



4. Dezember 2020

---

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

Erläuternder Bericht zur Eröffnung des Vernehmlass-  
ungsverfahrens

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Ausgangslage</b>	<b>3</b>
<b>2.</b>	<b>Änderungen im Überblick</b>	<b>4</b>
2.1	Optimierung der Eingliederung.....	4
2.2	Medizinische Massnahmen .....	7
2.3	Kompetenzzentrum Arzneimittel.....	8
2.4	Tarifierung und Rechnungskontrolle.....	8
2.5	Rentensystem .....	9
2.6	Fallführung .....	10
2.7	Verfahren und Begutachtung.....	11
2.8	Prioritätenordnung zu Artikel 74 IVG / Prioritätenordnung zu Artikel 101 <sup>bis</sup> AHVG ..	12
2.9	Weitere Massnahmen der Weiterentwicklung der IV .....	13
2.10	Massnahmen ohne Bezug zur Weiterentwicklung der IV .....	13
<b>3.</b>	<b>Erläuterungen zu einzelnen Bestimmungen</b>	<b>14</b>
3.1	Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) .....	14
3.2	Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen .....	72
3.3	Verordnung vom 11. September 2002 über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts .....	72
3.4	Verordnung vom 31. Oktober 1947 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung .....	79
3.5	Verordnung vom 18. April 1984 über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge.....	84
3.6	Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung .....	85
3.7	Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung.....	89
3.8	Verordnung vom 31. August 1983 über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung .....	91
3.9	Verordnung des EDI über Geburtsgebrechen .....	92
<b>4.</b>	<b>Finanzielle und personelle Auswirkungen</b>	<b>92</b>
4.1	Auswirkungen auf den Bund.....	92
4.2	Auswirkungen auf die IV.....	94
4.3	Auswirkungen auf andere Sozialversicherungen .....	95
4.4	Auswirkungen auf Kantone .....	96
4.5	Ergebnis des RFA Quick-Checks .....	96
	<b>Anhang</b>	<b>97</b>

# 1. Ausgangslage

Am 15. Februar 2017 überwies der Bundesrat dem Parlament die Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der IV)<sup>1</sup>. Das Parlament hat die Vorlage in der Schlussabstimmung vom 19. Juni 2020<sup>2</sup> angenommen.

Die Weiterentwicklung der IV (WE IV) hat zum Ziel, die Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und psychisch erkrankten Versicherten in Zusammenarbeit mit den beteiligten Akteuren zu verbessern, um das Eingliederungspotenzial der Versicherten auszuschöpfen und ihre Vermittlungsfähigkeit zu optimieren. Im Hinblick auf die Erreichung dieses Ziels wurde eine Vielzahl von Massnahmen beschlossen, wie die intensivere Begleitung und Steuerung bei Geburtsgebrechen, die gezielte Unterstützung von Jugendlichen beim Übergang ins Erwerbsleben und der Ausbau der Beratung und Begleitung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Weiter wird die Zusammenarbeit zwischen den Ärztinnen, Ärzten und Arbeitgebenden sowie der IV ausgebaut. Ebenso wird das heutige Rentenmodell durch ein stufenloses System ersetzt, und eine einheitliche Regelung der Abklärungen und medizinischen Gutachten wird für alle Sozialversicherungen im Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000<sup>3</sup> über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) verankert.

Für die Inkraftsetzung der Vorlage, die auf den 1.1.2022 geplant ist, sind auch zahlreiche Anpassungen auf Verordnungsstufe nötig. Die Corona-Krise hat auf die Ausführungsbestimmungen keine Auswirkungen. Die meisten Änderungen betreffen die Verordnung vom 17. Januar 1961<sup>4</sup> über die Invalidenversicherung (IVV). Auf eine Totalrevision der IVV wurde nach eingehender Prüfung verzichtet, da sie einen bedeutenden Mehraufwand bei den Rechtssetzungsarbeiten und einen zusätzlichen grossen Aufwand für die Durchführungsstellen bedeutet hätte, wodurch die geplante Inkraftsetzung per 1.1.2022 gefährdet worden wäre. Weiter sind Anpassungen in der Verordnung vom 11. September 2002<sup>5</sup> über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), der Verordnung vom 31. Oktober 1947<sup>6</sup> über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV), der Verordnung vom 18. April 1984<sup>7</sup> über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVV 2), der Verordnung vom 27. Juni 1995<sup>8</sup> über die Krankenversicherung (KVV), der Verordnung vom 20. Dezember 1982<sup>9</sup> über die Unfallversicherung (UVV) und der Verordnung vom 31. August 1983<sup>10</sup> über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung (AVIV) nötig. Vorgesehen ist ausserdem, die Liste der Geburtsgebrechen, die aktuell den Anhang der Verordnung vom 9. Dezember 1985<sup>11</sup> über Geburtsgebrechen (GgV) bildet, neu in einer Departementsverordnung zu regeln. Sämtliche Anpassungen sowie einzelne Verordnungsänderungen, die keinen Bezug zur WE IV haben, werden nachstehend zunächst im Überblick (Kap. 2) und dann im Detail (Kap. 3) dargestellt und erläutert.

---

<sup>1</sup> BBI 2017 2535

<sup>2</sup> BBI 2020 5535

<sup>3</sup> SR 830.1

<sup>4</sup> SR 831.201

<sup>5</sup> SR 830.11

<sup>6</sup> SR 831.01

<sup>7</sup> SR 831.441.1

<sup>8</sup> SR 832.102

<sup>9</sup> SR 832.202

<sup>10</sup> SR 837.02

<sup>11</sup> SR 831.232.21

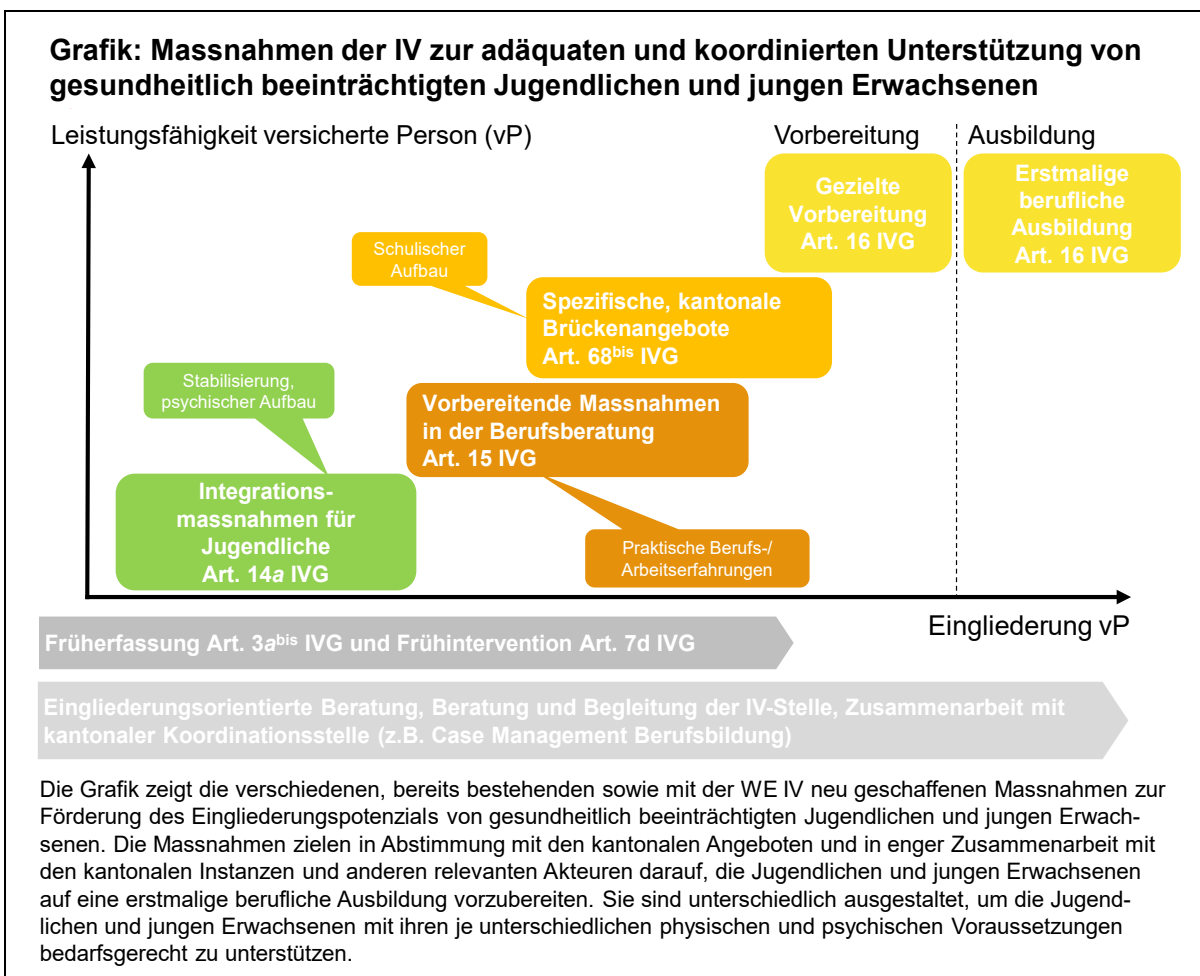
## 2. Änderungen im Überblick

### 2.1 Optimierung der Eingliederung

#### Früherfassung und Frühintervention

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

In der IVV (Art. 1<sup>ter</sup> und 1<sup>sexies</sup> Abs. 2 E-IVV) sollen diese Änderungen konkretisiert werden.



#### Integrationsmassnahmen

Die im Rahmen der WE IV beschlossenen Änderungen in Artikel 14a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959<sup>12</sup> über die Invalidenversicherung (IVG) machen Integrationsmassnahmen neu auch für Jugendliche zugänglich, die noch nicht auf dem Arbeitsmarkt sind. Vor diesem Hintergrund müssen die Integrationsmassnahmen spezifisch auf Jugendliche ausgerichtet (vgl. **Grafik**) und mit den anderen, neuen Vorbereitungsmaßnahmen für Jugendliche (Art. 15, 16, 68<sup>bis</sup> Abs. 1<sup>ter</sup> IVG) koordiniert werden. Hierfür ist die IVV entsprechend anzupassen (insb. Art. 4<sup>quinqies</sup> E-IVV). Im Weiteren wurde im Rahmen der WE IV die lebenslange Be-

<sup>12</sup> SR 821.20

schränkung der Dauer von Integrationsmassnahmen auf zwei Jahre aufgehoben. Integrationsmassnahmen können künftig auch dann noch verfügt werden, wenn bereits während insgesamt zwei Jahren Integrationsmassnahmen gewährt worden sind. In der IVV sollen die Regelungen im Zusammenhang mit der Dauer der Integrationsmassnahmen präzisiert werden. Schliesslich werden durch neue Regelungen in den Artikeln 3a, 14<sup>quater</sup> und 57 IVG Anpassungen bei den Verordnungsartikeln der Integrationsmassnahmen notwendig (u.a. Art. 4<sup>sexies</sup> E-IVV).

### **Berufsberatung**

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

### **Erstmalige berufliche Ausbildung**

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

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

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

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

### **Mitfinanzierung von kantonalen Koordinationsstellen**

Der im Rahmen der WE IV neu geschaffene Artikel 68<sup>bis</sup> Absatz 1<sup>bis</sup> IVG hat zum Ziel, Jugendliche mit Beeinträchtigungen früher zu erfassen und zu begleiten. Wenn die Zusammenarbeit zwischen der IV-Stelle und der kantonalen Instanz, die Jugendliche mit Mehrfachschwierigkeiten unterstützt (z.B. Case Management Berufsbildung), in einer Vereinbarung formalisiert ist, kann die IV diese kantonale Instanz mitfinanzieren (vgl. auch **Grafik**). In der IVV soll präzisiert werden, dass die IV-Stellen für die Erstellung und Überprüfung dieser Vereinbarungen zuständig sind und das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) im Auftrag des Bundesrates Mindeststandards für die Vereinbarungen festlegt (Art. 96<sup>bis</sup> E-IVV). Dabei sind die Regelungen zur Früherfassung (Art. 3a<sup>bis</sup> IVG) und zur ausgebauten Beratung und Begleitung (Art. 14<sup>quater</sup> und Art. 57 IVG) zu berücksichtigen. Es soll eine bedarfsgerechte und längerfristig angelegte Objektfinanzierung der kantonalen Koordinationsstellen gewährleistet werden. Hierzu soll in der Verordnung auf Basis der ständigen Wohnbevölkerung zwischen 13 und 25 Jahren in den Kantonen eine Höchstgrenze für die von der IV finanzierten

Stellenprozente festgelegt werden (Art. 96<sup>ter</sup> E-IVV). Die nachstehende Tabelle stellt den so entstandenen Verteilschlüssel dar:

Anzahl 13- bis 25-Jähriger	Stellenprozente	Bsp. Höchstbeiträge in Franken (Basis 2020) <sup>13</sup>	IV-Stellen in dieser Kategorie
< 10'000 Jugendliche	25	40'000	AI, AR, NW, OW, GL, UR
10'000 – 29'999	50	80'000	SZ, ZG, BS, SH, GR, NE, JU
30'000 – 59'999	75	120'000	LU, FR, SO, BL, TG, TI, VS
60'000 – 99'999	100	160'000	SG, AG, GE
> 100'000	200	320'000	ZH, BE, VD

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

### Mitfinanzierung von kantonalen Brückenangeboten

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

### Personalverleih

Mit der WE IV wird den IV-Stellen neu ermöglicht, nach dem Arbeitsvermittlungsgesetz vom 6. Oktober 1989<sup>14</sup> (AVG) zugelassene Personalverleiher beizuziehen (Art. 18a<sup>bis</sup> IVG). Das Gesetz sieht vor, dass Personalverleiher für ihre Leistungen eine Entschädigung erhalten. Zudem entschädigt die IV die gesundheitsbedingten Mehrkosten für die Beiträge an die berufliche Vorsorge und für die Krankentaggeldprämien.

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

### Taggelder der IV

Mit der neuen IVG-Bestimmung zum Taggeld sollen gesundheitlich beeinträchtigte Jugendliche und junge Erwachsene gleichaltrigen gesunden Personen finanziell gleichgestellt wer-

<sup>13</sup> Im Jahr 2020 rechnet man mit Kosten von ca. 160'000 Franken für ein Vollzeitäquivalent (VZÄ). Dieser Betrag wird im Verlaufe der Jahre u.a. wegen der Teuerung angepasst werden müssen, weshalb die Spalte «Höchstbeiträge» nur exemplarisch zu verstehen ist. Die in der Verordnung definierte Höchstgrenze der Mitfinanzierung bezieht sich auf die Anzahl Vollzeitäquivalente.

<sup>14</sup> SR 823.11

den. Es soll vermieden werden, dass die Taggelder von gesundheitlich beeinträchtigten Jugendlichen während der Ausbildung höher ausfallen als der Lohn, den gleichaltrige gesunde Personen erhalten. Der Anspruch auf Taggeld besteht künftig bereits ab Ausbildungsbeginn, dies auch ohne Vorliegen eines Erwerbsausfalls und vor dem vollendeten 18. Altersjahr. Mit diesem Modell erhalten versicherte Personen als Kompensation für die geleistete Arbeit vom Arbeitgeber einen richtigen Lohn.

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

## **Unfallschutz**

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

Das Bundesgericht hat 2018 zum ersten Mal die Unterstellung einer Eingliederungsmassnahme der IV (konkret den Arbeitsversuch nach Art. 18a IVG) unter den Unfallversicherungsschutz nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981<sup>15</sup> über die Unfallversicherung (UVG) beurteilt.<sup>16</sup> In der Folge wurden die in der Botschaft zur WE IV angedachten Bestimmungen im Bereich Unfallversicherungsschutz an die neue Rechtsprechung des Bundesgerichts angepasst.

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

## **2.2 Medizinische Massnahmen**

### **Medizinische Eingliederungsmassnahmen**

Im Rahmen der WE IV wird die Altersgrenze für medizinische Eingliederungsmassnahmen gemäss Artikel 12 IVG erhöht. Für versicherte Personen, welche an einer beruflichen Eingliederungsmassnahme teilnehmen, werden die medizinischen Eingliederungsmassnahmen neu bis zur Vollendung des 25. Altersjahres ausgerichtet. In der IVV soll nun detailliert geregelt werden, was bei mehreren aufeinander folgenden beruflichen Eingliederungsmassnahmen gilt (Artikel 2<sup>bis</sup> E-IVV). Zudem sollen die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme dahingehend konkretisiert werden, dass die Anmeldung für eine medizinische Eingliederungsmassnahme vor Beginn der Behandlung erfolgen muss (Art. 2 Abs. 4 E-IVV). Damit soll ein Beitrag dazu geleistet werden, die administrativ aufwändigen Abgrenzungsverfahren zwischen Krankenversicherern und der IV zu reduzieren.

### **Definitionskriterien für Geburtsgebrechen und Aktualisierung der Geburtsgebrechen-Liste**

Mit der WE IV werden die aus der Rechtsprechung entwickelten Definitionskriterien für Geburtsgebrechen im IV-rechtlichen Sinn kodifiziert und genauer definiert. Mit der Verankerung der Voraussetzungen zur Anerkennung eines Geburtsgebrechens auf Stufe Gesetz (fachärztliche Diagnose, Beeinträchtigung der Gesundheit mit einem gewissen Schweregrad, Er-

---

<sup>15</sup> SR 832.20

<sup>16</sup> BGE 144 V 411

fordernis einer langdauernden oder komplexen Behandlung und Behandelbarkeit mit medizinischen Massnahmen gemäss neuem Artikel 14 IVG) wird Klarheit und Rechtssicherheit sowohl für die Rechtsanwendenden als auch für die Versicherten geschaffen.

Die Kriterien zur Aufnahme eines Geburtsgebrechens in die Liste der Geburtsgebrechen sollen vor diesem Hintergrund ausführlicher und neu nicht mehr in der bisherigen GgV, sondern in der IVV (Art. 3 Abs. 1 bis 3, 3<sup>bis</sup>, 3<sup>ter</sup> E-IVV) geregelt werden. Die Aufgabe, diejenigen Geburtsgebrechen zu bestimmen, für die die IV medizinische Massnahmen gewährt, soll vom Bundesrat an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) übertragen werden. Entsprechend ist vorgesehen, die heutige Bundesrats- durch eine Departementsverordnung zu ersetzen (GgV-EDI).

Im Weiteren soll die Liste der Geburtsgebrechen aktualisiert werden. Die neue Liste basiert auf einer Konsultation der betroffenen Fachgesellschaften und wurde im Rahmen einer breit zusammengesetzten Begleitgruppe, bestehend aus Ärztinnen und Ärzten vom Bundesamt für Gesundheit (BAG), H+, FMH, Pro Raris, Inclusion Handicap, Verband der Vertrauensärzte und IV-Stellen, erarbeitet. Vorgesehen ist beispielsweise, dass Geburtsgebrechen, die zum Zeitpunkt der Einführung des IVG (1960) noch lebensbedrohlich waren und heute dank eines einmaligen Eingriffs behandelt werden können, von der Liste gestrichen werden. Im Gegenzug sollen Geburtsgebrechen, die schwerere Beeinträchtigungen zur Folge haben, namentlich seltene Krankheiten, aufgenommen werden.

### **Medizinische Pflegeleistungen bei Domizilbehandlung**

Im Rahmen der WE IV wurde beschlossen, dass künftig der Bundesrat die medizinischen Pflegeleistungen festlegt, für welche die IV die Kosten übernimmt (Art. 14<sup>ter</sup> Abs. 1 Bst. b IVG). Die medizinischen Pflegeleistungen, die aktuell erst in Weisungen (IV-Rundschreiben) beschrieben sind, sollen neu in Artikel 3<sup>quinquies</sup> E-IVV geregelt werden. Die Leistungen entsprechen sinngemäss den Leistungen in Artikel 7 der Verordnung des EDI vom 29. September 1995<sup>17</sup> über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV), sind mit ihnen aber nicht identisch. Eine Verankerung der medizinischen Pflegeleistungen in der IVV ist angezeigt, damit deren Zusprache an die Versicherten rechtlich abgesichert ist. Als Teil der medizinischen Pflegeleistungen soll in Artikel 3<sup>quinquies</sup> E-IVV auch die medizinische Überwachung geregelt werden, die per 1.1.2020 mit dem IV-Rundschreiben 394 eingeführt worden ist. Damit soll die medizinische Pflege für IV-Versicherte konkretisiert und ein standardisiertes Abklärungsverfahren für die einheitliche Leistungszusprache etabliert werden.

### **2.3 Kompetenzzentrum Arzneimittel**

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

### **2.4 Tarifierung und Rechnungskontrolle**

Im Rahmen der WE IV wurde der Bundesrat damit beauftragt, die Tarife im Bereich der IV mit den Tarifordnungen der anderen Sozialversicherungen zu koordinieren (Art. 27 Abs. 2

---

<sup>17</sup> SR 832.112.31



IVG). Die Tarifierungsgrundsätze müssen daher in der IVV analog zu den anderen Sozialversicherungen, insbesondere zum Bundesgesetz vom 18. März 1994<sup>18</sup> über die Krankenversicherung (KVG) und zum UVG, konkretisiert werden. Für die medizinischen Massnahmen sind die Grundsätze zur Tarifordnung und zur Kostenermittlung für die Leistungsabteilung einzuführen (ambulante Leistungen und bei Spitalaufenthalten; Art. 24<sup>bis</sup> bis 24<sup>quinquies</sup> E-IVV). Die Tarifverträge für Integrationsmassnahmen und Massnahmen beruflicher Art sollen separat geregelt werden (Art. 24<sup>sexies</sup> E-IVV).

Infolge einer Empfehlung der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK)<sup>19</sup> wurde im Rahmen der WE IV die Rechnungskontrolle konkretisiert (Art. 27<sup>ter</sup> IVG). In der IVV soll diese im Detail ausgeführt werden (Art. 79<sup>ter</sup> ff. E-IVV).

## 2.5 Rentensystem

### Stufenloses Rentensystem

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

Da die Neubestufungen des Rentenanspruchs auch für Invalidenleistungen der obligatorischen beruflichen Vorsorge gelten, ist auch die Anpassung von Art. 4 E-BVV 2 nötig.

### Bemessung Invaliditätsgrad

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

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

Neu soll zunächst die Statusfestlegung geregelt werden, d.h. es soll festgelegt werden, wann die versicherte Person als erwerbstätig, nicht erwerbstätig oder teilerwerbstätig einzustufen ist (Art. 24<sup>septies</sup> E-IVV). Weiter sollen allgemeine Grundsätze für den Einkommensvergleich, insbesondere zum massgebenden Zeitpunkt und zur Anwendung statistischer Werte, festgehalten werden (Art. 25 E-IVV). Schliesslich sollen die Festlegung des Einkommens mit und ohne Invalidität geregelt werden: Wenn möglich, ist dabei von den tatsächlichen Löhnen auszugehen, ansonsten sollen statistische Werte die Basis bilden (Art. 26 Abs. 1 und 2 E-IVV). Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades ist vorgesehen, für Geburts- und Frühinvaliden neu die allgemeinen Grundsätze anzuwenden und auf die bisher geltenden Altersstufen bis zum 30. Altersjahr zu verzichten (Art. 26 E-IVV). Die Ungleichbehandlung in diesem Bereich wird damit aufgehoben. Beim Einkommen ohne Invalidität soll in der Regel eine Parallelisierung erfolgen, wenn der durch die versicherte Person erzielte Lohn mehr als 5 Prozent unter dem

---

<sup>18</sup> SR 832.10

<sup>19</sup> EFK (2017): *Behandlung und Kontrolle der Rechnungen für individuelle Leistungen in der AHV und IV - Zentrale Ausgleichsstelle und Bundesamt für Sozialversicherungen*. Kann abgerufen werden unter: [www.efk.admin.ch](http://www.efk.admin.ch) > Publikationen > Sozialversicherung und Altersvorsorge.

branchenüblichen Einkommen liegt (Art. 26 Abs. 5 E-IVV). Mit Ausnahme eines invaliditätsbedingten Abzugs für Teilzeitarbeit soll auf die Möglichkeit eines leidensbedingten Abzuges verzichtet werden (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 E-IVV). Für die Bemessung des Invaliditätsgrades von Nicht- und Teilerwerbstätigen sollen die bisherigen Regelungen weitgehend unverändert bleiben (Art. 27<sup>bis</sup> E-IVV). Neu soll jedoch die Bemessung für Teilerwerbstätige einheitlich und rechtsgleich geregelt werden. Erwerbstätigkeit und Aufgabentätigkeit werden in Zukunft als komplementär betrachtet und zwar dahingehend, dass alles, was nicht als Erwerbstätigkeit gilt, unter die Besorgung des Haushaltes fällt (Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 1 E-IVV).

Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) soll künftig im Rahmen der Festlegung der funktionellen Leistungsfähigkeit konsequent die leidensbedingten Einschränkungen berücksichtigen (Art. 49 Abs. 1<sup>bis</sup> E-IVV).

## 2.6 Fallführung

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

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

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

ruflichen Massnahmen der IV soll aufeinander abgestimmt und mit involvierten Dritten koordiniert werden. Damit sollen Doppelspurigkeiten vermieden und Massnahmen zielgerichteter zugesprochen werden.

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

Die konkrete Ausgestaltung wird auf Weisungsstufe erfolgen.

## 2.7 Verfahren und Begutachtung

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

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

Mehrere dieser auf Gesetzes- und Verordnungsstufe realisierten Massnahmen, so die Schaffung einer unabhängigen Kommission, die Festlegung von Zulassungskriterien für medizinische Begutachtende und die Vergabe der bidisziplinären Gutachten nach Zufallsprinzip, entsprechen den Empfehlungen des im Herbst 2020 veröffentlichten Expertenberichts zur medizinischen Begutachtung in der IV.<sup>20</sup> Die von der Firma «Interface Politikstudien Forschung

---

<sup>20</sup> Müller, Franziska / Liebrecht, Michael / Schleifer, Roman / Schwenkel, Christof / Balthasar, Andreas (2020): *Evaluation der medizinischen Begutachtung in der Invalidenversicherung: Bericht zuhanden des Generalsekretariats des Eidgenössischen*

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

## **2.8 Prioritätenordnung zu Artikel 74 IVG / Prioritätenordnung zu Artikel 101<sup>bis</sup> AHVG**

### **Prioritätenordnung zu Artikel 74 IVG**

Nach Artikel 74 Absatz 1 IVG werden die Dachorganisationen der privaten Invalidenhilfe durch Finanzhilfen der IV unterstützt. Im Rahmen der WE IV wurde mit der Änderung von Artikel 75 IVG die Grundlage für eine Prioritätenordnung auf Stufe Bundesrat geschaffen, die die Verteilung der Finanzhilfen im Rahmen des festgelegten Höchstbetrags regelt. Konkret wurde Artikel 75 IVG mit einer Delegationsnorm an den Bundesrat zum Erlass einer Prioritätenordnung zur Ausrichtung der Subventionsleistungen ergänzt. Im Rahmen dieser Delegationsnorm soll nun in der IVV der Grundmechanismus für die Verteilung der Mittel definiert werden: Dieser Grundmechanismus soll insbesondere dann gelten, wenn die eingereichten oder zu erwartenden Subventionsgesuche die zur Verfügung stehenden Mittel überschreiten (Art. 108<sup>quinquies</sup> E-IVV). Zudem soll über das gesamte Subventionsvolumen hinweg eine inhaltliche Steuerung der Leistungen umgesetzt werden (Art. 108<sup>sexies</sup> und Art. 108<sup>septies</sup> E-IVV). Es ist vorgesehen, mittels Projekten die Entwicklung von neuen oder die Weiterentwicklung von bestehenden Leistungen zu fördern. Die Projekte sollen namentlich die Inklusion fördern sowie auf Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene sowie Personen mit psychischen Beeinträchtigungen fokussieren. Das BSV erstellt im Rahmen einer neuen Amtsverordnung für die beantragten Projekte das Bewilligungsverfahren (Art. 108<sup>septies</sup> E-IVV). Auf diese Weise wird es möglich, neue Massnahmen im Sinne der WE IV verstärkt zu unterstützen. Bei der Ausarbeitung der Amtsverordnung werden Vertreterinnen und Vertreter der Behindertenorganisationen insbesondere in Bezug auf die Projekte einbezogen (Organisation, Dauer, Partner etc.).

### **Prioritätenordnung zu Artikel 101<sup>bis</sup> AHVG**

Zur Umsetzung des im Rahmen der WE IV angepassten Artikels 101<sup>bis</sup> des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946<sup>21</sup> über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) muss die AHVV wie folgt angepasst werden:

- *Höchstbetrag für die Ausrichtung der Finanzhilfen:* Es ist vorgesehen, dass der Bundesrat unter Berücksichtigung der Teuerung alle vier Jahre den jährlichen Höchstbetrag zur Ausrichtung der Finanzhilfen festlegt. Ebenso setzt er eine Obergrenze für die finanzielle Beteiligung des AHV-Fonds an der privaten Invalidenhilfe fest (Art. 224<sup>bis</sup> E-AHVV). Der dem Bundesrat vorgeschlagene Betrag basiert auf einer Überprüfung der ausgezahlten Finanzhilfe und auf einer Schätzung des künftigen Bedarfs, wobei insbesondere die demografische Entwicklung mitberücksichtigt wird. Damit erfolgt die Anpassung nicht automatisch, sondern aufgrund des ausgewiesenen Bedarfs. Das BSV bereitet die Entscheidungsgrundlagen vor. Die in Auftrag gegebenen Studien können von der Versicherung finanziert werden.
- *Prioritätenordnung:* In der AHVV soll für den Fall, dass die Anträge den Höchstbetrag insgesamt übersteigen, eine Prioritätenordnung nach Artikel 13 Absatz 2 des Bundesgesetzes vom 5. Oktober 1990<sup>22</sup> über Finanzhilfen und Abgeltungen (Subventionsgesetz, SuG) festgelegt werden, nach der die Subventionen nach Artikel 101<sup>bis</sup> AHVG gewährt werden.

Gleichzeitig ermöglicht die vorgesehene AHVV-Änderung die Einführung einer Obergrenze für die finanzielle Beteiligung des Bundes, entsprechend den aktuellen Anforderungen an die

---

Departements des Innern EDI (GS-EDI). Kann abgerufen werden unter: <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/63204.pdf>

<sup>21</sup> SR 831.10

<sup>22</sup> SR 616.1

Bewirtschaftung der Finanzhilfen. Dieser Höchstbetrag soll bei 50 Prozent (in Ausnahmefällen 80 %) der tatsächlichen Kosten der Organisationen für die subventionierten Leistungen festgelegt werden. Diese Regel wird in der Praxis auf der Basis des SuG sowie infolge von Empfehlungen der EFK<sup>23</sup> bereits angewandt.

Die Detailausgestaltung der Prioritätenordnung kann aufgrund der inhaltlichen Unterschiede von der Ausgestaltung der Prioritätenordnung zu Artikel 74 IVG abweichen.

## **2.9 Weitere Massnahmen der Weiterentwicklung der IV**

### **Zusammenarbeitsvereinbarung**

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

### **Taggelder der Arbeitslosenversicherung**

Derzeit haben IV-Bezügerinnen und -Bezüger, deren Rente infolge einer Revision herabgesetzt oder aufgehoben wurde (Art. 17 ATSG oder Art. 8a IVG), Anspruch auf höchstens 90 Taggelder der Arbeitslosenversicherung (Art. 27 Abs. 4 des Bundesgesetzes vom 25. Juni 1982<sup>24</sup> über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung Arbeitslosenversicherungsgesetz; AVIG). Mit der WE IV wurden die Artikel 68<sup>septies</sup> IVG sowie Artikel 27 Absatz 5 und 94a AVIG eingeführt, die den Taggeldanspruch dieser arbeitslosen Versicherten auf 180 Taggelder erhöhen und es der IV erlauben, die Taggelder ab dem 91. Tag zu übernehmen. Auf Verordnungsstufe soll nun in einem neuen Artikel 120a E-AVIV das Abrechnungsverfahren zwischen der IV und der Arbeitslosenversicherung für die Kosten ab dem 91. Taggeldtag geregelt werden.

### **Betriebsräume**

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

## **2.10 Massnahmen ohne Bezug zur Weiterentwicklung der IV**

### **Verwaltungskosten**

Das BSV beabsichtigt, die Verwaltungskosten der IV-Stellen über ein Globalbudget und über einen längeren Zeithorizont als nur für 1 Jahr (Voranschlag) zu steuern. Auch die EFK empfiehlt in ihrem Bericht über die Prüfung der Kostenvergütung an die IV-Stellen vom 27.6.2019<sup>25</sup> die Bewilligung der Verwaltungskosten der IV-Stellen über einen Mehrjahreszyklus. Mit einem verlängerten Planungs- und Bewilligungszyklus wird die Planungssicherheit für die Aufsicht und die Durchführungsstellen erhöht.

Die IVV soll dahingehend angepasst werden, dass in Anlehnung an die Planungslogik des Bundes und der Kantone neu auf der Basis einer insgesamt 4-jährigen Planungsperiode rollend ein Voranschlag für das kommende Jahr sowie ein Finanzplan für die dem Voranschlag

<sup>23</sup> EFK (2013): *Beiträge zur Förderung der Altershilfe – Bundesamt für Sozialversicherungen*. Kann abgerufen werden unter: [www.efk.admin.ch](http://www.efk.admin.ch) > Publikationen > Sozialversicherung und Altersvorsorge > Archiv Sozialversicherung & Altersvorsorge.

<sup>24</sup> SR 837.0

<sup>25</sup> EFK (2019): *Prüfung der Kostenvergütung an die IV-Stellen – Bundesamt für Sozialversicherungen*. Kann abgerufen werden unter: [www.efk.admin.ch](http://www.efk.admin.ch) > Publikationen > Sozialversicherung und Altersvorsorge.

folgenden 3 Jahre von den IV-Stellen beantragt und vom BSV geprüft werden (Art. 53 Abs. 2 E-IVV).

### **Assistenzbeitrag**

Die Evaluation des Assistenzbeitrags (2012 bis 2016)<sup>26</sup> machte darauf aufmerksam, dass die Nachtpauschalen nicht genügen. Die Dringlichkeit von Anpassungen in diesem Bereich nahm durch das Modell für die Ergänzung der kantonalen Normalarbeitsverträge im Hausdienst (Modell-NAV), das den Kantonen vom Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) zur Verfügung gestellt worden ist, weiter zu. Ziel des Modell-NAV ist es, die Situation von Personen zu verbessern, die 24-Stunden-Betreuungsarbeit für ältere Personen oder Menschen mit Beeinträchtigungen leisten. Die aktuellen Nachtpauschalen beim Assistenzbeitrag erlauben es nicht, Assistenzpersonen gemäss diesen Bestimmungen zu entlönnen.

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

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

### **Reisekosten**

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

## **3. Erläuterungen zu einzelnen Bestimmungen**

### **3.1 Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)**

#### **Artikel 1<sup>ter</sup> Absatz 1**

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

#### **Artikel 1<sup>quinquies</sup>**

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

---

<sup>26</sup> Guggisberg, Jürg / Bischof, Severin (2017): *Evaluation Assistenzbeitrag 2012-2016*. FoP-IV, Berichtsnummer 8/17. Kann abgerufen werden unter: [www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch) > Publikationen & Service > Forschung und Evaluation > Forschungspublikationen.

## **Artikel 1<sup>sexies</sup> Absatz 2**

Der neue Absatz 2 präzisiert die Voraussetzungen für den Anspruch auf Massnahmen der Frühintervention für Minderjährige ab dreizehn Jahren während der obligatorischen Schulzeit.

Die Ausdehnung der Massnahmen der Frühintervention auf diese Altersgruppe muss der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) Rechnung tragen. Da die Kantone für die Schulung aller Kinder und Jugendlichen zuständig sind (inkl. Sonderschule, Time-Outs, Heilpädagogik usw.), kann die IV während der obligatorischen Schulzeit keine Frühinterventions-Massnahmen wie z.B. Kurse oder andere Tagesstrukturen verfügen.

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

## **Artikel 2**

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

### **Artikel 2 Absatz 1**

Absatz 1 wird an die Rechtsprechung angepasst und vereinfacht. Um die Abgrenzung zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) stärker zu betonen, wird der Wortlaut des IVG wiederholt. Danach darf eine medizinische Eingliederungsmassnahme gemäss Artikel 12 IVG nie auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sein, sondern erst nach Abschluss dieser Behandlung einsetzen. Zur Festlegung des Zeitpunkts, an dem eine Behandlung des Leidens an sich abgeschlossen ist, wird der von der Rechtsprechung entwickelte Begriff des «relativ stabilisierten Gesundheitszustands» in die Verordnung übernommen. Anders als in der Rechtsprechung wird indessen auf den Begriff «relativ» verzichtet. Der Begriff «relativ» ist zu wenig bestimmt. Es bedarf somit einer Situation, in der die Behandlung des Leidens abgeschlossen ist, der Gesundheitszustand sich mittels medizinischer Massnahmen nicht mehr wesentlich verbessern lässt und die medizinischen Massnahmen hauptsächlich der Verbesserung der Eingliederungsfähigkeit dienen.

Auf die Voraussetzung, dass die Massnahmen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein müssen, wird verzichtet, zumal Absatz 2 diese Voraussetzungen detaillierter definiert und auf den revidierten Artikel 14 Absatz 2 IVG referenziert.

### **Artikel 2 Absatz 2**

Im revidierten Artikel 14 Absatz 2 IVG wird neu explizit festgehalten, dass die WZW-Kriterien bei medizinischen Massnahmen erfüllt sein müssen. Der neue Artikel 14<sup>ter</sup> Absatz 2 IVG gibt dem Bundesrat die Kompetenz, eine Vergütung auch dann zu ermöglichen, wenn eines dieser drei Kriterien (noch) nicht erfüllt ist oder, wenn sie von der IV im Hinblick auf die Eingliederung in einem grösseren Umfang oder unter anderen Bedingungen als von der OKP übernommen werden (vgl. auch Ausführungen zu Art. 2<sup>ter</sup>).<sup>27</sup> Von dieser Regelungsmöglichkeit macht der Bundesrat Gebrauch. So ist eine Kostenübernahme auch dann möglich, wenn die Wirksamkeit noch nicht vollständig belegt und weitere Erfahrungen notwendig sind oder wenn bei einer besonders hohen Eingliederungswahrscheinlichkeit die möglichen Einsparungen dank der Eingliederung den Mehraufwand der Behandlung übersteigen. Die Wirtschaft-

<sup>27</sup> Für weitergehende Ausführungen vgl. BBI 2017 2653



lichkeit misst sich in diesen Fällen nicht allein am medizinischen Nutzen hinsichtlich der körperlichen oder psychischen Verbesserungen, sondern auch an den erwarteten Einsparungen durch die Eingliederung.

