzeitstelle ermögliche der IV-Stelle Investitionen in die zukünftige Digitalisierungswelt und die Entwicklung von neuen, zeitgemässen Kunden-Kommunikations-Kanälen.»

AG sieht in der allgemeineren Formulierung von Artikel 53 Absatz 2 E-IVV eine Ausweitung des Handlungsspielraums des BSV auf Weisungsebene und einen möglichen Ausbau der finanziellen Weisungstätigkeit, aber auch die zu begrüssende Grundlage für ein Globalbudget und die aus der Planungssicherheit entstehenden Chancen. AG weist aber auch darauf hin, dass «je nach Detaillierungsgrad (Einzelpositionen versus Globalschätzung) für die IV-Stelle im Vergleich zu heute ein geringer bis zu einem erheblichen Mehraufwand entsteht». Betreffend Globalbudget hält die IVSK zusammen mit OW, GL, GR, TG VS, NE fest: «Wir gehen davon aus, dass die Weisungen auf einer Ebene erstellt werden, welche den IV-Stellen auch die notwendigen unternehmerischen Freiheiten zugestehen.» Oder wie es JU ausdrückt. «Die Weisungen sollten den IV-Stellen einen gewissen Handlungsspielraum zur Sicherstellung ihrer Autonomie belassen.» IVSK, BE, OW, SH, GR, TG, VS und NE geben zu bedenken: «Aufgrund der Erläuterungen ist davon auszugehen, dass IV-Stelle und Ausgleichskasse zusammen die notwendigen Unterlagen zur Verfügung stellen. Nachdem nun aber im Entwurf die Ausgleichskasse ganz herausgestrichen wurden und nur noch die IV-Stellen erwähnt sind, vermittelt dies gegenteilig den Anschein, dass die Ausgleichskassen keine Aufgaben mehr hätten.» Sie fordern deshalb die folgende Ergänzung: 'Die IV-Stellen haben in Zusammenarbeit mit den rechnungsführenden Ausgleichskassen dem BSV nach dessen Weisungen...'

Die SVP lehnt eine Finanzierung der Verwaltungskosten über ein (mehrjähriges) Globalbudget ab.

Assistenzbeitrag

Alle Vernehmlassungsteilnehmenden befürworten die vorgesehenen Änderungen, sowohl die Erhöhung der Nachtpauschalen und die Möglichkeit, alle drei Jahre Beratungsleistungen in Anspruch zu nehmen, als auch die Übergangsbestimmungen.

AG begrüsst die im Rahmen des Assistenzbeitrags vorgesehenen Anpassungen.

Cap-Contact erachtet das Vorgehen einiger IV-Stellen in der Romandie bei der Abklärung des Hilfebedarfs für die Nacht wie auch für den Tag als problematisch. Cap-Contact betont, dass jede Verbesserung beim Assistenzbeitrag mit einer Sensibilisierung für die tatsächlichen Be-

dürfnisse der Versicherten einhergehen muss. Diese Bedürfnisse seien von den Fachpersonen der IV-Stellen zu berücksichtigen, weshalb Cap-Contact eine konkrete Umsetzung der Verbesserungen in der Praxis und nicht nur auf dem Papier fordert.

Die Regionalgruppen von insieme Cerebral (Zug, Aargau, Genève, Valais und Neuchâtel) sowie SBH halten fest, dass die Löhne für Assistenzpersonen auch tagsüber in keiner Weise marktüblich seien. Die zu tiefen Löhne erschwerten das Finden von kompetenten Personen erheblich und begünstigten häufige Personalwechsel, was den ohnehin schon übermässigen Administrationsaufwand im Bereich Assistenz weiter erhöhe.

Coraasp fordert, dass im Rahmen des Assistenzbeitrags Peers als Fachkräfte für den Bereich psychische Gesundheit zugelassen werden (d. h. Menschen mit psychischen Problemen, denen es besser geht und nach einer Ad-hoc-Ausbildung anderen Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder Behinderungen helfen und sie unterstützen können).

EVS betont, dass die Assistenzbeiträge und die Nachtpauschale sehr tief angesetzt seien und fragt, wie es um die Wertschätzung der Carearbeit stehe.

Anpassung der Nachtpauschale (Art. 39f Abs. 1-3 E-IVV)

Neun Kantone (OW, NW, BS, SH, TI, VS, NE, JU und GE) und die SODK unterstützen die Anpassung der Nachtpauschalen, da so das GAV-Modell des SECO eingehalten werden kann, ohne dass auf persönliche Vermögenswerte zurückgegriffen werden muss oder Ausnahmen im Arbeitsvertrag gemacht werden müssen. Zudem führe dies zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Assistenzpersonen. Laut GE wird so die Massnahme aufrechterhalten, wenn die Begünstigten Hilfe in der Nacht benötigen. SH weist jedoch darauf hin, dass durch die mangelnde Abstimmung zwischen Modell-NAV und den begrenzten Assistenzbeiträgen bei den geltenden Pauschalen ein «Finanz-Gap» entstanden sei. Dies treffe insbesondere auf die Vergütung der Nachtarbeit zu. Diese Lücke sei weder auf die betroffenen Menschen mit Beeinträchtigung noch auf die Kantone abzuwälzen. Beides käme einer Schlechterstellung und damit einem Abbau von Assistenzleistungen gleich, was allen aktuellen Bestrebungen nach Individualisierung, Autonomie und Inklusion und damit der UN-BRK widersprechen würde.

UR regt an, in die Bestimmung einen Automatismus zur Preis- und Lohnentwicklung aufzunehmen.

Die SVP Schweiz begrüsst die vorgeschlagene Lösung, da damit die Betreuung von älteren Personen und Menschen mit Beeinträchtigung zu Hause gefördert werde.