Bei den Anforderungen an die Wirksamkeit wird auf eine Ausnahmeregelung verzichtet, da gemäss den aktuellen Grundsätzen der Wirksamkeitsbewertung im Rahmen der OKP – entgegen den Ausführungen zu Artikel 14<sup>ter</sup> Absatz 3 IVG in der Botschaft zur WE IV<sup>28</sup> – nicht immer klinisch randomisierte Studien notwendig sind, sondern nur das erwartbare Niveau des Wirksamkeitsnachweises gefordert wird und bei einem Mangel ausreichender Studien- daten auch auf eine breit abgestützte Expertenmeinung abgestellt werden kann.

#### *Artikel 2 Absatz 3*

In den vergangenen Jahren gab es immer wieder Gerichtsverfahren, weil zwischen der IV und Krankenversicherern umstritten war, wer die Kosten von medizinischen Eingliederungs- massnahmen zu tragen hat. Diese Auseinandersetzungen waren administrativ aufwändig und beanspruchten die ohnehin spärlichen Ressourcen von Ärztinnen und Ärzten der IV- Stellen. Aus diesem Grund soll die Frage, ob es sich um eine Behandlung des Leidens an sich oder nach Abschluss dieser Behandlung um eine medizinische Eingliederungsmass- nahme handelt, in Zukunft nicht mehr im Nachhinein, sondern bereits bei Beginn der Mass- nahme nach Artikel 12 IVG geklärt werden. Die IV vergütet deshalb Massnahmen gemäss Artikel 12 IVG neu nur noch, wenn die positive Prognose der behandelnden Fachärztin oder des behandelnden Facharztes vor Beginn der medizinischen Massnahme bei der zuständi- gen IV-Stelle eintrifft. Bei Differenzen über die Kostentragung gilt die Vorleistungspflicht der Krankenversicherer gemäss Artikel 70 Absatz 2 Buchstabe a ATSG weiterhin.

#### *Artikel 2 Absatz 4*

Aktuell wird die Verpflichtung zur Aufnahme von Art (z.B. Art des Eingriffs), Dauer (Zeithori- zont) und Umfang (Intensität/Frequenz, Anzahl und Dauer der Sitzungen) der Leistung in Randziffer 32 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der IV (KSME) festgehalten. Nachdem die EFK in ihrem Bericht zur Nachprüfung in den Berei- chen medizinische Massnahmen der IV und Kostenkontrolle der Hilfsmittel vom 16. Oktober 2018<sup>29</sup> kritisiert hat, dass Zusprachen (Verfügungen oder Mitteilungen) bisweilen ohne An- gabe von Art, Dauer und Umfang verfügt worden sind, wird eine entsprechende Verpflich- tung nun explizit in die Verordnung aufgenommen: Medizinische Eingliederungsmassnah- men können nicht unbefristet vergütet werden, es muss regelmässig überprüft werden, ob die Massnahmen zur Erreichung des Therapieziels beitragen und die Eingliederungsfähigkeit tatsächlich stärken. Wie häufig diese Überprüfung stattfinden soll, hängt von der Art der Be- einträchtigung und der Behandlung ab. Sie muss aber mindestens alle zwei Jahre erfolgen.

#### *Artikel 2<sup>bis</sup>*

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

#### *Artikel 2<sup>bis</sup> Absatz 1*

Absatz 1 hält fest, dass die Vergütung der medizinischen Eingliederungsmassnahmen fort- gesetzt werden kann, wenn eine berufliche Eingliederungsmassnahme zwar abgeschlossen oder abgebrochen worden ist, aber eine weitere berufliche Eingliederungsmassnahme zum Zeitpunkt des Abschlusses der vorangehenden Eingliederungsmassnahme bereits zugespro- chen worden ist. Die maximale Dauer zwischen den beruflichen Massnahmen wird auf Wei-

---

<sup>28</sup> BBI 2017 2653

<sup>29</sup> EFK (2018): *Nachprüfung in den Bereichen medizinische Massnahmen der Invalidenversicherung und Kostenkontrolle der Hilfsmittel: Bundesamt für Sozialversicherungen*. Kann abgerufen werden unter: [www.efk.admin.ch](http://www.efk.admin.ch) > Publikationen > Gesund- heit.



sungsebene umschrieben. Voraussetzung für die Fortsetzung der Vergütung der medizinischen Eingliederungsmassnahmen ist weiter, dass sie für den Eingliederungserfolg notwendig sind.

#### **Artikel 2<sup>bis</sup> Absatz 2**

Absatz 2 präzisiert, dass die Fortsetzung der Vergütung der medizinischen Eingliederungsmassnahmen in gewissen Fällen auch dann möglich ist, wenn die nächste berufliche Eingliederungsmassnahme noch nicht zugesprochen worden ist: Sollte die IV-Stelle bei Abbruch einer beruflichen Eingliederungsmassnahme zum Schluss kommen, das Eingliederungspotenzial der versicherten Person sei noch nicht ausgeschöpft und sie somit die erfolgreiche Durchführung einer weiteren beruflichen Massnahme als absehbar einschätzt, kann die Vergütung der medizinischen Eingliederungsmassnahmen von der IV übernommen werden, wenn jene für den Eingliederungserfolg notwendig sind und die Dauer zwischen den beiden beruflichen Massnahmen sechs Monate nicht übersteigt.

#### **Artikel 2<sup>ter</sup>**

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

#### **Artikel 3**

##### **Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe a bis c**

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

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

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

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

##### **Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe d bis g**

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

#### *Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe d*

Die Definition der «Gesundheitsbeeinträchtigung» ist erforderlich, weil der letzte Satz in den Erläuterungen zu Artikel 13 Absatz 2 Buchstabe b IVG der Botschaft zur WE IV<sup>30</sup> missverständlich ist. Die Bezugnahme auf eine spätere Beeinträchtigung der Erwerbstätigkeit geht fehl, da sich der neue Artikel 13 IVG auf Geburtsgebrechen bezieht, die keinen Zusammenhang mit der Erwerbsfähigkeit haben.

#### *Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe e und f*

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

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

*Buchstabe f:* Eine Behandlung wird als «komplex» angesehen, wenn mindestens drei Fachgebiete in die Behandlung involviert sind.

#### *Artikel 3 Absatz 1 Buchstabe g*

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

Chromosomenanomalien (z.B. die Trisomie 13, Patau-Syndrom) stellen keine Geburtsgebrechen im Sinne des neuen Artikels 13 IVG dar, weil sie als solche nicht behandelbar sind. Auch die Trisomie 21 ist nicht behandelbar. Für die Behandlung der Trisomie 21 sieht der neue Artikel 13 Absatz 3 IVG jedoch eine Ausnahme vor.<sup>31</sup>

#### *Artikel 3 Absätze 2 und 3*

Dieser Absatz nimmt den Regelungsinhalt des zweiten und dritten Satzes von Artikel 1 Absatz 1 GgV in der bisher gültigen Fassung auf. Die bloße Veranlagung, insbesondere genetische Prädispositionen, stellen kein Geburtsgebrechen dar. Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist unerheblich. D.h. das Geburtsgebrechen muss nicht zwingend bereits zum Zeitpunkt der Geburt oder sieben Tage danach diagnostiziert werden können. Es muss sich um ein Leiden handeln, dessen Auswirkungen sich vor Vollendung des 20. Altersjahres manifestieren.

#### *Artikel 3 Absatz 4*

Aktuell wird die Verpflichtung zur Aufnahme von Art (z.B. Art des Eingriffs), Dauer (Zeithorizont) und Umfang (Intensität/Frequenz, Anzahl und Dauer der Sitzungen) der Leistung in Randziffer 32 des KSME festgehalten. Damit Zusprachen (Verfügungen oder Mitteilungen) nicht ohne Angabe von Art, Dauer und Umfang verfügt werden, wird eine entsprechende Verpflichtung nun explizit in die Verordnung aufgenommen: Medizinische Massnahmen können nicht unbefristet vergütet werden. Es muss regelmässig überprüft werden, ob die Massnahmen zur Erreichung des Therapieziels beitragen und dem Eingliederungszweck dienlich sind. Wie häufig diese Überprüfung stattfinden soll, hängt von der Art der Beeinträchtigung und der Behandlung ab. Wenn eine Behandlung für einen längeren Zeitraum als zwei Jahre zugesprochen wird, ist eine vertiefte Abklärung und Begründung notwendig. Dies im Unterschied zu den medizinischen Eingliederungsmassnahmen nach dem neuen Artikel 2 E-IVV. Auch dort ist in Absatz 4 eine Überprüfung vorgesehen, diese muss aber mindestens alle zwei Jahre erfolgen (vgl. Erläuterungen zu Art. 2 Abs. 4 IVV).

---

<sup>30</sup> BBl 2017 2650

<sup>31</sup> Vgl. Motion Zanetti 13.3720 vom 18. September 2013 «Trisomie 21 auf der Liste der Geburtsgebrechen aufführen».

### **Artikel 3<sup>bis</sup>**

#### **Artikel 3<sup>bis</sup> Absatz 1**

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

#### **Artikel 3<sup>bis</sup> Absatz 2**

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

Neu wird es jeder Person jederzeit möglich sein, beim BSV einen Antrag auf Aufnahme eines Geburtsgebrechens in die Geburtsgebrechenliste zu stellen. Das BSV definiert die Anforderungen an den Antrag und macht im Internet ein offizielles Antragsformular zugänglich. Das BSV prüft die jeweiligen Anträge und unterbreitet diese, wenn sie vollständig sind, dem EDI. Das EDI entscheidet endgültig über die Aufnahme eines Geburtsgebrechens in die Geburtsgebrechenliste. Es hat gestützt auf die vorliegende Kompetenzdelegation die Möglichkeit, weitere Präzisierungen auf Verordnungsstufe vorzunehmen.

### **Artikel 3<sup>ter</sup>**

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

#### **Artikel 3<sup>ter</sup> Absätze 1 und 2**

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

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

### **Artikel 3<sup>quater</sup>**

Dieser Artikel wird aufgehoben. Der Inhalt entspricht im Wesentlichen Artikel 24<sup>quater</sup> Abs. 1 E-IVV.

### **Artikel 3<sup>quinquies</sup>**

Die von der IV zu übernehmenden Pflegeleistungen wurden in den letzten Jahren laufend verbessert und erweitert. Die medizinische Überwachung wurde per 1.1.2020 mit dem IV-Rundschreiben 394<sup>32</sup> eingeführt. Die Langzeitüberwachung zählt wie die Kurzzeitüberwachung zu den Massnahmen der «Untersuchung und Behandlung». Damit kann dem Anspruch auf eine bedarfsgerechte Domizilbehandlung schwer behinderter Kinder und Jugendlicher besser Rechnung getragen werden.

<sup>32</sup> Kann abgerufen werden unter: <https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/12495/download>

Wie bei allen Sachleistungen regelt das BSV auch hier Leistungsumfang und Leistungsinhalte. Dies geschieht in Absprache mit den Verbänden der Leistungserbringer.

Im IV-Rundschreiben 394 sind die Modalitäten für die Zusprache von medizinischen Pflegeleistungen in Weisungsform beschrieben und die Links zu den Dokumenten für die Abklärung aufgeführt.

#### *Artikel 3<sup>quinquies</sup> Absatz 1*

Die IV übernimmt bei Domizilbehandlung die von Pflegefachpersonen erbrachten medizinischen Pflegeleistungen. Domizil bedeutet «der Wohnsitz einer Person» im engeren Sinne: ihre Wohnung, resp. die Stätte, an der sie zu Hause ist.

#### *Artikel 3<sup>quinquies</sup> Absatz 2*

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

- a. Massnahmen zur Abklärung, Beratung und Koordination: Sie dienen der Abklärung wie auch der Planung und Dokumentation des Pflegebedarfs. Weiter wird darunter die Instruktion der Eltern und deren regelmässige Supervision durch die Pflegefachperson verstanden. Auch Koordinationsaufgaben können in diesem Rahmen berücksichtigt werden. Die Massnahmen entsprechen sinngemäss den Leistungen, die in Buchstabe a von Artikel 7 Absatz 2 KLV beschrieben werden.
- b. Massnahmen zur Untersuchung und Behandlung: Sie entsprechen den Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Dazu gehören z.B. Massnahmen der Atemtherapie und Massnahmen der enteralen und parenteralen Ernährung. Diese Massnahmen entsprechen sinngemäss den Leistungen, die in Buchstabe b von Artikel 7 Absatz 2 KLV beschrieben werden.

#### *Artikel 3<sup>quinquies</sup> Absatz 3*

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

#### *Artikel 3<sup>quinquies</sup> Absatz 4*

Um den Prozess der Bestimmung der medizinischen Pflegeleistungen, die von der IV übernommen werden, aktuell halten zu können, ist es erforderlich, dass das BSV den Leistungsumfang und die Leistungsinhalte nach Absatz 2 auf Weisungsstufe definiert.

#### *Artikel 3<sup>quinquies</sup> Absatz 5*

Die medizinische Langzeitüberwachung ist eine medizinische Massnahme im Sinne von Artikel 7 Absatz 2 Buchstabe b KLV. Darunter versteht man die Pflege von Kindern und Jugendlichen, bei denen jederzeit eine lebensbedrohliche oder gesundheitsgefährdende Situation auftreten kann, die das Intervenieren durch eine medizinische Fachperson erfordert.

Die Bestimmung des Umfangs der von der IV zu übernehmenden medizinischen Langzeitüberwachung erfolgt mittels eines standardisierten Abklärungsverfahrens, das zusammen mit den Leistungserbringern erarbeitet wurde. Dies führt zu einer einheitlichen Bedarfserhebung und garantiert die Gleichbehandlung der Versicherten. Neben dem eigentlichen Pflegebedarf werden sowohl die Ressourcen des familiären Umfeldes als auch erschwerende Umstände mitberücksichtigt.

Die Leistungen der medizinischen Langzeitüberwachung sind auf wenige, gravierende Krankheitsbilder begrenzt und vor allem bei Kindern angezeigt, die unselbständig sind und

ihren Bedarf nicht artikulieren können. Mit zunehmendem Alter wird die versicherte Person im Umgang mit ihrem Leiden selbständiger und kann sich besser mitteilen. Damit verringert sich in der Regel der Umfang an Überwachungsleistungen. Beim Übergang der Leistungspflicht zur Krankenversicherung nach dem 20. Altersjahr der versicherten Person besteht somit nur in seltenen Fällen weiterer Bedarf nach diesen Leistungen, weshalb keine Koordinationschwierigkeiten zu erwarten sind.

Die Kinder und Jugendlichen sollten in der Regel während mindestens acht Stunden pro Tag durch ihre Eltern oder ihre familiären Bezugspersonen überwacht und gepflegt werden. Dies ist aus pädagogischer Sicht für eine bestmögliche Entwicklung des Kindes resp. des oder der Jugendlichen wichtig. Auch werden dadurch die Wahrung der Intimsphäre, die Autonomie der Familie und die Bindung zwischen Kind/Eltern/Geschwistern positiv unterstützt. In speziellen Fällen können diese acht Stunden pro Tag unterschritten werden und die IV kann medizinische Leistungen bis 24 Stunden pro Tag vergüten. Dies kann der Fall sein, wenn die gesetzlichen Vertreter aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sind, die acht Stunden zu übernehmen.

Da das BSV diese Ausnahmen regelt, können Anpassungen schnell beschlossen und umgesetzt werden. Die Koordination mit anderen Leistungen der IV ist sichergestellt.

### **Artikel 3<sup>sexies</sup>**

#### **Artikel 3<sup>sexies</sup> Absatz 1**

In Ausführung des neuen Artikels 14<sup>ter</sup> Absatz 5 IVG ist das für die Erstellung der neuen Arzneimittelliste zuständige Bundesamt zu bestimmen. Aufgrund der grossen Erfahrung und des Bedarfs nach einer Koordination mit dem Aufnahmeverfahren für die SL gemäss Artikel 64a ff. KVV soll diese Aufgabe an das BAG delegiert werden. Wie bei der Erstellung der SL soll das BAG von der Eidgenössischen Arzneimittelkommission nach Artikel 37e KVV beraten werden.

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

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

Bei der Aufnahme eines Arzneimittels in die SL resp. die GG-SL ist jeweils zu berücksichtigen, dass die beiden Arzneimittellisten grundsätzlich sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen zur Anwendung kommen können. Dies kann beispielsweise dazu führen, dass bei der Aufnahme in die SL oder die GG-SL unterschiedliche Limitierungen je nach Alter etc. (vgl. Art. 73 KVV) definiert werden. Für die GG-SL gilt, dass im Rahmen der Aufnahme eines Arzneimittels auf die GG-SL auch die WZW-Kriterien für die Anwendung des Arzneimittels bei Erwachsenen geprüft und entsprechende Bedingungen in die Limitierung gemäss Artikel 73 KVV aufgenommen werden müssen. Auflagen und Bedingungen für die Behandlung von Erwachsenen können somit von denjenigen für Kinder abweichen. Eine explizite Regelung dessen in der KVV ist nicht notwendig, da sich dies sachlogisch aus den Bestimmungen ergibt.

### **Artikel 3<sup>sexies</sup> Absatz 2**

Ein Arzneimittel wird nur in die GG-SL aufgenommen, wenn es ausschliesslich für die Behandlung von Geburtsgebrechen nach Artikel 3<sup>bis</sup> Absatz 1 E-IVV indiziert ist. Hat das Arzneimittel noch weitere Indikationen, wird es in die SL aufgenommen resp. bei einer Indikationserweiterung aus der GG-SL gestrichen und in die SL aufgenommen.

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

Ein Arzneimittel kann nicht gleichzeitig in die SL und die GG-SL aufgenommen werden. Jedes Arzneimittel wird nur in derjenigen Liste aufgeführt, deren Voraussetzungen es erfüllt. Dies soll zum einen mit den in diesem Artikel aufgeführten Voraussetzungen und zum anderen mit der Regelung in Artikel 65 Absatz 1<sup>bis</sup> E-KVV sichergestellt werden.

### **Artikel 3<sup>sexies</sup> Absatz 3**

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

Mit dem Verweis wird der neue Artikel 14<sup>ter</sup> Absatz 3 IVG umgesetzt, der eine Kompetenzdelegation an den Bundesrat für eine Regelung der Vergütung von Arzneimitteln im sogenannten «Off Label Use» vorsieht. Mit der analogen Anwendung von Artikel 71a bis 71d KVV in der IV wird eine Konkretisierung der heutigen Praxis angestrebt. Das Anliegen des Parlaments (AB 2019 N 112 f.), wonach die Einführung der neuen IV-Arzneimittelliste nicht zu einer Verschlechterung gegenüber dem Status Quo führen dürfe, kann zudem damit umgesetzt werden, dass das BSV auf Stufe Kreisschreiben festhalten wird, dass sämtliche Geburtsgebrechen als Krankheiten gelten, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen können. Dieses relativ einschränkende Kriterium in Artikel 71a KVV gilt somit generell für alle Geburtsgebrechen gemäss Artikel 13 IVG als erfüllt und wird entsprechend der bestehenden Praxis nicht weiter geprüft. Weiter soll im Kreisschreiben festgehalten werden, dass bei Arzneimitteln, die nur für Erwachsene zugelassen sind, die Prüfung der Vergütung im Einzelfall primär auf die Frage der Sicherheit des Arzneimittels bei Kindern fokussiert.

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

### **Artikel 3<sup>sexies</sup> Absatz 4**

Für die Aufnahme von Arzneimitteln auf die GG-SL soll auf eine Frist analog zu Artikel 31b KLV verzichtet werden, weil es sich in vielen Fällen um Arzneimittel für die Behandlung von seltenen Krankheiten handelt, deren WZW-Prüfung sehr aufwändig ist. Grund dafür ist, dass die Interpretation der Studien aufgrund der tiefen Teilnehmerzahlen sowie die Prüfung der Wirtschaftlichkeit komplexer sind.

### **Artikel 3<sup>septies</sup>**

#### **Artikel 3<sup>septies</sup> Absatz 1 und 2**

Analog zu Artikel 67a KVV sollen Mehreinnahmen von auf der GG-SL aufgeführten Arzneimitteln zurückerstattet werden. Die Rückerstattung erfolgt an den Ausgleichsfonds der IV (IV-Ausgleichsfonds) nach Artikel 79 IVG.

Mehreinnahmen sind auch dann an den IV-Ausgleichsfonds zurückzuerstatten, wenn ein Teil der Mehreinnahmen auf Vergütungen durch Krankenversicherer zurückzuführen ist. Dasselbe gilt vice versa schon heute bei der Rückerstattung von Mehreinnahmen gemäss Artikel 67a KVV an die gemeinsame Einrichtung, wenn die IV einen Teil der Vergütungen geleistet hat.

#### **Artikel 3<sup>octies</sup>**

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

BSV und BAG schliessen zu diesem Zweck eine Verwaltungsvereinbarung ab, in welcher der Umfang der Vergütung geregelt und laufend an den effektiven Aufwand des BAG angepasst wird.

#### **Artikel 3<sup>novies</sup>**

##### **Artikel 3<sup>novies</sup> Absatz 1**

Dieser Absatz konkretisiert die Harmonisierung der IV mit der Unfallversicherung und der OKP. Die sinngemässe Übernahme von Artikel 71 UVV stellt sicher, dass die IV analog der OKP die in den Listen von Artikel 52 Absatz 1 KVG aufgeführten Leistungen übernimmt. Die Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) kommt nur zur Anwendung, wenn die Mittel und Gegenstände der Untersuchung oder Behandlung eines Geburtsgebrechens dienen. Für Hilfsmittel nach Artikel 21 IVG kommt somit nicht die MiGeL sondern die mit der IV vereinbarten Tarifverträge zur Anwendung.

##### **Artikel 3<sup>novies</sup> Absatz 2**

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

#### **Artikel 4<sup>bis</sup>**

Der heutige Artikel 4<sup>bis</sup> IVV wird aufgehoben. Der materielle Gehalt wird neu in Artikel 3<sup>novies</sup> E-IVV geregelt.

##### **Artikel 4<sup>quater</sup> Absatz 1**

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

#### **Artikel 4<sup>quinquies</sup>**

Dieser Artikel beschreibt die verschiedenen Integrationsmassnahmen und deren konkrete Ausgestaltung näher. Durch die Ausweitung der Integrationsmassnahmen auf von Invalidität bedrohte unter 25-jährige Versicherte, entsteht eine neue Art von Integrationsmassnahme, die mit den anderen Vorbereitungsmassnahmen für Jugendliche zu koordinieren ist.

#### **Artikel 4<sup>quinquies</sup> Absätze 1 und 2**

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

#### **Artikel 4<sup>quinquies</sup> Absatz 3**

In diesem Absatz wird die Ausdehnung der Integrationsmassnahmen auf Jugendliche präzisiert. Wie in den Absätzen 1 und 2 ausgeführt, geht es bei den Integrationsmassnahmen um die Vorbereitung von versicherten Personen für berufliche Massnahmen. Absatz 3 thematisiert, dass es bei Integrationsmassnahmen für Jugendliche zusätzlich eines spezifischen Fachwissens bedarf, um zwischen Auswirkungen von psychischen Beeinträchtigungen und pubertätsbedingten Verhaltensweisen unterscheiden zu können. Der Fokus von Integrationsmassnahmen für Jugendliche liegt im Aufbau der Arbeitsfähigkeit, sodass der Besuch von Folgemassnahmen möglich wird. Folgemassnahmen können kantonale Brückenangebote zum Füllen schulischer Lücken (Art. 68<sup>bis</sup> Abs. 1<sup>ter</sup> IVG), Praktika (Art. 15 IVG) zum Sammeln von Arbeitserfahrungen oder eine EbA (Art. 16 IVG) sein. Die IV-Stellen können Integrationsmassnahmen für Jugendliche analog der anderen Vorbereitungsmassnahmen für Jugendliche erst nach der obligatorischen Schulzeit verfügen, da gemäss Artikel 62 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (BV)<sup>33</sup> die Kantone für die obligatorische Schulung aller Kinder und Jugendlicher zuständig sind. Dies umfasst auch die Angebote für gesundheitlich beeinträchtigte Kinder und Jugendliche während der obligatorischen Schulzeit (wie z.B. Sonderschule, Time-Outs, Heilpädagogik usw.). Die IV kann nicht in den Kompetenzbereich der Kantone eindringen.

#### **Artikel 4<sup>quinquies</sup> Absatz 4**

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

#### **Artikel 4<sup>sexies</sup>**

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

---

<sup>33</sup> SR 101



#### **Artikel 4<sup>sexies</sup> Absatz 1**

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

#### **Artikel 4<sup>sexies</sup> Absatz 3 Buchstabe a**

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

#### **Artikel 4<sup>sexies</sup> Absatz 4**

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

#### **Artikel 4<sup>sexies</sup> Absatz 5**

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

#### **Artikel 4<sup>sexies</sup> Absatz 6**

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

#### **Artikel 4<sup>septies</sup>**

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

#### **Artikel 4a**

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

##### **Artikel 4a Absatz 1**

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

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

##### **Artikel 4a Absatz 2**

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

##### **Artikel 4a Absatz 3**

Dieser Absatz beschreibt die im Rahmen von Artikel 15 Absatz 2 IVG möglichen, längerdauernden Massnahmen zur vertieften Klärung von Eignung und Neigung von Versicherten für neue Berufsrichtungen oder Tätigkeiten (z.B. für eine Umschulung). Die Überprüfungen können durch Einsätze in Betrieben des ersten Arbeitsmarktes oder in Institutionen der beruflichen Eingliederung erfolgen. Die Einsätze sind auf maximal drei Monate zu befristen, da eine längere Dauer keine grundlegenden, zusätzlichen Ergebnisse zu liefern vermag und eine weiterführende Alternative folgen muss. Im Gegensatz zu den beruflichen Abklärungsmassnahmen «BEFAS» hat Artikel 4a Absatz 3 E-IVV nicht die Klärung der Eingliederungsfähigkeit zum Ziel.

##### **Artikel 4a Absatz 4**

Berufsberatungsmassnahmen nach Artikel 4a Absatz 2 und 3 E-IVV weisen keine vorgegebene Dauer mit offiziellem Abschluss auf wie dies z.B. bei der EbA der Fall ist. Sowohl die voraussichtliche Dauer als auch die Ziele der Massnahmen sind individuell entsprechend den Möglichkeiten der versicherten Person in Zielvereinbarungen festzulegen. Dabei soll die Maximaldauer von drei bzw. zwölf Monaten nach den Absätzen 2 und 3 nur dann gewählt

werden, wenn sie notwendig ist. Zudem soll die Massnahme beendet werden, wenn das vereinbarte Ziel erreicht ist. Artikel 4a Absatz 4 E-IVV listet weitere Gründe für eine vorzeitige Beendigung auf, die sich an den Regelungen zu den Integrationsmassnahmen orientieren.

## **Artikel 5**

### *Artikel 5 Absatz 1*

Rein formale Anpassung. Das Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002<sup>34</sup> über die Berufsbildung (BBG) wird hier neu erstmalig im Erlass erwähnt und deshalb ausgeschrieben sowie wegen der mehrfachen Erwähnung im Erlass abgekürzt.

### *Artikel 5 Absatz 2*

Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann im Rahmen von Artikel 16 IVG eine Vorbereitung auf eine EbA verfügt werden, wenn die Berufswahl getroffen ist und es sich nicht um ein Berufswahljahr oder um ein allgemeines Zwischenjahr handelt.<sup>35</sup> Als Abgrenzungskriterium zur neuen Massnahme nach Artikel 15 Absatz 1 IVG dient folglich die getroffene Berufswahl. Die Berufswahl im Rahmen von Artikel 16 gilt als getroffen, wenn für die anschliessende EbA bereits ein Vertrag oder eine verbindliche Anmeldung besteht oder eine Vorbereitung festgelegt wurde, die Bestandteil der anschliessenden EbA ist. Aufgrund dieser Definitionen wird die Vorbereitung im Rahmen von Artikel 16 als «gezielte Vorbereitung» bezeichnet.

Eine Massnahme zur gezielten Vorbereitung auf die nachfolgende EbA nach Artikel 16 Absatz 1 IVG kann verfügt werden, wenn für die anschliessende EbA bereits ein Vertrag oder eine verbindliche Anmeldung besteht oder die vorbereitende Massnahme Bestandteil resp. Voraussetzung der EbA ist (z.B. Praktika, Vorkurs etc.).

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

Ein möglicher Anspruch auf Taggelder wird in Artikel 22 Absatz 1 E-IVV geregelt.

### *Artikel 5 Absatz 3*

#### *Artikel 5 Absatz 3 Buchstabe a*

Für eine möglichst rasche, nachhaltige und rentenausschliessende Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt kann nach einer EbA, die nach BBG aber im zweiten Arbeitsmarkt erfolgte, eine weiterführende EbA ermöglicht werden, sofern diese auf einem höheren Ausbildungsniveau (zwingend nach Berufsbildungsgesetz) und im ersten Arbeitsmarkt erfolgt. Die Weiterführung auf einem höheren Ausbildungsniveau bedeutet zum Beispiel ein Abschluss auf Stufe Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis (EFZ) oder Eidgenössisches Berufsattest (EBA). Zudem darf das Eingliederungspotenzial der versicherten Person noch nicht ausgeschöpft sein.

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

#### *Artikel 5 Absatz 3 Buchstabe b*

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

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

---

<sup>34</sup> SR 412.10

<sup>35</sup> Vgl. ZAK 1981 487

#### **Artikel 5 Absatz 4**

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

#### **Artikel 5 Absatz 7**

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

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

Die Zusprache für EbA, die nicht im BBG geregelt sind, erfolgt weiterhin für die gesamte Dauer und ohne Staffelung.<sup>36</sup> Die Erläuterungen zur Fallführung (vgl. Art. 41a E-IVV) sind auch für Artikel 16 Absatz 3 Buchstabe c IVG anwendbar.

#### **Artikel 5<sup>bis</sup>**

Artikel 5<sup>bis</sup> E-IVV zu den invaliditätsbedingten Mehrkosten setzt sich neu aus den Absätzen 2 bis 6 des bisherigen Artikels 5 IVV zusammen.

#### **Artikel 5<sup>bis</sup> Absatz 1**

Die Anpassung nimmt die aktuelle Rechtsprechung für die Abgrenzung der Leistungsansprüche nach Artikel 16 und Artikel 17 IVG auf, die bisher weder auf Verordnungsstufe noch auf Weisungsstufe festgehalten war. Im Normalfall handelt es sich um eine Umschulung, wenn die versicherte Person eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, bei der sie während mindestens sechs Monaten ein ökonomisch relevantes Erwerbseinkommen erzielte, und sich aus gesundheitlichen Gründen beruflich neu orientieren muss. Vor der Umschulung muss zwar kein Beruf erlernt worden sein, doch muss die versicherte Person unmittelbar vor Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben.

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

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

#### **Artikel 5<sup>bis</sup> Absatz 2**

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

#### **Artikel 5<sup>bis</sup> Absatz 3**

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

#### **Artikel 5<sup>bis</sup> Absatz 4**

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

---

<sup>36</sup> Vgl. BGE 142 V 523

### **Artikel 5<sup>bis</sup> Absatz 5**

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

### **Artikel 5<sup>bis</sup> Absatz 6**

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

### **Artikel 5<sup>bis</sup> Absatz 7**

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

### **Artikel 5<sup>ter</sup>**

Artikel 5<sup>ter</sup> E-IVV ist neu, entspricht inhaltlich jedoch den bisherigen Regelungen in Artikel 5<sup>bis</sup> IVV.

### **Artikel 6**

#### **Artikel 6 Absatz 2**

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

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

#### **Artikel 6<sup>quinqües</sup>**

##### **Artikel 6<sup>quinqües</sup> Absatz 1**

Der Höchstbetrag von 12 500 Franken deckt sämtliche im Rahmen des Personalverleihs erbrachten Leistungen des Personalverleihers ab (Vermittlung einer Anstellung in einem Einsatzbetrieb, Vertragsausarbeitung, Verwaltung der Lohnzahlung und der Sozialversicherungen usw.). Die Leistungsvereinbarung kann für den Personalverleiher davon eine Entschädigung vorsehen, wenn der Verleih zu einer Festanstellung der versicherten Person im Einsatzbetrieb führt. Bei einer befristeten Anstellung im Anschluss an den Personalverleih wird die Entschädigung nur gewährt, wenn die Vertragsdauer mindestens ein Jahr beträgt.

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

Die Personalverleiher unterliegen den Bestimmungen des AVG und der Verordnung vom 16. Januar 1991<sup>37</sup> über die Arbeitsvermittlung und den Personalverleih (AVV). Die Artikel 18 bis 22 AVG sowie die Artikel 46 bis 50 AVV gelten auch für Personalverleiher, die von der Bewilligungspflicht nach Artikel 12 AVG befreit sind.

##### **Artikel 6<sup>quinqües</sup> Absatz 2**

Für die Ausrichtung einer Entschädigung nach Artikel 18a<sup>bis</sup> Absatz 3 Buchstabe b IVG gelten sinngemäss Voraussetzungen wie für eine Entschädigung nach Artikel 18c IVG und Artikel 6<sup>quater</sup> IVV. Da der Verleiher Arbeitgeber der versicherten Person ist, muss er auch die Sozialbeiträge bezahlen, insbesondere die Beiträge an die berufliche Vorsorge und die Prämien der Krankentaggeldversicherung. Diese Prämien können im Übrigen höher ausfallen, wenn die versicherte Person krankheitsbedingt arbeitsunfähig wird. Die Entschädigung nach

---

<sup>37</sup> SR 823.111

Artikel 18a<sup>bis</sup> Absatz 3 Buchstabe b IVG kann nur ausgerichtet werden, wenn eine Krankentaggeldversicherung Leistungen erbringt oder der Personalverleiher weiterhin den Lohn ausgerichtet. Gemäss Absatz 2 genügt eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit. Die Ursache der Erkrankung (vorbestehend oder nicht) ist unerheblich, und es muss auch kein Kausalzusammenhang zwischen der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit und einer möglichen Erhöhung der Beiträge an die obligatorische berufliche Vorsorge oder die Taggeldversicherung hergestellt werden. Die Karenzfrist von zwei Tagen entspricht den ordentlichen Wartefristen anderer Sozialversicherungen (vgl. Art. 72 Abs. 2 zweiter Satz KVG für Taggelder bei Krankheit, Art. 16 Abs. 2 UVG für Taggelder bei Unfall und Art. 22 Abs. 1 IVG für Taggelder der IV). Diese Entschädigung wird zusätzlich zum Höchstbetrag gemäss Absatz 1 ausgerichtet.

#### **Artikel 6<sup>quinquies</sup> Absatz 3**

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

#### **Artikel 6<sup>quinquies</sup> Absatz 4**

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

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

#### **Artikel 6<sup>quinquies</sup> Absatz 5**

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

#### **Artikel 6<sup>quinquies</sup> Absatz 6**

Die Modalitäten für die Zahlung der Entschädigungen sind sinngemäss zu Artikel 6<sup>quater</sup> Absatz 4 IVV.

### **Artikel 17**

#### **Artikel 17 Absatz 1**

(Betrifft nur die französische Fassung)

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

#### **Artikel 17 Absatz 2**

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

#### **Artikel 18 Absätze 1 und 2**

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

## **Artikel 19**

### **Artikel 19 Titel und Absatz 1 erster Satz**

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

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

### **Artikel 19 Absatz 1 zweiter Satz**

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

Die versicherte Person hat auch während der Wartezeit vor der neuen Massnahme «Personalverleih» (Art. 18a<sup>bis</sup> IVG) Anspruch auf Taggeld, sofern dieser eine EbA, eine Umschulung oder ein Arbeitsversuch vorausging.

### **Artikel 19 Absatz 2**

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

Sie kodifiziert die Praxis des Bundesgerichts, wonach die versicherte Person während des IV-Verfahrens bei einem bestehenden Anspruch auf ein Taggeld der Arbeitslosenversicherung kein Anrecht auf ein IV-Taggeld hat.<sup>38</sup>

## **Artikel 20<sup>ter</sup>**

### **Artikel 20<sup>ter</sup> Absatz 1**

Diese Änderung ergibt sich nicht direkt aus der WE IV. Artikel 23 Absatz 1<sup>bis</sup> IVG wurde zusammen mit Artikel 8a IVG (Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger) im Rahmen des ersten Massnahmenpakets der 6. IV-Revision<sup>39</sup> (Revision 6a) eingeführt. Der Verweis in Artikel 20<sup>ter</sup> Absatz 1 IVV wurde allerdings nicht angepasst. Dieser gilt nur für Artikel 23 Absatz 1 IVG. Artikel 23 Absatz 1<sup>bis</sup> IVG bezieht sich nämlich auf das Taggeld

<sup>38</sup> Urteil des BG 8C\_27/2017 vom 27. März 2017

<sup>39</sup> AS 2011 5659

während einer Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezügern nach Artikel 8a IVG und ist folglich auszuschliessen. Dieser Fall ist bereits in Artikel 22<sup>bis</sup> Absatz 5 IVG geregelt.

Der französische Text wurde ausserdem rein sprachlich angepasst.

#### **Artikel 20<sup>ter</sup> Absatz 2**

Da Artikel 23 Absatz 2<sup>bis</sup> IVG im Rahmen der WE IV aufgehoben wird, ist der Verweis in Artikel 20<sup>ter</sup> Absatz 2 IVV ohne materielle Änderung anzupassen.

#### **Artikel 20<sup>quater</sup> Absätze 1 und 6**

##### **Artikel 20<sup>quater</sup> Absatz 1**

Gemäss Artikel 22<sup>bis</sup> Absatz 7 Buchstabe d IVG bestimmt der Bundesrat, unter welchen Voraussetzungen Taggelder im Fall eines Unterbruchs von Eingliederungsmassnahmen wegen Krankheit, Unfall oder Mutterschaft weitergewährt werden. Die Taggelder im Fall eines Unterbruchs von Eingliederungsmassnahmen wegen Unfall werden neu in den Absätzen 6 und 7 geregelt.

Mit der WE IV wird eine neue Unfallversicherung von Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG in Massnahmen der IV (sogenannte Unfallversicherung von Personen in Massnahmen der IV, UV IV) eingeführt. Sowohl Artikel 20<sup>quater</sup> IVV als auch Artikel 16 Absatz 3 UVG beinhalten jeweils eine Subsidiaritätsklausel gegenüber der anderen Sozialversicherung. Für die UV IV ist das Verfahren gemäss UVG massgebend, soweit nichts anderes bestimmt ist. Da demnach das UVG vorgehendes Recht ist, muss Art. 20<sup>quater</sup> IVV angepasst werden, um nicht wegen der Subsidiaritätsklausel in Artikel 16 Absatz 3 UVG einen Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung zu verhindern.

##### **Artikel 20<sup>quater</sup> Absatz 6**

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

Für versicherte Personen, die während einer Eingliederungsmassnahme weder eine Unfallversicherung aus einem Arbeitsvertrag haben, noch nach der neuen UV IV versichert sind, soll die Weiterausrichtung der Taggelder bei Unterbruch der Massnahme wie bisher bestehen bleiben.

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

#### **Artikel 20<sup>sexies</sup> Absatz 1 Buchstabe b**

Diese Änderung beruht auf dem Urteil des Bundesgerichts 8C\_508/2019 vom 27. Mai 2020. Letzteres hat festgestellt, dass Artikel 20<sup>sexies</sup> Absatz 1 Buchstabe b IVV gesetzeswidrig ist. Die Voraussetzung des «Glaubhaftmachens, dass sie [die Versicherten] eine Erwerbstätigkeit von längerer Dauer aufgenommen hätten» beruht nicht auf einer genügenden gesetzlichen Grundlage. Grundlage für die Berechnung des Taggeldes ist nur das letzte tatsächlich erreichte Erwerbseinkommen ohne gesundheitliche Einschränkung (Art. 23 Abs. 1 IVG). Die Ausnahme zu dieser Regel sind im Gesetz definiert. Künftig soll vermieden werden, dass Personen mit gesundheitlichen Problemen bessergestellt werden als vor dem Eintritt der Invalidität.



## **Artikel 21<sup>septies</sup> Absatz 4 und 5**

### **Artikel 21<sup>septies</sup> Absatz 4**

Mit der WE IV wird Artikel 22 Absatz 3 IVG neu zu Artikel 22<sup>bis</sup> Absatz 2 IVG. Der Verweis in Artikel 21<sup>septies</sup> Absatz 4 IVV ist somit anzupassen.

### **Artikel 21<sup>septies</sup> Absatz 5**

Die Änderung von Absatz 5 ergibt sich nicht direkt aus der WE IV. Bei Personen, die eine ordentliche oder «definitive» Rente des Unfallversicherers infolge Invalidität erhalten, darf diese während einer Eingliederungsmassnahme nicht aufgehoben werden.<sup>40</sup> Die Rente der Unfallversicherung und das IV-Taggeld zusammen führen indessen zu einer Überentschädigung, denn das Taggeld berechnet sich auf dem Einkommen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung. Es existiert zwar mit Artikel 47 Absatz 1<sup>ter</sup> IVG eine rechtliche Grundlage beim Zusammentreffen von Rente und Taggeld. Diese Bestimmung gilt aber nur in Bezug auf die IV-Rente. Entsteht beim Zusammentreffen einer Invalidenrente der Unfallversicherung und dem Taggeld der IV eine Überentschädigung, hat das Bundesgericht die Frage offengelassen, welcher der beiden Sozialversicherer berechtigt ist, seine Leistung zu reduzieren.<sup>41</sup> Um diese Lücke zu schliessen, sieht der neue Absatz 5 auf der Grundlage von Artikel 68 ATSG vor, dass das Taggeld der IV um einen Dreissigstel des Rentenbetrags der Unfallversicherung gekürzt wird.

## **Artikel 21<sup>octies</sup> Absatz 3**

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

## **Artikel 22**

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

### **Artikel 22 Absatz 1**

Für die gezielte Vorbereitung auf eine EbA nach Artikel 16 IVG beziehungsweise Artikel 5 Absatz 2 E-IVV können in gewissen Fällen Taggelder beansprucht werden. Dies gilt namentlich, wenn die versicherte Person danach während der EbA einen Taggeldanspruch hat. Die Höhe der Entschädigung berechnet sich gemäss Artikel 22 Absatz 4 Buchstabe c E-IVV. Die gezielte Vorbereitung auf eine EbA ist zu unterscheiden von vorbereitenden Massnahmen nach Artikel 15 Absatz 1 IVG, für die keine Taggelder beansprucht werden können.

### **Artikel 22 Absatz 2**

Wenn der tatsächliche Lohn der versicherten Person in EbA um mindestens 5 Prozent vom branchenüblichen Tabellenlohn abweicht und somit nicht dem kantonalen Branchendurchschnitt entspricht, gilt der Richtlohn im «Lohnbuch Schweiz»<sup>42</sup>, das jährlich vom Amt für Wirtschaft und Arbeit des Kantons Zürich herausgegeben wird. Die Angaben im Lohnbuch stammen aus Gesamtarbeitsverträgen (GAV) sowie Empfehlungen schweizerischer Berufs- und

<sup>40</sup> BGE 139 V 514

<sup>41</sup> BGE 139 V 514, Erw. 4

<sup>42</sup> Vgl. Amt für Wirtschaft und Arbeit des Kantons Zürich (2020): *Lohnbuch Schweiz 2020. Alle Löhne der Schweiz auf einen Blick* (erscheint jährlich).

Arbeitgeberverbände und es enthält Bandbreiten für Richtlöhne. Die Arbeitgeber halten sich im Allgemeinen an die Vorgaben.<sup>43</sup>

#### *Artikel 22 Absatz 3*

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

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

#### *Artikel 22 Absatz 4*

Artikel 24<sup>ter</sup> Absatz 2 IVG beauftragt den Bundesrat, die Höhe des Taggeldes für Versicherte, die eine EbA ohne Lehrvertrag absolvieren, festzulegen. Diese Versicherten weisen sehr heterogene Ausbildungsverläufe auf, insbesondere bezüglich Ausbildungsstufe, Lebenslauf und Einkommen während der Ausbildung. Aus diesem Grund sieht dieser Absatz unterschiedliche Ansätze vor, die den Umständen der Ausbildungen Rechnung tragen.

##### *Artikel 22 Absatz 4 Buchstabe a*

Zu den Ausbildungen auf Tertiärstufe gehören Ausbildungen an universitären Hochschulen, Fachhochschulen und pädagogischen Hochschulen sowie der höheren Berufsbildung. Betroffene Versicherte, die kein bezahltes Praktikum absolvieren, haben Anspruch auf ein Taggeld nach Artikel 22 Absatz 3 IVG. Die Höhe des Taggeldes basiert auf dem monatlichen Medianlohn gemäss Erhebung zur sozialen und wirtschaftlichen Lage der Studierenden (SSEE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) und beträgt 500 Franken pro Monat abzüglich der Sozialabgaben, die dem Arbeitgeber zu überweisen sind. Dieser Betrag berücksichtigt das Einkommen aus einer Erwerbstätigkeit aber auch die Verwandtenunterstützung und weitere allfällige Einkommensquellen (namentlich Zuschüsse und Stipendien).

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

Die Höhe des Taggeldes hängt vom Ausbildungsjahr und nicht vom Alter der versicherten Person ab (vgl. Art. 24<sup>ter</sup> Abs. 2 IVG).

##### *Artikel 22 Absatz 4 Buchstabe b*

Für Versicherte, die eine Ausbildung auf Tertiärstufe absolvieren und im Rahmen ihrer Ausbildung ein bezahltes Praktikum besuchen, wird das Taggeld nach Artikel 24<sup>ter</sup> Absatz 1 IVG berechnet. Die Höhe des Taggeldes pro Monat entspricht dem Lohn gemäss Praktikumsvertrag. Artikel 24<sup>ter</sup> Absatz 1 IVG gewährleistet die Gleichbehandlung der Absolventinnen und Absolventen einer EbA nach Artikel 16 IVG unter Berücksichtigung von Stufe und Art der Ausbildung.

Nach Artikel 24<sup>ter</sup> Absatz 3 IVG entspricht das Taggeld für Versicherte, die das 25. Altersjahr vollendet haben, dem Höchstbetrag der Altersrente nach Artikel 34 Absätze 3 und 5 AHVG (2370 Franken im Jahr 2020). Es ist durchaus möglich, dass eine versicherte Person während eines Praktikums bereits vor Erreichen des 25. Altersjahr einen höheren Lohn erzielt. In diesem Fall ist das Taggeld auf denselben Höchstbetrag begrenzt. Erhalten Versicherte von

---

<sup>43</sup> BGE 135 V 297

ihrem Arbeitgeber einen tieferen Lohn als den Höchstbetrag der Altersrente, wird ihnen die Differenz direkt ausbezahlt.

#### **Artikel 22 Absatz 4 Buchstabe c**

Für alle anderen Ausbildungen (insbesondere die Vorbereitung auf eine Hilfsarbeit oder eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte sowie Massnahmen zur gezielten Vorbereitung auf eine EbA), mit Ausnahme jener in Artikel 22 Absatz 4 IVG, basiert die Höhe des Taggeldes auf dem tiefsten Medianlohn einer lernenden Person im ersten Ausbildungsjahr (Eidgenössisches Berufsattest / Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis) gemäss «Lohnbuch Schweiz»<sup>44</sup>. Um den Errungenschaften aus dem ersten Ausbildungsjahr Rechnung zu tragen, wird das Taggeld im zweiten Ausbildungsjahr angehoben.

#### **Vergütungssystem**

(Nettolohn, vor Abzug der Sozialversicherungsbeiträge. Zur Erinnerung: den Arbeitgeberanteil trägt die IV; Art. 25 Abs. 2 IVG):

Im 1. Ausbildungsjahr	300 Franken pro Monat
Ab dem 2. Ausbildungsjahr	400 Franken pro Monat

#### **Art. 22 Abs. 5**

Mit der WE IV wird Artikel 22 Absatz 3 IVG neu zu Artikel 22<sup>bis</sup> Absatz 2 IVG. Erhalten Versicherte im Rahmen ihrer EbA einen Lohn, haben sie grundsätzlich für jedes Kind Anspruch auf Familienzulagen gemäss Bundesgesetz vom 24. März 2006<sup>45</sup> über die Familienzulagen (FamZG), sofern der Lohn mindestens dem halben jährlichen Betrag der minimalen vollen Altersrente der AHV entspricht (Art. 13 Abs. 3 FamZG), für das Jahr 2019 monatlich 592 Franken oder jährlich 7110 Franken. Liegt der Lohn unter diesem Betrag, was bei einer EbA möglich ist, und erfüllt die versicherte Person die Voraussetzungen für die Ausrichtung von Familienzulagen gemäss FamZG, bezahlt die IV das Kindergeld.

#### **Artikel 24 Absatz 3**

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

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

#### **Artikel 24<sup>bis</sup>**

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

<sup>44</sup> Amt für Wirtschaft und Arbeit des Kantons Zürich (2020): *Lohnbuch Schweiz 2020. Alle Löhne der Schweiz auf einen Blick* (erscheint jährlich).

<sup>45</sup> SR 836.2

### **Artikel 24<sup>bis</sup> Absatz 1**

In seinem Urteil C-529/2012 vom 10. Dezember 2014 stellte das Bundesverwaltungsgericht fest, dass das IVG keine inhaltlichen Vorgaben zur Bemessung der Tarife enthält. Die generell-abstrakten Grundsätze zur Tarifordnung und zur Kostenermittlung für die Leistungsabgeltung sind in Absatz 1 aufgeführt.

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

### **Art. 24<sup>bis</sup> Abs. 2**

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

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

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

### **Artikel 24<sup>bis</sup> Absatz 3**

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

### **Artikel 24<sup>bis</sup> Absatz 4**

Dieser Absatz entspricht Artikel 59c Absatz 2 erster Satz KVV und wurde an die IV angepasst.

Im Verlauf der Jahre können die Tarifstrukturen obsolet werden, wenn sie den medizinischen Fortschritten und den finanziellen Auswirkungen nicht angepasst werden. Diese Regel verpflichtet die Vertragsparteien, zu überprüfen, ob dies der Fall ist, und gegebenenfalls die erforderlichen Anpassungen an die medizinischen und finanziellen Gegebenheiten vorzunehmen.

### **Artikel 24<sup>bis</sup> Absatz 5**

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

## **Artikel 24<sup>ter</sup>**

### **Artikel 24<sup>ter</sup> Absatz 1**

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

### **Artikel 24<sup>ter</sup> Absatz 2**

Dieser Artikel enthält die Verpflichtung, im Rahmen der Überprüfung der Angemessenheit eines Tarifs gemäss Artikel 14 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985<sup>46</sup>

---

<sup>46</sup> SR 942.20

den Preisüberwacher anzuhören. Diese Anhörung erfolgt vor Abschluss von gesamtschweizerischen Tarifverträgen und im Rahmen der Tariffestsetzung durch die zuständige Behörde gemäss Artikel 24<sup>bis</sup> Absatz 5.

#### **Artikel 24<sup>ter</sup> Absatz 4**

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

#### **Artikel 24<sup>quater</sup>**

Dieser Artikel ersetzt Artikel 3<sup>quater</sup> IVV.

#### **Artikel 24<sup>quater</sup> Absatz 1**

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

#### **Artikel 24<sup>quater</sup> Absatz 2**

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

#### **Artikel 24<sup>quater</sup> Absatz 3**

Dieser Absatz entspricht Artikel 59d Absatz 2 1. Satz KVV. Das Handbuch enthält neben den Kodierrichtlinien auch Informationen bezüglich der wichtigsten Variablen der Medizinischen Statistik, die im Datensatz verwendet werden, sowie einen kurzen Abriss über die Geschichte der Klassifikation ICD (Version Stand 1.1.2022). Das Handbuch wird regelmässig aktualisiert.

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

#### **Artikel 24<sup>quater</sup> Absatz 4**

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

Beabsichtigt die versicherte Person, Leistungen eines Leistungserbringers in Anspruch zu nehmen, der nicht vertraglich gebunden ist, muss ein formeller Antrag auf Kostenübernahme gestellt werden. Die IV vergütet in diesem Fall nur die Kosten gemäss Tarif der nächstgelegenen vertraglich gebundenen Einrichtung, die gleichartige Leistungen erbringt. Die Kosten werden nach denselben Kriterien vergütet, die für Behandlungen nach Absatz 2 gelten.

#### **Artikel 24<sup>quinqies</sup>**

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

Die Tarifstrukturen müssen für gleiche Leistungen schweizweit einheitlich sein. Dieser Grundsatz vereinfacht die Anwendung einheitlicher wirtschaftlicher Kriterien. Ausserdem präzisiert dieser Artikel, dass in der IV für die Vergütung der ambulanten Behandlung gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstrukturen massgebend sein müssen.

#### **Artikel 24<sup>sexies</sup>**

Dieser Artikel ergänzt die Regelung in Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe I. Demnach liegt der Abschluss von Verträgen in der Kompetenz der IV-Stellen. Allerdings besteht für Leistungserbringer kein Anspruch auf eine Vereinbarung.

#### **Artikel 24<sup>sexies</sup> Absatz 1**

Gestützt auf Artikel 57 Absatz 2 IVG sind die IV-Stellen befugt, Verträge nach Artikel 27 Absatz 1 IVG für Massnahmen nach den Artikeln 14a bis 18 IVG abzuschliessen. Dieser Absatz

übernimmt die geltende Delegationsnorm nach Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe I IVV; die Befugnis, Verträge zur Leistungserbringung im Bereich der Eingliederungsmassnahmen abzuschliessen, bleibt somit bei den IV-Stellen.

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

#### **Artikel 24<sup>sexies</sup> Absatz 2**

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

#### **Gliederungstitel vor Artikel 24<sup>septies</sup>**

Der Titel vor Artikel 24<sup>septies</sup> IVV muss redaktionell an den neuen Ausdruck in Artikel 28a IVG angepasst werden.

#### **Artikel 24<sup>septies</sup>**

##### **Artikel 24<sup>septies</sup> Absatz 1**

Damit die anwendbare Bemessungsmethode festgelegt werden kann, muss der Status (erwerbstätig, nichterwerbstätig, teilerwerbstätig) der versicherten Person bestimmt sein.

##### **Artikel 24<sup>septies</sup> Absatz 2**

Im Grundsatz ist für die Bestimmung des Status von der Situation auszugehen, wie sie bis zum Eintritt des Gesundheitsschadens vorlag. Allerdings können seither massgebliche Änderungen in den Verhältnissen eingetreten sein, die eine andere Bestimmung des Status bedingen. Entsprechende massgebliche Änderungen müssen objektiv nachvollziehbar sein oder durch die versicherte Person belegt werden. Es ist stets aufgrund objektiver Umstände zu beurteilen, wie die betreffende Person in ihrer konkreten Lebenssituation ohne gesundheitliche Einschränkungen entschieden hätte, wobei stets allein die hypothetische Verhaltensweise der am Recht stehenden versicherten Person ausschlaggebend ist.<sup>47</sup> Hierbei sind sämtliche Gegebenheiten des Einzelfalles wie Abmachungen zur Aufgabenverteilung innerhalb der Familie, allfällige Betreuungsaufgaben gegenüber Angehörigen, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten, die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen.<sup>48</sup>

Der Status der versicherten Person (und damit die anwendbare Bemessungsmethode) orientiert sich dabei an den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung entwickelt haben.<sup>49</sup>

Absatz 2 nimmt die Regelung des heutigen Artikel 27<sup>bis</sup> Absatz 1 IVV auf. Dieser hält fest, dass Teilerwerbstätige und Personen, die in einem Teilzeitpensum unentgeltlich im Betrieb der Ehegattin oder des Ehegatten mithelfen, als erwerbstätig einzustufen sind, wenn anzunehmen ist, dass sie ohne Gesundheitsschaden im Zeitpunkt der Prüfung des Rentenanspruchs ganztätig erwerbstätig wären.

<sup>47</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_889/2011 vom 30. März 2012, E. 3.2.1

<sup>48</sup> Vgl. etwa BGE 117 V 194

<sup>49</sup> Vgl. ZAK 1989 116

#### *Artikel 24<sup>septies</sup> Absatz 3 Buchstabe a*

Die grösste Gruppe bilden die erwerbstätigen Personen, deren Invaliditätsgrad mittels eines Einkommensvergleichs nach Artikel 16 ATSG bemessen wird. Der Status «erwerbstätig» gilt nach Absatz 3 Buchstabe a für alle versicherten Personen, die im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würden, die einem Beschäftigungsgrad von 100 Prozent entspricht. Dabei wird in der Regel von der erwerblichen und persönlichen Situation vor Eintritt des Gesundheitsschadens ausgegangen. War die versicherte Person zu 100 Prozent erwerbstätig, kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass sie auch im hypothetischen Gesundheitsfall weiterhin zu 100 Prozent erwerbstätig wäre (Änderungen der Verhältnisse nach Art. 24<sup>septies</sup> Abs. 1 IVV vorbehalten). Welches Pensum einer Erwerbstätigkeit von 100 Prozent entspricht, variiert von Tätigkeit zu Tätigkeit und ist nach der betriebsüblichen Arbeitszeit beim entsprechenden Arbeitgeber zu beurteilen.

Es spielt keine Rolle, ob die versicherte Person eine unselbständige Tätigkeit oder eine selbständige Tätigkeit ausübt oder ob sie unentgeltlich im Betrieb der Ehegattin oder des Ehegatten mithilft.

Neu werden Personen, die in Ausbildung begriffen sind, unter Buchstabe a und nicht länger unter den bisherigen Artikel 26<sup>bis</sup> IVV subsumiert. Für Personen, wie Schülerinnen und Schüler, Gymnasiasten, Personen in der Berufsausbildung oder Studierende wird dabei die Regelung von Artikel 5 IVG beachtet. Nach Artikel 5 Absatz 2 IVG richtet sich die Invalidität bei nichterwerbstätigen Versicherten vor der Vollendung des 20. Altersjahres nach Artikel 8 Absatz 2 ATSG. Bei diesen sehr jungen Versicherten wird danach gefragt, ob der Gesundheitsschaden voraussichtlich zu einer Erwerbsunfähigkeit führen wird. Dies bedeutet, dass in diesen Fällen diese Personen als erwerbstätig eingestuft werden. Nach Artikel 5 Absatz 1 IVG richtet sich sodann die Invalidität von Versicherten nach der Vollendung des 20. Altersjahres nur dann nach Artikel 8 Absatz 3 ATSG, soweit ihnen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann. Artikel 8 Absatz 3 ATSG bestimmt dabei auch, dass bei diesen Versicherten über 20 Jahren nur dann vom Status nichterwerbstätig und damit der Unmöglichkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ausgegangen werden muss, wenn ihnen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann.

Insgesamt kann somit vereinfacht gesagt werden, dass bei Versicherten in Ausbildung, die vor Eintritt der Invalidität nicht erwerbstätig waren, grundsätzlich davon ausgegangen werden sollte, dass diese als erwerbstätig einzustufen sind, es sei denn, es sprechen konkrete Umstände für eine Unzumutbarkeit der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit. Somit erfolgt bei ihnen die Invaliditätsbemessung grundsätzlich mittels Einkommensvergleich.

#### *Artikel 24<sup>septies</sup> Absatz 3 Buchstabe b*

Der Status «nichterwerbstätig» liegt vor, wenn eine Person vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen ist und auch für den Fall, dass sie gesund geblieben wäre, keine Aufnahme einer Erwerbstätigkeit geplant hatte. In diesen Fällen wird der Invaliditätsgrad nach der sogenannten spezifischen Methode des Betätigungsvergleichs nach Artikel 28a Absatz 2 IVG bemessen.

Privatiers und vorzeitig Pensionierte, bei denen der Gesundheitsschaden erst nach Eintritt in den Privatier-Status bzw. nach der Pensionierung eintritt, gelten ebenfalls als nichterwerbstätig. Soweit ein Privatier die Verwaltung seines Vermögens selbst übernimmt, kann ihm diese Tätigkeit als Erwerbstätigkeit oder Teilerwerbstätigkeit im Sinne von Artikel 24<sup>septies</sup> Absatz 3 Buchstabe a oder c angerechnet werden.

#### *Artikel 24<sup>septies</sup> Absatz 3 Buchstabe c*

Die versicherten Personen, die im hypothetischen Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würden, die nicht einem Beschäftigungsgrad von 100 Prozent entspricht, gelten als «teilerwerbstätig» und werden nach der sogenannten gemischten Methode nach Artikel 28a Absatz 3 IVG bemessen. Auch hier ist grundsätzlich von der erwerblichen und persönlichen Situation vor Eintritt des Gesundheitsschadens auszugehen.

Es spielt analog zu Absatz 3 Buchstabe a auch hier keine Rolle, ob die versicherte Person eine unselbständige Tätigkeit oder eine selbständige Tätigkeit ausübt oder ob sie unentgeltlich im Betrieb der Ehegattin oder des Ehegatten mithilft.

## **Artikel 25 Sachüberschrift und Absätze 2 bis 4**

### *Sachüberschrift*

Der aktuelle Titel «Grundlagen» von Artikel 25 wird in «Grundsätze des Einkommensvergleichs» geändert. Der Artikel regelt neu die wichtigsten Grundsätze für die Festsetzung der massgebenden Erwerbseinkommen nach Artikel 28a Absatz 1 IVG. Diese Einkommen mit und ohne Invalidität nach Artikel 16 ATSG wurden von der Rechtsprechung und im Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der IV bisher mit Invaliden- und Valideneinkommen bezeichnet.

### *Artikel 25 Absatz 2*

Der bisherige Absatz 2 von Artikel 25 IVV enthält eine Sonderregelung für Selbständigerwerbende, die sachlogisch ist und daher keine Regelung auf Verordnungsebene braucht.

Absatz 2 regelt eine wichtige Grundlage beim Einkommensvergleich, nämlich, dass die Einkommen mit und ohne Invalidität immer in Bezug auf den gleichen Zeitraum festzusetzen sind. Grundsätzlich sind die tatsächlichen Verhältnisse zum Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns massgebend, wobei allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind.<sup>50</sup>

Wichtig ist in der Praxis auch, dass jegliche die Vergleichseinkommen beeinflussenden (invaliditätsfremden) Faktoren immer sowohl beim Einkommen mit Invalidität als auch beim Einkommen ohne Invalidität berücksichtigt oder aber bei beiden Einkommen ausser Acht gelassen werden.<sup>51</sup> Aus diesem Grund ist es wichtig, dass die beiden Vergleichseinkommen auf demselben Arbeitsmarkt verglichen werden. Dies ist vor allem für die IV-Stelle für die Versicherten im Ausland und für die IV-Stellen der Grenzkantone essentiell. Würden hier etwa ausländische Löhne mit den verhältnismässig hohen Löhnen in der Schweiz verglichen, käme es zu Verzerrungen, die je nach Sachlage zu einer Besserstellung oder zu einer Schlechterstellung der betreffenden versicherten Personen führen könnten. Aus diesem Grund wird in Absatz 2 auch geregelt, dass die Verhältnisse und Löhne im Schweizer Arbeitsmarkt für die Bemessung des Invaliditätsgrades massgebend sind.

### *Artikel 25 Absatz 3*

Immer wenn es notwendig wird, auf statistische Werte zurück zu greifen, sind die altersunabhängigen sowie geschlechtsspezifischen Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des BFS heranzuziehen.

Dabei ist die bisherige Rechtsprechung des Bundesgerichtes zur Anwendung der Tabellenlöhne weiterhin zu berücksichtigen. So sind in der Regel die Werte der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level (Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor) massgebend.<sup>52</sup> Sprechen jedoch gute Gründe dafür, die Werte einer anderen Tabelle zu nehmen (z.B. weil einer versicherten Person sowohl Stellen des öffentlichen wie des privaten Sektors offenstehen oder etwa bei einer besonders qualifizierten Fachperson mit Hochschulabschluss) so kann nach wie vor auch auf andere Tabellen der LSE abgestellt werden.

In gut begründeten Fällen soll es auch weiterhin möglich bleiben, auf andere statistische Werte zurück zu greifen, so insbesondere etwa bei den Selbständigerwerbenden, für die die

<sup>50</sup> Vgl. anstelle vieler Urteil des Bundesgerichtes 8C\_132/2020 vom 18. Juni 2020, E. 4.1

<sup>51</sup> Vgl. BGE 129 V 222, E. 4.4

<sup>52</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_671/2010 vom 25. Februar 2011, E. 6.4.2



Werte der LSE zuweilen unpassend sind, weil sie auf den Löhnen von Unselbständigerwerbenden basieren.<sup>53</sup> So können bei den Selbständigerwerbenden allenfalls die im Betrieb konkret bezahlten Löhne der Angestellten für die Bewertung der jeweiligen Tätigkeit beigezogen<sup>54</sup> oder bei Selbständigerwerbenden ohne Angestellte allenfalls auch statistische Werte der jeweiligen Branche<sup>55</sup> berücksichtigt werden.

Werden Tabellenlöhne beigezogen, so ist gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichtes und weiterhin mit dieser Verordnungsanpassung immer die aktuellste im Zeitpunkt des Verfügungserlasses verfügbare LSE-Tabelle beizuziehen.<sup>56</sup> Allenfalls ist dabei der Tabellenwert, der sich auf ein vorangehendes Jahr bezieht, entsprechend auf das massgebende Jahr hoch zu indexieren, d.h. der Nominallohnentwicklung anzupassen, wofür der schweizerische Lohnindex des BFS herangezogen wird.

#### **Artikel 25 Absatz 4**

Die Werte der LSE werden alle auf der Basis einer 40-Stunden-Woche angegeben. Weil die «betriebsübliche Arbeitszeit» in der Schweiz aber höher liegt, müssen die Werte entsprechend an die jeweils geltenden betriebsüblichen Arbeitszeiten angepasst werden. Anwendbar ist die Statistik «Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche» des BFS.<sup>57</sup> Soweit statistische Werte für eine spezifische Branche beigezogen werden, sind auch die betriebsüblichen Arbeitszeiten für diese jeweilige Branche zu verwenden. In den anderen Fällen wird auf das Total der betriebsüblichen Arbeitszeiten abgestellt.

#### **Artikel 26**

Der bisherige Artikel 26 IVV enthält Regelungen zu den sogenannten Geburts- und Frühinvaliden, denjenigen Personen also, die invaliditätsbedingt keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben oder eine begonnene berufliche Ausbildung nicht abschliessen konnten. Aus Gründen der Gleichstellung gelten neu, soweit möglich und sinnvoll, auch für die Geburts- und Frühinvaliden die nachfolgenden allgemeinen Regelungen zur Festlegung der Einkommen mit und ohne Invalidität. Das Einkommen ohne Invalidität für versicherte Personen, die invaliditätsbedingt keine berufliche Ausbildung beginnen oder lediglich eine IV-Anlehre oder praktische Ausbildung INSOS absolvieren können, wird hingegen nach der Regelung in Absatz 4 E-IVV bestimmt.

#### **Artikel 26 Absatz 1**

Nach Artikel 16 ATSG ist das «Einkommen ohne Invalidität» dasjenige Erwerbseinkommen, das die versicherte Person überwiegend wahrscheinlich erzielen würde, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Für die Festlegung des Einkommens ohne Invalidität ist, wenn immer möglich, an den tatsächlichen Verhältnissen vor Eintritt des Gesundheitsschadens anzuknüpfen.<sup>58</sup>

Ob die versicherte Person eine Berufsausbildung nach BBG (eidgenössisches Berufsattest, eidgenössisches Fähigkeitszeugnis, eidgenössische Berufsprüfung oder eine eidgenössische höhere Fachprüfung), eine akademische Ausbildung oder gar keine Berufsausbildung abgeschlossen hat, ist nicht entscheidend. Massgebend ist immer das Einkommen, das die versicherte Person in derjenigen Tätigkeit erzielte, die sie zuletzt ausgeübt hat, bevor sie invalid wurde, solange davon ausgegangen werden kann, dass die versicherte Person im Gesundheitsfall weiterhin im entsprechenden Beruf tätig wäre.

Hat eine versicherte Person vor dem Eintritt der Invalidität ein Pensum von mehr als 100 Prozent ausgeübt, wird ihr das gesamte damit erzielte Erwerbseinkommen an das Einkommen ohne Invalidität angerechnet. Eine Kürzung auf ein 100 Prozent Pensum erfolgt nicht

<sup>53</sup> Vgl. die Art der Erhebung der LSE. Kann abgerufen werden unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erhebungen/lse.assetdetail.6468398.html>

<sup>54</sup> Vgl. ZAK 1962 139

<sup>55</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts I 575/00 vom 9. Mai 2001

<sup>56</sup> Vgl. BGE 143 V 295 E. 2.3

<sup>57</sup> Kann abgerufen werden unter: <https://www.bfs.admin.ch/asset/de/je-d-03.02.03.01.04.01>

<sup>58</sup> Vgl. anstelle vieler Urteil des Bundesgerichts 9C\_4040/2007 vom 11. April 2008, E. 2.3

mehr. Analog wird in Artikel 24<sup>septies</sup> Absatz 3 Buchstabe a die Erwerbstätigkeit mit einem Beschäftigungsgrad von 100 Prozent oder mehr definiert.

Für Fälle, in denen neben einer Vollerwerbstätigkeit noch eine Nebenerwerbstätigkeit vorlag, regelmässig Überstunden geleistet wurden oder eine Person selbstständig erwerbend war, hat das Bundesgericht in seiner Rechtsprechung bereits von einer Kürzung auf ein 100 Prozent Pensum abgesehen.<sup>59</sup> Die Regeln zur Festlegung des Einkommens ohne Invalidität gelten grundsätzlich sowohl für unselbständig Erwerbstätige als auch für Selbständigerwerbende.

Bei den Selbständigerwerbenden ist zusätzlich danach zu fragen, in welcher Weise sich das Unternehmen der versicherten Person voraussichtlich entwickelt hätte, wenn diese nicht invalid geworden wäre.<sup>60</sup> Für die Festsetzung der tatsächlichen Einkommen werden in der Regel die entsprechenden Buchhaltungsunterlagen einverlangt und diese mit den Einträgen im individuellen Konto abgeglichen. Wo die Verhältnisse nicht bereits anderweitig genügend bekannt sind, führt die IV-Stelle zudem eine Abklärung an Ort und Stelle durch. Da starke und verhältnismässig kurzfristige Schwankungen bei Selbständigerwerbenden häufig vorkommen, ist in diesen Fällen vom Durchschnittswert einer längeren Zeitspanne auszugehen.<sup>61</sup>

Bei den Selbständigerwerbenden sind Einkommen in Abzug zu bringen, die nicht auf die Tätigkeit der invaliden Person selbst zurückgehen, um der individuellen Situation Rechnung zu tragen (z.B. Zins des investierten Kapitals oder Einkommen aus der Mitarbeit von Angehörigen)<sup>62</sup>.

Geschäftsführer einer Aktiengesellschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung werden grundsätzlich wie unselbständig Erwerbende eingestuft. Verfügen sie jedoch über massgeblichen Einfluss auf die Gesellschaft (z.B. aufgrund einer Einzelunterschriftsberechtigung oder als Alleinaktionär), ist es gerechtfertigt, die Invaliditätsgradbemessung analog den Selbständigerwerbenden durchzuführen, insbesondere über die Berücksichtigung der Einkommen mehrerer Jahre oder durch die Vornahme eines erwerblich gewichteten Betätigungsvergleichs.<sup>63</sup> Die Einträge im individuellen Konto können in solchen Fällen nicht massgebend sein, da die versicherte Person massgeblichen Einfluss auf die Aufteilung von Gehalt und Gewinn hat und dabei etwa auch steuerrechtliche Überlegungen eingeflossen sind.<sup>64</sup>

Bei Selbständigerwerbenden mit nicht zuverlässig ermittelbaren Vergleichseinkommen ist anstelle eines normalen Einkommensvergleichs ein erwerblich gewichteter Betätigungsvergleich vorzunehmen (sogenannte ausserordentliche Methode).<sup>65</sup> Dabei wird zunächst ein Betätigungsvergleich vorgenommen, d.h. es wird ermittelt, welche Tätigkeiten im welchem Umfang von der versicherten Person vor und nach dem Eintritt des Gesundheitsschadens ausgeübt wurden bzw. ausgeübt werden können. Anschliessend werden diese Tätigkeiten anhand der branchenüblichen Lohnansätze erwerblich gewichtet. Auf diese Weise können sowohl das Einkommen ohne als auch das Einkommen mit Invalidität ermittelt und ein Einkommensvergleich durchgeführt werden. Es handelt sich dabei um einen Sonderfall der Ermittlung der tatsächlichen Werte nach Absatz 2.

Ein erwerblich gewichteter Betätigungsvergleich wird auch bei der Ermittlung der Einschränkungen bei der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb der Ehepartnerin oder des Ehepartners vorgenommen, da hier aufgrund der Unentgeltlichkeit der Mitarbeit keine Einkommen vorhanden sind.

---

<sup>59</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_765/2007 vom 11. Juli 2008, E. 4.1.2, Urteil des Bundesgerichts 8C\_671/2010 vom 25. Februar 2011, E. 4.5

<sup>60</sup> ZAK 1963 462

<sup>61</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_771/2017 vom 29. Mai 2018, E. 3.1.6

<sup>62</sup> Vgl. ZAK 1962 521

<sup>63</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_898/2010 vom 13. April 2011, E. 5.3

<sup>64</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_346/2012 vom 24. August 2012, E. 4

<sup>65</sup> Vgl. BGE 128 V 29

### Artikel 26 Absatz 2

Kann nicht auf ein tatsächliches Einkommen nach Absatz 1 zurückgegriffen werden, weil dieses nicht hinreichend genau bestimmt werden kann z.B. wegen langjähriger Absenz vom Arbeitsmarkt oder weil die von der versicherten Person bisher innegehabte Stelle aus betrieblichen Gründen gekündigt worden war<sup>66</sup> oder bei einem Selbständigerwerbenden etwa in den wenig repräsentativen ersten Jahren der Tätigkeit<sup>67</sup>, ist auf statistische Werte zurückzugreifen.

Es muss im konkreten Einzelfall danach gefragt werden, was eine gesunde Person mit der gleichen Ausbildung bei den gleichen beruflichen Verhältnissen statistisch gesehen verdienen würde.<sup>68</sup>

Anzuknüpfen ist an die Berufsausbildung der versicherten Person, ausser die versicherte Person hat nie oder über Jahre hinweg nicht mehr im entsprechenden Beruf gearbeitet. Grundsätzlich werden die der Berufsausbildung entsprechenden Branchenwerte der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level der LSE beigezogen.<sup>69</sup> Steht der versicherten Person aufgrund ihrer Ausbildung oder ihrer Berufserfahrung dagegen der gesamte Arbeitsmarkt offen, können die Totalwerte der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level (wiederum differenziert nach dem jeweiligen Geschlecht und Kompetenzniveau) herangezogen werden.

Die Berufsausbildung der versicherten Person kann auch eine Rolle bei der Wahl des Kompetenzniveaus innerhalb der Tabelle spielen. So finden sich Personen ohne Berufsausbildung häufig im Kompetenzniveau 1 und ein Grossteil der Personen mit einer Berufsausbildung wie dem eidgenössischen Berufsattest oder dem eidgenössischen Fähigkeitszeugnis im Kompetenzniveau 2.<sup>70</sup>

Versicherte Personen mit einem eidgenössischen Berufsattest oder einem eidgenössischen Fähigkeitszeugnis fallen, wenn kein tatsächliches Einkommen angerechnet werden kann, immer unter Absatz 2. Das Bundesgericht hat in diesen Fällen teilweise den Erwerb von ausreichenden beruflichen Kenntnisse verneint, wenn die versicherten Personen trotz ihrem erlangten Berufsattest oder Fähigkeitszeugnis im ersten Arbeitsmarkt nicht richtig Fuss fassen konnte.<sup>71</sup> Diese Rechtsprechung steht nicht im Einklang mit den Grundsätzen des BBG, das die Anforderungen für das eidgenössische Berufsattest oder das eidgenössische Fähigkeitszeugnis ausführlich regelt. Da die starke Standardisierung der Berufsausbildung sicherstellt, dass eine versicherte Person mit einem Berufsattest oder Fähigkeitszeugnis über die entsprechenden Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt, ist eine Ungleichbehandlung von Personen mit oder ohne Gesundheitsschaden nicht möglich. Die allenfalls herabgesetzte Verwertbarkeit des entsprechenden Berufsabschlusses ist bei der Festlegung des Einkommens mit Invalidität (Art. 26<sup>bis</sup> E-IVV) zu berücksichtigen.

### Artikel 26 Absatz 3

Personen, die eine berufliche Ausbildung begonnen haben und während der Ausbildung erkranken bzw. verunfallen und in der Folge die begonnene Ausbildung nicht abschliessen können, werden so gestellt, wie wenn sie die Ausbildung abgeschlossen hätten. Damit wird die bisherige Regelung von Artikel 26 Absatz 2 IVV übernommen.

Unter den Begriff der beruflichen Ausbildung fallen jegliche Ausbildungen, die an den Abschluss der obligatorischen Schule anschliessen.<sup>72</sup> Es sind dies Ausbildungen der beruflichen Grundbildung (eidgenössisches Berufsattest, eidgenössisches Fähigkeitszeugnis, Berufsmatur), der allgemeinbildenden Schulen (FMS Ausweis, FMS-Maturität oder gymnasiale

<sup>66</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_513/2014 vom 17. Dezember 2014, E. 6.5 f.

<sup>67</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_148/2016 vom 2. November 2016, E. 2.1

<sup>68</sup> Vgl. BGE 114 V 310 E. 4a

<sup>69</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_237/2007 vom 24. August 2007, E. 5.1

<sup>70</sup> Zu den einzelnen Kompetenzniveaus vgl. die Anmerkungen in den kommentierten Ergebnissen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2016 25f.