Die Erhöhung der Nachtpauschale für den Assistenzbeitrag wird auch von SGV und SSV begrüsst.

Der SGB begrüsst es, dass der Bundesrat die Gelegenheit nutze, die anlässlich der Evaluation des Assistenzbeitrages gewonnenen Erkenntnisse umzusetzen. Inakzeptabel sei jedoch, dass dabei nicht einmal in jedem Fall die Vorgaben des Modell-NAV Hausangestellte garantiert werden soll. Der SGB fordert eine stärkere Berücksichtigung der Interessen von Assistenzpersonen und fordert, dass über den Assistenzbeitrag der IV nicht noch prekärere Anstellungsmöglichkeiten als im Rahmen des Modell-NAV Hausangestellte gefördert werden.

Le GPS, Curaviva, ASPS, Spitex Schweiz, IH und Weitere sowie weitere Vernehmlassungsteilnehmende wie zum Beispiel SGV, SSV, VASOS-FARES begrüssen die Anpassung der Nachtpauschalen und die Anlehnung an den Modell-NAV. Sie fordern aber die Übernahme des im Modell-NAV vorgesehenen Zuschlags von 25 Prozent auf aktive Nachthilfe und weisen darauf hin, dass die Höchstbeträge für den Assistenzbeitrag bei Inkrafttreten der Reform der beruflichen Vorsorge (Reform BVG 21) erhöht werden müssten. Weiter wird angeregt, dass die Qualifikation B auch für Hilfeleistungen bei den alltäglichen Lebensverrichtungen und der gesellschaftlichen Teilhabe und Freizeitgestaltung eingesetzt werden können soll.

InVIE dual schliesst sich diesen drei Forderungen an und regt an, dass zusätzlich auch die Kosten für ein Assistenzzimmer übernommen werden sollten.

Cap-contact teilt die Forderungen nach einem Zuschlag von 25 % für die aktive Nachtarbeit und der Anwendung des Tarifs für besondere Qualifikationen auf andere Bereiche. Der Verband fordert zudem, dass Menschen mit Behinderung als Arbeitgebende ihren Assistenzpersonen faire und wettbewerbsfähige Löhne zahlen können, die den Anforderungen des Modell-NAV und höheren kantonalen Mindestlöhnen entsprechen.

Die Vereinigung graap ist der Ansicht, dass der Tarif für besondere Qualifikationen auch für andere Bereiche gelten sollte. Sie geht davon aus, dass die Nachtpauschalen nach Stufen im Kreisschreiben präzisiert werden und dem Vorschlag der BSV-Arbeitsgruppe Assistenz Rechnung tragen werden.

Die Regionalgruppen von insieme Cerebral Zug, Aargau, Genf, Wallis und Neuenbrug, IGAB, dravetsuisse, fsmm, der Verein Morbus Wilson und Pro Raris unterstützen die Erhöhung der Nachtpauschalen und bedauern den Verzicht auf den Zuschlag von 25 Prozent gemäss Modell-NAV des SECO, der die ohnehin schon tiefen Löhne drücke. Letztere drei weisen zudem darauf hin, dass die vorgeschlagenen Ansätze nicht jedem Einzelfall gerecht werden würden. Es gäbe auch Assistenznehmende, die mehr als drei Stunden aktive Arbeitszeit pro Nacht benötigten.

ASPS und Spitex Schweiz bemängeln, dass die Erhöhung der Nachtpauschalen auf Fr. 160.50 für Kinder/Jugendliche mit einer komplexen Erkrankung und vielen aufwändigen Interventionen nicht ausreichend sei. Als Minimum solle eine Pauschale von 320 bis 350 Franken in Betracht gezogen werden.

Das Netzwerk Enthinderung mahnt, dass der nächtliche Ansatz nach Artikel 39f Absatz 3 E-IVV im Branchenvergleich zu niedrig angesetzt sei, weshalb die effektiven Kosten nicht gedeckt werden könnten. Der Assistenzbeitrag solle so angesetzt sein, dass orts- und branchenübliche Löhne bezahlt werden könnten, sodass die Assistierenden keine Lohneinbusse hinnehmen müssten, nur, weil sie Menschen mit Beeinträchtigung als Arbeitgebende hätten.

Noveos und Vasos begrüssen die Anpassung der Nachtpauschalen, geben aber zu bedenken, dass es weiterhin Fälle geben werde, in denen auch mit den neuen Nachtpauschalen die Vorgaben des Modell-NAV Hausdienst nicht eingehalten werden können.

Rechnungsstellung Nachtpauschale (Art. 39i Abs. 2–2^{ter} E-IVV)

Zehn Kantone (BE, SZ, OW, NW, GL, SH, GR, TG, VS, NE) und die IVSK stellen fest, dass die Terminologie «darf maximal die Pauschale» in Rechnung gestellt werden, suggeriere, dass auch weniger als die Pauschale verrechnet werden kann. Dann entspräche es aber nicht mehr einer Pauschale, sondern einem Maximalbetrag. Gemeint dürfte sein, «ausschliesslich» die Pauschale. Bei dem in Artikel 39f Absatz 3 E-IVV erwähnten Betrag handle es sich unbestrittenermassen um den Maximalbetrag, der bei Festlegung der Pauschale durch die IV-Stellen nicht überschritten werden dürfe. Die zehn Kantone schlagen vor, Absatz 2^{bis} wie folgt zu ändern: «Pro Nacht darf ausschliesslich die Pauschale für den ... ». JU stimmt dem zu, schlägt aber vor, den ersten Satz des Absatzes zu streichen.

Sieben Kantone (SZ, VS, NW, NE, GL, GR, AG) und die IVSK gehen davon aus, dass die Person vor Ort sein müsse. Sie bemängeln, dass dies aus dem Wortlaut nicht genau hervorgehe. Sie vermuten, dass deswegen insbesondere Absatz 2^{ter} häufig angewendet werden würde.