<sup>71</sup> Vgl. anstelle vieler Urteil des Bundesgerichts 9C\_233/2018 vom 11. April 2019

<sup>72</sup> Vgl. Übersicht «Bildungssystem der Schweiz» des SBF. Kann abgerufen werden unter: <https://www.sbf.admin.ch/sbfi/de/home/bildung/bildungsraum-schweiz/bildungssystem-schweiz.html>

Maturität) als auch jegliche Ausbildungen der Tertiärstufe (höhere Berufsbildung oder Hochschulen).

Unter diese Regelung fallen auch Personen, die eine konkrete Berufsausbildung anstreben, aber infolge dazwischentretender Invalidität nicht beginnen können oder die eine Berufsausbildung beginnen, infolge dazwischentretender Invalidität oder aufgrund einer Verschlechterung des bisherigen Gesundheitsschadens in eine bezüglich der ursprünglich begonnenen Ausbildung in eine Ausbildung mit tieferer Qualifikation wechseln müssen.

Jugendliche in einer IV-Anlehre oder einer praktischen Ausbildung INSOS fallen dagegen nicht unter diese Regelung, sondern unter den nachfolgenden Absatz 4.

#### *Artikel 26 Absatz 4*

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

Da in solchen Fällen nicht bekannt ist, welchen Berufsbildungsweg diese Versicherten im Gesundheitsfall eingeschlagen hätten oder hätten einschlagen können, wird hier weiterhin mit dem Zentralwert der LSE gerechnet.

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

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

Der statistische Zentralwert der LSE als Basis für das Einkommen ohne Invalidität deckt das gesamte Lohnspektrum über alle Altersklassen ab.

Innerhalb der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level wird auf den Totalwert aller Wirtschaftszweige und auf das Total über alle Kompetenzniveaus abgestellt, da nicht vorausgesagt werden kann, welche Ausbildung die versicherte Person im Gesundheitsfall hätte abschliessen können und welches Kompetenzniveau damit erreicht worden wäre. Im Vergleich zu den anderen Anwendungsfällen der LSE wird bei Geburts- und Frühinvaliden auf altersunabhängige, jedoch nicht auf geschlechtsspezifische Werte abgestellt, weil sich bei diesen Versicherten keinerlei Bezüge oder Anhaltspunkte auf irgendeine bereits einmal ausgeführte Tätigkeit ergeben.

#### *Artikel 26 Absatz 5*

Liegt das Einkommen ohne Invalidität mindestens fünf Prozent unter dem branchenüblichen Tabellenlohn nach LSE, ist eine sogenannte Parallelisierung vorzunehmen.<sup>73</sup>

Parallelisierung heisst, dass invaliditätsfremde Faktoren entweder überhaupt nicht oder bei beiden Vergleichseinkommen gleichermassen berücksichtigt werden. Es geht um sämtliche (vorwiegend wirtschaftliche) Faktoren, die das Einkommen der versicherten Person bereits vor dem Gesundheitsschaden negativ beeinflussten, wie beispielsweise ein regional tiefes

---

<sup>73</sup> Vgl. BGE 135 V 58; BGE 135 V 297

Lohnniveau, der Aufenthaltsstatus (inkl. Grenzgängerinnen und Grenzgänger) oder die Nationalität, aber auch persönliche Faktoren, wie fehlende Sprachkenntnisse, fehlende Ausbildung oder das Alter.

Für eine einheitliche Handhabung wird eine Anpassung des Einkommens ohne Invalidität auf 95 Prozent des entsprechenden branchenüblichen Zentralwertes der LSE vorgenommen.

Die neue Regelung ist für versicherte Personen vorteilhafter als die bisherige Regelung, weil neu nicht mehr danach zu fragen ist, welche Faktoren genau zu einer Unterdurchschnittlichkeit geführt haben und ob sich die versicherte Person allenfalls sogar mit einem derart bescheidenen Einkommen begnügt hatte.<sup>74</sup> Vielmehr wird davon ausgegangen, dass sich ein unselbständig Erwerbender kaum je freiwillig mit einem derart tiefen Einkommen begnügen würde. Die Parallelisierung ist damit immer automatisch vorzunehmen, wenn das Einkommen ohne Invalidität nach Artikel 26 Absatz 1 E-IVV mehr als fünf Prozent unter dem branchenüblichen Zentralwert gemäss LSE liegt.

Mit der automatischen Gewährung der Parallelisierung bei den unselbständig Erwerbenden sind all jene Faktoren, die theoretisch auch beim leidensbedingten Abzug gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts berücksichtigt werden könnten, schon in der Parallelisierung enthalten. Sie können folglich beim leidensbedingten Abzug nicht mehr beachtet werden.<sup>75</sup>

#### *Artikel 26 Absatz 6 Buchstabe a*

In Buchstabe a wird zunächst festgehalten, dass keine Parallelisierung nach Artikel 26 Absatz 5 E-IVV vorzunehmen ist, wenn für die betreffende Tätigkeit der versicherten Person ein allgemeinverbindlicher GAV oder ein NAV zur Anwendung kommt und die versicherte Person den in diesem GAV oder NAV vorgesehenen Mindestlohn erreicht. Diese Regelung entspricht einem von der Rechtsprechung entwickelten Grundsatz, wonach der Mindestverdienst gemäss einem GAV das branchenübliche Einkommen im entsprechenden Gewerbe präziser abbilde als der entsprechende LSE-Lohn.<sup>76</sup> Es ist davon auszugehen, dass der von den Sozialpartnern ausgehandelte oder durch eine Behörde festgesetzte Mindestlohn nicht mit einem unterdurchschnittlichen Einkommen gleichzusetzen ist.

#### *Artikel 26 Absatz 6 Buchstabe b*

Es ist keine Parallelisierung nach Artikel 26 Absatz 6 E-IVV vorzunehmen, wenn für die Ermittlung des Einkommens mit Invalidität ebenfalls auf das tatsächliche Einkommen abgestellt wird und dieses Einkommen seinerseits unterdurchschnittlich ist. Dies weil invaliditätsfremde Faktoren entweder überhaupt nicht oder dann bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind.

#### *Artikel 26 Absatz 6 Buchstabe c*

Bei einer oder einem Selbständigerwerbenden kann nicht davon ausgegangen werden, sie oder er hätte sich nicht aus freien Stücken mit einem derart bescheidenen Einkommen begnügt. Vielmehr ist es bei Selbständigerwerbenden gerade typisch, dass sie sich auch über mehrere Jahre mit einem bescheidenen Einkommen zufriedengeben, dies nicht zuletzt auch aus teilweise versicherungs- und steuerrechtlichen Gründen. Vorliegend wird die bisherige Rechtsprechung<sup>77</sup> aufgenommen. Im Sinne einer einfachen, einheitlichen Regelung ist eine Parallelisierung bei Selbständigerwerbenden ausgeschlossen.

Ungeachtet des Ausschlusses einer Parallelisierung bei den Selbständigerwerbenden bedeutet dies nicht automatisch, dass in jedem Fall ein tiefes nicht existenzsicherndes Einkommen als Einkommen ohne Invalidität anzurechnen wäre. Vielmehr ist gerade bei Fällen, in

<sup>74</sup> Vgl. hierzu etwa BGE 134 V 322, E. 4.1

<sup>75</sup> Vgl. BGE 135 V 297 E. 6.2

<sup>76</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_537/2016 vom 11. April 2017, E. 6; Urteil des Bundesgerichts 8C\_141/2016 vom 17. Mai 2016, E. 5.2.2.3

<sup>77</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_148/2016 vom 2. November 2016, E. 2.1; BGE 135 V 58

denen das Unternehmen noch sehr jung ist und die Einkommen der ersten Jahre nicht repräsentativ sind, allfällig auf statistische Werte für die Festlegung des Einkommens ohne Invalidität zurück zu greifen.<sup>78</sup>

### **Artikel 26<sup>bis</sup>**

Bisher regelt Artikel 26<sup>bis</sup> IVV den Status der in Ausbildung begriffenen Versicherten. Diese Regelung findet sich neu und in allgemeiner Weise in Artikel 24<sup>septies</sup> E-IVV.

#### **Artikel 26<sup>bis</sup> Absatz 1**

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

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

Voraussetzung für die Anrechnung des konkreten Einkommens als Einkommen mit Invalidität ist zum einen, dass die versicherte Person damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit (vgl. auch Art. 54a Abs. 3 IVG) bestmöglich ausnützt. Zum anderen soll das erzielte Einkommen eine gewisse Stabilität aufweisen, damit nicht kurz nach Festlegung der Leistung bereits wieder eine Revision erfolgen muss. Voraussetzung hierfür ist, dass der Gesundheitszustand eine entsprechende Arbeitstätigkeit über längere Zeit erlaubt. Dieser Faktor soll die bisherigen zusätzlich von der Rechtsprechung<sup>79</sup> geforderten weiteren Faktoren «erzielter Lohn entspricht der Arbeitsleistung» und «besonders stabiles Arbeitsverhältnis bzw. Möglichkeit der dauernden Erzielung eines entsprechenden Einkommens auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt» ersetzen, denn diese Kriterien sind in der Praxis kaum überprüfbar.

Analog der bisherigen Rechtsprechung soll es weiterhin möglich bleiben, den tatsächlich erzielten Lohn auf das zumutbare Pensum hochzurechnen, wenn die versicherte Person ihre verbliebene Restarbeitsfähigkeit nicht voll ausgeschöpft und wenn sich eine entsprechende Erhöhung des Pensums zumindest seitens des Arbeitsgebers als möglich erweist.<sup>80</sup>

#### **Artikel 26<sup>bis</sup> Absatz 2**

Es ist nach Artikel 16 ATSG für die Festlegung des Einkommens mit Invalidität im konkreten Einzelfall zu fragen, was die Person mit der verbliebenen funktionellen Leistungsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch verdienen könnte. Dabei müssen analog der Regelung beim Einkommen ohne Invalidität (vgl. Art. 26 Abs. 1 E-IVV) die vorhandene Ausbildung und die bisherigen beruflichen Verhältnisse der versicherten Person sowie allfällig eingetretene Qualifizierungen durch erfolgte berufliche Eingliederungsmassnahmen berücksichtigt werden.

Handelt es sich um eine Person, die im Gesundheitsfall ein Pensum von über 100 Prozent ausgeübt hat und über ein entsprechend hohes Einkommen ohne Invalidität verfügt (vgl. Art. 26 Abs. 1 IVV), muss abgeklärt werden, ob es der versicherten Person auch nach dem Eintritt des Gesundheitsschadens allenfalls noch zumutbar ist, ein Pensum von mehr als 100 Prozent auszuüben.<sup>81</sup>

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

Bei Selbständigerwerbenden kann unter Umständen im Rahmen der Schadenminderungspflicht erwartet werden, dass sie eine unselbständige Erwerbstätigkeit aufnehmen, wenn

<sup>78</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_148/2016 vom 2. November 2016, E. 2.2

<sup>79</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_720/2012 vom 11. Februar 2013, E. 2.3.2

<sup>80</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_720/2012 vom 11. Februar 2013, E. 2.3.2

<sup>81</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_766/2011 vom 30. Dezember 2011, E. 3.2.2

hiervon eine bessere erwerbliche Verwertung der Restarbeitsfähigkeit erwartet werden kann und wenn ein entsprechender beruflicher Wechsel nach den subjektiven und objektiven Gegebenheiten zumutbar erscheint.<sup>82</sup>

Bei geburts- und frühinvaliden Versicherten wird das Einkommen ohne Invalidität aufgrund statistischer Werte festgelegt, die nicht nach dem Geschlecht differieren (vgl. Art. 26 Abs. 4 E-IVV). Deshalb wird auch das Einkommen mit Invalidität mit entsprechenden geschlechtsneutralen Werten festgelegt - in Abweichung von den restlichen Anwendungsfällen der LSE (vgl. Art. 25 Abs. 3 E-IVV).<sup>83</sup>

### *Artikel 26<sup>bis</sup> Absatz 3*

Um invaliditätsbedingte lohnmindernde Faktoren zu berücksichtigen, hat das Bundesgericht den sogenannten leidensbedingten Abzug entwickelt.<sup>84</sup> Dieser wird vom tabellarisch ermittelten Einkommen mit Invalidität abgezogen und ist auf 25 Prozent des Tabellenlohns beschränkt.

Der leidensbedingte Abzug in der bisherigen Form wird nicht auf Verordnungsstufe eingeführt und demnach nicht mehr angewendet. Es sollen aber leidensbedingte Einschränkungen der versicherten Person sowie die Auswirkungen der Teilzeitarbeit mit den nachfolgenden Regelungen berücksichtigt werden:

- Zunächst sollen die leidensbedingten Einschränkungen im engeren Sinne (medizinisch bedingte quantitative und qualitative Einschränkungen bei der Ausübung einer Erwerbstätigkeit) konsequent bei der Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit der versicherten Person berücksichtigt werden (vgl. auch Art. 49 Abs. 1<sup>bis</sup> E-IVV). Dies führt im Vergleich zur heutigen Lösung mit dem leidensbedingten Abzug zu einer Besserstellung der versicherten Personen, weil damit die Beschränkung des leidensbedingten Abzuges auf maximal 25 Prozent des Tabellenlohns wegfällt.
- Wirtschaftliche Faktoren, die bereits vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens vorlagen und das erzielbare Einkommen beeinflussten (z.B. Aufenthaltsstatus oder Nationalität), werden nur noch bei der Parallelisierung des Einkommens ohne Invalidität berücksichtigt (vgl. Art. 26 Abs. 5 E-IVV). Weil die Parallelisierung neu grundsätzlich konsequenter und ohne Abklärung der Gründe für die Unterdurchschnittlichkeit des Einkommens erfolgt, erleidet die versicherte Personen im Vergleich zur heutigen Regelung keinen Nachteil.
- Die beiden Faktoren «Alter» und «Dienstjahre» können ohne Auswirkungen für die versicherten Personen künftig weggelassen werden. Der Faktor Alter wird jedoch weiterhin bei der Prüfung einer allfälligen Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt berücksichtigt.<sup>85</sup> Tabelle T17 der LSE (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Berufsgruppen, Lebensalter und Geschlecht) zeigt, dass sich der Faktor Alter in keiner der Kategorien lohnsenkend auswirkt. Der Faktor Dienstalter nimmt im privaten Sektor an Bedeutung ab, je niedriger das Anforderungsprofil (bzw. neu Kompetenzniveau) ist.<sup>86</sup> Weiter erachtet es die Rechtsprechung zwar als plausibel, dass der Verlust einer Arbeitsstelle nach einer lang dauernden Anstellung auch den Verlust des lohnrelevanten Vorteils der bisherigen Dienstjahre nach sich zieht, hingegen kann ein langjähriges Arbeitsverhältnis beim gleichen Arbeitgeber sich auch positiv auf den Anfangslohn beim neuen Arbeitgeber auswirken.<sup>87</sup> Weiter ist zu berücksichtigen, dass immer dann, wenn ein unterdurchschnittliches tatsächliches Einkommen ohne Invalidität parallelisiert oder auf einen statistischen Wert abgestellt wurde, Faktoren wie fehlende Ausbildung, Alter oder Anzahl Dienstjahre nicht zu einem leidensbedingten Abzug geführt hätten, weil diese Faktoren ansonsten doppelt berücksichtigt worden wären.<sup>88</sup>

<sup>82</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_460/2011 vom 22. September 2011, E. 4 f.

<sup>83</sup> Vgl. auch AHI 2000 79

<sup>84</sup> Vgl. anstelle vieler BGE 126 V 75

<sup>85</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_610/2007 vom 23. Oktober 2007, E. 4.1

<sup>86</sup> Vgl. BGE 126 V 75

<sup>87</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_552/2017 vom 18. Januar 2018, E. 5.4.1

<sup>88</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_774/2019 vom 3. März 2020, E. 8.6

Damit verbleibt vom bisherigen durch die Rechtsprechung zu berücksichtigenden leidensbedingten Abzug einzig der Faktor «Teilzeitarbeit», dem nicht an anderer Stelle Rechnung getragen werden kann. Dieser Faktor wird künftig durch einen pauschalen Teilzeitauszug berücksichtigt werden, der sich an den Werten der LSE, T18: Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht der Jahre 2008 bis 2018 orientiert. Er führt dazu, dass bei allen versicherten Personen, die nun invaliditätsbedingt nur noch mit einem 50 Prozent Pensum oder weniger arbeiten können, der Tabellenlohn um pauschal 10 Prozent reduziert wird.

## **Artikel 27**

### *Artikel 27 Sachüberschrift*

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

### *Artikel 27 Absatz 2*

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

## **Artikel 27<sup>bis</sup>**

Der Sachtitel von Artikel 27<sup>bis</sup> wird angepasst, weil die bisherige Sonderregelung zum Status von Teilerwerbstätigen oder von Personen, die unentgeltlich im Betrieb der Ehegattin oder des Ehegatten mitarbeiten, von Artikel 27<sup>bis</sup> Absatz 1 neu mit Artikel 24<sup>septies</sup> Absatz 2 und 3 Buchstabe a E-IVV abgedeckt wird. Damit verbleiben in Artikel 27<sup>bis</sup> nur noch die Regelungen zur Invaliditätsgradbemessung bei Teilerwerbstätigen.

### *Artikel 27<sup>bis</sup> Absatz 1*

Artikel 27<sup>bis</sup> IVV wird neu strukturiert. Der bisherige Artikel 27<sup>bis</sup> Absatz 2 wird daher in Absatz 1 verschoben.

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

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

### *Artikel 27<sup>bis</sup> Absatz 2*

Der bisherige Artikel 27<sup>bis</sup> Absatz 3 IVV wird neu in Absatz 2 geregelt.



Absatz 2 wird so angepasst, dass neu neben der Art der Festlegung des Einkommens ohne Invalidität (Buchstabe a) und der Gewichtung der Erwerbseinbusse (Buchstabe c) in Buchstabe b festgehalten wird, dass sich auch das Einkommen mit Invalidität ausgehend von einer Erwerbstätigkeit mit einem Beschäftigungsgrad von 100 Prozent rechnet. Diese Anpassung ist eine Folge der Rechtsprechung, die festhält, dass es keine Rolle spiele, dass die versicherte Person ein solches Pensum vor Eintritt des Gesundheitsschadens nicht geleistet habe.<sup>89</sup> Der einmal ermittelte Vollzeitlohn ist an die medizinisch attestierte funktionelle Leistungsfähigkeit anzupassen (vgl. dazu auch Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 1 E-IVV).

#### **Artikel 27<sup>bis</sup> Absatz 3**

Der bisherige Artikel 27<sup>bis</sup> Absatz 4 IVV wird neu in Absatz 3 geregelt. Der letzte Satz erfährt dabei eine rein redaktionelle Anpassung.

#### **Artikel 33<sup>bis</sup> Absatz 2**

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

#### **Artikel 38 Absatz 2**

Artikel 38 Absatz 2 IVV enthält eine Formulierung, die auf den «Anspruch auf mindestens eine Viertelsrente» verweist. Mit der Einführung des stufenlosen Rentensystems in der IV wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und nicht mehr nach Viertelsrentenstufen. Daher müsste der Ausdruck ersetzt werden. Der bisherige Absatz 2 kann aufgehoben werden, da er lediglich Artikel 42 Absatz 3 IVG wiederholt.

#### **Artikel 39e Absatz 5**

Im Jahr 2020 wurde der Leistungskatalog der medizinischen Leistungen bei Domizilbehandlungen erweitert und im Rahmen der vorliegenden Ordnungsrevision im Artikel 3<sup>quinquies</sup> Absatz 5 E-IVV verankert. Nach dem neuen Absatz 5 sollen die entsprechenden Stunden der Langzeitüberwachung anteilmässig vom Hilfebedarf beim Assistenzbeitrag abgezogen werden. Dies soll sicherstellen, dass es in Bezug auf die Überwachung nicht zu Doppelentschädigungen kommt.

#### **Artikel 39f**

##### **Artikel 39f Absatz 1**

In diesem Absatz wird eine formale Anpassung des Begriffs «Franken» vorgenommen. Ausserdem ist der Frankenbetrag gemäss dem Beschluss des Bundesrats vom 14. Oktober 2020 über die Anpassung der AHV/-IV-Renten an die aktuellen Preis- und Lohnentwicklungen per 1. Januar 2021 erhöht.

##### **Artikel 39f Absatz 2**

In diesem Absatz wird eine formale Anpassung des Begriffs «Franken» vorgenommen. Ausserdem ist der Frankenbetrag gemäss dem Beschluss des Bundesrats vom 14. Oktober 2020 über die Anpassung der AHV/-IV-Renten an die aktuellen Preis- und Lohnentwicklungen per 1. Januar 2021 erhöht.

---

<sup>89</sup> Vgl. BGE 145 V 370

### Artikel 39f Absatz 3

Diese Anpassung erfolgt nicht aufgrund der WE IV, sondern wegen der Evaluation Assistenzbeitrag (2012 bis 2016)<sup>90</sup>, die das Problem der ungenügenden Nachtpauschalen aufgezeigt hat, und der Anpassung des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO) im Jahr 2018. Das SECO hat 2018 eine Vorlage für die Ergänzung der Normalarbeitsverträge im Hausdienst (Modell-NAV) mit verschiedenen Bestimmungen erarbeitet, deren Ziel es ist, die Situation von Personen zu verbessern, die 24-Stunden-Betreuungsarbeit für ältere Personen oder Menschen mit Beeinträchtigungen leisten. Im Besonderen beim Nachtdienst sieht der Modell-NAV des SECO vor, dass die Präsenzzeit auch entschädigt werden muss. Mit der Überführung dieser neuen Regeln des Modell-NAV des SECO in die kantonalen NAV ist es für Bezügerinnen und Bezüger des Assistenzbeitrags aufgrund der aktuellen Nachtpauschalen nicht möglich, die Assistenzpersonen entsprechend zu entschädigen. Die IV muss gesamtschweizerisch dieselben Regeln anwenden und kann sich nicht unterschiedlichem kantonalem Recht anpassen. Der Höchstbetrag der Nachtpauschale wird deshalb gemäss dem Modell-NAV des SECO schweizweit angepasst.

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

Die maximale Pauschale in der Höhe von 160.50 Franken erklärt sich aus der Mischung des am Tage geltenden Stundenansatzes nach Artikel 39f Absatz 1 IVV und einem Anteil an deutlich weniger gut entschädigten, aber dem Modell-NAV des SECO entsprechend, vergüteten Präsenzstunden. Die Mindestlöhne nach dem Modell-NAV des SECO wurden um 20 Prozent erhöht, um den Sozialversicherungsabzügen Rechnung zu tragen. Diese Mischrechnung ergibt sich aus einer Schätzung der aktiven Arbeitsstunden und Präsenzzeiten, die je Intensität unterschiedlich sind und zu unterschiedlich hohen Pauschalen führen. Am Stufensystem auf Weisungsstufe zur Bemessung der Höhe der Pauschale wird weiterhin festgehalten.

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

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

---

<sup>90</sup> Guggisberg, Jürg / Bischof, Severin (2017): *Evaluation Assistenzbeitrag 2012-2016*. FoP-IV, Berichtsnummer 8/17. Kann abgerufen werden unter: [www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch) > Publikationen & Service > Forschung und Evaluation > Forschungspublikationen.

## **Artikel 39i**

### **Artikel 39i Absatz 2**

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

### **Artikel 39i Absatz 2<sup>bis</sup>**

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

### **Artikel 39i Absatz 2<sup>ter</sup>**

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

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

Beispiel: Eine versicherte Person hat Anspruch auf einen Assistenzbeitrag von 50 Stunden und 30,4 Nächten pro Monat. Für den Januar verrechnet sie 50 Stunden à 33.50 Franken und 31 Nächte à 116.55 Franken ( $50 \times 33.50 + 31 \times 116.55$ ). Für den Februar verrechnet sie nur 23 Nächte, weil während fünf Nächten ihr Sohn den Nachtdienst übernommen hat. Die entsprechende Anzahl Stunden für diese Nächte ( $116.55 / 33.50 = 3.5$ ) können als Assistenz während des Tages verrechnet werden, maximal 67,5 Stunden ( $50 + [5 \times 3.5]$ ).

## **Artikel 39j**

### **Artikel 39j Absatz 2**

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

### **Artikel 39j Absatz 3**

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

## **Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe e bis f<sup>er</sup>, k und l**

### **Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe e**

Die bisherige Regelung des Buchstaben e entfällt, da die Eingliederungsplanung im Rahmen der Fallführung (vgl. Art. 41a E-IVV) erfolgt. Ebenso sind die Überwachung und Durchführung angeordneter Eingliederungsmassnahmen in Artikel 57 Absatz 1 Buchstabe f IVG festgehalten.

Unter Buchstabe e wird nunmehr neu als Aufgabe der IV-Stellen die Prüfung der Auflagen im Rahmen der Schadenminderung aufgenommen. Im Zuge der Vorgehensplanung im Rahmen der Fallführung sind Auflagen für medizinische Behandlungen so früh wie möglich (bereits ab der Anmeldung bzw. im Zuge der Eingliederungsplanung) zu prüfen und umzusetzen.

### **Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe f**

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

### **Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe f<sup>bis</sup>**

Buchstabe f<sup>bis</sup> wird aufgehoben. Die bislang als fallunabhängig bezeichnete Beratung ist neu als eingliederungsorientierte Beratung in Artikel 57 IVG Absatz 1 Buchstabe a IVG aufgenommen.

### **Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe f<sup>er</sup>**

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

### **Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe k**

Der Begriff der «Bemessung des Invaliditätsgrades» wird an die Formulierung des neuen Artikels 28a IVG angepasst.

### **Artikel 41 Absatz 1 Buchstabe l**

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

## **Artikel 41a**

### **Artikel 41a Absatz 1**

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

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

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

### **Artikel 41a Absatz 2**

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

#### *Artikel 41a Absatz 2 Buchstabe a*

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

Die bisherigen Artikel 1<sup>quinquies</sup> IVV (Früherfassungsgespräch) und 70 IVV (Assessment) werden unter die Bestandsaufnahme subsumiert und somit aufgehoben.

#### *Artikel 41a Absatz 2 Buchstabe b*

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

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

#### *Artikel 41a Absatz 2 Buchstabe c*

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

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

#### *Artikel 41a Absatz 2 Buchstabe d*

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

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

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

#### *Artikel 41a Absatz 3*

Die Verantwortung über die Fallführung liegt immer bei der zuständigen IV-Stelle. Die IV-Stelle entscheidet über die Art, die Dauer und den Umfang der Fallführung im Einzelfall. Die Art der Beeinträchtigung der versicherten Person und der Unterstützungsbedarf, den diese

Beeinträchtigung auslöst, sind nebst den Ressourcen der versicherten Person und ihrem Umfeld bei der Planung, Zusprache und Überwachung von Massnahmen handlungsleitend. Die Art der Fallführung kann von einem punktuellen Austausch (z.B. bei der Zusprache von einem einfachen Hilfsmittel auch schriftlich) bis zu einer persönlichen Begleitung über einen längeren Zeitraum hinweg alles umfassen (z.B. Beratung und Begleitung der versicherten Person und des Arbeitgebers während einer Integrationsmassnahme im ersten Arbeitsmarkt).

Die Dauer der Fallführung umfasst die einmalige, punktuelle Intervention (z.B. bei der Zusprache einer medizinischen Massnahme) ebenso wie die Fallführung über eine längere Periode hinweg (z.B. bei schweren und komplexen Geburtsgebrechen, bei denen gleichzeitig mehrere Dritte involviert sind und unterschiedliche Leistungen benötigt werden, oder während der Suche nach einer geeigneten Ausbildungsmöglichkeit) oder die wiederholte Beratung und Begleitung der versicherten Person z.B. zu Beginn und beim Abschluss einer EbA. Der Umfang der Fallführung kann beispielsweise aus einem einzelnen Gespräch bestehen oder eine intensive Zusammenarbeit der IV-Stelle mit der versicherten Person und den involvierten Dritten beinhalten.

#### **Artikel 41a Absatz 4**

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

#### **Artikel 41a Absatz 5**

Die Fallführung gehört zu den zentralen Aufgaben der IV-Stellen. Dank der Fallführung soll ein Vertrauensaufbau erfolgen und die IV-Stelle als kompetenter Ansprechpartner wahrgenommen werden. Die Komplexität der gesundheitlichen und/oder familiären Situation der versicherten Person (z.B. ein komplexes Geburtsgebrechen, eine seltene Krankheit mit wenig Behandlungserfahrung oder die Koordination von überdurchschnittlich vielen Leistungserbringern [Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Spitex etc.]) und die daraus resultierende Intensität der benötigten Fallführung kann in Einzelfällen die Kompetenzen und Ressourcen der IV-Stelle überschreiten. In solchen Einzelfällen kann sie für die Fallführung bei medizinischen Massnahmen geeignete Dritte beiziehen. Dabei müssen die Ziele, die Dauer sowie die Aufgaben- und Rollenteilung in einer Vereinbarung klar definiert werden.

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

#### **Artikel 41b**

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

#### **Artikel 41b Absatz 1 Buchstabe a und b**

In den Buchstaben a und b ist festgelegt, dass in der Liste die einzelnen Sachverständigen sowie die Gutachterstellen aufzuführen sind. Die IV-Stellen erfassen diejenigen Sachverständigen oder die Gutachterstellen, die die notwendigen Anforderungen erfüllen.

#### **Artikel 41b Absatz 1 Buchstabe c**

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

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

#### *Artikel 41b Absatz 2*

Die jeweiligen Daten werden vom 1.1. bis zum 31.12. eines Kalenderjahres erfasst und im nachfolgenden Jahr publiziert.

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

#### *Artikel 41b Absatz 3*

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass jede einzelne IV-Stelle eine Liste nach Artikel 57 Absatz 1 Buchstabe n IVG führen und publizieren muss. Da Gutachterstellen Aufträge aus verschiedenen Sprachregionen und einzelne Sachverständige Aufträge für mehrere IV-Stellen in einer kantonsübergreifenden Region übernehmen, ist es im Sinne einer vollständigen Transparenz angezeigt, dass die einzelnen, von den IV-Stellen publizierten Listen vom BSV zu einer gesamtschweizerischen Übersicht zusammengezogen und publiziert werden.

#### **Artikel 49 Absatz 1<sup>bis</sup>**

Der bisherige leidensbedingte Abzug wird neu an unterschiedlichen Orten berücksichtigt (vgl. dazu die Erläuterungen zu Art. 26 Abs. 5 und Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3).

Die leidensbedingten Einschränkungen im engeren Sinne, also jegliche invaliditätsbedingten und medizinisch ausgewiesenen quantitativen und qualitativen Einschränkungen bei der Ausübung einer Erwerbstätigkeit nach Artikel 8 ATSG, sollen neu konsequent bei der Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit berücksichtigt werden. So ist etwa eine reduzierte Leistungsfähigkeit innerhalb der zumutbaren Anwesenheitszeit oder ein vermehrter Pausenbedarf konsequent bei der Angabe der verbleibenden funktionellen Leistungsfähigkeit in Abzug zu bringen. Auf diese Weise wird auch die Rechtsprechung des Bundesgerichtes berücksichtigt, wonach die ärztlich attestierte Arbeitsfähigkeit eine Angabe über die effektiv zumutbare Leistung und keine solche über die allfällige Präsenz am Arbeitsplatz ist.<sup>91</sup>

<sup>91</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_25/2010 vom 21. Mai 2010, E. 4.2.2

Dies bedingt unter Umständen entsprechende Rückfragen bei der behandelnden Ärztin oder beim behandelnden Arzt, damit der RAD eine nachvollziehbare, gesamthafte Einschätzung der verbleibenden funktionellen Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung aller beeinflussenden medizinisch bedingten Faktoren abgeben kann (vgl. Art. 54a Abs. 3 IVG).

### **Artikel 53**

#### *Artikel 53 Absatz 1*

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

#### *Artikel 53 Absatz 2*

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

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

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

### **Artikel 55 Absatz 1**

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

### **Artikel 56**

#### *Artikel 56 Absatz 1*

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

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

#### *Artikel 56 Absatz 2*

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



## **Artikel 66**

### **Artikel 66 Absatz 1<sup>bis</sup>**

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

### **Artikel 66 Absatz 2**

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

## **Artikel 69 Absatz 2**

(Betrifft nur die französische Fassung)

Der Begriff «enquête» wird durch «instruction» ersetzt. Der Begriff «enquête» wird in der IV immer seltener verwendet. So spricht man heute beispielsweise von «instruction médicale» und «instruction complémentaire» statt von «enquête médicale» oder «enquête complémentaire». Deshalb wird der Begriff auch in Artikel 69 angepasst. Im deutschen Wortlaut von Artikel 69 Absatz 2 zweiter Satz steht im Übrigen seit seinem Inkrafttreten am 1. Juli 1987<sup>92</sup> der Begriff «Abklärung».

## **Artikel 70**

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

## **Artikel 72<sup>bis</sup> Absatz 1**

Neu werden die fachlichen Anforderungen an Sachverständige auf Verordnungsstufe durch den Bundesrat festgelegt (Art. 71 E-ATSV). Damit ist für die Versicherten nachvollziehbar, transparent und auch überprüfbar, wer für die Begutachtung fachlich zugelassen ist. Die Interviews zwischen der oder dem Sachverständigen und der versicherten Person werden in Form von Tonaufnahmen dokumentiert. Die Versicherungsträger haben die Einhaltung der fachlichen Vorgaben für die Sachverständigen sicherzustellen und die IV-Stellen im Spezialen haben eine detaillierte Liste über ihre Vergabepraxis (inkl. der Resultate der Gutachten durch die Sachverständigen) zu veröffentlichen. Die Versicherten werden künftig somit über alle massgebenden Informationen im Hinblick auf die von der IV-Stelle beauftragten Sachverständigen verfügen.

Mit diesen Massnahmen wird die Information und Transparenz betreffend die Vergabe von Gutachten gegenüber heute wesentlich verbessert, weshalb die Zuteilung von monodisziplinären Gutachten weiterhin direkt von allen Versicherungsträgern vorgenommen werden kann.

Je nach Komplexität der noch offenen medizinischen Fragen benötigt die IV ein Gutachten, an dem zwei Fachdisziplinen beteiligt sind. Diese bidisziplinären Gutachten stellen einerseits höhere Anforderungen an die Sachverständigen als monodisziplinäre Gutachten, da die beiden Teilgutachten zu einer konsensorientierten Gesamteinschätzung der Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen zusammengefügt werden müssen. Andererseits bedingen sie jedoch noch keine eigentliche Fallführung, wie dies bei polydisziplinären Gutachten mit drei und mehr Fachrichtungen der Fall ist. Nicht zuletzt wegen den fachlichen Anforderungen an die Sachverständigen hinsichtlich der Erarbeitung einer Konsenslösung, werden bidisziplinäre Gutachten immer öfter durch Gutachterstellen erstellt, weil die für die IV zuge-

---

<sup>92</sup> AS 1987 456

lassenen Gutachterstellen aufgrund ihrer Struktur über ein Ärztenetz mit zahlreichen Fachärztinnen und Fachärzten verfügen, die es gewohnt sind, im Rahmen von polydisziplinären Gutachten konsensorientiert zu arbeiten. Diese Infrastruktur der Gutachterstelle, die Erfahrung in der Organisation von komplexen Gutachten sowie das Fachwissen wie auch die Berufserfahrung ihrer Sachverständigen führen dazu, dass immer mehr bidisziplinäre Gutachten über Gutachterstellen abgewickelt werden.

Im Hinblick auf die notwendigen fachlichen wie auch strukturellen Anforderungen an die Erstellung von bi- und polydisziplinären Gutachten und an ein möglichst neutrales Vergabeverfahren sind zwei unterschiedliche Vergabearten an die gleichen Gutachterstellen nicht sinnvoll. Entsprechend der neuen gesetzlichen Grundlagen sollen bidisziplinäre Gutachten aus Gründen der Qualitätssicherung deshalb nur noch von Gutachterstellen erstellt und wie polydisziplinäre Gutachten nach dem bewährten Zufallsprinzip zugeteilt werden. Damit ist sichergestellt, dass die Vergabe von bi- und polydisziplinären Gutachtensaufträgen an die aktuell rund 30 zugelassenen Gutachterstellen einheitlich nach dem Zufallsprinzip erfolgt und die IV-Stellen keinen Einfluss auf die Auswahl der Gutachterstelle haben. Mit den neuen Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität der Gutachterstellen werden zudem auch die Anforderungen an die Qualität und deren Sicherstellung erhöht.

Die Auftragsvergabe nach dem Zufallsprinzip neutralisiert - zusammen mit den weiteren Vorgaben nach BGE 137 V 210 - generelle, aus den Rahmenbedingungen des Gutachterwesens fließende Abhängigkeits- und Befangenheitsbefürchtungen.<sup>93</sup> Aus diesen Gründen werden deshalb seit 2012 die polydisziplinären Gutachten via Zufallsprinzip an die rund 30 zugelassenen Gutachterstellen in der IV verteilt.

Damit die Vergabe von bidisziplinären Gutachten nur noch an Gutachterstellen erfolgen kann und die gleichen Verfahrensbestimmungen wie bei polydisziplinären Gutachten zur Anwendung gelangen, wird Absatz 1 angepasst. Die Verteilplattform SuisseMED@P muss zudem entsprechend ergänzt werden.

### **Artikel 72<sup>ter</sup>**

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

### **Artikel 73<sup>bis</sup> Absatz 2 Buchstaben e, g und h**

#### **Artikel 73<sup>bis</sup> Absatz 2 Buchstabe e**

Artikel 73<sup>bis</sup> Absatz 2 Buchstabe e erfährt eine formale Anpassung des Begriffs «Krankenversicherer». Gemeint sind bisher und künftig Krankenversicherer nach dem vormaligen Artikel 11 KVG, wobei der Artikel 11 KVG inhaltlich mit der Einführung des Bundesgesetzes vom 26. September 2014<sup>94</sup> betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung (Krankenversicherungsaufsichtsgesetz, KVAG) in Artikel 2 und 3 KVAG übertragen wurde. Die in der IVV verwendete Abkürzung «Krankenversicherer nach KVAG» wird in diesem Artikel eingeführt. Diese Änderung betrifft auch die Artikel 88<sup>ter</sup> und 88<sup>quater</sup> Absatz 1 IVV.

#### **Artikel 73<sup>bis</sup> Absatz 2 Buchstaben g und h**

Damit die Eingliederungsmassnahmen erfolgreich sind, müssen sich alle involvierten Personen und Organe am Verfahren beteiligen. Für eine bessere Zusammenarbeit braucht es eine klare Kommunikation und einen Zugang für diese Personen und Organe zu den wesentlichen Informationen. Aus diesem Grund ist der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt (Art. 73<sup>bis</sup> Abs. 2 Bst. g, vgl. Art. 66a Abs. 1 Bst. d IVG) und den Durchführungsstellen

<sup>93</sup> Vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 2.4 237

<sup>94</sup> SR 832.12

(Art. 73<sup>bis</sup> Abs. 2 Bst. h, vgl. bestehender Art. 76 Abs. 1 Bst. f IVV) eine Kopie des Vorbescheids zuzustellen. Darunter subsumiert sind die Therapeutinnen und Therapeuten sowie den Hilfsmittellieferanten.

Geht es um eine Wiedereingliederung, wird der Vorbescheid – ausser bei Taggeldern – nur im Falle einer Leistungsverweigerung oder einer teilweisen Gewährung der beantragten Leistungen zugestellt. So haben die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt und die Durchführungsstellen sofort Kenntnis von einer bevorstehenden Verfügung der IV und können, ohne wertvolle Zeit zu verlieren, andere Lösungen vorschlagen und sich beratend an die versicherte Person wenden. Die genannten Personen und Stellen sind allerdings nicht befugt, im Namen der versicherten Person Bemerkungen anzubringen.

Zur Erinnerung: Sind die Anspruchsvoraussetzungen offensichtlich erfüllt und wird den Begehren der versicherten Person vollumfänglich entsprochen, so können die Leistungen ohne Erlass eines Vorbescheides oder einer Verfügung zugesprochen werden (Art. 74<sup>ter</sup> IVV).

### **Artikel 76 Absatz 1 Buchstabe f**

Buchstabe f wird aufgehoben. Weil die Durchführungsstellen in Artikel 73<sup>bis</sup> Absatz 2 Buchstabe h zur Liste der Personen und Organe, denen ein Vorbescheid zuzustellen ist, hinzugefügt werden, sind sie künftig in Artikel 76 Absatz 1 Buchstabe a miteingeschlossen.

### **Artikel 78 Absatz 3**

Dieser Absatz kann gestrichen werden. Das Bundesgericht hat festgehalten, dass Artikel 78 Absatz 3 versehentlich nicht an Artikel 45 Absatz 1 ATSG angepasst wurde.<sup>95</sup> Absatz 3 muss deshalb aufgehoben werden, da diesbezüglich kein Raum für abweichende Bestimmungen zu Artikel 45 Absatz 1 ATSG besteht.

### **Artikel 79 Absatz 5**

Dieser Absatz wird nur formal so angepasst, dass er auf den neuen Artikel 27<sup>ter</sup> IVG verweist.

### **Artikel 79<sup>ter</sup>**

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

#### **Artikel 79<sup>ter</sup> Absatz 1**

Dieser Absatz basiert auf Artikel 59 Absatz 1 KVV.

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

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

#### **Artikel 79<sup>ter</sup> Absatz 2**

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

---

<sup>95</sup> Vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_764/2014 vom 21. Juli 2015

### **Artikel 79<sup>ter</sup> Absatz 3**

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

### **Artikel 79<sup>ter</sup> Absatz 4**

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

### **Artikel 79<sup>quater</sup>**

#### **Artikel 79<sup>quater</sup> Absatz 1**

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

Durch den Verweis auf Artikel 59a Absatz 1 KVV im zweiten Satz ist die Verordnung des EDI vom 20. November 2012 über die Datensätze für die Datenweitergabe zwischen Leistungserbringern und Versicherern<sup>96</sup> sinngemäss anwendbar. Diese regelt im Falle eines Vergütungsmodells vom Typus DRG die gleichzeitige Weiterleitung der Rechnung und der Datensätze mit den administrativen und medizinischen Angaben, die für die Prüfung erforderlich sind. Diese Datensätze müssen gesamtschweizerisch einheitlich strukturiert sein. Sie enthalten nur die Variablen, die zur Bestimmung der Fallgruppen und zur Prüfung der Rechnungen notwendig sind.

#### **Artikel 79<sup>quater</sup> Absatz 2**

Dieser Absatz entspricht Artikel 59a Absatz 2 KVV. Die Verordnung vom 30. Juni 1993<sup>97</sup> über die Durchführung von statistischen Erhebungen des Bundes (Statistikerhebungsverordnung) regelt die Durchführung von statistischen Erhebungen sowie die Bearbeitung erhobener Daten zur Erstellung von Statistiken. Sie legt fest, von wem und wie welche Erhebung durchgeführt wird. Sie gilt für die Voll-, Teil- und Stichprobenerhebungen des Bundes mit und ohne Befragungen sowie für die Auswertungen von administrativen Daten.

#### **Artikel 79<sup>quater</sup> Absatz 3**

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

#### **Artikel 79<sup>quater</sup> Absatz 4**

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

### **Artikel 79<sup>quingies</sup>**

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

### **Artikel 79<sup>sexies</sup>**

#### **Artikel 79<sup>sexies</sup> Absatz 1**

Dieser Absatz ist gleich aufgebaut wie Artikel 79<sup>ter</sup> E-IVV.

---

<sup>96</sup> SR 832.102.14

<sup>97</sup> SR 431.012.1

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

#### **Artikel 79<sup>sexies</sup> Absatz 2**

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

#### **Artikel 88<sup>ter</sup>**

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

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

#### **Artikel 88<sup>quater</sup>**

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

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

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

#### **Artikel 88<sup>sexies</sup>**

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

#### **Artikel 88<sup>septies</sup>**

##### **Artikel 88<sup>septies</sup> Absatz 1**

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

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

Sowohl die provisorische als auch die effektive Lohnsumme werden nach Artikel 115a Absätze 1 und 2 E-UVV bestimmt.

##### **Artikel 88<sup>septies</sup> Absatz 2**

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

### **Artikel 88<sup>octies</sup>**

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

### **Art. 89<sup>ter</sup> Abs. 1**

Mit der WE IV wird Artikel 27<sup>bis</sup> IVG neu zu Artikel 27<sup>quinquies</sup> IVG. Der Verweis in Artikel 89<sup>ter</sup> Absatz 1 IVV ist somit anzupassen.

### **Artikel 90**

#### **Artikel 90 Absatz 2**

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

#### **Artikel 90 Absatz 2<sup>bis</sup>**

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

#### **Artikel 91 Absatz 1**

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

#### **Artikel 96<sup>bis</sup>**

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

#### **Artikel 96<sup>bis</sup> Absatz 1**

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

#### **Artikel 96<sup>bis</sup> Absatz 2**

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

### **Artikel 96<sup>ter</sup>**

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

#### **Artikel 96<sup>ter</sup> Absatz 1**

Der Fokus der gewünschten bzw. benötigten Leistungen der kantonalen Instanz liegt auf der Früherfassung und auf einer engen Zusammenarbeit mit der IV-Stelle. Andere Leistungen seitens kantonaler Koordinationsstelle sind aber möglich. Der Beitrag an die kantonale Koordinationsstelle ist an die von ihr erbrachten Leistungen gekoppelt. Übernimmt sie sowohl die Früherfassung als auch die Begleitung von Jugendlichen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, ist ihr Aufwand grösser als bei der Übernahme von nur einer der beiden Dienstleistungen. Das schlägt sich in der Höhe des Beitrags nieder.

#### **Artikel 96<sup>ter</sup> Absatz 2**

Die Anzahl der 13- bis 25-Jährigen der ständigen Wohnbevölkerung eines Kantons – und damit die zugehörige IV-Stelle – wird je einer von fünf Kategorien zugeteilt, welche wiederum einem fixen Finanzierungsbeitrag zugeordnet ist. Diese Beiträge ermöglichen die Finanzierung von 0,25 Vollzeitäquivalenten (VZÄ), 0,5 VZÄ, 0,75 VZÄ, eine VZÄ oder maximal zwei VZÄ im bevölkerungsreichsten Kanton (vgl. hierzu auch die Tabelle in Kap. 2.1). Mit diesem Verteilschlüssel werden nicht verwendbare Kleinstbeiträge vermieden. Das BSV präzisiert den Verteilschlüssel und aktualisiert diesen alle drei Jahre.

#### **Artikel 96<sup>ter</sup> Absatz 3**

Der finanzielle Beitrag an die kantonalen Koordinationsstellen nach Artikel 68<sup>bis</sup> Absatz 1<sup>bis</sup> IVG ist längerfristig auszurichten und bedarfsorientiert zu gestalten. Auf der Grundlage des neuen Artikels 68<sup>bis</sup> Absatz 1<sup>quater</sup> IVG wird der höchste Betrag auf maximal zwei VZÄ begrenzt und in Abhängigkeit zur im Kanton ansässigen 13- bis 25-jährigen, ständigen Wohnbevölkerung gesetzt. Es ist davon auszugehen, dass ein Kanton mit mehr Jugendlichen eine grössere Anzahl Jugendlicher mit Mehrfachschwierigkeiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufweist. Buchstabe b verknüpft Buchstabe a mit den Vorgaben von Artikel 68<sup>bis</sup> Absatz 1<sup>quater</sup> IVG. Basierend auf den vorgesehenen Leistungen können die IV-Stellen im Rahmen des ordentlichen Budgetverfahrens beim BSV einen Beitrag in ihrer Zuteilungskategorie beantragen (vgl. Ausführungen zu Abs. 2).

### **Artikel 96<sup>quater</sup>**

Dieser neue Artikel enthält minimale Eckwerte für die von der IV mitfinanzierten, kantonalen Vorbereitungsmaßnahmen, unter Berücksichtigung des BBG und der Ausgestaltung der anderen vorbereitenden Massnahmen für Jugendliche im IVG (vgl. Abbildung in Kap. 2.1).

#### **Artikel 96<sup>quater</sup> Absatz 1**

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

#### **Artikel 96<sup>quater</sup> Absatz 2**

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

### **Artikel 96<sup>quater</sup> Absatz 3**

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

### **Artikel 98<sup>bis</sup>**

Die angepasste Haftungsnorm umfasst neu auch Massnahmen der IV, die ganz oder teilweise im zweiten Arbeitsmarkt durchgeführt werden.

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

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

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

### **Artikel 98<sup>ter</sup>**

#### **Artikel 98<sup>ter</sup> Absatz 1**

Die Zuständigkeit für den Abschluss von Zusammenarbeitsvereinbarungen liegt beim EDI (Art. 68<sup>sexies</sup> Abs. 1 zweiter Satz IVG). Diese Zuständigkeit kann nicht ans BSV delegiert werden. Das BSV kann hingegen mit administrativen und operativen Aufgaben betraut werden, beispielsweise mit der Begleitung von Ergebnisanalysen, der Kommunikation, der Administration von Finanzhilfen und der Überwachung deren zweckmässigen Verwendung.

#### **Artikel 98<sup>ter</sup> Absatz 2**

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

#### **Artikel 98<sup>ter</sup> Absatz 3**

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

#### **Artikel 98<sup>ter</sup> Absatz 4**

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

### **Artikel 98<sup>quater</sup>**

#### **Artikel 98<sup>quater</sup> Absatz 1**

Absatz 5 definiert die Mindestkriterien, die in jeder Zusammenarbeitsvereinbarung geregelt sein müssen. Je nach Inhalt der Zusammenarbeitsvereinbarung können weitere Bestimmungen notwendig sein.



### *Artikel 98<sup>quater</sup> Absatz 2*

Diese Kriterien erlauben die Zusammenarbeitsvereinbarungen im Rahmen von Art. 68<sup>sexies</sup> IVG von den Pilotversuchen nach Artikel 68<sup>quater</sup> IVG abzugrenzen.

### *Artikel 98<sup>quater</sup> Absatz 3*

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

Die finanzielle Beteiligung der IV ist mit den anderen Finanzhilfen nach IVG oder anderen Bundesgesetzen zu koordinieren, namentlich dem Bundesgesetz vom 13. Dezember 2002<sup>98</sup> über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen (BehiG), dem AVIG, dem BBG und dem Bundesgesetz vom 16. Dezember 2005<sup>99</sup> über die Ausländerinnen und Ausländer und über die Integration (AIG).

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

### **Achter Abschnitt: Die Finanzhilfen zur Förderung der Invalidenhilfe**

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

### **Artikel 108**

#### *Sachüberschrift*

In diesem und in den folgenden Artikeln wird der Begriff «Beiträge» durch «Finanzhilfen» ersetzt. Gemäss SuG schliesst «Beiträge» nämlich Finanzhilfen und Abgeltungen ein. Beiträge nach Artikel 74 IVG wiederum werden nur in Form von Finanzhilfen ausgerichtet.

#### *Artikel 108 Absatz 1*

Anstelle des Begriffs «beitragsberechtigt» heisst es neu «zur Finanzhilfe berechtigt» (vgl. Erläuterungen zur Sachüberschrift von Art. 108). Zudem wird der Begriff «Angebote» durch «Leistungen» ersetzt, damit die Terminologie bei der Bestimmung der Finanzhilfen zur Förderung der Invalidenhilfe einheitlich ist. Inhaltlich ändert dieser Absatz nicht.

#### *Artikel 108 Absatz 1<sup>ter</sup>*

In Berücksichtigung der UNO-Behindertenrechtskonvention<sup>100</sup> (BRK) ist neu auch die Förderung der Inklusion eine Voraussetzung für die Berechtigung auf eine Finanzhilfe. Dies einerseits, um die Finanzhilfen vermehrt auf die Inklusion von Menschen mit Behinderungen auszurichten, andererseits, um die subventionierten Institutionen selber in die Pflicht zu nehmen und um ihre Leistungen sowie auch sie selbst als Unternehmen deutlicher auf die Ziele der BRK auszurichten. Um die Wichtigkeit dieser Voraussetzung zu unterstreichen, wird ein eigener Absatz formuliert. Dabei orientiert sich die Ausrichtung der Finanzhilfen an folgenden Schwerpunkten:

- Bestehende und bewährte Leistungen unterstützen
- Vermehrt Verbesserungen und Optimierungen mit Fokus auf
  - Befähigung der betroffenen Menschen, ihre Rechte und Pflichten besser zu kennen und einfordern zu können (Hilfe zur Selbsthilfe, «Empowerment»)
  - Abbau von Barrieren
  - Entwicklung und Finanzierung von inklusiven Leistungen

---

<sup>98</sup> SR 151.3

<sup>99</sup> SR 142.20

<sup>100</sup> SR 0.109

### **Artikel 108 Absatz 2**

Diese ist eine rein formale Anpassung. Neu wird der Begriff "Subventionsgesetz" verwendet. Zudem wird der Begriff «Beitragsberechtigung» durch den Begriff «Anspruch auf die Finanzhilfe» ersetzt (vgl. Erläuterungen zur Sachüberschrift von Art. 108).

### **Artikel 108<sup>bis</sup>**

#### **Artikel 108<sup>bis</sup> Absatz 1**

Der Begriff «Beiträge» wird durch den Begriff «Finanzhilfen» ersetzt (vgl. Erläuterungen zur Sachüberschrift von Art. 108). Die Ausdrücke «zweckmässig» und «wirtschaftlich» werden gestrichen und neu in Absatz 1<sup>bis</sup> aufgeführt.

#### **Artikel 108<sup>bis</sup> Absatz 1<sup>bis</sup>**

Die Anforderungen von Absatz 1 («zweckmässig» und «wirtschaftlich») wurden übernommen. Die Attribute «zeitgemäss» und «zielgerichtet» wurden hinzugefügt. Dabei werden die Leistungen dem jeweils aktuellen Bedarf gerecht und entsprechend auf die von der IV geförderten Zielgruppe nach Artikel 108 IVV ausgerichtet. Diese Anforderungen entsprechen der Stossrichtung, die mit der Prioritätenordnung erreicht werden soll. Des Weiteren wird dem Fokus der Leistungserbringung mehr Gewicht beigemessen.

### **Artikel 108<sup>ter</sup>**

#### **Artikel 108<sup>ter</sup> Absatz 1**

Die in Absatz 1 aufgeführte Voraussetzung betrifft die Finanzhilfen im Allgemeinen (bestehende Leistungen und Projekte).

Die Ergänzung mit «Artikel 108 IVV» ist notwendig, weil Bedarfsdeckung, Leistungserbringung und Leistungserbringer eng zusammenhängen.

Der Begriff «Beiträge» wird durch den Begriff «Finanzhilfen» ersetzt (vgl. Erläuterungen zur Sachüberschrift von Art. 108).

#### **Artikel 108<sup>ter</sup> Absätze 2 bis 4**

Der bisherige Absatz 2 musste wegen Problemen in der Praxis in den neuen Absätzen 2 bis 4 detaillierter geregelt werden. Um die Anforderungen nach Artikel 14 Absatz 1 SuG), wonach nur tatsächlich entstandene Kosten angerechnet werden, erfüllen zu können, ist es für das BSV zwingend nötig, eine korrekte und transparente Darstellung der Jahresrechnungen nach «true and fair view» der Dachorganisation zu erhalten. Der Begriff «Rechnung» umfasst Vorgaben zur Finanzbuchhaltung sowie weiterführende Abrechnungsvorgaben zum betrieblichen Rechnungswesen. Die Rechnung der Dachorganisationen muss also die tatsächlichen Verhältnisse widerspiegeln («true and fair»). Die Informationen der Finanzbuchhaltung sind eine zentrale Grundlage für weiterführende Details, insbesondere der Kosten- und Leistungsrechnung. Diese Darstellung bildet damit eine zentrale Basis für die Überprüfung der Reportingdaten. Das BSV regelt in Kreisschreiben die Einzelheiten in Berücksichtigung der vorhandenen unterschiedlichen Betriebsgrössen.

Die Organisationen sind angehalten, sich im Rahmen der Qualitätssicherung regelmässig mit ihren Leistungen und deren Verteilung und Gewichtung im Rahmen der entsprechenden Verträge auseinanderzusetzen, zu überprüfen und falls nötig entsprechend anzupassen (kontinuierlicher Verbesserungsprozess). Die Leistungen müssen einem echten Bedarf entsprechen und sind auf die Zielgruppe «Personen mit einer IV-Massnahme» zu fokussieren.

### **Artikel 108<sup>quater</sup>**

Dieser Artikel wird neu formuliert. Beim Höchstbetrag handelt es sich um die «Höchstgrenzen der Beiträge nach Artikel 74 [IVG]» im Sinne von Artikel 75 IVG. Der Ausgangswert des Höchstbetrags wird gesamthaft auf 544 Millionen Franken definiert (Basis-Indexstand KPI 12.2019) und entspricht dem Vertragsvolumen für Leistungen nach Artikel 74 IVG aus der Vertragsperiode 2020-23, aber ohne das Leistungsvolumen von 20 Millionen Franken für

Leistungen nach Artikel 101<sup>bis</sup> AHVG. Die Finanzhilfen werden wie bis anhin für die Dauer einer Vertragsperiode festgelegt. Grundsätzlich dauert eine Vertragsperiode vier Jahre. Die Finanzhilfen werden in jährlichen Tranchen von durchschnittlich 136 Millionen Franken ausbezahlt. Die Auszahlung kann wie bisher während der Vertragsperiode pro Jahr variieren, da die Organisationen nicht erbrachte Leistungen aus dem Vorjahr in den Folgejahren kompensieren können. Während der Vertragsperiode sollen Akontozahlungen ausgerichtet werden (vgl. Art. 110 Abs. 4 E-IVV).

Der Höchstbetrag wird auf Ebene der IVV explizit als Betrag festgelegt, weil die damit subventionierten Leistungen der privaten Behindertenhilfe subsidiär zu den Leistungen der Kantone erbracht werden (vgl. Art. 112c BV) und deshalb eine politische Grösse darstellen. Weil das BSV aufgrund der bestehenden gesetzlichen Vorgabe Finanzhilfen nur an national oder sprachregional tätige Dachorganisationen ausrichtet, ist es nicht in der Lage, die Verteilung zwischen den Kantonen direkt zu beeinflussen. Von den Dachorganisationen wird deshalb erwartet, eine hinreichende flächendeckende Verteilung der Leistungen herzustellen. Entsprechend muss erwartet werden, dass zwischen Kantonen und Dachorganisation koordiniert wird. Diese Konstellation ist mitunter ein Grund, weshalb eine explizite Festlegung des Höchstbetrags sinnvoll ist. Zukünftige Veränderungen des Höchstbetrags ausserhalb der Teuerung sind vom Bundesrat zu beschliessen.

Bei den 544 Millionen Franken handelt es sich um den Höchstbetrag für die Vertragsperiode 2024-2027. Er wird für jede folgende Vertragsperiode an eine allfällige Teuerung angepasst (analog dem bisherigen Art. 108<sup>quater</sup> Abs.1 IVV), wobei die Anpassung jeweils auf der Basis des dem Vorjahr vorangehenden Dezembers vorgenommen wird (Beispiel: für die Vertragsperiode 2024-27 ist die Basis Dezember 2022). Die Anpassung an die Teuerung erfolgt durch das BSV.

#### **Artikel 108<sup>quinquies</sup>**

##### **Artikel 108<sup>quinquies</sup> Absatz 1**

Für bestehende bisherige Leistungen sowie aus Projekten der Vorperiode überführten Leistungen stehen gesamthaft 97 Prozent (von 544 Mio. Fr.) zur Verfügung.

##### **Artikel 108<sup>quinquies</sup> Absatz 2**

Gesuche für die Weiterführung bestehender Leistungen werden beim BSV eingereicht (im letzten Jahr einer laufenden Vertragsperiode). Übersteigen die Gesuche den definierten Höchstbetrag von 97 Prozent, werden die beantragten Finanzhilfen der bestehenden Leistungen nach Artikel 108<sup>sexies</sup> Absatz 1 Buchstabe a E-IVV prozentual bis auf den Höchstbetrag von 97 Prozent gekürzt.

Die untenstehenden Rechenbeispiele zeigen, wie sich das Übersteigen des Höchstbetrags auf die Vertragssumme einzelner Dachorganisationen auswirken würde. Den Berechnungen zu Grunde liegt ein maximales Gesamtvolumen von 527,68 Millionen Franken (97% von 544 Mio. Fr.) nach Artikel 108<sup>quinquies</sup> Absatz 1 E-IVV. Für die Beispiele wird angenommen, dass dieses Gesamtvolumen aufgrund von Projekten, die aus der Vorperiode überführt wurden, um 6 Millionen Franken überstiegen wird.

Die lineare Kürzung würde in diesem Falle 1,137 Prozent (6 Mio. Fr. von 527,68 Mio. Fr.) betragen und wie folgt angewendet (zum leichteren Verständnis sind die Zahlen in den Rechenbeispielen auf 1000 Fr. gerundet):

### *Beispiel 1: Dachorganisation ohne überführte Projekte*

Vertragssumme Vorperiode	15'920'000 Fr.
<u>Summe aus substituierten Leistungen</u>	<u>0 Fr.</u>
Zwischensumme (Basis für Kürzung)	15'920'000 Fr.
<u>Lineare Kürzung um 1,137 %</u>	<u>181'000 Fr.</u>
Zwischensumme	15'739'000 Fr.
<u>Neue Leistungen aus überführten Projekten</u>	<u>0 Fr.</u>
Vertragssumme neue Periode	15'739'000 Fr.

### *Beispiel 2: Dachorganisation mit überführten Projekten, die andere Leistungen ersetzen (substituieren)*

Vertragssumme Vorperiode	15'920'000 Fr.
<u>Summe aus substituierten Leistungen</u>	<u>1'400'000 Fr.</u>
Zwischensumme (Basis für Kürzung)	14'520'000 Fr.
<u>Lineare Kürzung um 1,137 %</u>	<u>165'000 Fr.</u>
Zwischensumme	15'755'000 Fr.
<u>Neue Leistungen aus überführten Projekten</u>	<u>0 Fr.</u>
Vertragssumme neue Periode	15'755'000 Fr.

### *Beispiel 3: Dachorganisation mit überführten Projekten ohne Substitution von eigenen Leistungen*

Vertragssumme Vorperiode	15'920'000 Fr.
<u>Summe aus substituierten Leistungen</u>	<u>0 Fr.</u>
Zwischensumme (Basis für Kürzung)	15'920'000 Fr.
<u>Lineare Kürzung um 1,137 %</u>	<u>181'000 Fr.</u>
Zwischensumme	15'739'000 Fr.
<u>Neue Leistungen aus überführten Projekten</u>	<u>920'000 Fr.</u>
Vertragssumme neue Periode	16'659'000 Fr.

### **Artikel 108<sup>quinquies</sup> Absatz 3**

Falls der definierte Höchstbetrag von 97 Prozent nicht vollständig ausgeschöpft wird, verbleibt der nicht ausgeschöpfte Betrag im IV-Ausgleichsfonds. Es erfolgt kein Übertrag auf die neue Vertragsperiode.

### **Artikel 108<sup>quinquies</sup> Absatz 4**

Die restlichen 3 Prozent des Höchstbetrags stehen für Projekte nach Artikel 108<sup>septies</sup> E-IVV zur Verfügung. Falls der Betrag am Ende einer Vertragsperiode nicht vollständig ausgeschöpft ist, verbleibt der nicht ausgeschöpfte Betrag im IV-Ausgleichsfonds, und es erfolgt kein Übertrag auf neue Vertragsperiode. Falls die Projektgesuche den definierten Höchstbetrag von 3 Prozent übersteigen, kommt die Evaluation gemäss Artikel 108<sup>septies</sup> E-IVV zur Anwendung.

### **Artikel 108<sup>sexies</sup>**

In diesem Artikel wird der Begriff der «bestehenden Leistungen» definiert. Bei den bestehenden Leistungen handelt es sich um Leistungen, die bereits in der Vorperiode mit Finanzhilfen unterstützt wurden und aktuell angeboten werden. Diese werden alsdann auch bereits im Rahmen der Vertragsverhandlungen so im Vertrag aufgeführt. Bestehende Leistungen sind auch diejenigen Leistungen, die im Rahmen von Projekten entsprechend verbessert und dadurch ersetzt werden können.

Neue Leistungen hingegen werden im Rahmen von Projekten evaluiert und bei Bedarf in die laufenden Verträge integriert.

## **Artikel 108<sup>septies</sup>**

### **Artikel 108<sup>septies</sup> Absatz 1**

In diesem Absatz wird der Begriff «Projekte» definiert. Danach müssen Projekte die Entwicklung von neuen oder die Weiterentwicklung von bestehenden Leistungen fördern. Mit Projekten sollen bestehende Angebote verbessert und neue wirkungsvolle Leistungen entwickelt und bei positiver Evaluationsergebnissen in die bestehenden Leistungen integriert werden. Die Projekte sollen insbesondere die Inklusion fördern und in erster Linie auf Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie Personen mit psychischen Gebrechen fokussieren.

### **Artikel 108<sup>septies</sup> Absatz 2**

Das BSV legt in einer Amtsverordnung für die Projekte fest, wie die Prioritätenordnung auszugestalten ist, um flexibler auf den Bedarf der Zielgruppen reagieren zu können. Es regelt die qualitative Beurteilung und die Vorgehensweise der Bewilligung der Projekte bis zur Ausschöpfung der Mittel (Höchstbetrag). Sind die Mittel ausgeschöpft, können keine Gesuche mehr bewilligt werden. Nicht abgeholte Projektmittel verfallen am Ende einer Vertragsperiode (vgl. Art. 108<sup>quinquies</sup> Abs. 4 E-IVV).

### **Artikel 108<sup>septies</sup> Absatz 2 Buchstabe a**

Die konkrete Ausgestaltung der Ziele und Voraussetzungen erfolgt in der Amtsverordnung. Es ist vorgesehen, dass das BSV ein Bewertungsraster erstellt.

### **Artikel 108<sup>septies</sup> Absatz 2 Buchstabe b**

Das BSV legt in einer Amtsverordnung die Grundsätze fest, nach denen eine Projektevaluation zu erfolgen hat. Mit den Evaluationen soll sichergestellt werden, dass nur wirkungsvolle Projekte in den Betrieb überführt werden.

## **Artikel 110**

Absatz 1 bis 3 ergeben sich aus den bisherigen Absätzen 1 und 2.

### **Artikel 110 Absatz 1**

In Absatz 1 wird das neue Element der Projekte aufgenommen. Der zweite Satz des bisherigen Absatz 1 wird neu in Absatz 2 Buchstabe a verschoben.

### **Artikel 110 Absatz 2**

Das BSV bestimmt, welche Unterlagen im Hinblick auf den Abschluss des Vertrages zur Ausrichtung von Finanzhilfen und während der Vertragsperiode einzureichen sind (Bst. a). Die Einreichungsfrist für die Unterlagen während der Vertragsperiode (Bst. b) wird von sechs auf vier Monate verkürzt, um das Verfahren zu straffen. Damit sollen Angaben zu nachfolgenden Zahlungen oder Vertragsperioden frühzeitiger verfügbar sein.

### **Artikel 110 Absatz 3**

Wird bei der Einreichung der Unterlagen die ordentliche oder erstreckte Frist ohne triftigen Grund nicht eingehalten, wird die Zahlung sistiert. Es kommt das SuG zur Anwendung.

### **Artikel 110 Absatz 4**

Grundsätzlich erfolgen die Zahlungen der Finanzhilfen jährlich durch zwei Akontozahlungen. Ein Saldoausgleich erfolgt dabei nach Abschluss der Vertragsperiode (entspricht dem bisherigen Abs. 3). Neu kann das BSV den Zahlungsplan ändern, wenn wichtige Gründe dies rechtfertigen. Die Praxis hat gezeigt, dass das BSV bislang zu wenig flexibel auf spezielle Situationen der Organisationen reagieren konnte. So müssten z.B. bei fehlerhaften oder fehlenden Angaben, deren Korrektur oder Nachlieferung nicht innert nützlicher Frist erfolgt, weitere Akontozahlungen sistiert oder reduziert werden.

Der bisherige Artikel 110 Absatz 4 IVV wird gestrichen. Die massgebende Höhe der Finanzhilfen ist neu der nach Artikel 108<sup>quater</sup> Absatz 1 IVV definierte Höchstbetrag. Dabei sind erweiterte Leistungen nicht mehr vorgesehen. Neue oder verbesserte Leistungen können nun im Rahmen von Projekten eingegeben werden.

#### *Artikel 110 Absatz 5*

Der Begriff «Beiträge» wird durch den Begriff «Finanzhilfen» ersetzt (vgl. Erläuterungen zur Sachüberschrift von Art. 108). Inhaltlich erfährt dieser Absatz keine Änderung.

### **Übergangsbestimmung zur Änderung vom (Beschlussdatum der neuen IVV)**

#### *a. Taggelder*

Wie in der Botschaft WE IV<sup>101</sup> erwähnt, ist das neue System für alle EbA, die nach dem Inkrafttreten der neuen Regelung beginnen, anwendbar. Massgebend ist einzig der tatsächliche Beginn der EbA (erster Ausbildungstag).

#### *b. Bemessung des Invaliditätsgrades*

Mit der vorliegenden Änderung werden die Vorschriften zur Festlegung des Einkommens ohne Invalidität für die Geburts- und Frühinvaliden angepasst (vgl. dazu Art. 26 Abs. 3 und 4 E-IVV).

Durch den Wegfall der entsprechenden Altersstufen des bisherigen Artikels 26 Absatz 1 IVV wird bei versicherten Personen vor dem Erreichen des 30. Altersjahres neu mit einem höheren Einkommen ohne Invalidität gerechnet. Um die bisherigen Rentenbeziehenden, die das 30. Altersjahr noch nicht vollendet haben, nicht schlechter zu stellen, ist der Rentenanspruch dieser Personen zu revidieren. Würden diese Fälle nicht revidiert, so könnte die bisher erfolgte automatische Anpassung aufgrund der Altersstufen nicht mehr erfolgen, weil die entsprechende Verordnungsbestimmung nicht mehr vorhanden ist.

Dies betrifft zum einen diejenigen Personen, die trotz aller Bemühungen der IV keine Berufsausbildung abschliessen konnten. Bei ihnen wird neu mit dem Medianwert ohne Altersabstufung gerechnet. Zum anderen betrifft es auch Fälle mit einem Abschluss nach BBG, bei denen das Einkommen ohne Invalidität teilweise trotzdem nach dem bisherigen Artikel 26 Absatz 1 IVV berechnet wurde. Bei ihnen wird neu das statistische Einkommen für diesen Berufsabschluss angerechnet. Durch den Wegfall der Altersstufen wird diesen Versicherten mit der neuen Berechnung in der Regel ein gleich hohes oder sogar höheres Einkommen ohne Invalidität angerechnet werden.

#### *c. Rentensystem*

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

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

Mit den im Rahmen der WE IV formulierten Übergangsbestimmungen kann es vorkommen, dass derjenige Ehegatte, der den höheren Invaliditätsgrad aufweist, die prozentual tiefere Rente bezieht. In Anwendung von Artikel 32 Absatz 2 IVV würde das dazu führen, dass zur

---

<sup>101</sup> BBI 2017 2706

Bestimmung der Plafonierungsgrösse auf die Rente mit dem tieferen prozentualen Anteil einer ganzen Rente abgestellt wird. Dieses Ergebnis entspricht nicht dem Zweck von Artikel 32 Absatz 2 IVV.

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

*d. Revision der Höhe Assistenzbeitrag für den Nachtdienst*

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

*e. Bestehende Vereinbarungen zur Vergütung von Arzneimitteln durch die Invalidenversicherung*

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

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

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

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

*f. Anwendbares Recht für Verträge nach Artikel 74 IVG*

Die Übergangsbestimmung ist notwendig, weil für die Periode 2020-23 bereits Verträge zur Ausrichtung von Finanzhilfen abgeschlossen worden sind. Für diese Verträge müssen die bisherigen Rechtsbestimmungen bis zu Vertragsende weitergelten. Die neue Prioritätenordnung kann somit erst auf eine neue Vertragsperiode (d.h. ab 1. Januar 2024) Anwendung finden. Gleichwohl müssen die neuen Bestimmungen bereits vor der neuen Vertragsperiode in Kraft sein, damit das BSV die notwendigen Regelungen im Sinne von Artikel 108<sup>septies</sup> E-IVV

zu den Projekten rechtzeitig erlassen kann. Sinnvoll ist ein Inkrafttreten vor 2024 auch in Hinblick darauf, dass das BSV gestützt auf die neuen Bestimmungen bereits vor dem 31. Dezember 2023 Verträge für eine Vertragsperiode ab 1. Januar 2024 abschliessen kann.

Indes ist es aus zeitlichen Überlegungen nicht zielführend, Projekte bereits ab 2022 zu bewilligen und für 2024 zu evaluieren, weil für die Vertragsverhandlungen der Vertragsperiode 2024-27 die dazu notwendigen Grundlagen, wie das Vertragsvolumen und allfällige Kürzungen, bereits zu Beginn 2023 vorliegen müssen.

### **3.2 Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen**

Die GgV wird aufgehoben und neu als Departementsverordnung ausgestaltet (GgV-EDI; vgl. Kap. 3.9). Der Regelungsinhalt der GgV wird grösstenteils ins IVG und die IVV überführt.

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

Auf Ausführungsbestimmungen zu Artikel 14 Absatz 2 IVG wird verzichtet, da die Konkretisierung der WZW-Kriterien sehr umfangreich und technisch ist. Deshalb soll diese Konkretisierung auf Stufe des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen vorgenommen werden. Um die Kohärenz zwischen der OKP und der IV herzustellen, soll das Arbeitspapier «Operationalisierung der Begriffe Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit» des BAG<sup>102</sup> in Analogie auch in der IV Anwendung finden. Auch auf die Erwähnung des letzten Satzes von Artikel 14 Absatz 2 des IVG bezüglich seltene Krankheiten gemäss Beschluss des Parlamentes kann verzichtet werden, weil aus den Beratungen des Parlaments hervorgeht, dass dieser einen rein deklaratorischen Charakter hat.

### **3.3 Verordnung vom 11. September 2002 über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts**

#### **Artikel 7j**

In Artikel 44 ATSG ist das Verfahren über die Vergabe im Zusammenhang mit Gutachtersaufträgen geregelt. Es ist vorgesehen, dass der Versicherungsträger allfällige Ausständergründe der versicherten Person gegen die beauftragte Sachverständige oder den beauftragten Sachverständigen zu prüfen hat. Hält der Versicherungsträger trotz Ablehnungsantrag an der vorgesehenen oder am vorgesehenen Sachverständigen fest, so hat er dies in einer Zwischenverfügung mitzuteilen. Bevor es jedoch zu dieser Zwischenverfügung kommt, soll möglichst eine Einigung zwischen dem Versicherungsträger und der versicherten Person angestrebt werden. Das entsprechende Einigungsverfahren wird in dieser Verordnungsbestimmung näher umschrieben.

#### **Artikel 7j Absatz 1**

Im Rahmen einer freihändigen Vergabe eines Auftrages für eine medizinische Begutachtung bestimmt der Versicherungsträger die entsprechend notwendigen Sachverständigen. Gegen diese Sachverständigen kann die versicherte Person Ausständergründe geltend machen und die Sachverständigen ablehnen. Nach Artikel 44 Absatz 2 ATSG steht der versicherten Person das Recht zu, ihrerseits Gegenvorschläge zu machen. Der Versicherungsträger hat in diesem Fall die Ausständergründe zu prüfen. Im Hinblick auf eine einvernehmliche Bestimmung der Sachverständigen ist deshalb, wenn immer möglich eine Einigung zwischen dem Versicherungsträger und der versicherten Person anzustreben. Diese hat im Rahmen eines Einigungsverfahrens stattzufinden.

---

<sup>102</sup> Kann abgerufen werden unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Versicherungen > Krankenversicherung > Bezeichnung der Leistungen > Antragsprozesse > Antragsprozesse Allgemeine Leistungen > Dokumente



### *Artikel 7j Absatz 2*

Der Einigungsversuch kann mündlich im Rahmen eines Gespräches stattfinden und ist entsprechend zu protokollieren. Der Einigungsversuch, mündlich oder schriftlich, ist gemäss Artikel 46 ATSG in den Akten zu dokumentieren. Die Möglichkeit eines Einigungsversuches hebt jedoch nicht die Zuständigkeit des Versicherungsträgers auf, die sachverständige Person zu bestimmen. Die heutige Rechtsprechung, wonach kein Recht der versicherten Person auf eine Sachverständige oder einen Sachverständigen ihrer Wahl besteht, gilt weiter.<sup>103</sup>

Einigen sich der Versicherungsträger und die versicherte Person auf eine neue Sachverständigen oder einen neuen Sachverständigen, so ist das Verfahren abgeschlossen.<sup>104</sup> Hält der Versicherungsträger dagegen an den vorgesehenen Sachverständigen fest, so hat er nach Artikel 44 Absatz 4 IVG eine Zwischenverfügung zu erlassen.