Für Sieben Kantone (SZ, VS, NW, NE, GL, GR, TG) und die IVSK besteht hier eine deutliche Ungleichbehandlung zu Personen, welche die Nachtpauschale ausschöpfen, und eine grosse Gefahr von Missbrauch. Es sollten nur die tatsächlich geleisteten Einsätze vergütet oder dann höhere Anspruchsvoraussetzungen definiert werden. Aktuell werde gemäss geltenden Weisungen nur die effektive Interventionszeit berücksichtigt. Wenn einerseits vorausgesetzt werde, dass eine Hilfestellung in der Nacht notwendig ist, diese aber andererseits bei Nichtausschöpfung auch am Tag «bezogen» werde kann, bestehe eine Diskrepanz und die Notwendigkeit der Nachtpauschale werde damit stark in Frage gestellt. Erfahrungsgemäss würden

seitens Behandlerin oder Behandler häufig «Gefälligkeitszeugnisse» für Nachtpflege ausgestellt und diese dann nicht ausgeschöpft. Diese Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser befürchten, dass in vielen Fällen die Nachtpflege zugesprochen werden müsse, die Leistungen dann aber nicht erbracht würden. Der nichtverwendete hohe Betrag werde dann während dem Tag abgerechnet, was eine klare Bevorzugung von Personen bedeute, die Anspruch auf Nachtpflege hätten. Zusammen mit AI beantragen sie, die Nachtpauschale nur dann zu vergüten, wenn sie effektiv verwendet wird oder alternativ die Verwendung der Nachtpauschale am Tag lediglich zum Tagesansatz zu vergüten.

VD unterstreicht, dass es sich hierbei um eine wichtige Änderung handle und dass auch die versicherten Personen über diese neue Möglichkeit, die ihnen mehr Flexibilität bietet, informiert werden müssen.

Die GPS, IH und Weitere sowie weitere Interessierte begrüßen die flexiblere Einsatzmöglichkeit der Nachtpauschalen.

Beratung (Art 39j Absatz 2 und 3 E-IVV)

Alle 70 Stellungnahmen zu diesem Artikel befürworten die Ausweitung der Beratungsleistungen, die neu alle drei Jahre finanziert werden können. Zu den Befürwortern zählen insbesondere 11 Kantone (OW, NW, SH, AI, GE, NE, JU, ZG, VS, VD, TI), eine Partei (GPS), der SSV, weitere interessierte Kreise (INSOS, Cap-Contact, Curaviva) und viele andere mehr.

Die SODK sowie OW, NW, SH, AI, GE, JU, ZG und NE bemängeln jedoch, dass der Stundenansatz von 75 Franken immer noch zu tief sei. Ihrer Ansicht nach ist es in der Praxis kaum möglich, fachlich qualifizierte Beratungen zu diesem Ansatz durchzuführen; die Vollkosten dürften sich vielmehr auf das Doppelte belaufen. Sie fordern, dass der Stunden-Ansatz realistisch anhand von Referenzkosten für entsprechende Beratungen der Praxis angepasst werden solle, z. B. auf eine Stunde Vollkosten bei der Beratung von Menschen durch eine IV-Stelle. VD teilt die Auffassung, dass der maximale Tarif von 75 Franken pro Stunde nicht ausreicht. Am Beispiel der Stundenansätze im medizinischen Bereich (ca. 180 Fr. pro Stunde), im juristischen Bereich (mind. 150 Fr. pro Stunde) und im Bereich der Unterstützung (ca. 120 Fr. pro Stunde) schlägt VD vor, Selbstständigerwerbende für Beratungsleistungen mit einem Höchsttarif von 150 Franken zu entschädigen, Angestellte mit 100 Franken.

GPS, IH und Weitere verlangen, dass das Erfordernis, den «Beratungsbedarf erneut glaubhaft zu begründen», nicht dazu führen darf, dass die Leistung de facto nicht oder kaum in Anspruch genommen werden kann und/oder die Leistung von Kanton zu Kanton ganz unterschiedlich zugesprochen wird. Cap-Contact verlangt, die Erfordernis, den Beratungsbedarf glaubhaft begründen zu müssen, zu streichen.

ASPS et Spitex Schweiz fordern, dass Eltern von Minderjährigen mit erwachsenen Assistenzbeziehenden gleichgestellt werden und ihnen für die Beratung in Bezug auf den Assistenzbeitrag ebenfalls der gesetzlich vorgeschriebene Betrag zur Verfügung stehe

IGAB begrüsst diesen Änderungsantrag, der dazu beitrage, Menschen mit Behinderungen in ihrer Rolle als Arbeitgebende zu unterstützen, und betont, dass diese Unterstützung auch für Angehörige sehr wichtig sei, da sie oft diejenigen seien, die sich mit der administrativen Abwicklung des Anstellungsverhältnisses von privatem Person befassen.

Revision der Höhe des Assistenzbeitrags für den Nachtdienst (Übergangsbestimmungen, Bst. d E-IVV)

Die GPS sowie IH und Weitere befürworten eine Anpassung der derzeitigen Anforderungen bei Inkrafttreten der Änderung. AGILE.CH und weitere Organisationen sind der Ansicht, dass es keine Überprüfung der Anspruchsvoraussetzungen braucht, da die Änderung lediglich eine Anpassung der Höhe der Ansätze betreffe. INSOS, Curaviva et VASOS gehen davon aus, dass die IV-Stellen die Überprüfung der laufenden Fälle von sich aus vornehmen werden.

Neuer, von den Vernehmlassenden eingebrachter Vorschlag

Sechs Entlastungsdienste (Entlastungsdienst Schweiz, Innerschweiz, Ostschweiz, Zürich, Aargau/Solothurn, Stadt St. Gallen) fordern, dass Bezügerinnen und Bezüger eines Assistenzbeitrages ihre Assistenzpersonen über eine Non-Profit-Organisation anstellen lassen können sollen.

Reisekosten

Der Kanton VD bedauert die Beibehaltung von Absatz 5 des Artikels 90 IVV betreffend Ausstellung von Transportgutscheinen. Diese Methode sei durch die technische Entwicklung und die Abschaffung der SBB-Schalter überholt. Zahlreiche Organisationen der privaten Behindertenhilfe wie zum Beispiel, IPT, Pro Raris, graap, Verein Morbus Wilson, dravetsuisse begrüßen die Aufhebung der bisherigen Ortskreis-Regelung und die Behebung der mit der bisherigen Regelung verbundenen Ungleichbehandlung. Gleichzeitig fordern sie zusammen mit agile, hiki, IH, Pro Infirmis, ProCap, Lungenliga und zahlreichen weiteren Organisationen, die in ihrer Stellungnahme auf die Stellungnahme von IH oder von agile verweisen, die Beiträge an das Zehrgeld (Art. 90 Abs. 4 E-IVV) an die seit 1992 eingetretene Teuerung anzupassen und hernach regelmässig (z.B. alle fünf Jahre) zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen. Mit Verweis auf die Stellungnahme von IH schliesst sich auch Travail.Suisse dieser Forderung an.

Zustelladressaten Vorbescheid (Art. 73^{bis} Abs. 2 Bst. g und h E-IVV)

Bei gut zwei Dritteln der 18 Vernehmlassenden, die sich zu diesem Thema geäußert haben, handelt es sich um Kantone: (UR, SZ, OW, GL, SO, GR, AG, TG, VD, VS, NE, GE, JU). Der Kanton UR und die IVSK regen an, die Zustelladressatinnen und -adressaten in Artikel 73^{bis} Absatz 2 E-IVV in solche mit und solche ohne Parteistellung zu differenzieren, damit klar wird, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie Durchführungsstellen nicht einwandberechtigt sind, obwohl ihnen Vorbescheide zu Wiedereingliederungsmassnahmen neuerdings auch zuzustellen sind. Verschiedene Kantone (SZ, OW, GL, SO, GR, TG, VS, NE) weisen darauf hin, dass die Begrifflichkeiten im Verordnungstext nicht mit den Erläuterungen übereinstimmen. So fordern sie eine Klärung, ob es sich um «Wiedereingliederungsmassnahmen» (Verordnungstext) oder um «Eingliederungsmassnahmen» gemäss dem erläuternden Bericht handelt. Für die Klärung und das bessere Verständnis wäre es ihrer Auffassung nach hilfreich, den Verweis auf Artikel 8a IVG einzufügen. Weiter halten dieselben Vernehmlassenden fest, dass eine Zustellung des Vorbescheids im Fall einer Leistungsverweigerung die Zusammenarbeit mit der behandelnden Person nicht verbessere, sondern vor allem die Einwandquote und den administrativen Aufwand erhöhe. Eine Verbesserung in der Zusammenarbeit würden sie in der Zustellung einer Kopie der Zusage von Wiedereingliederungsmassnahmen an die Leistungserbringer sehen, da diese so detailliert über Art, Dauer und Inhalt der Wiedereingliederungsmassnahmen informiert werden würden. Nicht zuletzt wird datenschutzrechtlich bezweifelt, dass eine Verordnungsbestimmung für die Datenbekanntgabe im vorliegenden Fall reiche. AG beanstandet, dass die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt nur dann informiert wird, wenn im Zusammenhang mit der Wiedereingliederung Leistungen gänzlich oder teilweise abgelehnt werden, weil dafür ein Vorbescheid zu erlassen ist. Werden die Leistungen gänzlich zugesprochen, erfolge dagegen keine Information, sondern nur eine Mitteilung, weil keine Verfügung mit entsprechendem Vorbescheid nötig ist. AG wünscht, dass diese Diskrepanz korrigiert wird. Ähnlich äussert sich JU. VD und GE äussern sich ablehnend zum Vorschlag, behandelnden Ärztinnen und Ärzte den Vorbescheid zuzustellen. Abgesehen von der auch von anderen Kantonen erwähnten Zunahme des administrativen Aufwands gibt VD zu bedenken, dass der Änderungsentwurf zu Rechtsunsicherheiten? führe, insbesondere in Bezug auf die Rolle der behandelnden Ärzteschaft. Das sei nicht wünschenswert, zumal die Frist von dreissig Tagen, um gegen den Vorbescheid Einsprache einzulegen, seit Anfang 2021 eine gesetzliche Frist sei und nicht verlängert werden könne. Die Versicherten sollten sich nicht darauf verlassen müssen, dass ihr Hausarzt oder ihre Hausärztin etwas unternimmt und unwissentlich die

Frist für die Einsprache gegen den geplanten Entscheid verstreichen lässt. GE findet, dass es angesichts des Verwaltungsaufwands, den die Übermittlung des Vorbescheids für die IV-Stelle bedeutet, keinen Grund gebe, diesen zuzustellen, insbesondere, wenn mehrere behandelnde Ärzte oder Ärztinnen involviert sind, was häufig der Fall sei. Dies gelte insbesondere dann, wenn eine Rente oder berufliche Massnahmen abgelehnt werden, die aufgrund des Gesundheitszustands ohnehin nie infrage gekommen wären. Nach Ansicht von GE kann die versicherte Person die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt durchaus selber auffordern, am Gespräch teilzunehmen, wenn sie es als notwendig erachtet, dass die Ärztin oder der Arzt zur Beurteilung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen Stellung nimmt.