### *Artikel 7j Absatz 3*

Die Auftragsvergabe nach dem Zufallsprinzip neutralisiert generelle, aus den Rahmenbedingungen des Gutachterwesens fliessende Abhängigkeits- und Befangenheitsbefürchtungen.<sup>105</sup> Damit kann den Versicherungsträgern nicht mehr eine ergebnisorientierte Auswahl der Sachverständigen vorgeworfen werden. Nicht einzelfallbezogene Bedenken werden gegenstandslos, jedoch müssen sich die Beteiligten auch nach Einführung des Zufallsprinzips mit Einwendungen auseinandersetzen, die sich aus dem konkreten Einzelfall ergeben. Die versicherte Person kann also nach wie vor die Sachverständigen aus Gründen nach Artikel 36 Absatz 1 ATSG ablehnen. Der Versicherungsträger hat in diesem Fall zwar die Ausstandsgründe zu prüfen, ein Einigungsversuch ist jedoch nicht notwendig,<sup>106</sup> weil sonst eine ergebnisorientierte Auswahl der Sachverständigen etabliert würde. Dies soll das Zufallsprinzip gerade verhindern.<sup>107</sup>

### **Artikel 7k**

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

#### *Artikel 7k Absatz 1*

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

Artikel 7k Absatz 1 legt fest, dass der Versicherungsträger die versicherte Person mit der Ankündigung der Begutachtung über die Freiwilligkeit zu informieren hat.

#### *Artikel 7k Absatz 2*

Wenn die versicherte Person auf die Tonaufnahme des Interviews verzichten möchte, so hat sie dies wenn immer möglich bereits im Vorfeld der Begutachtung gegenüber dem Versicherungsträger schriftlich zu bestätigen. Die Versicherungsträger werden zu diesem Zweck mit der Ankündigung der Begutachtung ein entsprechendes Formular mitschicken, das die versicherte Person vor der Begutachtung ausgefüllt an den Versicherungsträger retourniert. Dieser nimmt die Verzichtserklärung zu den Akten und leitet sie an die Sachverständige oder den Sachverständigen weiter. Auf diese Weise ist gewährleistet, dass alle Beteiligten bereits

---

<sup>103</sup> Vgl. BGE 132 V 93 E. 6.5

<sup>104</sup> BBI 2017 2683

<sup>105</sup> Vgl. BGE 137 V 210 E. 2.4 237

<sup>106</sup> Vgl. BBI 2017 2683

<sup>107</sup> Vgl. BGE 139 V 349 E. 5.2.1 354

im Vorfeld der Begutachtung darüber informiert sind, ob das Interview aufgenommen und zu den Akten genommen wird oder nicht.

Die versicherte Person kann ihren Verzichtentscheid unter Umständen auch unmittelbar vor oder je nach Verlauf des Interviews auch erst nach Ende des Interviews treffen. In diesem Fall hat sie die Verzichtserklärung direkt bei der oder dem Sachverständigen zu unterzeichnen, und dieser leitet sie dann an den Versicherungsträger zuhanden der Akten weiter.

Falls der Verzicht im Rahmen eines bi- oder polydisziplinären Gutachtens erfolgt, muss aus der Erklärung klar hervorgehen, bei welchen Sachverständigen die versicherte Person auf die Tonaufnahme verzichtet hat.

#### *Artikel 7k Absatz 3*

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

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

#### *Artikel 7k Absatz 4*

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

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

#### *Artikel 7k Absatz 5*

Ein Gutachten wird in Zukunft nur verwertbar sein, wenn sowohl das Gutachten wie auch die Tonaufnahme des Interviews aktenkundig sind. Es ist deshalb sicherzustellen, dass die oder der Sachverständige im Anschluss an das Gutachten prüft, ob das Interview vollständig aufgenommen worden ist und ob es technisch einwandfrei wiedergegeben werden kann bzw. das gesprochene Wort der versicherten Person und der oder des Sachverständigen gut hörbar sind.

Damit soll sichergestellt werden, dass bei einem allfälligen Defekt oder einer unvollständigen resp. unzulänglichen Aufnahme bereits bei der oder dem Sachverständigen unter Einbezug und mit dem Einverständnis der versicherten Person eine Ergänzung oder allfällige Wiederholung des Interviews geregelt werden kann.

Der Versicherungsträger soll nach Eingang des Gutachtens und des Interviews davon ausgehen können, dass das Gutachten inklusive Interview vollständig und korrekt zu den Akten genommen werden kann.

### *Artikel 7k Absatz 6*

Es gilt der Grundsatz, dass die Tonaufnahme des Interviews zwischen der versicherten Person und der oder dem Sachverständigen neu ein integraler Bestandteil des Gutachtens darstellt. Damit die erhöhte Sorgfaltspflicht im Umgang mit diesen besonders schützenswerten Daten eingehalten wird, sollen die Tonaufnahmen nur im Einspracheverfahren nach Artikel 52 ATSG, im Vorbescheidverfahren nach Artikel 57a IVG, der Revision und der Wiedererwägung nach Artikel 53 ATSG, im kantonalen Beschwerdeverfahren nach den Artikeln 56 ff. ATSG und im Verfahren vor Bundesgericht nach 62 ATSG abgehört werden dürfen. So ist sichergestellt, dass die Tonaufnahme nur im Streitfall abgehört werden kann. Eine weitere Verwertung, insbesondere eine Auswertung der Tonaufnahme ist unzulässig. Bleibt das Gutachten unbestritten, so bleiben auch die Tonaufnahmen unbenutzt und damit auch geschützt vor Anhörungen durch Dritte.

### **Artikel 7l**

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

#### *Artikel 7l Absatz 1 Buchstabe a*

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

Die fachliche Fortbildung stellt eine Berufspflicht dar, die sich aus dem Facharztstitel ergibt. Entsprechend den dafür notwendigen Fortbildungsdiplomen lässt sich hier über das Ärzteverzeichnis der FMH<sup>108</sup> der Wissenstand zur aktuellen Praxis überprüfen.

#### *Artikel 7l Absatz 1 Buchstabe b*

Im Medizinalberuferegister (MedReg)<sup>109</sup> müssen aufgrund des revidierten Bundesgesetzes vom 23. Juni 2006<sup>110</sup> über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz) seit 1. Januar 2018 alle in der Schweiz tätigen universitären Medizinalpersonen verzeichnet werden. Das MedReg stellt den kantonalen Bewilligungsbehörden Informationen über die Diplome und Weiterbildungstitel aller in- und ausländischen Medizinalpersonen zur Verfügung, die in der Schweiz ihren Beruf ausüben. Damit unterstützt das MedReg die Kantone bei der Aufsicht über die Medizinalpersonen und stellt sicher, dass alle kantonalen Aufsichtsbehörden Zugang zu allen Bewilligungsdaten (inkl. allfälligen Disziplinar massnahmen) der anderen Kantone haben.

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

<sup>108</sup> Kann abgerufen werden unter: <https://doctorfmh.ch/>

<sup>109</sup> Kann abgerufen werden unter: <https://www.medregom.admin.ch/>

<sup>110</sup> SR 811.11

#### *Artikel 71 Absatz 1 Buchstabe c*

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

Voraussetzungen für die Erteilung einer Berufsausübungsbewilligung ist ein eidgenössisches oder eidgenössisch anerkanntes Arztdiplom sowie ein eidgenössischer oder eidgenössisch anerkannter Weiterbildungstitel. Ausländische Arztdiplome und Weiterbildungstitel aus dem EU-Raum müssen vor der Einreichung des Gesuchs durch die MEBEKO anerkannt werden. Mit dem Vorliegen einer kantonalen Berufsausübungsbewilligung ist sichergestellt, dass die kantonalen Behörden aus gesundheitspolizeilicher Sicht die Anforderungen an eigenverantwortlich tätige Ärztinnen und Ärzten überprüft haben. Damit haben die Versicherungsträger, aber auch die Versicherten die Gewähr, dass die Sachverständigen über die nötigen Qualifikationen verfügen und diese von einer Behörde geprüft und für gut befunden worden sind.

#### *Artikel 71 Absatz 1 Buchstabe d*

Neben der fachlich relevanten Aus-, Fort- und Weiterbildung sollen Sachverständige auch über klinische Erfahrungen verfügen. Entsprechend den Anforderungen an Vertrauensärzte in der OKP (vgl. Art. 57 KVG) sollen auch Sachverständige im Bereich der medizinischen Begutachtungen über mindestens fünf Jahre klinische Erfahrung in einer Arztpraxis oder in leitender spitalärztlicher Stellung verfügen. Damit soll sichergestellt werden, dass ein Bezug zur praktischen Tätigkeit als behandelnde Ärztin oder behandelnder Arzt besteht. Diese Anforderung werden die Sachverständigen im Rahmen ihres fachlichen Curriculums gegenüber den Versicherungsträgern zu belegen haben.

#### *Artikel 71 Absatz 2*

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

In der Schweiz stellt die Swiss Insurance Medicine (SIM) die interdisziplinäre Weiterentwicklung der Versicherungsmedizin sicher; sie bietet entsprechende Weiter- und Fortbildungen an. Die SIM, ein privatrechtlicher Verein, wurde 2004 von der FMH beauftragt, die Ausbildung medizinischer Gutachterinnen und Gutachter zu übernehmen. Sie bietet seither eine modular aufgebaute Gutachterausbildung an, die mit einem Zertifikat abgeschlossen wird. Die Module werden unter Einschluss von medizinischen Fachgesellschaftsvertreternden erarbeitet. Die frei verfügbaren zertifizierten Gutachter sind auf der Webseite der SIM einsehbar.<sup>111</sup>

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

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

<sup>111</sup> Kann abgerufen werden unter: <https://www.swiss-insurance-medicine.ch/de>

### **Artikel 7l Absatz 3**

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

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

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

### **Artikel 7l Absatz 4**

Neben der Erfüllung der fachlichen Anforderungen müssen die Sachverständigen und Gutachterstellen bereit sein, den Versicherungsträgern die notwendigen Unterlagen zuzustellen (Organigramme, Prozesse, Qualitätssicherungsmassnahmen etc.). Dies ist notwendig, damit die Versicherungsträger und Durchführungsorgane zum einen den Stand der Organisation und der Abläufe beurteilen und zum anderen die Unterlagen an die Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung (Art. 7n) zustellen können.

### **Artikel 7m**

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

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

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

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

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

## **Artikel 7n**

### **Artikel 7n Absatz 1**

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

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

### **Art. 7n Absatz 1 Buchstabe a-e**

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

Die Mehrzahl der Gutachten der Gutachterstellen erfolgen bi- und polydisziplinär. Aufgrund der Beteiligung von zwei oder mehr Sachverständigen und der damit verbundenen Konsensfindung ist deren Erstellung mit höheren Anforderungen verbunden. Da keine allgemein verbindlichen Anforderungen an die Struktur und Prozesse einer Gutachterstelle existieren, soll die Kommission auch Kriterien für die Zulassung der für die Sozialversicherungen tätigen Gutachterstellen und der Tätigkeiten definieren. Die Kommission wird entsprechende Kriterien zu verschiedenen Themen (z.B. Infrastruktur, Unabhängigkeit, fachlichen Anforderungen, Bewilligungen, Struktur, Fallführung, Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung) entwickeln. Die Anforderungen an die beruflichen Qualifikationen für medizinische Sachverständige werden in Zukunft vom Bundesrat geregelt (vgl. Art. 71 E-ATSV) und können von den Versicherten und Versicherungsträgern einfach überprüft werden.

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

### **Artikel 7n Absatz 2**

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

### **Artikel 7n Absatz 3**

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

Damit die Kommission ihren vielfältigen und anspruchsvollen Aufgaben nachkommen kann, wird sie auch auf die Unterstützung von externen Expertinnen und Experten für wissenschaftliche Forschungsarbeiten oder Evaluationen angewiesen sein. Die Berichte und Evaluationen dieser Expertinnen und Experten werden nicht selten die Grundlage für die Entscheide der Kommission darstellen. Buchstabe b von Absatz 4 sieht daher vor, dass die Kommission in der Geschäftsordnung den Beizug von externen Expertinnen und Expertinnen zur Erfüllung der erwähnten Aufgaben regelt.

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

#### *Artikel 7n Absatz 4*

Als zuständiges Departement wird das EDI die Geschäftsordnung genehmigen.

#### *Artikel 7n Absatz 5*

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

### ***Übergangsbestimmung***

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass heute alle Sachverständigen über einen Facharztstitel verfügen, während eine versicherungsmedizinische Weiterbildung heute noch nicht bei allen Sachverständigen vorliegt.

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

## **3.4 Verordnung vom 31. Oktober 1947 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung**

### ***Artikel 51 Absatz 5***

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

### ***Artikel 53 Absatz 1 erster Satz***

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

## **Neunter Abschnitt: Die Finanzhilfen zur Förderung der Altershilfe**

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

### **Artikel 222**

#### *Artikel 222 Titel, Absätze 1 und 3*

In diesem und den folgenden Artikeln wird der Begriff «Beiträge» durch «Finanzhilfen» ersetzt. Gemäss SuG schliesst «Beiträge» nämlich Finanzhilfen *und* Abgeltungen ein. Beiträge nach Artikel 101<sup>bis</sup> AHVG wiederum werden nur in Form von Finanzhilfen ausgerichtet.

#### *Artikel 222 Absatz 3*

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

### **Artikel 223**

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

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

#### *Artikel 223 Absatz 1*

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

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

#### *Artikel 223 Absatz 2*

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



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

#### **Artikel 223 Absatz 3**

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

#### **Artikel 223 Absatz 4**

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

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

#### **Artikel 224**

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

#### **Artikel 224 Absatz 1**

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

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

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

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

#### **Artikel 224 Absatz 2**

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

### **Artikel 224 Absatz 3**

Mit dieser neuen Bestimmung wird auf Verordnungsstufe eine Praxis konkretisiert, die in den bestehenden Verträgen bereits angewandt wird und in den Richtlinien des BSV seit 2017 vorgesehen ist. Die Einschränkung der finanziellen Beteiligung des Bundes auf die tatsächlich entstandenen Kosten entspricht dem SuG. Der Höchstsatz von 50 Prozent unterstreicht die subsidiäre Rolle des Bundes bei der Altershilfe. Besteht für den Bund ein besonderes Interesse an der Ausführung einer Aufgabe, die er selber nicht wahrnehmen kann, kann vom Höchstsatz von 50 Prozent abgewichen werden, wenn die unterstützte Organisation auf Grund ihrer Struktur und ihrer Ziele nur begrenzte Finanzierungsmöglichkeiten hat. Aktuell gilt eine solche Ausnahme für den Schweizerischen Seniorenrat (SSR). Der SSR, der im Rahmen der Umsetzung der Politischen Erklärung und des Internationalen Aktionsplans von Madrid über das Altern (2002)<sup>112</sup> gegründet wurde, vertritt die Anliegen der älteren Menschen in der Schweiz. Er übernimmt Aufgaben bei der Weiterentwicklung und Koordination von Organisationen, welche die Interessen älterer Menschen vertreten. Der SSR beruht fast ausschliesslich auf Freiwilligenarbeit. Abgesehen von den Mitgliederbeiträgen sind die Finanzierungsmöglichkeiten des Vereins, beispielsweise Dienstleistungserträge und Zuwendungen, sehr bescheiden.

### **Artikel 224<sup>bis</sup>**

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

### **Artikel 224<sup>bis</sup> Absatz 1**

Der Bundesrat legt den jährlichen Höchstbetrag zur Ausrichtung von Finanzhilfen an Altersorganisationen alle vier Jahre in einem Bundesratsbeschluss fest. Dabei kann der Bundesrat auch eine über vier Jahre schrittweise Anpassung des Höchstbetrags vorsehen, welche beispielsweise auf die Laufzeit der laufenden oder neu abzuschliessenden Subventionsverträge abgestimmt ist. Eine Neu Beurteilung der Situation und eine politische Entscheidung in regelmässigen Abständen sind durch die Veränderungen, die der Bereich der Altershilfe erfahren dürfte, gerechtfertigt. Gemäss dem Referenzszenario zur Bevölkerungsentwicklung des BFS<sup>113</sup>, wird die Zahl der über 65-Jährigen zwischen 2020 und 2035 um über 40 Prozent auf über 2,3 Millionen steigen. Es sind folglich eine stärkere Nachfrage nach Leistungen, insbesondere im hohen Alter, und ein grösserer Koordinationsbedarf zu erwarten. Die periodische Anpassung des Höchstbetrags folgt jedoch nicht automatisch der demografischen Entwicklung, sondern trägt den nachgewiesenen Bedürfnissen der Organisationen Rechnung, die noch von anderen Faktoren abhängen (z. B. veränderte Lebensgewohnheiten, technologische Entwicklung, Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung, andere Finanzierungsquellen).

Der anfängliche Höchstbetrag entspricht dem heutigen Betrag von 72 Millionen Franken (2020), zuzüglich einer Reserve von einer Million Franken als Spielraum bis zur Festsetzung des nächsten Betrags. Dieser Spielraum soll es insbesondere erlauben, auf mögliche zusätzliche Gesuche einzugehen, die vor dem Hintergrund neuer Problemstellungen von Organisationen eingereicht werden, die bislang keine Finanzhilfen erhielten.

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

---

<sup>112</sup> Vereinte Nationen, Zweite Weltversammlung über das Altern (2002): *Politische Erklärung und Internationaler Aktionsplan von Madrid über das Altern*. Kann abgerufen werden unter: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-fr.pdf>

<sup>113</sup> BFS (2020): *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz 2020–2050*. Kann abgerufen werden unter: [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Trouver des statistiques > Population > Evolution future.

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

#### **Artikel 224<sup>bis</sup> Absatz 2**

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

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

#### **Artikel 224<sup>bis</sup> Absatz 3**

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

#### **Artikel 224<sup>ter</sup>**

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

#### **Artikel 224<sup>ter</sup> Absatz 1**

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

und psychische Gesundheit)<sup>114</sup>. Prioritäre Aufgaben sind bei knappen Mitteln weniger stark zu reduzieren als weniger prioritäre Aufgaben. Die Prioritäten sind aber nicht so zu verstehen, dass zunächst gänzlich auf weniger prioritäre Aufgaben zu verzichten ist, bevor andere Aufgaben reduziert werden können.

#### *Artikel 224<sup>ter</sup> Absatz 2*

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

#### **Artikel 225**

##### *Artikel 225 Absätze 1 und 3–5*

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

##### *Artikel 225 Absatz 3*

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

### **3.5 Verordnung vom 18. April 1984 über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge**

#### **Artikel 4**

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

#### Beispiel:

Für die Invaliditätsgrade von 50 bis 69 Prozent entspricht die Rente neu einem Anteil in Prozenten der ganzen Rente, der mit dem Invaliditätsgrad übereinstimmt (vgl. neuer Art. 24a Abs. 2 BVG). Bei einem Invaliditätsgrad von beispielsweise 55 Prozent besteht daher Anspruch auf eine Rente in der Höhe von 55 Prozent einer ganzen Rente. Nutzt die teilinvalid Person ihre Restarbeitsfähigkeit weiterhin, ist sie im Fall einer unselbständigen Erwerbstätigkeit bereits ab einem Jahreseinkommen von 9'600 Franken (die Vorsorgeeinrichtung darf den effektiv ermittelten Betrag von 9'599.85 Franken in Anwendung der mathematischen Rundungsregeln aufrunden) obligatorisch in der beruflichen Vorsorge versichert, da sich die Eintrittsschwelle von aktuell 21'333 Franken um 55 Prozent reduziert. Der Koordinationsabzug von aktuell 24'885 Franken verringert sich um denselben Bruchteil auf gerundet 11'198 Franken (effektiv: 11'198.25 Fr.), womit der koordinierte Lohn, auf dem die Beiträge in die berufliche Vorsorge entrichtet werden, zugunsten der betroffenen Person erhöht wird.

---

<sup>114</sup> Gasser, Nadja / Knöpfel, Carlo / Seifert, Kurt (2015): *Erst agil, dann fragil. Übergang vom «dritten» zum «vierten» Lebensalter bei vulnerablen Menschen*. Zürich.

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

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

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

### **3.6 Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung**

#### **Artikel 35**

Versicherte Personen mit einem im Anhang der GgV-EDI (vgl. Kap. 3.9) aufgelisteten Geburtsgebrechen haben Anspruch auf Leistungen der OKP, wenn sie entweder die versicherungsmässigen Voraussetzungen der IV nicht erfüllen (Art. 6 und Art. 9 Abs. 3 IVG)<sup>115</sup> oder wenn sie das 20. Altersjahr vollendet haben. Allgemein gilt, dass die OKP bei Geburtsgebrechen, die nicht durch die IV gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit nach Massgabe des KVG übernimmt (Art. 27 KVG). Konkret werden folgende Leistungen von der OKP vergütet:

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

Bei der Kostenübernahme sind die Bestimmungen des KVG massgebend, denn das KVG privilegiert die Geburtsgebrechen gemäss GgV gegenüber anderen Geburtsgebrechen und Krankheiten nicht (Art. 27 KVG). Dies gilt insbesondere für die Artikel 32 bis 34 KVG (Voraussetzungen und Umfang der Kostenübernahme) sowie die Artikel 43 bis 52a KVG (Tarife und Preise). Mit der Revision von Artikel 52 Absatz 2 KVG besteht grundsätzlich auch keine Sonderbestimmung mehr für Geburtsgebrechen. Der revidierte Artikel 52 Absatz 2 KVG hält in Bezug auf Arzneimittel fest, dass die OKP bei Geburtsgebrechen grundsätzlich auch Kosten der auf der GG-SL gelisteten Arzneimittel übernimmt. Bei Kindern kommt die OKP zum Zug, wenn eine versicherte Person die versicherungsmässigen Voraussetzungen der IV nicht erfüllt. Bei Erwachsenen kann es sich dabei sowohl um versicherte Personen handeln,

<sup>115</sup> Vgl. BGE 126 V 103, E. 3 und 4

die im Kindesalter von der IV medizinische Massnahmen vergütet erhielten, als auch um versicherte Personen, deren Behandlung des Geburtsgebrechens erst im Erwachsenenalter beginnt. Letzteres kann beispielsweise der Fall sein, wenn bis zum 20. Altersjahr keine Behandlung erforderlich war, das Geburtsgebrecben noch nicht als solches diagnostiziert worden ist oder aber im Kindesalter der betroffenen Person noch keine geeignete Therapiemöglichkeit (z.B. Arzneimittel) zur Verfügung stand. In allen Fällen richtet sich die Kostenübernahme der Leistungen nach Massgabe des Leistungsrechts der OKP, unabhängig davon, ob und gegebenenfalls welche medizinischen Massnahmen im Kindesalter der versicherten Person durch die IV vergütet worden sind. Namentlich können auch bezüglich Arzneimittel der GG-SL für Erwachsene spezifische Auflagen, Bedingungen und Limitierungen angezeigt sein (vgl. Ausführungen zu Art. 3<sup>sexies</sup> Abs. 1 E-IVV und Art. 65 Abs. 1<sup>bis</sup> E-KVV).

Die Leistungen, die vor Erreichen der Altersgrenze durch die IV vergütet werden, werden von der OKP nach Massgabe der Bestimmungen des KVG (und der dazugehörigen Verordnungen) übernommen. Gemäss Artikel 35 E-KVV sorgt das EDI dafür, dass die von der IV anerkannten medizinischen Massnahmen bei Geburtsgebrecben in die Listen und Erlasse zur Bezeichnung der Leistungen aufgenommen werden. Dies gilt insbesondere für alle Leistungen, die in abschliessend geführten Positivlisten aufgeführt sind, also für Analysen, Mittel und Gegenstände, Arzneimittel, Leistungen der medizinischen Prävention, Pflegeleistungen, zahnärztliche Leistungen (vgl. auch Art. 19a KLV) sowie Leistungen der nichtärztlichen Leistungserbringer. Da bei den Leistungen in den Positivlisten grundsätzlich das Antragsprinzip gilt, was bedeutet, dass das EDI grundsätzlich nur auf Antrag interessierter Personen eine Aufnahme in die Positivlisten prüft, sorgt das EDI im Rahmen der von der IV anerkannten Geburtsgebrecben von sich aus aktiv dafür, die Listen aktuell zu halten. Im Bereich der Arzneimittel gilt zwar grundsätzlich weiterhin das Antragsprinzip der Zulassungsinhaberin, eine Koordination wird aber dadurch sichergestellt, dass grundsätzlich sowohl die IV als auch die OKP die Arzneimittel der SL sowie der GG-SL vergüten (vgl. Art. 3<sup>novies</sup> E-IVV und Art. 52 Abs. 2 KVG). Die ärztlichen und chiropraktischen Leistungen, die von der IV übernommen worden sind, werden nach Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze nach Massgabe der für die OKP bestehenden Regelungen übernommen, d.h. von der OKP im Rahmen des Vertrauensprinzips weiterhin vergütet. Die Leistungen im Vertrauensprinzip können indes bestritten werden. Das heisst, die Akteure des Gesundheitswesens haben die Möglichkeit, die generelle Leistungspflicht infrage zu stellen und können das EDI bzw. BAG ersuchen abzuklären, ob die WZW-Kriterien erfüllt sind. Die Abklärungen resultieren in einem Entscheid des EDI, der festlegt, ob und unter welchen Voraussetzungen eine bisher im Vertrauensprinzip vergütete Leistung weiterhin zu Lasten der OKP vergütet wird. Aus Artikel 35 E-KVV können somit keine unmittelbaren Ansprüche auf Leistungen abgeleitet werden, aber die Koordination zwischen Krankenversicherung und IV soll gewährleistet werden. Somit ist Artikel 35 E-KVV Ausdruck dafür, dass ein möglichst lückenloser Übergang von der IV in die OKP angestrebt wird, die KVG-rechtlichen Bestimmungen aber massgebend bleiben (bspw. Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit, Kostenbeteiligung der Versicherten etc.).

Leistungspflicht der OKP für logopädische Massnahmen:

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

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

### **Artikel 65 Absatz 1<sup>bis</sup>**

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

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

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

Der neue Artikel 65 Absatz 1<sup>bis</sup> E-KVV ist auch relevant bei Indikationserweiterungen und Indikationseinschränkungen bei Arzneimitteln zur Behandlung eines in der GgV-EDI (vgl. Kap. 3.9) aufgeführten Geburtsgebrechens.

Wird ein Gesuch um eine Indikationserweiterung nach Artikel 65f KVV gestellt wird, kann es sein, dass das Arzneimittel die Voraussetzungen für eine Listung in der GG-SL nach Artikel 3<sup>sexies</sup> Absatz 2 E-IVV nicht mehr erfüllt. Dies ist namentlich dann der Fall, wenn die neue Indikation eine Behandlung eines Leidens beinhaltet, das kein Geburtsgebrecchen ist. In diesem Fall wird im Rahmen des Entscheides über die Indikationserweiterung (Verfügung nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968<sup>116</sup> über das Verwaltungsverfahren [VwVG]) sowohl die Streichung des Arzneimittels aus der GG-SL wie auch die Aufnahme in die SL verfügt.

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

Zu entsprechenden Verfügungen zur Umteilung eines Arzneimittels in die andere Liste (SL resp. GG-SL) kann es sodann auch kommen, wenn sich die Geburtsgebrecchenliste im Anhang der Verordnung des EDI über Geburtsgebrecchen (GgV-EDI) ändert und sich ein Arzneimittel aus diesem Grund nicht mehr auf der einschlägigen Liste (SL resp. GG-SL) befindet.

---

<sup>116</sup> SR 172.021

## **Übergangsbestimmung**

### **Übergangsbestimmung Absatz 1**

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

### **Übergangsbestimmung Absatz 2**

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

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

### **Übergangsbestimmung Absatz 3**

Die OKP vergütet nebst den Arzneimitteln der SL auch die auf der GG-SL aufgeführten Arzneimittel (Art. 52 Abs. 2 revidiertes KVG). Die GGML als Liste der OKP für Arzneimittel, die den Versicherten der IV wegen ihres Geburtsgebrechens bis zu ihrem 20. Altersjahr vergütet worden sind und die die Versicherten ab diesem Zeitpunkt weiterhin benötigen, wird durch die Neuregelung obsolet (vgl. Ausführungen zu Art. 65 Abs. 1<sup>bis</sup> E-KVV). Die Überführung der bisher in der GGML gelisteten Arzneimittel in die SL oder in die GG-SL erfolgt im Rahmen der Überprüfung der Aufnahmebedingungen alle drei Jahre nach Artikel 65d KVV. Die GGML wird mit rechtskräftigem Abschluss sämtlicher überprüfter Arzneimittel aufgehoben. Dies bedeutet, dass in einer Übergangsphase GGML, GG-SL sowie SL geführt werden.

Vergütung von Diät-/Spezialnahrungsmitteln durch IV und OKP:

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

Im Rahmen der OKP wurden Diätmittel bisher auf die GGML (ebenfalls ohne Festsetzung eines Preises) aufgenommen, obwohl Diätmittel im Gegensatz zu den sonst in der SL und GGML gelisteten Arzneimitteln keine Arzneimittel gemäss Bundesgesetz vom 15. Dezember 2000<sup>117</sup> über Arzneimittel und Medizinprodukte (HMG) darstellen und nicht über eine Swissmedic-Zulassung verfügen. Bei Diätmitteln handelt es sich um Lebensmittel gemäss Bundesgesetz vom 20. Juni 2014<sup>118</sup> über Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände (LMG) (Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke, FSMP) oder Medizinprodukte gemäss HMG. Daher sind Diätmittel zukünftig nicht mehr in die Arzneimittellisten aufzunehmen. Auch mit der Aufhebung der GGML bleibt die Vergütung von Diätmitteln durch die OKP jedoch grundsätzlich gewährleistet. Zu diesem Zweck werden die Diätmittel neu in der MiGeL geregelt, dies namentlich im Rahmen eines Verweises auf das KSME des BSV. Hierbei kommen grundsätzlich auch die Voraussetzungen der OKP (insb. die WZW-Kriterien) zur Anwendung. Beispielsweise werden eiweissarme Spezialnahrungsmittel nicht durch die OKP vergütet, weil erwachsene Personen in der Lage sind, eine ausgewogene Ernährung sicherzustellen, ohne auf eiweissarme Speziallebensmittel zurückgreifen zu müssen.

---

<sup>117</sup> SR 812.21

<sup>118</sup> SR 817.0



### **3.7 Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung**

#### **Artikel 53 Absätze 1,3 und 4**

Entsprechend dem neuen Artikel 45 Absatz 3<sup>bis</sup> UVG wird die Liste der Auskunftspflichtigen um die IV-Stelle ergänzt.

#### **Artikel 56**

Mit der Einführung der Versicherung von Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG wird die IV-Stelle Partei im Verfahren der Unfallversicherung und ist deshalb zur Datenbekanntgabe verpflichtet. Der Umfang der Bekanntgabe wird in Artikel 56 präzisiert und die Liste der Betroffenen um die IV-Stelle erweitert.

#### **Artikel 72**

##### **Artikel 72 Absatz 1**

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

##### **Artikel 72 Absatz 2**

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

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

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

#### **Artikel 132**

##### **Artikel 132 Absatz 1**

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

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

##### **Artikel 132 Absatz 2**

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

#### **Artikel 132a**

##### **Artikel 132a Absatz 1**

Der versicherte Verdienst nach Artikel 11 Absatz 3 IVG im Sinne von Artikel 15 Absatz 2 UVG entspricht nicht der Lohnsumme nach Artikel 132d E-UVV, sondern dem im Fall eines

Unfalls massgebenden Lohn. Dieser dient als Grundlage für die Bemessung der Geldleistungen der Unfallversicherung.

Die Höhe des Taggeldes der Unfallversicherung entspricht im Unfallfall dem zuvor bezogenen Taggeld der IV, deshalb muss zur Berechnung des versicherten Verdienstes das ausgerichtete Taggeld auf 100 Prozent hochgerechnet werden.

#### **Artikel 132a Absatz 2**

Die Berechnungsmodalitäten nach Artikel 23 Absatz 6 UVV gelten auch für Personen, die weder einen Anspruch auf ein Taggeld der IV noch auf eine Rente der IV haben.

#### **Artikel 132a Absatz 3**

Die IV-Stelle meldet den Unfall der Suva. Die Meldung beinhaltet unter anderem die notwendigen Angaben zum versicherten Verdienst.

### **Artikel 132b**

#### **Artikel 132b Absatz 1**

Für Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG, die weder Anspruch auf ein Taggeld der IV noch auf eine Rente der IV haben, wird für die Bemessung der Taggelder auf den in Artikel 132a Absatz 2 E-UVV bestimmten versicherten Verdienst verwiesen.

#### **Artikel 132b Absatz 2**

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

#### **Artikel 132b Absatz 3**

Für Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG, die weder Anspruch auf ein Taggeld der IV noch auf eine Rente der IV haben, wird für die Bemessung der Renten auf den in Artikel 132a Absatz 2 E-UVV bestimmten versicherten Verdienst verwiesen.

### **Artikel 132c**

#### **Artikel 132c Absatz 1**

Für die obligatorisch versicherten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wird die Leistung nach ihrer wiedererlangten Arbeitsfähigkeit abgestuft (Art. 25 Abs. 3 UVV). Für die UV IV wird keine Abstufung der Leistung vorgesehen. Es besteht kein Anspruch auf das Taggeld der Unfallversicherung mehr, wenn die Massnahme der IV wiederaufgenommen wird oder werden könnte, wobei über einen darauffolgenden allfälligen Anspruch auf ein Taggeld der IV nach den Regeln der IV entschieden wird.

#### **Artikel 132c Absatz 2**

Nach Artikel 17 Absatz 4 UVG entspricht das Taggeld der Unfallversicherung dem Nettotaggeld der IV. Das Kindergeld nach Artikel 23<sup>bis</sup> IVG muss dementsprechend noch zum Taggeld der Unfallversicherung hinzugerechnet werden.

### **Artikel 132d**

In der Versicherung von Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG sind verschiedene Versichertenkreise auszumachen, die sich auch in der Prämienberechnung unterschiedlich niederschlagen.

#### **Artikel 132d Absatz 1**

Für Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG, die ein Taggeld der IV beziehen, werden die Prämien in Promillen des versicherten Verdiensts erhoben.

#### *Artikel 132d Absatz 2*

Für Personen nach Artikel 1a Absatz 1 Buchstabe c UVG, die eine Rente der IV beziehen, berechnet sich die Prämien auf der Höhe der Rente. Dabei ist festzuhalten, dass die Unfallversicherung kein Taggeld bezahlt. Dies ist in der Prämienberechnung zu berücksichtigen.

#### *Artikel 132d Absatz 3*

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

#### *Artikel 132d Absatz 4*

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

#### *Artikel 132d Absatz 5*

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

#### *Artikel 132d Absatz 6*

Die IV wird in Artikel 66a Absatz 3 IVG verpflichtet, der Suva die zur Risikoanalyse erforderlichen Personendaten in anonymisierter Weise zur Verfügung zu stellen. Die Suva ihrerseits hat darüber eine Risikostatistik zu führen, die als Risikoerfahrung in die Berechnung der Prämien einfließen kann (vgl. Absatz 4). Diese Lösung entspricht dem Verfahren in der UVAL.

### **3.8 Verordnung vom 31. August 1983 über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung**

#### ***Artikel 120a***

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

#### ***Artikel 120a Absatz 1***

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

#### ***Artikel 120a Absatz 2***

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

#### ***Artikel 120a Absatz 3***

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

#### ***Artikel 120a Absatz 4***

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

### 3.9 Verordnung des EDI über Geburtsgebrechen

#### **Artikel 1**

Die GgV wird aufgehoben und neu als Departementsverordnung (GgV-EDI) ausgestaltet. Die Kriterien zur Aufnahme eines Geburtsgebrechens in die Geburtsgebrechenliste werden neu ausführlich auf Stufe der IVV geregelt (vgl. Art. 3 Abs. 1 bis 5, 3<sup>bis</sup>, 3<sup>ter</sup> E-IVV). Da die Verordnung als Departementsverordnung neu durch das EDI geändert werden kann, kann das EDI nun auch Gebrechen, welche Kosten von mehr als 3 Millionen Franken verursachen, in eigener Kompetenz als Geburtsgebrechen im Sinne der IV anerkennen. Dies ist von Amtes wegen oder aufgrund eines Antrages, der von jedermann mittels eines vom BSV publizierten Formulars gestellt werden kann, möglich.

#### **Artikel 2**

Die GgV-EDI soll gleichzeitig mit der Änderung der IVV auf den (Beschlussdatum der neuen IVV) in Kraft treten.

#### **Anhang**

Im Anhang der GgV-EDI findet sich die Liste der Geburtsgebrechen. Die Änderungen der Liste sind im Anhang des vorliegenden Berichtes in tabellarischer Form erläutert.

## 4. Finanzielle und personelle Auswirkungen

Im Folgenden wird dargestellt, inwieweit die finanziellen und personellen Auswirkungen der Vorlage zu den Ausführungsbestimmungen der WE IV von den Auswirkungen abweichen, die im Zusammenhang mit der Vorlage zur WE IV (Gesetzesrevision) ausgewiesen worden sind.<sup>119</sup>

### 4.1 Auswirkungen auf den Bund

#### **a) Finanzielle Auswirkungen**

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

#### **Individuelle Prämienverbilligungen**

Der Bund leistet im Bereich der OKP einen Beitrag an die individuelle Prämienverbilligung in der Höhe von 7,5 Prozent der Bruttokosten der OKP (Art. 66 Abs. 2 KVG). Mit dieser Vorlage werden die Einsparungen des Bundes beim Beitrag an die individuellen Prämienverbilligungen geringer ausfallen und nun weniger als 1 Million Franken betragen. Dies deshalb, weil bei der OKP die vorgesehenen Einsparungen weniger hoch als geplant ausfallen und noch 9 Millionen Franken betragen werden (vgl. Kap. 3.3.).

#### **Ausserparlamentarische Kommission zur Qualitätssicherung der medizinischen Begutachtung**

Die vom Parlament neu geschaffene ausserparlamentarische Kommission zur Qualitätssicherung der medizinischen Begutachtung soll beim EDI, und die für die Betreuung der Geschäfte vorgesehene Fachstelle (Sekretariat, Art. 8<sup>bis</sup> RVOV) soll beim BSV angesiedelt werden. Entsprechend wird das BSV für die Finanzierung dieser ausserparlamentarischen Kommission zuständig sein (Art. 8e Abs. 2 Bst. j und k RVOV).

<sup>119</sup> Für die Auswirkungen auf die IV vgl. BSV (2020): *Finanzielle Auswirkungen (Weiterentwicklung der IV) im Jahr 2030*. Kann abgerufen werden unter: <https://www.parlament.ch/centers/documents/de/finanzielle-auswirkungen-weiterentwicklung-iv-2030-d.pdf>

In Anbetracht des hohen Fachwissens der künftigen Kommissionsmitglieder und des Umstandes, dass die Kommission wichtige Entscheide im Bereich der Qualitätssicherung treffen soll, ist die Kommission in die Entschädigungskategorie G2 nach Artikel 8n Absatz 1 Buchstabe b RVOV einzuteilen. Den Mitgliedern wird damit ein Taggeld von 400 Franken zustehen. Bei circa fünf bis sechs Sitzungen pro Jahr werden sich somit Kosten von rund 35'000 Franken für die Entschädigung der Mitglieder ergeben.