AGPP, Dr. med. Klaus Begle, FMPP und ZGPP finden es wichtig, dass dank dem Vorbescheid schnell Einwand erhoben werden kann: «Allfällige Ablehnungen müssen viel konsequenter durch Rücksprachen mit Behandlern geklärt werden, daher haben Vorbescheide mit Hinweis auf die Einsprachemöglichkeit zwingender Standard zu sein. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die Verfahren nicht auf juristische Ebene gehoben werden, bevor eine eingehende medizinische Diskussion geführt worden ist.»

3.11 Weitere eingebrachte Anliegen

In den Stellungnahmen kamen neben den Themen der Vorlage zu den Ausführungsbestimmungen der WE IV auch einzelne zu sätzliche Anliegen zur Sprache:

Anspruch auf Vergütung von Dienstleistungen (Art. 9 HVI)

42 Organisationen der privaten Behindertenhilfe (agile, Aids-Hilfe Schweiz, Autismus deutsche Schweiz, avanti donne, debra, Elpos, Fragile Suisse, GELIKO, GREA-CRIAD, IH und weitere, Krebsliga Schweiz, Muskelkrank und lebensstark, NOVEOS, Procap, Profi – Arbeit & Handicap, ASA, Schweizer Paraplegiker Vereinigung, CAB, Schweizerische Lungenliga, Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft, Schweizerische Stiftung für das cerebrally gelähmte Kind, SVEHK, SBH, Schweizerischer Blindenbund, Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen, Sonos, Swiss Association of Rehabilitation VASOS-FARES) und die GPS stehen hinter den folgenden beiden Forderungen: 1. Um Integrations- und Berufsberatungsmassnahmen möglichst vielen Versicherten zugänglich zu machen, sollen Dienstleistungen Dritter, wie beispielsweise die Gebärdendolmetschung, auch bei diesen Massnahmen möglich sein. 2. Damit Menschen mit Behinderungen, die im Rahmen ihrer Berufsausübung auf Dienstleistungen Dritter angewiesen sind, ihren schwankenden Bedarf abdecken können (Ferien, mehr Sitzungen, Überstunden, Vorlesen einer umfassenden Studie), braucht es zwingend eine Flexibilisierung bei der Finanzierung der Dienstleistungen Dritter, beispielsweise mit einer jährlichen Vergütung. AGILE.ch, Schweizerische Lungenliga, VASOS-FARES und pro audito weisen zudem darauf hin, dass «der aktuelle Beitrag von CHF 1793.- pro Monat je nach Arbeitspensum und Beschäftigungsform nicht ausreicht (und teilweise auch verunmöglicht, einen Karriereschritt zu machen), um die effektiv anfallenden Kosten der Dienstleistungen Dritter zu decken.» Die Stundenansätze, die IV-Stellen für Dienstleistungen Dritter gewähren, seien teilweise viel zu tief und müssten dringend überprüft werden.

Nächste IV-Revision

Verschiedentlich wurde eine baldige nächste IV-Revision gefordert. Einerseits basiert diese Forderung auf der Feststellung, dass die nun vorgelegten Ausführungsbestimmungen äusserst komplex seien und eine hohe Regelungsdichte aufwiesen. Mit der vorliegenden Revision sei die IVV folglich noch unübersichtlicher und schwerer lesbar geworden. Für NW, AI, SG, VS, NE, GE, SODK, ist «mittelfristig eine formale Neustrukturierung der IVV unabdingbar, weil die IVV für die Anwender und Anwenderinnen immer unübersichtlicher wird.» TI hingegen möchte das Problem nicht mit einer Totalrevision lösen, sondern schlägt vor, die Struktur der Verordnung zu überarbeiten, indem die Bestimmungen mit Weisungscharakter aufgehoben und in ein Kreisschreiben aufgenommen werden. Einige Kantone halten wie NE in diesem Zusammenhang fest, dass die neuen Bestimmungen dem Konzept der 5. IV-Revision widersprechen würden. Konkretes Handeln und Kommunikation mit den versicherten Personen hatten dort Priorität, indem die administrativen Aufgaben so weit wie möglich reduziert werden; die geplante Überregulierung gehe somit in die entgegengesetzte Richtung. Ihres Erachtens sollte hinsichtlich der Regelungsdichte (IVV) mehr Zurückhaltung ausgeübt werden. SAV und Centre patronal weisen hingegen mit Nachdruck darauf hin, dass mit der vorliegenden Revision die strukturellen und insbesondere finanziellen Probleme der IV nicht gelöst seien. Es bedürfe nachhaltiger struktureller Massnahmen im Rahmen einer raschen, erneuten «Spar»-Revision des IV-Gesetzes, um eine eigentliche Sanierung der IV zu erreichen. Der Schweizerische Städteverband schliesslich hält fest, dass Verlagerungseffekte von der IV zur Sozialhilfe als Folge des mit den letzten IV-Revisionen erzielten Paradigmenwechsels von der Rentenzur Eingliederungsversicherung eine Belastung für die Sozialhilfe und damit auch für die Städte bedeuteten. Nicht nur steige dadurch die Zahl der Sozialhilfebeziehenden, sondern die Sozialdienste seien auch mit Personen konfrontiert, die gesundheitlich stärker belastet seien und länger unterstützt werden müssten. Zukünftige Reformen der IV müssten diesen Befunden Rechnung tragen, die Grenzen der Eingliederungsmassnahmen anerkennen und Personen,

die aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen nicht oder nur begrenzt am Arbeitsmarkt teilhaben können, effektiv versichern. Cap-Contact schliesst sich dieser Forderung an und ergänzt, zusammen mit dem Schweizerischen Gemeindeverband, dass der gegenwärtige Kostendruck durch die Schuldentrückzahlung der IV an die AHV verringert würde.

Ressourcenbedarf

Diverse Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser, namentlich die IVSK und die Kantone OW, LU, GL, SH, TG, TI und VS äussern sich zum Thema Ressourcen: «Die neuen Aufgaben müssen kompetent und professionell umgesetzt werden. Dazu bedarf es der entsprechenden finanziellen und personellen Ressourcen. Die Vorlage kann mit der ursprünglichen Botschaft nicht mehr gleichgesetzt werden, da der Gesetzgeber einige zusätzliche Neuerungen mit grösseren Auswirkungen auf die Durchführung beschlossen hat. Solche Änderungen sind in die Ressourcenberechnungen, wie sie in der Botschaft enthalten sind, nicht eingeflossen.» Und NE und GR konkretisieren, dass die IV-Stellen mit angemessenen finanziellen Mitteln ausgestattet werden müssen. Das setze voraus, dass alle geplanten Änderungen in die neue Ressourcenberechnung einfließen. Ähnlich äussert sich SZ: «Damit die kantonale Durchführungsstelle, IV-Stelle Schwyz, weiterhin einen aktiven Beitrag zur Zielerreichung leisten kann, sind ihr vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) genügende personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung zu stellen. [...] Wir votieren für ein dynamisches Modell, das den veränderten Anforderungen des Gesetzgebers sowie der Menge der Versicherungsfälle angemessen Rechnung trägt.»

Die KKAK hingegen ist der Auffassung, dass die reglementarischen Bestimmungen keine weiteren finanziellen Auswirkungen haben werden als die, die bereits durch die Gesetzesrevision verursacht würden.

Die ZGPP schliesslich, weist darauf hin, dass, die niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater die Auswirkungen der gesellschaftlichen Entwicklungen im Allgemeinen und diejenigen der vergangenen IV-Revisionen im Speziellen sehr wohl wahrnehmen: «Diejenigen Fälle, welche im Vorfeld durch die Sachbearbeiter und Sachbearbeiterinnen der IV abgelehnt wurden, und jene, die nach der Erstellung eines Gutachtens [...] im Hinblick auf eine Rente zurückgewiesen werden, sind nicht erfasst. Daher müssen die Kosten für eine angemessene Erhöhung der Zahl von Neurenten budgetiert werden.»

Ausgeglichener Arbeitsmarkt, Quotenregelung

AGILE.ch und weitere Vernehmlasserinnen und Vernehmlasser wie zum Beispiel Profil, hiki, RDAF, Schadenanwälte - Fachanwaltskanzlei für Haftpflicht und Versicherungsrecht, Pro Raris, Verein Morbus Wilson, dravetsuisse und die fsrmm üben Kritik am Konzept des ausgeglichenen Arbeitsmarktes: Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen hätten auf dem realen Arbeitsmarkt keine Chancen, was sich mit den Auswirkungen der Covid-19-Pandemie noch verstärken werde. Auch der SGB moniert, der «ausgeglichene Arbeitsmarkt» entspreche nicht dem real existierenden Arbeitsmarkt, während IH, Procap und INSOS die Kritik so formulieren: «Der Begriff des 'ausgeglichenen Arbeitsmarkts' entwickelt sich immer mehr zu einem abstrakten und theoretischen Konstrukt und entfernt sich immer mehr vom real existierenden Arbeitsmarkt.» Arbeitsintegration Schweiz erachtet den sogenannten ausgeglichenen Arbeitsmarkt für Menschen mit Beeinträchtigung als praktisch inexistent, der «für die nächsten 5-10 Jahre nur ein theoretisches Konstrukt bleiben wird, wenn die Arbeitgeberseite die Eingliederung von Menschen mit Beeinträchtigung nicht verbindlicher als gesellschaftspolitischen Auftrag anerkennt.». INSOS und Aids-Hilfe Schweiz stehen dem heute praktizierten Kurs der IV mit dem Primat des ersten Arbeitsmarkts skeptisch gegenüber: «Da der heutige Arbeitsmarkt noch immer als nicht inklusiv betrachtet werden muss, ist es wichtig, auch Angebote im geschützten Rahmen weiterzuführen und zu entwickeln.» Unterstützt wird diese Forderung von

SBH, Krebsliga, GELIKO und Lungenliga, wenn sie schreiben: «[Wir] unterstützen den grundsätzlichen Fokus auf den ersten Arbeitsmarkt. Dort wo es notwendig ist, muss aber weiterhin der geschützte Rahmen berücksichtigt werden.»

Weiter sind einige Organisationen der privaten Behindertenhilfe zusammen mit agile unzufrieden mit der hohen Eintrittsschwelle von 40 Prozent für IV-Renten und der fehlenden Verpflichtung von Arbeitgebenden. Auch für Travail.Suisse rückt angesichts der Tatsache, dass sich die Erwerbschancen der Betroffenen seit 2004 (Inkrafttreten des BehiG) nicht substantiell zum Positiven verändert hätten, die Forderung nach einer Quotenregelung in den Vordergrund. Die Einführung einer obligatorischen Mindest-Quote bei grösseren Unternehmen mit griffigem Monitoring fordert auch das Netzwerk Enthinderung. Für INSOS hingegen scheinen sozialpartnerschaftliche Lösungen erfolversprechender als Quotenregelungen.