Die Kommission wird im Rahmen ihrer Tätigkeit auch fachliche Aspekte der Qualitätssicherung wissenschaftlich erarbeiten und untersuchen müssen. Zudem soll sie die Ergebnisse von medizinischen Gutachten überprüfen und evaluieren, um Aussagen über die Qualität der Gutachten in den Sozialversicherungen machen zu können. Hierzu wird die Kommission Forschungsaufträge an externe wissenschaftliche Expertinnen und Experten oder Institute vergeben müssen. Für diese Forschungsaufträge sind je nach Mandat mit zusätzlichen Kosten von etwa 100'000 Franken pro Jahr zu rechnen.

## **b) Personelle Auswirkungen**

Die mit der Botschaft zur WE IV ausgewiesenen personellen Ressourcen umfassen 6,3 VZÄ für das BSV, wofür die entsprechenden Mittel im Rahmen der Gesamtbeurteilung Ressourcen im Personalbereich 2020 durch den Bundesrat genehmigt und im Voranschlag 2021 (3 VZÄ) sowie in den Finanzplänen (6,3 VZÄ) eingestellt worden sind, und zwei VZÄ für die bei der ZAS angesiedelte IV-Stelle für Versicherte im Ausland (werden im Rahmen des Voranschlags 2022 durch die ZAS budgetiert). Sämtliche Stellen (8,3 VZÄ) werden vom IV-Ausgleichsfonds finanziert und sind somit haushaltsneutral.

Zusätzlich zu den mit der Botschaft der WE IV vorgesehenen Stellen in der Bundesverwaltung werden gemäss aktuellem Kenntnisstand des EDI weitere acht Stellen benötigt werden. Einerseits sollen für das Kompetenzzentrum Arzneimittel im BAG vier VZÄ geschaffen werden, wovon eine bis Ende 2024 befristet sein wird. 0,25 Stellen werden mittels Gebühren finanziert werden. Die Aufwendungen für diese Stellen und die nicht durch Gebühren gedeckten Aufwände des BAG werden vom IV-Ausgleichsfonds übernommen und haben somit keine Mehrbelastung für den Bund zur Folge. Andererseits soll die Fachstelle (Sekretariat, Art. 8<sup>bis</sup> RVOV) der erwähnten ausserparlamentarischen Kommission soll administrativ beim BSV angesiedelt werden. Sie wird juristische und versicherungsmedizinische Grundlagen zur Sicherstellung der Qualität in der medizinischen Begutachtung für die Kommission erarbeiten, Qualitätsbeurteilungen bzw. Studien zu diesen Themen betreuen und konkrete Überprüfungen von Gutachterstellen vornehmen. Entsprechend ist es wichtig, dass sie, wie die Kommission, sowohl organisatorisch als auch finanziell unabhängig und ohne Beeinflussung durch Interessengruppen arbeiten kann. Aufgrund der grossen Bandbreite der Aufgaben und den fachlichen Anforderungen wird sie mit mindestens vier VZÄ ausgestattet werden. Die Stellen werden nicht durch den IV-Ausgleichsfonds finanziert.

Der tatsächliche Mehrbedarf bezüglich der ausserparlamentarischen Kommission und des Kompetenzzentrums Arzneimittel sowie dessen Finanzierung werden nochmals geprüft werden und dem Bundesrat mittels Ressourcenantrag zur Genehmigung vorgelegt.

Die nachstehende Tabelle zeigt alle benötigten Stellen im Überblick:

	2021	2022	2023	2024
In Botschaft WEIV ausgewiesener Mehrbedarf				
<b>BSV</b> (Mittel in Voranschlag 2021 und Finanzplan eingestellt)	3	6,3	6,3	6,3
<b>ZAS</b> (Mittel noch nicht eingestellt)	-	2	2	2
Schätzung zusätzlicher Mehrbedarf, Mittel noch nicht eingestellt				
<b>Ausserparlamentarische Kommission</b> (BSV)	-	4	4	4
<b>Kompetenzzentrum Arzneimittel</b> (BAG)	-	4	4	4
<b>Total Mehrbedarf VZÄ</b>	3	16,3	16,3	16,3

## 4.2 Auswirkungen auf die IV

### a) Massnahmen der Weiterentwicklung der IV

#### *Auswirkungen im Überblick*

Die Weiterentwicklung der IV soll insgesamt kostenneutral ausfallen. Infolge der parlamentarischen Beratung werden die Einsparungen im Jahr 2030 rund 3 Millionen Franken betragen (Stand Finanzhaushalt 2020). Aufgrund der Verordnungsanpassungen wird sich diesbezüglich nur wenig ändern: Berücksichtigt man die geplanten Massnahmen auf Verordnungsstufe, ergeben sich im Jahr 2030 Einsparungen von rund 4 Millionen Franken (vgl. Tabelle).

#### **Tabelle: Finanzielle Auswirkungen auf die IV im Jahr 2030**

In Millionen Franken zu Preisen von 2020

	Stand Beschluss des Parlaments vom 19.6.2020	Abweichungen aufgrund Verordnungsanpassungen	Total Auswirkungen
<b>Medizinische Massnahmen</b>	21	-21	0
<b>Rentensystem</b>	3	9	12
<b>Übrige Massnahmen</b>	-27	0	-27
<b>Total WE IV</b>	<b>-3</b>	<b>-12</b>	<b>-15</b>
<b>Massnahmen ohne Bezug zur WE IV</b>	0	11	11
<b>Total alle Massnahmen</b>	<b>-3</b>	<b>-1</b>	<b>-4</b>

Nachstehend werden die Abweichungen aufgrund der Verordnungsanpassungen näher erläutert:

#### **Medizinische Massnahmen**

Die Anpassungen im Bereich der medizinischen Massnahmen werden insgesamt kostenneutral sein. Die Abweichung vom Beschluss des Parlaments in der Höhe von 21 Millionen Franken ergibt sich aufgrund der folgenden, auf Verordnungsstufe vorgenommenen Änderungen:

- Die Aktualisierung der Geburtsgebrechen-Liste wird zu geringeren Mehrkosten bei der IV führen als ursprünglich ausgewiesen. Die Mehrkosten werden anstelle von rund 40 nur noch 18 Millionen Franken betragen, was einer Entlastung von 22 Millionen Franken entspricht. Dabei handelt es sich um eine Schätzung, da statistische Daten zum Teil fehlen.
- Bei den medizinischen Eingliederungsmassnahmen wurde aufgrund der Erhöhung der Altersgrenze bisher mit Mehrkosten in der Höhe von 5 Millionen Franken gerechnet. Aufgrund der geplanten Präzisierung auf Verordnungsstufe bei der Geltendmachung des An-

spruchs auf diese Massnahme wird es möglich sein, diese 5 Millionen Franken zu kompensieren. Daraus ergibt sich gegenüber dem Beschluss des Parlaments eine Entlastung von 5 Millionen Franken.

- Die Einführung eines vom IV-Ausgleichsfonds finanzierten Kompetenzzentrums Arzneimittel wird Mehrkosten von etwas mehr als einer halben Million Franken zur Folge haben.
- Die Einführung der Fallführung bei den medizinischen Massnahmen bedingt die Aufstockung des Stellenbestands bei den IV-Stellen um 30 VZÄ. Dies hat Mehrkosten von rund 5 Millionen Franken zur Folge.

### ***Rentensystem***

Mit der Einführung des stufenlosen Rentensystems sollen die Regelungen zur Invaliditätsbemessung umfassend überarbeitet werden. Mit der konsequenten Parallelisierung bei den Unselbständigerwerbenden und der Anrechnung eines Aufgabenbereiches bei allen Teilerwerbstätigen sind leicht höhere Renten zu erwarten. Die Berücksichtigung eines Berufsabschlusses nach dem Berufsbildungsgesetz bei der Festlegung des Einkommens ohne Invalidität, der Wegfall der Möglichkeit einer Parallelisierung bei den Selbständigerwerbenden und der neue Teilzeitabzug anstelle des bisherigen leidensbedingten Abzuges dürften dagegen zu einer leichten Senkung der Renten führen. Die Höhe der finanziellen Auswirkungen in diesem Zusammenhang lassen sich nicht genau beziffern. Die beiden Werte dürften sich allerdings in etwa die Waage halten.

Der Wegfall der Altersstufen beim Medianlohn für die Geburts- und Frühinvaliden wird bei den Neurenten zu jährlichen Mehrkosten für die IV in der Höhe von gut 1 Million Franken führen. Hinzu kommen Kosten für die Überführung der laufenden Renten von schätzungsweise 6 Millionen Franken im Jahr der Umstellung, sinkend um je 1 Million in den Folgejahren. Die jährlichen Mehrkosten aus Neurenten und dem überführten Rentenbestand werden 7 Millionen Franken betragen.

Die konsequente Berücksichtigung der leidensbedingten Einschränkungen im Rahmen der Festlegung der funktionellen Leistungsfähigkeit wird zu einem Mehraufwand für den RAD führen. In diesem Zusammenhang werden deshalb zehn bis zwölf VZÄ nötig werden, was zu leichten Mehrkosten in der Höhe von rund 2 Millionen Franken pro Jahr führen wird.

Die Verordnungsänderungen im Bereich des Rentensystems ergeben somit gegenüber dem Beschluss des Parlaments Mehrkosten in der Höhe von 9 Millionen Franken.

## **b) Massnahmen ohne Bezug zur Weiterentwicklung der IV**

### ***Verwaltungskosten***

Die Anpassungen im Bereich der Verwaltungskosten werden keine finanziellen Auswirkungen haben.

### ***Assistenzbeitrag***

Die Kosten der Erhöhung der Nachtpauschale werden 10 Millionen Franken betragen, und die Flexibilisierung der Beratungsleistungen wird rund 1 Million Franken im Jahr kosten.

### ***Reisekosten***

Die Anpassungen im Bereich der Reisekosten werden zu geringfügigen Mehrkosten führen.

## **4.3 Auswirkungen auf andere Sozialversicherungen**

Die Einsparungen bei der OKP fallen tiefer aus als bisher angenommen. Sie werden rund 9 Millionen Franken betragen. Dies hat mehrere Gründe: Da die Arbeiten zur Aktualisierung der Geburtsgebrechen-Liste erst im Hinblick auf diese Vorlage erfolgt sind, wurde erst jetzt deutlich, dass ein Teil der Einsparungen nicht bei der OKP, sondern bei den Kantonen anfallen wird. Zudem haben die in dieser Vorlage vorgesehenen Regelungen bei der Geburtsgebrechen-Liste und den medizinischen Eingliederungsmassnahmen geringere Einsparungen bei der OKP zur Folge.

Für die EL werden die geplanten Anpassungen bei der Invaliditätsbemessung bei Frühinvaliden Einsparungen in der Höhe von rund 3 Millionen Franken zur Folge haben.

#### **4.4 Auswirkungen auf Kantone**

Die Auswirkungen der Aktualisierung der Geburtsgebrechen-Liste wurden in der Botschaft zur WE IV nicht aufgezeigt, da die diesbezüglichen Arbeiten noch ausstehend waren. Weil sich die Kantone zu 55 Prozent an den Kosten für stationäre Massnahmen beteiligen, werden sich infolge der vorgeschlagenen Anpassung der Geburtsgebrechen-Liste Einsparungen für die Kantone von rund 9 Millionen Franken pro Jahr ergeben.

#### **4.5 Ergebnis des RFA Quick-Checks**

Der Quick-Check zur Regulierungsfolgenabschätzung (RFA) hat gezeigt, dass die auf Gesetzesstufe beschlossenen und in den vorliegenden Verordnungen konkretisierten Massnahmen für die Unternehmen und Betriebe keine Auswirkungen haben oder eine administrative und finanzielle Erleichterung bedeuten. Die Vorlage hat weder für bestimmte Branchen besondere Auswirkungen noch schafft sie neue oder stärkere Handlungspflichten für Unternehmen. Es werden keine Auswirkungen auf die Gesamtwirtschaft erwartet. Die finanziellen Auswirkungen dieser Vorlage weichen nur geringfügig von den Angaben der Botschaft zur WE IV ab. Eine vertiefte RFA erübrigt sich.



## Anhang

**Tabelle: Gegenüberstellung Geburtsgebrechen-Liste in Anhang GgV (aktuell) und GgV-EDI (neu) mit Erläuterungen**

GgV (aktuell)	GgV-EDI (neu)	Erläuterungen
<b>I. Haut</b>		
101 Cicatrices cutaneae congenitae, sofern Operation notwendig ist	101 Angeborene Hautdefekte inklusive Hautaplasien und amniotische Schnürfurchen, sofern die Korrektur nicht in einer einzigen Operation erfolgen kann	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieses Geburtsgebrechen (GG) wurde mit den Leiden gemäss Ziffer 112 ergänzt, da es sich um verwandte Leiden handelt.</li> <li>• Die Beschränkung auf mehrere Eingriffe stellt sicher, dass nur die schwerwiegenden Fälle unter diese Ziffer fallen.</li> </ul>
102 Pterygien und kutane Syndaktylien	102 Pterygien	Komplexe Syndaktylien werden neu unter Ziffer 177 subsumiert.
103 Angeborene Dermoidzysten der Orbita, der Nasenwurzel, des Halses, des Mediastinums und des Sacrums	103 Angeborene Dermoidzyste mit Ausdehnung in die Orbita oder mit intrakranieller Ausdehnung, sofern eine Operation notwendig ist	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die hier beschriebenen Dermoidzysten bereiten aufgrund ihrer Lage (orbitäre oder intrakranielle Ausdehnung) Schwierigkeiten bei ihrer Entfernung.</li> <li>• Obschon Dermoidzysten Teratomen entsprechen (Ziffer 486), werden diese, angesichts der Spezifität orbitärer Dermoidzysten, unter dieser Ziffer erfasst.</li> <li>• Die neue Nennung der Ausdehnung erfasst und ersetzt die bisher genannten Körperregionen.</li> </ul>
104 Dysplasia ectodermalis	104 Dysplasia ectodermalis	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
105 Angeborene blasenbildende Hautkrankheiten (Epidermolysis bullosa hereditaria, Acrodermatitis enteropathica und Pemphigus benignus familiaris chronicus)	105 Angeborene blasenbildende Hautkrankheiten, wie Epidermolysis bullosa hereditaria und Pemphigus benignus familiaris chronicus, sofern die Diagnose histologisch oder molekulargenetisch bestätigt wurde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Aufzählung wird mit der Ergänzung «wie» erweitert, um keine möglichen Krankheitsbilder auszuschliessen.</li> <li>• Um sicherzustellen, dass es sich wirklich um eines der hier beschriebenen Leiden handelt, erfolgt hier eine Ergänzung mit einer konkreteren Voraussetzung im Zusammenhang mit der Diagnosestellung.</li> </ul>

107 Angeborene ichthyosiforme Krankheiten und angeborene palmoplantare Keratosen	107 Angeborene ichthyosiforme Krankheiten und angeborene palmoplantare Keratosen	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
109 Naevus congenitus, sofern eine Behandlung wegen maligner Entartung notwendig ist oder wegen der Grösse oder Lokalisation eine einfache Excision nicht genügt	109 Naevus congenitus, sofern zur Entfernung mehrere Operationen oder eine Lasertherapie notwendig sind	Die Voraussetzung «mehrere Operationen oder eine Lasertherapie» entspricht inhaltlich der heutigen Formulierung «wegen der Grösse oder Lokalisation eine einfache Exzision nicht genügt».
110 Angeborene Hautmastocytosen (Urticaria pigmentosa und diffuse Hautmastocytose)	110 Angeborene Hautmastocytosen (Urticaria pigmentosa und diffuse Hautmastocytose exklusiv isolierten Mastozytom)	Ausschluss des isolierten Mastozytoms, das durch eine einmalige Operation entfernt werden kann und somit nicht den Kriterien im Sinne des neuen Artikel 13 Absatz 2 IVG entspricht.
111 Xeroderma pigmentosum	111 Xeroderma pigmentosum	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
112 Angeborene Hautaplasien, sofern Operation oder Spitalbehandlung notwendig ist		Diese Krankheit wird neu unter Ziffer 101 subsumiert.
113 Amastia congenita und Athelia congenita		Diese Fehlbildungen erfüllen die Kriterien im Sinne des neuen Artikel 13 Absatz 2 IVG nicht, da diese durch einfache operative Rekonstruktion bzw. Tätowierung behandelt werden. Amastie oder Athelie können im Rahmen eines Poland-Syndromes, welches zur Ziffer 190 gehört, auftreten. In solchen Fällen wird deren Behandlung unter der Ziffer 190 in Betracht gezogen.
<b>II. Skelett</b>		
<b>A. Systemerkrankungen des Skeletts</b>		
121 Chondrodystrophie (wie Achondroplasie, Hypochondroplasie, Dysplasia epiphysaria multiplex)	121 Chondrodystrophie wie Achondroplasie, Hypochondroplasie, Dysplasia epiphysaria multiplex	Die Ziffer wird unverändert übernommen.

122 Enchondromatose	122 Angeborene Hemihypertrophie/Hemiatrophie des Gesichts und/oder des Schädels, aber ohne progrediente Gesichtssymmetrien, wie hemimandibuläre Hyperplasie, hemimandibuläre Elongation, "condylar hyperplasia"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Enchondromatose wird neu unter Ziffer 124 eingeteilt.</li> <li>• Neu werden unter Ziffer 122 die Hemihypertrophien des Schädels eingeschlossen.</li> <li>• Bei den ausgeschlossenen progredienten Gesichtssymmetrien (wie hemimandibuläre Hyperplasie, hemimandibuläre Elongation, "condylar hyperplasia") handelt es sich um krankheitsbedingte Leiden. Es ist somit davon auszugehen, dass es sich dabei um eine Krankheit im Sinne von Artikel 17 Buchstabe f Ziffer 3 Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, SR 832.112.31) handelt. Im gleichen Sinne müssen Elongationen des Gesichtes in der Pubertät von den angeborenen Hemihypertrophien abgegrenzt werden, da bei diesen kaum unterschieden werden kann, ob es sich um ein GG oder um eine Krankheit handelt.</li> </ul>
123 Angeborene Dysostosen	123 Angeborene Dysostosen: 1. Kraniosynostosen, sofern Operation notwendig ist, und Kraniofaziale Dysostosen 2. Dysostosen mit vorwiegendem Befall des Achsenskeletts 3. Dysostosen mit vorwiegendem Befall der Extremitäten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Titel wird präzisiert. Künftig beinhaltet Ziffer 123 auch die Kraniosynostosen, die aktuell zur Ziffer 142 gehören. Diese werden jedoch nur als GG betrachtet, wenn eine Operation notwendig ist.</li> </ul>
124 Kartilaginäre Exostosen, sofern Operation notwendig ist	124 Disorganised development of skeletal components, wie angeborene kartilaginäre Exostosen, fibröse Dysplasie, Enchondromatose (exklusive isolierte Exostosen), angeborene Knochentumoren, sofern eine Operation notwendig ist	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Titel wird an die aktuelle Klassifikation/Terminologie angepasst und präzisiert.</li> <li>• Die Enchondromatose (Ziffer 122) sowie die fibröse Dysplasie (Ziffer 128) werden neu unter dieser Ziffer subsummiert, da beide zur gleichen Krankheitsgruppe gehören.</li> <li>• Die angeborenen Knochentumoren gehören ebenfalls zu dieser Kategorie.</li> </ul>

125 Angeborene Hemihypertrophien und andere Körperasymmetrien, sofern Operation notwendig ist	125 Angeborene Hemihypertrophien (exklusive Gesicht bzw. Schädel), sofern Operation notwendig ist	Diese Ziffer beinhaltet nur schwere Asymmetrien ausserhalb des Schädels/Gesichts. Angeborene Gesichtshemihypertrophie /-atrophie gehören neu zur Ziffer 122.
126 Osteogenesis imperfecta	126 Osteogenesis imperfecta und andere angeborene Krankheiten mit geringer Knochenmasse	Der Krankheitskreis wurde erweitert, um verwandte Krankheiten nicht auszuschliessen.
127 Osteopetrosis	127 Osteopetrosis und andere angeborene sklerosierende Krankheiten, wie Pyle-Krankheit (Metaphysäre Dysplasie), Camurati-Engelmann-Krankheit	Der Krankheitskreis wurde erweitert, um verwandte Krankheiten nicht auszuschliessen.
128 Fibröse Dysplasie		Die Fibröse Dysplasie wird neu unter Ziffer 124 subsummiert.
<b>B. Regionale Skelettfehlbildungen</b>		
<b>a. Kopf</b>		
141 Angeborene Schädeldefekte	141 Angeborene Schädeldefekte, wie Ossifikationsstörungen, sofern eine Operation notwendig ist	Gemeint sind hier in erster Linie Ossifikationsstörungen. Reine Weichteildefekte fallen nicht unter diese Ziffer.
142 Kraniosynostosen, sofern Operation notwendig ist		Die Kraniosynostosen fallen neu unter Ziffer 123.
143 Platybasie (basale Impression)		Die Platybasie entspricht einer Anomalie am kraniozervikalen Übergang und wird definiert als Abflachung der Schädelbasis, so dass der Basiswinkel am Schnittpunkt der Ebene von Clivus und vorderer Schädelgrube mehr als 135° beträgt. Bei diesem Krankheitsbild bestehen in der Regel keine Symptome oder neurologischen bzw. funktionellen Ausfälle. Aus diesem Grund wird die Platybasie gestrichen.

<b>b. Wirbelsäule</b>		
151...		Da die Ziffer heute schon keinen Inhalt hat, wird sie gestrichen.
152 Angeborene Wirbelmissbildungen (hochgradige Keilwirbel, Blockwirbel wie Klippel-Feil, aplastische Wirbel und hochgradig dysplastische Wirbel)	152 Angeborene Wirbelfehlbildungen (hochgradige Keilwirbel, Blockwirbel wie Klippel-Feil, aplastische Wirbel und hochgradig dysplastische Wirbel)	Der Terminus Missbildung wird durch den heute gebräuchlichen Terminus Fehlbildungen ersetzt.
<b>c. Rippen, Thorax, Schulterblätter</b>		
161 Costae cervicales, sofern Operation notwendig ist		Wenn Halsrippen behandelt werden, dann handelt es sich um einmalige und einfache Behandlungen. Funktionelle Nachkontrollen und ggfs. Physiotherapie begründen keine Beibehaltung dieser Ziffer.
162 Fissura sterni congenita	162 Fissura sterni congenita	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
163 Trichterbrust, sofern Operation notwendig	163 Angeborene Trichterbrust und kombinierte Thoraxwanddeformitäten, sofern eine Operation notwendig ist	Neu werden auch andere Thoraxfehlbildungen unter diese Ziffer subsumiert.
164 Hühnerbrust, sofern Operation oder Orthese notwendig sind		Die kielförmige Vorwölbung des Brustbeins bereitet keine gesundheitlichen Konsequenzen. Wenn diese behandelt wird, dann durch eine einfache und einmalige Operation.
165 Scapula alata congenita und Sprengelsche Deformität	165 Sprengel'sche Deformität	Das flügelartige Abstehen der Schulterblätter (Scapula alata) wird gestrichen, da dieses meistens ein Symptom einer anderen Erkrankung (z.B. Lähmung von Muskeln) darstellt.
166 Angeborene Torsion des Sternums, sofern Operation notwendig ist		Die angeborene Torsion des Sternums wird künftig unter die Ziffer 163 subsumiert, da diese meist mit Deformitäten des Brustkorbes in Verbindung steht.
167 Angeborene seitliche Thoraxwanddeformitäten, sofern Operation notwendig ist		Alleinige seitliche Thoraxdeformitäten sind sehr selten und ohne Krankheitswert. Einzig im Rahmen anderer Fehlbildungen sind diese von klinischer Bedeutung. Aus diesem Grund wird diese Ziffer unter 163 miterfasst.

<b>d. Extremitäten</b>		
170 Coxa vara congenita, sofern Operation notwendig ist		In der Regel wird die Coxa vara mit einer einzigen und einfachen Operation sowie entsprechenden Nachkontrollen behandelt. Auch wenn in gewissen Einzelfällen noch Reoperationen notwendig sind, erfüllt diese Ziffer die Kriterien im Sinne des neuen Artikel 13 Absatz 2 IVG nicht und wird deshalb gestrichen.
171 Coxa antetorta aut retortorta congenita, sofern Operation notwendig ist		Solche Achsenfehlstellungen haben in der Regel keinen Krankheitswert. Bis zum Ende des Wachstums kommt es häufig zur spontanen Normalisierung der Befunde. Nur bei einem kleinen Teil besteht dann die Notwendigkeit einer Therapie. Diese ist eine einfache Operation, die nur dann sinnvoll ist, wenn deutliche Beschwerden bestehen, was nur selten der Fall ist. Somit erfüllt die Ziffer die Kriterien des neuen Artikel 13 IVG nicht und wird deshalb gestrichen.
172 Angeborene Pseudarthrosen der Extremitäten	172 Angeborene Pseudarthrosen inklusive Pseudarthrosen als Folge einer Coxa vara congenita, sofern eine Operation notwendig ist	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obschon Pseudoarthrosen an der Tibia am häufigsten sind, wird die Tibia nicht spezifisch erwähnt, weil Pseudoarthrosen ebenfalls an anderen Extremitätenknochen (z.B. Ulna) vorkommen können. Des Weiteren werden Pseudoarthrose der Clavicula aus dieser Ziffer ausgeschlossen, weil die Clavicula nicht zu den Extremitäten gehört.</li> <li>• Da nicht alle Pseudoarthrosen einer Behandlung bedürfen, ist das Kriterium der Notwendigkeit einer Operation erforderlich.</li> </ul>
174...		Da die Ziffer heute schon keinen Inhalt hat, wird sie gestrichen.
176 Amelien, Dymelien und Phokomelien		Alle Fehlbildungen an den Extremitäten werden neu unter der gemeinsamen GG-Ziffer 177 subsumiert.
177 Übrige angeborene Defekte und Missbildungen der Extremitäten, sofern Operation, Apparateversorgung oder Gipsverband notwendig sind	177 Angeborene knöcherne Defekte und Fehlbildungen der Extremitäten wie Amelie, Phokomelie, Dymelien, komplexe vollständige Syndaktylien, sofern mehrere Operationen, repetitive Gipsversorgungen und Apparateversorgung notwendig sind	Da der Titel mit den Fehlbildungen von Ziffer 176 ergänzt und dazu erweitert wurde, dienen die Angaben der Kriterien als Schweregradindikator

178 Angeborene Tibia-Innen- und Aussentorsion, ab vollendetem vierten Lebensjahr, sofern Operation notwendig ist		Solche Torsionen haben keinen Krankheitswert. Des Weiteren werden diese mit einer einfachen chirurgischen Behandlung behoben, die einen präventiven Charakter aufweisen.
<b>III. Gelenke, Muskeln und Sehnen</b>		
180 Pes adductus aut metatarsus varus congenitus, sofern Operation notwendig ist	180 Angeborene Fehlstellungen der Füße wie Z-Fuss, Talus verticalis, sofern eine Operation, eine Apparateversorgung und repetitive Gipsversorgungen notwendig sind. Exklusive angeborene Klumpfuß (Pes equinovarus congenitus, Ziff. 182)	Die Notwendigkeit einer Operation, Apparateversorgung und repetitiven Gipsversorgungen dient als Schweregradindikator. Eine alleinige Gipsbehandlung, die in der Regel etwa 3 Monate dauert, ist nicht genügend um die Kriterien des neuen Artikels 13 Absatz 2 IVG zu erfüllen. Die Kriterien sind daher neu kumulativ ausgestaltet.
181 Arthromyodysplasia congenita (Arthrogryposis)	181 Arthrogryposis	Die Terminologie wurde aktualisiert.
182 Pes equinovarus congenitus	182 Pes equinovarus congenitus	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
183 Luxatio coxae congenita und Dysplasia coxae congenita	183 Dysplasia coxae congenita sowie Luxatio coxae congenita, sofern eine Apparateversorgung oder eine Operation notwendig ist	Es ist neu ein Schweregrad erforderlich. Weil leichte Dysplasien (bis Grad IIc) mit Spreizhosen behandelt werden und nicht mit einer komplexen Behandlung, entsprechen diese keinem schwerwiegenden Leiden und entsprechen deshalb den Kriterien im Sinne des neuen Artikel 13 Absatz 2 IVG nicht.
184 Dystrophia musculorum progressiva und andere congenitale Myopathien	184 Angeborene Myopathien und angeborene Myasthenie ("Kongenitale myasthenes Syndrom")	Der Titel wurde verallgemeinert und beinhaltet neu myasthene Syndrome und die adynamia episodica hereditaria (Ziffer 192).
185 Myasthenia gravis congenita		Die myasthenia gravis congenita gehört neu zur Ziffer 184.

188 Torticollis congenita, sofern Operation notwendig ist		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meist sind Torticollis nur muskulär bedingt. Eine Verletzung respektive Verkürzung des M. Sternocleidomastoideus sind durch physiotherapeutische oder chiropraktische Massnahmen behebbar.</li> <li>• Tritt ein Torticollis in Verbindung mit einer Fehlbildung auf, wird es unter dieser subsummiert (z.B. Ziffer 125).</li> </ul>
189 Myositis ossificans progressiva congenita	189 Fibrodysplasia ossificans progressiva (FOP)	Die Ziffer wurde der aktuellen Terminologie angepasst.
190 Aplasie und hochgradige Hypoplasie von Skelettmuskeln	190 Aplasie und hochgradige Hypoplasie von Skelettmuskeln, sofern funktionelle Einschränkung bestehen	Dieses GG wurde mit der Bedingung einer funktionellen Einschränkung ergänzt, weil eine alleinige Unterentwicklung von Muskeln ohne funktionelle Einschränkung kein Krankheitswert hat und somit nicht den Voraussetzungen im Sinne des neuen Artikel 13 IVG entspricht. Das Poland-Syndrom gehört zu dieser Ziffer.
191 Tendovaginositis stenosa congenita		Die Tendovaginositis stenosa congenita entspricht nicht den Kriterien gemäss dem neuen Artikel 13 Absatz 2 IVG, weil sie im Rahmen eines einmaligen (tageschirurgischen) Eingriffes behoben wird. Des Weiteren ist keine spezielle Nachbehandlung notwendig.
192 Adynamia episodica hereditaria		Dieses Geburtsgebrechen gehört neu zur Ziffer 184.
193 Angeborener Plattfuss, sofern Operation oder Gipsverband notwendig sind		Angeborene Plattfüsse werden neu unter Ziffer 180 subsumiert.
194 Angeborene Luxation des Kniegelenks, sofern Operation, Apparateversorgung oder Gipsverband notwendig sind	194 Angeborene Luxationen (ohne Hüftgelenk), sofern Operation, Apparateversorgung oder Gipsverband notwendig sind. Exklusive angeborene Hüftgelenksluxation (Ziff. 183)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Ziffer wurde auf alle Gelenken (ausser Hüftgelenk) erweitert</li> <li>• Eine Luxation des Hüftgelenkes gehört neu zur Ziffer 183.</li> </ul>
195 Angeborene Patellaluxation, sofern Operation notwendig ist	195 Angeborene nicht-entzündliche Gelenkskrankheiten (wie hyaline Fibromatose, progressive	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die angeborene Patellaluxation ist zum einen nicht schwerwiegend und zum anderen tritt sie meistens im Rahmen eines anderen Leidens auf. Zudem wird sie im Rahmen einer einfachen und einmaligen Operation behandelt. Sie wird deshalb gestrichen.</li> </ul>



	pseudorheumatoide Dysplasie (PPRD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diese Ziffer wird dafür neu mit den angeborenen Gelenkskrankheiten besetzt. Es ist zu beachten, dass es über 500 seltene genetische Skeletterkrankungen gibt, die in 42 Gruppen von Krankheiten unterteilt werden. Die PPRD gehört zur Gruppe 31, welche weitere Krankheiten wie z.B. das CINCA-Syndrom oder NOMID einschliessen.</li> </ul>
<b>IV. Gesicht</b>		
Hängt die Anerkennung eines Geburtsgebrechens von der kephalometrischen Beurteilung ab (Ziffer 208, 209 und 210), so beginnt die Leistungspflicht der IV von dem Moment an, wo die entsprechenden Winkelwerte kephalometrisch ausgewiesen sind.		
201 Cheilo-gnatho-palatoschisis (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte)	201 Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten	Die Terminologie wurde ins Deutsche übertragen.
202 Mediane, schräge und quere Gesichtsspalten	202 Mediane, schräge und quere Gesichtsspalten	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
203 Angeborene Nasen- und Lippenfistel	203 Angeborene Nasenspalten, Nasen- und Lippenfisteln	Die Nasenspalten wurden neu eingefügt, weil diese Fehlbildungen als solche bis jetzt nicht in der GG-Liste abgebildet waren.
204 Proboscis lateralis	204 Proboscis lateralis	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
205 Angeborene Dysplasie der Zähne, sofern mindestens 12 Zähne der zweiten Dentition nach Durchbruch hochgradig befallen sind; bei der Odontodysplasie (ghost teeth) genügt der Befall von zwei Zähnen in einem Quadranten	205 Angeborene Dysplasie der Zähne, sofern mindestens 12 Zähne der zweiten Dentition nach Durchbruch hochgradig befallen sind; bei der Odontodysplasie (ghost teeth) genügt der Befall von zwei Zähnen in einem Quadranten. Die Diagnose muss durch eine Vertreterin oder einen Vertreter der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft SSO, die oder der von der IV für diese	Die Voraussetzung, dass die Diagnose durch einen von der IV akkreditierten Vertreter der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft SSO oder ihrer Fachgesellschaften überprüft werden muss, wurde eingefügt. Die Fachgesellschaft SSO kennt die kompetenten universitären und ausseruniversitären Personen, weshalb sie mit der Akkreditierung beauftragt werden soll. Die grundsätzliche Überprüfung von Anmeldungen unter dieser Ziffer dürfte einen nicht geringen Prozentsatz irrtümlicher Anmeldungen von erworbenen Defekten der Zahnbildung erfassen: nebst den relativ häufigen 'idiopathischen' Hintergründen auch ursächliche metabolische und/oder medikamentöse Zusammenhänge mit schweren Geburtsgebrechen und deren Behandlung im Säuglings- und Kleinkindesalter, welche die Zahnbildung gestört haben. Letztere stünden dann in einem engen Kausalzusammenhang mit dem Grundleiden und werden über die entsprechenden Ziffern vergütet.

	spezifische Abklärung anerkannt ist, überprüft werden.	
206 Anodontia totalis congenita oder Anodontia partialis congenita bei Nichtanlage von mindestens zwei nebeneinander liegenden bleibenden Zähnen oder vier bleibenden Zähnen pro Kiefer, exklusive Weisheitszähne	206 Anodontia totalis congenita oder Anodontia partialis congenita bei Nichtanlage von mindestens zwei nebeneinander liegenden bleibenden Zähnen oder vier bleibenden Zähnen pro Kiefer (Weisheitszähne werden nicht berücksichtigt)	Keine Anpassung bzw. die Terminologie wurde aktualisiert.
207 Hyperodontia congenita, sofern der oder die überzähligen Zähne eine intramaxilläre oder intramandibuläre Deviation verursachen, welche eine apparative Behandlung verlangt	207 Hyperodontia congenita, sofern der oder die überzähligen bleibenden Zähne eine intramaxilläre oder intramandibuläre Deviation verursachen, welche eine apparative Behandlung verlangt. Odontome gelten nicht als überzählige Zähne	Der Schweregrad des Problems hängt nicht von der Anzahl überzähliger Zähne ab. Aus diesem Grund werden Stichproben durch IV-Stellen erhoben und zwar werden für jede 10. oder 20. Anmeldung unter Ziff. 207 Mundfotos und Röntgenbilder eingefordert und zur Kontrolle an das Sekretariat der Kommission für Versicherungsfragen der Schweizerischen Gesellschaft für Kieferorthopädie (SGK) weitergeleitet. Dies findet seinen Grund darin, dass kieferorthopädische Überlegungen eine Rolle in der Beurteilung der Behandlungsnotwendigkeit spielen.
208 Micrognathia inferior congenita mit im ersten Lebensjahr auftretenden behandlungsbedürftigen Schluck- und Atemstörungen, oder wenn die kephalometrische Beurteilung nach Durchbruch der bleibenden Incisiven eine Diskrepanz der sagittalen Kieferbasenrelation mit einem Winkel ANB von mindestens 9 Grad (beziehungsweise von mindestens 7 Grad bei Kombination mit einem Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad)	208 Micrognathia inferior congenita: 1. mit im ersten Lebensjahr diagnostizierten behandlungsbedürftigen Schluck- und/oder Atemstörungen; oder 2. bei Okklusionstörung: wenn die kephalometrische Beurteilung nach Durchbruch der bleibenden Incisiven eine Diskrepanz der sagittalen Kieferbasenrelation mit einem Winkel ANB von min-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine kieferorthopädische Abklärung wird wie bisher durch von der IV anerkannte Fachzahnärzte für Kieferorthopädie gemäss Liste auf der Homepage SSO (<a href="https://www.sso.ch/zahnaerzte/invalidenversicherung.html">https://www.sso.ch/zahnaerzte/invalidenversicherung.html</a>) vorausgesetzt.</li> <li>• Die kieferorthopädische Diagnose (kephalometrischer Befund) wird stichprobenweise überprüft. Die IV-Stelle fordert das Original-Fernröntgenbild ein und leitet dieses zur Nachmessung an das Sekretariat der Kommission für Versicherungsfragen der Schweizerischen Gesellschaft für Kieferorthopädie SGK weiter.</li> <li>• Die Terminologie wurde angepasst.</li> </ul>

<p>ergibt oder wenn bei den bleibenden Zähnen, exclusive Weisheitszähne, eine buccale Nonokklusion von mindestens drei Antagonistenpaaren im Seitenzahnbereich pro Kieferhälfte vorliegt</p>	<p>destens 9 Grad beziehungsweise von mindestens 7 Grad bei Kombination mit einem Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad ergibt oder wenn bei den bleibenden Zähnen (ohne Weisheitszähne) eine buccale Nonokklusion von mindestens drei Antagonistenpaaren im Seitenzahnbereich pro Kieferhälfte vorliegt. Die Diagnose muss durch eine Fachzahnärztin oder einen Fachzahnarzt für Kieferorthopädie gestellt werden, die oder der von der IV für diese spezifische Abklärung anerkannt ist.</p>	
<p>209 Mordex apertus congenitus, sofern ein vertikal offener Biss nach Durchbruch der bleibenden Incisiven besteht und die kephalometrische Beurteilung einen Kieferbasenwinkel von 40 Grad und mehr (bzw. von mindestens 37 Grad bei Kombination mit einem Winkel ANB von mindestens 7 Grad) ergibt. Mordex clausus congenitus, sofern ein Tiefbiss nach Durchbruch der bleibenden Incisiven besteht und die kephalometri-</p>	<p>209 Mordex apertus congenitus, sofern ein vertikal offener Biss nach Durchbruch der bleibenden Incisiven besteht und die kephalometrische Beurteilung einen Kieferbasenwinkel von 40 Grad und mehr (bzw. von mindestens 37 Grad bei Kombination mit einem Winkel ANB von mindestens 7 Grad) ergibt. Mordex clausus congenitus, sofern ein Tiefbiss nach Durchbruch der bleibenden Incisiven besteht und</p>	<p>Vgl. Begründung zu Ziffer 208.</p>

<p>sche Beurteilung einen Kieferbasenwinkel von 12 Grad und weniger (bzw. von 15 Grad und weniger bei Kombination mit einem Winkel ANB von mindestens 7 Grad) ergibt</p>	<p>die kephalometrische Beurteilung einen Kieferbasenwinkel von 12 Grad und weniger (bzw. von 15 Grad und weniger bei Kombination mit einem Winkel ANB von mindestens 7 Grad) ergibt. Die Diagnose muss durch eine Fachzahnärztin oder einen Fachzahnarzt für Kieferorthopädie gestellt werden, die oder der von der IV für diese spezifische Abklärung anerkannt ist.</p>	
<p>210 Prognathia inferior congenita, sofern die kephalometrische Beurteilung nach Durchbruch der bleibenden Incisiven eine Diskrepanz der sagittalen Kieferbasenrelation mit einem Winkel ANB von mindestens -1 Grad ergibt und sich mindestens zwei Antagonistenpaare der zweiten Dentition in frontaler Kopf- oder Kreuzbissrelation befinden oder sofern eine Diskrepanz von +1 Grad und weniger bei Kombination mit einem Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad und mehr, respektive von 15 Grad und weniger vorliegt</p>	<p>210 Prognathia inferior congenita, sofern die kephalometrische Beurteilung nach Durchbruch der bleibenden Incisiven eine Diskrepanz der sagittalen Kieferbasenrelation mit einem Winkel ANB von mindestens -1 Grad ergibt und sich mindestens zwei Antagonistenpaare der zweiten Dentition in frontaler Kopf- oder Kreuzbissrelation befinden oder sofern eine Diskrepanz von +1 Grad und weniger bei Kombination mit einem Kieferbasenwinkel von mindestens 37 Grad und mehr, respektive von 15 Grad und weniger vorliegt. Die Diagnose muss durch eine Fachzahnärztin oder einen Fachzahnarzt für Kieferorthopädie gestellt werden, die oder der</p>	<p>Vgl. Begründung zu Ziffer 208.</p>

	von der IV für diese spezifische Abklärung anerkannt ist.	
211 Epulis des Neugeborenen		Die Epulis ist ein Pseudotumor. Sie wird durch eine einfache und einmalige Operation behandelt und entspricht somit nicht den Kriterien im Sinne des neuen Artikel 13 IVG.
212 Choanalatresie (ein- oder beidseitig)	212 Choanalatresie (ein- oder beidseitig)	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
213 Glossoschisis		Eine gespaltene Zunge wird durch eine einfache und einmalige Operation korrigiert und entspricht somit nicht den Kriterien im Sinne des neuen Artikel 13 IVG.
214 Macro- und Microglossia congenita, sofern Operation der Zunge notwendig ist	<p>214 Macro- und Microglossia congenita, sofern Operation der Zunge notwendig ist.</p> <p>Die Notwendigkeit einer Operation ist gegeben:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. wenn die vergrösserte Zunge beim Säugling Atem- oder Schluckstörungen verursacht;</li> <li>2. bei Sprachstörungen, sofern diese im Zusammenhang mit der Zungengrösse stehen und ein Gutachten einer Fachärztin oder eines Facharztes für Oto-Rhino-Laryngologie mit Schwerpunkt Phoniatrie vorliegt, das diesen Zusammenhang vor der Durchführung der Operation bestätigt; oder</li> </ol>	Es werden genaue Voraussetzungen angegeben, um erstens die Qualitätssicherung zu gewährleisten und zweitens die Richtigkeit der Indikationsstellung sicherzustellen.