Digitalisierung

Vereinzelte Vernehmlasser und Vernehmlasserinnen äussern sich zum Thema Digitalisierung. So bedauert AG, dass die Vorlage die Chance nicht ergriffen habe, die Digitalisierung (zum Beispiel Plattformlösungen) und Automatisierung (zum Beispiel Zusammenspiel verschiedener Sozialversicherungen) voranzutreiben, so dass die Prozesse rasch, einfach und effektiv umgesetzt werden könnten. Eine konsequente Digitalisierung führe nämlich zu einer einfachen, digitalisierten Durchführung, das heisse zu raschen Entscheiden und könne dazu beitragen, die Durchführungskosten positiv zu beeinflussen und eine stetige Steigerung der Kosten zu bremsen. Mit der IVSK halten OW, GR und SH fest, sie seien bereit, sich mit digitalen Lösungen für eine effiziente Umsetzung der Weiterentwicklung IV einzusetzen. Allerdings könne die Digitalisierung nur gefördert und wirksam umgesetzt werden, wenn die IV-Stellen mit den entsprechenden finanziellen Mitteln ausgestattet würden. Netzwerk Enthinderung bedauert, dass die Digitalisierung im erläuternden Bericht zur Weiterentwicklung der IV nur indirekt erwähnt worden ist, denn eine barrierefreie elektronische Kommunikation mit den Behörden sei im Sinne der Erleichterung der Partizipation von Betroffenen unerlässlich.

Zusätzliche Forderungen

Das Netzwerk Enthinderung fordert, basierend auf Artikel 27 BRK, die Anreizsysteme für Arbeitgebende auszubauen, indem beispielsweise eine Vergünstigung bei der Unternehmenssteuer eingeführt wird oder Projekte unterstützt werden, die sich auf die Vermittlung von gut qualifizierten Menschen mit Behinderung spezialisiert haben.

Cap-Contact erwartet, dass das Evaluationskonzept der 7. Revision ein effizientes Monitoring zur Wirkung der Integrationsmassnahmen enthalte, mit Fokus auf ein existenzsicherndes Erwerbseinkommen.

Für Schadenanwälte - Fachanwaltskanzlei für Haftpflicht und Versicherungsrecht schliesslich wäre eine gemischtwirtschaftliche Struktur und Organisation der Organe der IV zielführender.

Anhang: Liste der Vernehmlassungsteilnehmer⁴

Kantone / Cantons / Cantoni

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni

⁴ in alphabetischer Reihenfolge aufgrund der Abkürzung

JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwyz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt

	Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell'Assemblea federale

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
GPS PES PES	Grüne Partei der Schweiz Parti écologiste suisse Partito ecologista svizzero
SPS PSS PSS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz Parti socialiste suisse Partito socialista svizzero
SVP UDC UDC	Schweizerische Volkspartei Union démocratique du Centre Unione democratica di Centro

Gesamtschweizerische Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete / associations faitières des communes, des villes et des régions de montagne qui œuvrent au niveau national / associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
SGV ACS ACS	Schweizerischer Gemeindeverband Association des communes suisses Associazioni comuni svizzeri
SSV UVS	Schweizerischer Städteverband Union des villes suisses

UCS	Unione delle città svizzere
-----	-----------------------------

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faitières de l'économie qui œuvrent au niveau national/ associazioni mantello nazionali dell'economia

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband (SAV) Union patronale suisse Unione svizzera degli imprenditori
SGB USS USS	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB) Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)
Travail.Suisse	Travail.Suisse

Weitere Vernehmlassungsadressaten / Liste des destinataires supplémentaires / Elenco di ulteriori destinatari

Versicherungsinstitutionen

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
IVSK	IV-Stellen-Konferenz
KKAK	Konferenz der kantonalen Ausgleichskassen
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri
Suva	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband

Organisationen der privaten Behindertenhilfe

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
AGILE	AGILE.ch
	Fragile Suisse
GELIKO	GELIKO - Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz
IH	Inclusion Handicap
	insieme Schweiz
INSOS	INSOS Schweiz
avanti donne	avanti donne - Interessenvertretung Frauen und Mädchen mit Behinderung
Kosek	Nationale Koordination Seltene Krankheiten
Procap	Procap - Schweizerischer Invaliden-Verband
Pro Raris	Pro Raris, Allianz seltener Krankheiten
SPV	Schweizer Paraplegiker-Vereinigung
MS-Gesellschaft	Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft
PMS	Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana
	Pro Infirmis
Cerebral	Stiftung Cerebral
	Vereinigung Cerebral Schweiz
Profil	Profil – Arbeit & Handicap
IPT	Fondation Intégration Pour Tous
graap	Groupe d'accueil et d'action psychiatrique
	Insieme Horgen
Insieme BL	Insieme Basel-Land
	Insieme Freiamt
Insieme BS	Insieme Basel-Stadt
	Insieme Baden-Wettingen
	Insieme Zuzach
Insieme VD	Insieme Vaud
Insieme JU	Insieme Jura bernois

Isieme-Cerebral GR	Isieme-Cerebral Graubünden
	Insieme Innerschwyz
	Insieme Rheinfelden
	Insieme Rapperswyl Jona
	Insieme Winterhur-ZüriUnterland
	Insieme Zürcher Oberland & insieme Dachverband Kanton Zürich
Muskelkrank und lebensstark	Schweizerische Muskelgesellschaft Muskelkrank und lebensstark
CAB	Schweizerische Caritasaktion der Blinden
debra	debra Hilfe für Schmetterlingskinder
	Insieme Aarau-Lenzburg
	Insieme 21
Insieme BE	Insieme Region Bern
Insieme FR	Insieme Fribourg
Insieme GE	Insieme Genève
Insieme UR	Insieme Uri
Insieme VS	Insieme Valais romand
Insieme SH	insieme Schaffhausen
	Insieme Ostschweiz
	Insieme Unterwalden
Insieme-Cerebral ZG	Insieme-Cerebral Zug
Insieme ZH	Insieme Zürich
	Vereinigung Cerebral Zentralschweiz
Vereinigung Cerebral ZH	Vereinigung Cerebral Zürich
Association Cerebral JU	Association Cerebral Jura
Vereinigung Cerebral GL	Vereinigung Cerebral Glarus
Vereinigung Cerebral BE	Vereinigung Cerebral Bern

Vereinigung Cerebral SH	Vereinigung Cerebral Schaffhausen
Vereinigung Cerebral BS	Vereinigung Cerebral Basel
Vereinigung Cerebral VS	Vereinigung Cerebral Valais
Vereinigung Cerebral AG	Vereinigung Cerebral Aargau
Vereinigung Cerebral GE	Vereinigung Cerebral Genève
Vereinigung Cerebral NE	Vereinigung Cerebral Neuchâtel
Vereinigung Cerebral SO	Vereinigung Cerebral Solothurn
	Fondation Cap Loisirs
	Cap-Contact faïtière
atgabbes	Associazione Ticinese di Genitori ed Amici dei Bambini Bisognosi di Educazione Speciale
Sonos	Sonos Schweizerischer Hörbehindertenverband
SBV	Schweizerischer Blinden- und Sehbehindertenverband
SVEHK	Schweizerische Vereinigung der Eltern hörgeschädigter Kinder
	inclusione handicap ticino
Elpos	Elpos – ADHS-Organisation
	IG Seltene Krankheiten
	autismus schweiz
SBb	Schweizerischer Blindenbund
InVIE dual	InVIE dual – Menschen mit Behinderungen stellen Assistent_innen an
SZBLIND	Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen
	Netzwerk Enthinderung
vhs plus	volkshochschule plus

Weitere interessierte Organisationen

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
AllKids	Allianz Kinderspitäler der Schweiz
ASPS	Association Spitex privée Suisse
CP	Centre Patronal
FER	Fédération des entreprises romandes
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
FMH	Swiss Medical Association Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Direktoren
SODK	Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren
EDK	Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren
Physioswiss	Schweizer Physiotherapie Verband
SAPN	Schweizerische Arbeitsgruppe für pädiatrische Nephrologie
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Medizin
SGPP	Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
SGKJPP	Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
SGKC	Schweizerische Gesellschaft für Kinderchirurgie
SGMG	Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Genetik
SGNP	Schweizerische Gesellschaft für Neuropädiatrie
SGV	Schweizerische Gesellschaft Vertrauensärzte und Versicherungsärzte
FMPP	Verbindung der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte der Schweiz
	Dr. med. Klaus Begle

SACD	Swiss Academy of Childhood Disability
SZH CSPS	Schweizerisches Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik
Spitex Schweiz	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
	Stiftung Auffangeinrichtung BVG
SIM	Swiss Insurance Medicine SIM
SO	Swiss Orthopaedics
SGN	Swiss Society of Neonatology
	swissstaffing
VIPS	Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz
	CEMED SA
	CEDEMEX
CEML	Centre d'expertise médicale de Lancy CEML
hiki	Hilfe für hirnerkrankte Kinder hiki
VASOS - FARES	Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz VASOS - FARES
NPSuisse	Schweizerische Niemann-Pick Vereinigung NPSuisse
SGG	Schweizerische Gemeinnützige Gesellschaft SGG
NOVEOS	NOVEOS – Perspektiven für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung
Entlastungsdienst SG	Entlastungsdienst der Stadt St. Gallen
Entlastungsdienst AG / SO	Entlastungsdienst Aargau / Solothurn
	Entlastungsdienst Schweiz
	Entlastungsdienst Ostschweiz
Entlastungsdienst ZH	Entlastungsdienst Zürich
	Entlastungsdienst Innerschweiz
	Gutachterstellen SMAB AG Bern und SMAB AG St. Gallen
SVNP	Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen

dravetsuisse	Vereinigung Dravet Syndrom Schweiz
	Pro audito Schweiz
OG SH	Obergericht des Kantons Schaffhausen
VASK Schweiz	Dachverband der Vereinigungen der Angehörigen von psychisch Kranken
TGPP	Thurgauer Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
	Verein Morbus Wilson
SHCH	Stftung Selbsthilfe Schweiz
EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
unimedsuisse	unimedsuisse – Universitäre Medizin Schweiz
DJS	Demokratische Jurist*innen Schweiz
	Krebsliga Schweiz
	Praxis Passung & WirWerk
ZGKJPP	Zürcher Gesellschaft der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
	Datenschutzbeauftragter des Kantons Luzern
GREA-CRIAD	GREA-CRIAD
SBH	Schweizerische Vereinigung zugunsten von Personen mit Spina bifida und Hydrocephalus
AGPP	Aargauische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. Für Kinder, Jugendliche und Erwachsene
Medas Verband	Verband Medizinischer Abklärungsstellen der Schweiz (Medas Verband)
mfe	mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz
RDAF	Rare Disease Action Forum
Coraasp	Coraasp - organisation faîtière romande d'action en santé psychique
Rechtsberatung UP	Rechtsberatungsstelle UP für Unfallopfer und Patienten
ZGPP	Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
	Physiotherapia Paediatrica
iph	interpharma iph
	Fondazione STCA – Ingrado
	Roseau Romand ASA

CHUV	Universitätsspital Basel USB und Unisanté/Centre hospitalier universitaire vaudois – CHUV
	Lungenliga Schweiz
SAR	Swiss Assotiation of Rahbilitation
	Aids-Hilfe Schweiz
IDA Sozialversicherungen	IDA Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Sozialversicherungen
	Arbeitsintegration Schweiz
IGAB	Interessengemeinschaft Angehörigenbetreuung
schadenanwälte	schadenanwälte – Fachanwaltskanzlei für Haftpflicht und Versicherungsrecht
CLASS	Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales
	Regula Berchtold Gerichtsschreiberin Luzern
fsrmm	Schweizerische Stiftung für die Erforschung der Muskelkrankheiten

Organisationen der Altershilfe

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
	Pro Senectute Schweiz
ALZ CH	Schweizerische Alzheimervereinigung
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz
Spitex Schweiz	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
	Pro Senectute Thurgau
	Pro Senectute AR