	3. bei Okklusionsstörungen, sofern diese im Zusammenhang mit der Zungengrösse stehen und vor der Durchführung der Operation ein Gutachten einer Fachzahnärztin oder eines Fachzahnarztes, die oder der von der IV für kieferorthopädische Abklärungen anerkannt ist, vorliegt, das diesen Zusammenhang bestätigt .	
215 Angeborene Zungenzysten und -tumoren		Solche Zysten und Tumore werden durch eine einfache und einmalige Operation behandelt und entsprechen somit nicht den Kriterien im Sinne des neuen Artikel 13 IVG.
216 Angeborene Speicheldrüsen- und Speichelgangaffektionen (Fisteln, Stenosen, Zysten, Tumoren, Ektasien und Hypo- oder Aplasien sämtlicher grosser Speicheldrüsen)	216 Angeborene Speicheldrüsen- und Speichelgangaffektionen (Fisteln, Stenosen, Zysten, Tumoren, Ektasien und Hypo- oder Aplasien sämtlicher grosser Speicheldrüsen)	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
218 Kongenitale Retention oder Ankylose von Zähnen, sofern mehrere Molaren oder mindestens zwei nebeneinanderliegende Zähne im Bereich der Prämolaren und Molaren (exkl. Weisheitszähne) der zweiten Dentition betroffen sind, fehlende Anlagen (exkl. Weisheitszähne) sind retinierten und ankylosierten Zähnen gleichgestellt	218 Angeborene Retention oder Ankylose von Zähnen, sofern mehrere Molaren oder mindestens zwei nebeneinanderliegende Zähne im Bereich der Prämolaren und Molaren (ohne Weisheitszähne) der zweiten Dentition betroffen sind; fehlende Anlagen sind retinierten und ankylosierten Zähnen (ohne Weisheitszähne) gleichgestellt.	Die Terminologie wurde angepasst. Eine kieferorthopädische Abklärung wird wie bisher durch von der IV anerkannte Fachzahnärzte für Kieferorthopädie gemäss Liste auf der Homepage SSO <a href="https://www.sso.ch/zahnaerzte/invalidenversicherung.html">https://www.sso.ch/zahnaerzte/invalidenversicherung.html</a> oder durch schweizerische zahnärztliche Universitätsinstitute vorausgesetzt.

	Die Diagnose muss durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kieferorthopädie gestellt werden, die oder der von der IV für diese spezifische Abklärung anerkannt ist	
<b>V. Hals</b>		
231 Struma congenita		Diese Ziffer wird gestrichen, weil es dieses Leiden praktisch nicht mehr gibt. Zudem handelt es sich um eine einfache medikamentöse Behandlung.
232 Angeborene Halszysten, -fisteln, -spalten und -tumoren (Reichertscher Knorpel)	232 Angeborene Halszysten, -fisteln, -spalten und -tumoren (Reichertscher Knorpel), sofern mehrere Operationen notwendig sind.	Nur wenn mehrere Operationen notwendig sind, gelten die hier beschriebenen Fehlbildungen als GG im Sinne des neuen Artikel 13 IVG. Ist zur Behandlung nur ein Eingriff notwendig, sind die Definitionskriterien nicht erfüllt.
<b>VI. Lungen</b>		
241 Angeborene Bronchiektasien	241 Angeborene Fehlbildung der Bronchien wie Bronchomalazie, Bronchialstenose, Aplasie oder Dysplasie der Bronchialknorpel, kongenitale Bronchiektasien, bronchogene Zysten	Der Titel wurde auf weitere Fehlbildungen bzw. Erkrankungen ausgedehnt.
242 Angeborenes lobäres Emphysem	242 Angeborenes lobäres Emphysem	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
243 Partielle Agenesie und Hypoplasie der Lungen	243 Angeborene partielle Agenesie oder Hypoplasie der Lungen	Der Titel wurde präzisiert.
244 Angeborene Lungenzysten und -tumoren	244 Angeborene Lungentumoren	Die Lungenzysten werden neu unter der Ziffer 245 eingeteilt.

245 Angeborene Lungensequestrierung	245 Angeborene Lungensequestrierung und die Congenital Pulmonary Airway Malformation (CPAM), sofern eine interventionelle Therapie (z.B. Chirurgie) notwendig ist	Der Titel wurde erweitert und beinhaltet komplexe Fehlbildungen, die eine Beobachtung und Behandlung erfordern, inklusive Lungenzysten (vorher Ziffer 244). Es wurde die Voraussetzung einer notwendigen interventionellen Therapie eingefügt, um sicherzustellen, dass nur die schwerwiegenden Fälle unter diese Ziffer fallen.
247 Syndrom der hyalinen Membranen	247 Moderate und schwere bronchopulmonale Dysplasien (BPD), sofern eine Therapie (medikamentös, Sauerstoffsubstitution, Atemhilfe) notwendig ist	Beim Syndrom der hyalinen Membranen resp. Atemnotsyndrom des Neugeborenen (ANS) handelt es sich um eine akute Lungenfunktionsstörung, die somit den Kriterien im Sinne des neuen Artikel 13 IVG nicht entspricht. Dafür werden die häufig damit verbundenen BPD, eine Langzeit-Komplikation, in die Liste aufgenommen. Die Einteilung der BPD ist auf Stufe Kreisschreiben vorgesehen.
248 Mikity-Wilson-Syndrom		In der Neonatologie wird diese Diagnose kaum mehr gestellt resp. dieser Begriff kaum mehr verwendet, da dieses Krankheitsbild eigentlich der Bronchopulmonale Dysplasie (Ziffer 247) entspricht. Die Ziffer wird somit gestrichen.
249 Primäre ciliäre Dyskinesie (sofern die elektronenmikroskopische Untersuchung in einem infektfreien Intervall durchgeführt wurde)	249 Primäre ciliäre Dyskinesie sofern histologisch oder molekulargenetisch nachgewiesen	Der Titel wurde angepasst, um den aktuellen Wissensstand widerzuspiegeln.
<b>VII. Luftwege</b>		
251 Angeborene Missbildungen des Kehlkopfes und der Luftröhre	251 Angeborene Fehlbildungen des Larynx und der Trachea wie kongenitale Trachealstenose, tracheo-laryngo-ösophageale Fisteln und Spalten	Der Titel wurde angepasst, um den aktuellen Wissensstand widerzuspiegeln. und wurde mit weiteren Fehlbildungen ergänzt.
	252 Laryngo- und Tracheomalazie, sofern eine Heimbeatmung (CPAP, BiPAP oder ähnlich) oder eine chirurgische Intervention notwendig ist	Bei den Laryngo/Tracheomalazien handelt es sich nicht um eigentliche Fehlbildungen, weshalb eine separate Ziffer für diese Erkrankungen geschaffen wurde. Aufgrund einer gewissen spontanen Heilungstendenz und – zwecks Erfassung der schwerwiegenden Fälle - wurde dieses GG mit der Notwendigkeit der Heimbeatmung oder Operation verknüpft.



<b>VIII. Mediastinum</b>		
261 Angeborene Mediastinaltumoren und -zysten	261 Angeborene Mediastinaltumoren und -zysten, sofern eine Operation notwendig ist	Es wurde die Notwendigkeit einer Operation eingefügt, um sicherzustellen, dass nur die schwerwiegenden Fälle darunter erfasst werden.
<b>IX. Speiseröhre, Magen und Darm</b>		
271 Atresia et stenosis oesophagi congenita et fistula oesophago-trachealis	271 Angeborene Stenose und Atresie des Ösophagus sowie oesophago-tracheale Fistel	Der Titel wurde ins Deutsche übertragen.
272 Megaoesophagus congenitus	272 Angeborener Megaoesophagus	Der Titel wurde ins Deutsche übertragen.
273 Hypertrophische Pylorusstenose		Diese Fehlbildung wird durch eine einmalige, einfache Operation korrigiert und entspricht daher nicht den Kriterien im Sinne des neuen Artikel 13 IVG.
274 Atresia et stenosis ventriculi, intestini, recti et ani congenita	274 Angeborene Stenose und Atresie des Magens, des Darms, des Rectums und des Anus	Der Titel wurde ins Deutsche übertragen.
275 Angeborene Zysten, Tumoren, Duplikaturen und Divertikel	275 Angeborene Zysten, Tumoren, Duplikaturen und Divertikel des Darmes, sofern eine Operation notwendig ist	Es wurde die Lokalisation dem Kapitel entsprechend präzisiert sowie die Notwendigkeit einer Operation eingefügt, um sicherzustellen, dass nur die schwerwiegenden Fälle darunter erfasst werden.
276 Darmlageanomalien exclusive Coecum mobile	276 Darmlageanomalien (inklusive Volvulus) exclusive Coecum mobile.	Der Titel wird mit der Darmverschlingung (Volvulus) ergänzt.
277 Neugeborenenileus		Das Neugeborenenileus ist meist keine eigenständige Krankheit, sondern ein Symptom anderer Erkrankungen resp. Geburtsgebrechen wie z.B. der zystischen Fibrose (GG Ziffer 459). Daher werden die Behandlungen des Darmverschlusses unter die jeweilige GG-Ziffer der entsprechenden Grundkrankheit subsumiert.

278 Aganglionose und Ganglienzell-Anomalien des Dick- oder Dünndarms	278 Aganglionose und Ganglienzell-anomalie des Dick- und Dünndarms inklusive primäre chronische intestinale Pseudoobstruktion (CIPO)	Der Titel wird präzisiert respektive erweitert.
279 Coeliakie infolge kongenitaler Gliadinintoleranz		Es handelt sich bei dieser Krankheit um eine genetische Prädisposition. Die Zoeliakie ist nicht angeboren und entspricht somit nicht den Kriterien im Sinne des neuen Artikel 13 IVG.
280 Kongenitaler gastrooesophagealer Reflux, sofern Operation notwendig ist		Als isoliertes GG wird der Reflux gestrichen. Der Reflux wird mit einer einfachen und einmaligen Operation behandelt. Bei Kindern mit weiteren Erkrankungen oder wenn der Reflux Konsequenz einer anderen Krankheit (z.B. Cerebralparese) ist, wird dessen Behandlung unter der entsprechenden Ziffer erfasst.
281 Angeborene Zwerchfellmissbildungen	281 Angeborene Zwerchfellfehlbildungen	Die Terminologie wurde aktualisiert.
282 Nekrotisierende Enterocolitis bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 2000 g oder bei Neugeborenen, sofern sie innerhalb von vier Wochen nach der Geburt manifest wird.	282 Nekrotisierende Enterocolitis beim Neugeborenen, sofern eine chirurgische Intervention (Drainage, Laparotomie) notwendig ist	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nur die chirurgisch behandlungsbedürftige nekrotisierende Enterocolitis (NEC) gilt als GG.</li> <li>• Verdacht auf NEC, welche einer Antibiotika-Therapie/Nahrungskarrenz bedürfen, gelten nicht als GG.</li> <li>• Der Hinweis auf dem Geburtsgewicht wird gelöscht. Obschon die NEC v.a. bei sehr kleinen Frühgeborenen (Geburtsgewicht unter 1500 Gramm) auftritt, kann diese auch bei sonstigen Neugeborenen vorkommen, weshalb der Hinweis auf Gewicht gestrichen wurde.</li> </ul>
<b>X. Leber, Gallenwege und Pankreas</b>		
291 Angeborene Atresie und Hypoplasie der Gallenwege	291 Angeborene Atresie und Hypoplasie der Gallenwege	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
292 Angeborene Choledochuszyste	292 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Gallenwege sofern eine chirurgische Intervention notwendig ist	Der Titel wird erweitert. Es wird die Notwendigkeit einer Operation eingefügt, um sicherzustellen, dass nur die schwerwiegenden Fälle darunter erfasst werden.

293 Angeborene Leberzysten		Wenn Leberzysten operiert werden müssen, werden sie durch eine einmalige, einfache Operation behandelt.
294 Angeborene Leberfibrose	294 Angeborene Leberfibrose	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
295 Angeborene Lebertumoren	295 Angeborene Lebertumoren	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
296 Angeborene Pankreasmissbildungen und -zysten	296 Angeborene Pankreasfehlbildungen und -zysten	Die Terminologie wurde aktualisiert.
<b>XI. Bauchwand</b>		
302 Omphalozele und Laparoschisis	302 Omphalozele und Laparoschisis	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
303 Hernia inguinalis lateralis		Angeborene Inguinalhernien werden durch eine einmalige Operation behandelt und entsprechen nicht den Kriterien im Sinne des neuen Artikel 13 IVG.
<b>XII. Herz, Gefäß- und Lymphsystem</b>		
311 Haemangioma cavernosum aut tuberosum	311 Angeborene Hämangiome, sofern eine komplexe Therapie (mehrere Laser- oder Kryotherapien oder Operationen mit oder ohne medikamentöser Vorbehandlung) notwendig ist	Der Titel wird ins Deutsche übertragen und mit der Notwendigkeit von komplexen Therapien ergänzt, um sicherzustellen, dass nur die schwerwiegenden Fälle unter dieser Ziffer erfasst werden.
312 Lymphangioma congenitum, Lymphangiectasia congenita	312 Angeborenes Lymphangiom und angeborene lymphatische Malformationen.	Der Titel wurde ins Deutsche übertragen.
313 Angeborene Herz- und Gefäßmissbildungen	313 Angeborene Herz- und Gefäßfehlbildungen, sofern eine Therapie (beispielsweise medikamentös, katheterinterventio-	Die Terminologie wurde aktualisiert und der Titel so präzisiert, dass diese Fehlbildungen therapie- resp. kontrollbedürftig sein müssen.

	nell oder operativ) oder regelmäßige fachärztliche Kontrollen notwendig sind	
314 Angeborene intestinale Lymphangiektasie	314 Angeborene Kardiomyopathien und Rhythmusstörungen, sofern eine Therapie (medikamentös, katheterinterventionell oder operativ) notwendig ist	Die intestinalen Lymphangiektasien gehören zur Ziffer 312. Neu zu dieser Ziffer gehören Kardiomyopathien und Rhythmusstörungen.
	315 Hereditäres Angioödem, sofern molekulargenetisch bestätigt	Hereditäre Angioödeme gehören zum Kapitel Gefässe und werden daher unter der neuen Ziffer 315 anstatt 327 erfasst. Die Diagnose muss molekulargenetisch bestätigt werden.
<b>XIII. Milz, Blut und reticuloendotheliales System</b>		
321 Anämien, Leukopenien und Thrombozytopenien des Neugeborenen		Diese sehr unspezifische und mit grossem Interpretationsspielraum verbundene Ziffer wird gestrichen. Die angeborenen Formen dieser Blutkrankheiten werden bereits unter den Ziffern 322-324 und 326 erfasst.
322 Angeborene hypo- und aregeneratorische Anämien, Leuko- und Thrombozytopenien	322 Angeborene hypo- und aregeneratorische Anämien, Leuko- und Thrombopenien	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
323 Angeborene hämolytische Anämien (Erythrozyto-, Enzymo- und Hämoglobinopathien)	323 Angeborene hämolytische Anämien (Erythrozyto-, Enzymo- und Hämoglobinopathien)	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
324 Angeborene Koagulopathien und Thrombozytopathien (Hämophilien und andere Defekte von Gerinnungsfaktoren)	324 Angeborene Koagulopathien und Thrombozytopathien (Hämophilien und andere Defekte von Gerinnungsfaktoren)	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
325 Hyperbilirubinaemia neonati verschiedener Ursache, sofern		Bei der Hyperbilirubinämie des Neugeborenen handelt es sich um einen Zustand, der eine einfache Behandlung erfordert. Des Weiteren tritt dieses Krankheitsbild kaum noch auf.

Blutausaustauschtransfusion vorgenommen werden musste		
326 Angeborenes Immun-Defekt-Syndrom (IDS)	326 Angeborene Immundefekte, sofern eine Therapie notwendig ist	Der Titel wurde umformuliert und "ausgeweitet", da diese Krankheitsgruppe vielfältige Leiden einschliesst. Die Notwendigkeit einer Therapie wurde angegeben, um sicherzustellen, dass nur die schwerwiegenden Fälle unter dieser Ziffer erfasst werden.
327 Hereditäres Angioödem		Das hereditäre Angioödem wird unter der neuen Ziffer 315 eingeteilt, da es sich bei diesem Leiden um eine Störung bei den Gefässen handelt.
329 Leukämie des Neugeborenen	329 Angeborene Leukämien	Der Titel wurde angepasst, da aus onkologischer Sicht die sogenannten infantilen Leukämien in der Regel bis zum Alter von 12 Monaten auftreten. Diese sind angeboren.
330 Histiozytosen (eosinophiles Granulom, Hand-Schüller-Christian und Letterer-Siwe'sche Krankheit)	330 Angeborene Histiozytosen	Der Titel wurde der aktuellen Terminologie angepasst.
331 Angeborene Polyglobulie, sofern eine therapeutische Blutentnahme (Aderlass) mit Plasmaersatz erfolgen musste		Bei dieser Ziffer handelt es sich um einen veralteten Begriff. Heutzutage wird von Polyzythämie gesprochen. Diese ist dann Ausdruck von anderen Grundleiden und muss daher nicht als spezifisches GG aufgeführt werden.
333 Angeborene Missbildungen und Ektopien der Milz		Fehlbildungen und Ektopien der Milz sind unbedeutend, da diese keine Konsequenzen für den Gesundheitszustand haben. Des Weiteren handelt es sich meistens um Zufallsbefunde.
<b>XIV. Urogenitalsystem</b>		
341 Kongenitale Glomerulo- und Tubulopathien	341 Angeborene Glomerulo- und Tubulopathien	Der Titel wurde angepasst.

342 Missbildungen, Doppelbildungen und Defekte der Nieren, inklusive Hypoplasien, Agenesien und Dystopien	342 Hypodysplasien, Dysplasien und Fehlbildungen der Nieren	Der Titel wurde aktualisiert.
343 Angeborene Nierentumoren und -zysten	343 Angeborene Nierentumoren und Nierenzysten (ohne einfache solitäre Zysten), sofern eine Operation oder medikamentöse Therapie notwendig ist	Der Titel wurde angepasst, indem die bedeutungslosen (nicht therapiebedürftigen) solitären einfachen Zysten ausgeschlossen wurden. Die Notwendigkeit einer Therapiebedürftigkeit wurde eingefügt.
344 Hydronephrosis congenita		Diese Ziffer wurde gestrichen, weil die Hydronephrose eine Konsequenz anderer Erkrankungen darstellt, welche unter anderen Ziffern erfasst werden, z.B. von Uretherfehlbildungen (GG-Ziffer 345).
345 Uretermisbildungen (Stenosen, Atresien, Ureterocele, Lageanomalien und Megaureter)	345 Angeborene Ureterfehlbildungen wie Abgangs- und Mündungsstenosen, Atresien, Mündungs-Ektopien, Ureterocelen und Megaureter, sofern daraus eine therapiebedürftige obstruktive Harnabflussstörung resultiert	Der Titel wurde präzisiert und die Therapienotwendigkeit eingefügt.
346 Kongenitaler vesico-ureteraler Reflux	346 Angeborener vesicoureteraler Reflux (VUR) ab Grad III oder sofern eine interventionelle Behandlung (endoskopisch oder chirurgisch) notwendig ist	Da Vesico-ureteraler Reflux bis Grad II primär medikamentös behandelt werden kann und somit keine schwerwiegende GGs im Sinne des neuen Artikel 13 IVG entspricht, wurde sowohl der Schweregrad wie auch die Therapienotwendigkeit eingefügt.
348 Angeborene Missbildungen der Blase (wie Diverticulum vesicae, Megacystis congenita)	348 Angeborene Fehlbildungen der Blase (wie Harnblasenagenesie, Harnblasenaplasie, Fisteln inklusive Urachusfistel), sofern eine Operation notwendig ist	Der Titel wurde aktualisiert und mit der Notwendigkeit einer Operation ergänzt. Ein Teil der Harnblasenfehlbildungen (z.B. Ektrophie) wird neu unter der umformulierten Ziffer 350 aufgeführt, weil die bisherige Formulierung zu weit gefasst war. Die Operationsnotwendigkeit wurde angegeben, weil gewisse Fehlbildungen wie beispielsweise Blasendivertikel, häufig asymptomatisch verlaufen und Zufallsbefunde sind.

349 Angeborene Blasentumoren	349 Angeborene Tumoren der Harnblase und der ableitenden Harnwege	Der Titel wurde erweitert und Tumoren der ableitenden Harnwege sind neuerdings eingeschlossen.
350 Extrophia vesicae	350 Epispadie und Blasenektrophie inklusive Blasenektrophie-Epispadie-Kloakenektrophie-Komplex (BEEK)	Der Titel wurde erweitert, weil die Harnblasenextrophie häufig mit einer Epispadie resp. kloakalen Fehlbildungen verbunden ist. Diese Fehlbildungen werden daher jetzt gemeinsam aufgeführt.
351 Atresia et stenosis urethrae congenita, Urethraldivertikel	351 Angeborene urethrale Fehlbildungen inklusiv Fistelbildungen wie rektourethrale Fisteln, sofern eine Operation notwendig ist	Der Titel wurde ausgeweitet (die Ziffer bezeichnet allg. Fehlbildungen) und die Therapienotwendigkeit eingefügt, um sicherzustellen, dass unter dieser Ziffer die schwerwiegenden Fälle erfasst werden.
352 Hypospadie und Epispadie	352 Hypospadie, sofern eine Operation notwendig ist	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Epispadie fällt neu unter die Ziffer 350.</li> <li>• Angabe der Behandlungsnotwendigkeit, um sicherzustellen, dass unter dieser Ziffer die schwerwiegenden Fälle erfasst werden.</li> </ul>
353 Fistula vesico-umbilicalis et cystis congenita urachi		Diese Fehlbildungen sind neu unter der Ziffer 348 eingeteilt.
354 Fistulae recto-urogenitales congenitae		Recto-urogenitale Fisteln gehören neu zur Ziffer 351.
355 Kryptorchismus (unilateral oder bilateral), sofern Operation notwendig ist	355 Beidseitiger Kryptorchismus oder einseitiger Kryptorchismus in Kombination mit weiteren Genitalienfehlbildungen wie Hypospadie, Torsion des Penis oder Mikropenis; Hodenagenesie und -dysplasie inklusive intraabdomineller Hoden, sofern mehr als ein Eingriff oder eine hormonelle Behandlung notwendig ist	Der Titel wurde aktualisiert. Einfacher Kryptorchismus (Lageanomalie des Hodens) entspricht den Kriterien im Sinne des neuen Artikel 13 IVG nicht. Hingegen stellen die neu beschriebenen Fehlbildungen und Lageanomalien eindeutige GG dar und werden neu unter dieser Ziffer eingeteilt.

356 Hydrocele testis et funiculi congenita und Zysten des Ligamentum teres, sofern Operation notwendig ist		Dieses GG wird gelöscht, weil diese Zustände durch eine einfache und einmalige Operation behoben werden können. Sie entsprechen nicht den Kriterien im Sinne des neuen Artikel 13 IVG.
357 Palmure und angeborene Verkrümmung des Penis	357 Angeborene Verkrümmung des Penis, sofern eine Operation notwendig ist	Angabe der Operationsnotwendigkeit, um sicherzustellen, dass unter dieser Ziffer die schwerwiegenden Fälle erfasst werden. Die Palmure wurde gelöscht, weil diese nicht den Kriterien im Sinne des neuen Artikels 13 IVG entspricht.
358 Angeborene Atresie von Hymen, Vagina, Zervix oder Uterus und angeborene Stenose der Vagina	358 Angeborene Fehlbildungen der inneren und äusseren weiblichen Sexualorgane, sofern die Diagnose durch ein DSD-Team bestätigt wurde und eine Operation und/oder eine hormonelle Therapie notwendig ist	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Titel wird erweitert und mit der Behandlungsnotwendigkeit versehen. Um die Qualitätssicherung bei der Diagnosestellung zu gewährleisten, besteht die Voraussetzung der Diagnosebestätigung durch ein DSD (disorders/differences of sex development) Team. Bei Letzteren handelt es sich um anerkannte Referenz- bzw. Expertenteams in Grosszentren.</li> <li>• Mit der neuen Formulierung wird ein Teil der zur DSD gehörenden Varianten der Geschlechtsentwicklung miterfasst.</li> </ul>
359 Hermaphroditismus verus und Pseudohermaphroditismus	359 Angeborene Entwicklungsfehlbildung der Gonaden [Ovar und Testis] (wie Gonadendysgenese, Gonadenaplasie, Oovestis), sofern die Diagnose durch ein DSD-Team bestätigt wurde	Der Titel wurde aktualisiert und – zwecks Gewährleistung der Qualitätssicherung bei der Diagnosestellung – mit der Voraussetzung der Diagnosebestätigung durch ein DSD-Team versehen. Bei letzteren handelt es sich um anerkannte Referenz- bzw. Expertenteams in Grosszentren.
361 Doppelbildungen des weiblichen Genitale (Uterus bicornis unicollis seu bicollis, Uterus unicollis und Uterus duplex mit oder ohne Vagina duplex)		Die relevanten Fehlbildungen gehören neu zur Ziffer 358.
<b>XV. Zentrales, peripheres und autonomes Nervensystem</b>		
381 Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute (Encephalocele, Arachnoidalzyste,	381 Fehlbildungen des Nervensystems:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um Klarheit zu schaffen wurde der Titel präzisiert und nach System aufgeteilt.</li> <li>• Der Titel beinhaltet neuerdings auch die Störungen des autonomen Nervensystems.</li> </ul>



Myelomeningocele, Hydromyelie, Meningocele, Diastematomyelie und Tethered Cord)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zentralnervensystem und seine Häute wie Encephalocele, Meningomyelocele, Hydromyelie, Meningocele, Diastematomyelie, Tethered Cord</li> <li>2. Periphernervensystem und vegetatives Nervensystem wie familiäre Dysautonomie, Analgesia congenita</li> </ol>	
382 Zentrale Hypoventilationsstörung des Neugeborenen	382 Kongenitales zentrales Hypoventilationssyndrom (CCHS) (auch Ondine-Syndrom, Undine-Syndrom)	Der Titel wurde mit dem Krankheitsnamen ergänzt.
383 Heredo-degenerative Erkrankungen des Nervensystems (wie Friedreichsche Ataxie, Leukodystrophien und progrediente Erkrankungen der grauen Substanz, spinale und neurale Muskelatrophien, familiäre Dysautonomie, Analgesia congenita, Rett-Krankheit)	383 Heredo-degenerative Erkrankungen des Nervensystems wie Friedreich Ataxie, Leukodystrophie, progrediente Erkrankung der grauen Substanz, spinale und neurale Muskelatrophie, Rett-Syndrom	Die familiäre Dysautonomie und Analgesia congenita fallen neu unter die Ziffer 381, da diese keine degenerative Erkrankungen, sondern Fehlbildungen des Nervensystems darstellen.
384 Medulloblastome, Ependymome, Gliome, Plexuspapillome und Chordome	384 Angeborene und embryonale Hirntumoren wie Medulloblastome, Ependymome, Gliome, Plexuspapillome, Chordome	Gemäss den Literaturangaben und Expertenmeinungen handelt es sich bei den meisten Hirntumoren bei Kindern entweder um embryonale oder um sog. angeborene (da diese sich von Vorläuferzellen neuroglialer Herkunft ableiten) Tumoren. Aus diesem Grund wird diese GG-Ziffer erweitert.
385 Angeborene Tumoren und Missbildungen der Hypophyse	385 Angeborene Tumoren und Fehlbildungen der Hypophyse	Der Titel wurde aktualisiert.

(wie Kraniopharyngeom, Rathkesche Zyste und persistierende Rathkesche Tasche)	wie Kraniopharyngeom, Rathkesche Zyste und persistierende Rathke-Tasche	
386 Hydrocephalus congenitus	386 Hydrocephalus congenitus und posthämorrhagische Hydrozephalie nach perinataler Blutung oder perinatalem Insult	Der Titel wird erweitert, um keine Leiden auszuschliessen.
387 Angeborene Epilepsie (ausgenommen Formen, bei denen eine antikonvulsive Therapie nicht oder nur während eines Anfalls notwendig ist)	387 Angeborene (primäre) Epilepsie (exklusive Formen, bei denen eine antikonvulsive Therapie nicht oder nur während eines Anfalls notwendig ist)	Der Titel wurde mit dem Begriff «primär» in Klammern präzisiert, um sekundäre Formen der Epilepsie aus dieser Ziffer auszuschliessen.
390 Angeborene cerebrale Lähmungen (spastisch, dyskinetisch [dyston, choreo-athetoid], ataktisch)	390 Angeborene infantile Zerebralparese (spastisch, dyskinetisch, ataktisch)	Die Terminologie wurde aktualisiert.
395 Leichte cerebrale Bewegungsstörungen (Behandlung bis Ende des 2. Lebensjahres)	395 Neuromotorische Symptome im Sinne eindeutig pathologischer Bewegungsmuster (asymmetrische Bewegungsmuster, eingeschränkte Variabilität der Spontanmotorik [Stereotypien]) oder weitere, im Verlauf als zunehmend dokumentierte Symptome (asymmetrisches Haltungsmuster, Opisthotonus, persistierende Primitivreaktionen sowie ausgeprägte qualitative Auffälligkeiten des Muskeltonus [Rumpfhypotonie bei erhöhtem Tonus im Bereiche der Extremitäten]),	Aufgrund des bis jetzt vagen Wortlauts und den daraus resultierenden Abgrenzungsproblemen wurde diese Ziffer präzisiert. Weiter wurde diese Ziffer an die aktuelle Terminologie angepasst,

	welche in den ersten zwei Lebensjahren auftreten, als mögliche Frühsymptome einer zerebralen Lähmung gelten und therapiebedürftig sind. Ein motorischer Entwicklungsrückstand und ein Plagiocephalus gelten nicht als Geburtsgebrechen im Sinne der Ziffer 395	
396 Sympathogoniom (Neuroblastoma sympathicum), Sympathicoblastom, Ganglioneuroblastom und Ganglioneurom	396 Sympathogoniom (Neuroblastoma sympathicum), Sympathicoblastom, Ganglioneuroblastom und Ganglioneurom	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
397 Kongenitale Paralysen und Paresen	397 Angeborene Paralysen und Paresen	Teile des Titels wurden ins Deutsche übertragen.
<b>XVI. Psychische Erkrankungen und schwere Entwicklungsrückstände</b>		
401...		Da die Ziffer heute schon keinen Inhalt hat, wird sie gestrichen.
402...		Da die Ziffer heute schon keinen Inhalt hat, wird sie gestrichen.
403 Kongenitale Oligophrenie (nur Behandlung erethischen und apathischen Verhaltens)	403 Schwere Verhaltensstörungen bei Menschen mit einer angeborenen Intelligenzminderung, sofern eine Therapie notwendig ist. Die Intelligenzminderung selbst stellt kein Geburtsgebrechen im Sinne der IV dar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Terminologie (Oligophrenie) wurde aktualisiert.</li> <li>• Die aktuelle Situation zeigt, dass die Interpretation der verwendeten Begriffe, insbesondere bezüglich erethischem Verhalten, sehr unterschiedlich ist. Des Weiteren ist die Ursache eines apathischen Verhaltens sehr schwierig zu erfassen. Aus diesen Gründen und um den Interpretationsspielraum einzuschränken, wurde diese Ziffer umformuliert. Die Intelligenzminderung selbst ist kein Geburtsgebrechen im Sinne des IVG.</li> </ul>

<p>404 Störungen des Verhaltens bei Kindern mit normaler Intelligenz, im Sinne krankhafter Beeinträchtigung der Affektivität oder Kontaktfähigkeit, bei Störungen des Antriebes, des Erfassens, der perceptiven Funktionen, der Wahrnehmung, der Konzentrationsfähigkeit sowie der Merkfähigkeit, sofern sie mit bereits gestellter Diagnose als solche vor der Vollendung des 9. Altersjahres auch behandelt worden sind; kongenitale Oligophrenie ist ausschliesslich als Ziffer 403 zu behandeln.</p>	<p>404 Angeborene Störungen des Verhaltens bei Kindern ohne Intelligenzminderung mit kumulativem Nachweis von:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Störungen des Verhaltens im Sinne einer krankhaften Beeinträchtigung der Affektivität oder der Kontaktfähigkeit,</li> <li>2. Störungen des Antriebes,</li> <li>3. Störungen des Erfassens (perzeptive Funktionen),</li> <li>4. Störungen der Konzentrationsfähigkeit,</li> <li>5. Störungen der Merkfähigkeit.</li> </ol> <p>Die Diagnosestellung und der Beginn der Behandlung müssen vor der Vollendung des 9. Lebensjahres erfolgt sein</p>	<p>Die Ziffer wurde präzisiert.</p>
<p>405 Autismus-Spektrum-Störungen, sofern diese bis zum vollendeten 5. Lebensjahr erkennbar werden</p>	<p>405 Autismus-Spektrum-Störungen, sofern die Diagnose durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie für Pädiatrie mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder einen Facharzt für Pädiatrie mit Schwerpunkt Entwicklungspädiatrie bestätigt worden ist</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Altersgrenze wurde gestrichen, weil nicht bei allen Patienten mit einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) die Erkrankung im Kleinkindesalter diagnostiziert werden kann, insbesondere bei hochfunktionalen Autismus-Situationen.</li> <li>• Des Weiteren genügt es gemäss der Rechtsprechung, wenn die Störung vor dem 5. Lebensjahr erkennbar war, ohne zwingend diagnostiziert zu sein. Die Abklärungen, ob die Diagnose in der Tat vor dieser Altersgrenze erkennbar war, hatte bis jetzt in der Praxis einen grossen Abklärungsaufwand zur Folge.</li> <li>• Die Diagnosestellung wird auf die Entwicklungspädiater ausgedehnt, weil die Entwicklungspädiatrie seit 2010 ein vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) anerkannter Schwerpunkt der Kinder- und Jugendmedizin ist und damit formal, fachlich und inhaltlich dem SIWF Titel der Neuropädiatrie gleichgestellt wird.</li> </ul>

406 Frühkindliche primäre Psychosen, sofern diese bis zum vollendeten 5. Lebensjahr erkennbar werden		Dieses GG wird gestrichen, da es mit keiner Diagnose der Klassifikationssysteme korrespondiert. Klinische Psychosen fallen aus Sicht der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (SGKJPP) allenfalls unter die GG-Ziffern 403 oder 404, wenn entsprechende Symptome vorhanden sind.
<b>XVII. Sinnesorgane</b>		
<b>a. Auge</b>		
Wird die Anerkennung als Geburtsgebrechen von einem bestimmten Grad der Visusverminderung abhängig gemacht, so ist der entsprechende Wert nach erfolgter optischer Korrektur massgebend. Ist der Visus nicht messbar und kann das betreffende Auge nicht zentral fixieren, so gilt ein Visus von 0,2 oder weniger (Ziff. 416, 417, 418, 419, 423, 425, 427).	Wird die Anerkennung als Geburtsgebrechen von einem bestimmten Grad der Visusverminderung abhängig gemacht, so ist der entsprechende Wert nach erfolgter optischer Korrektur massgebend. Ist der Visus nicht messbar und kann das betreffende Auge nicht zentral fixieren, so gilt ein Visus von 0,3 oder weniger (Ziff. 416, 417, 418, 419, 423, 425, 427).	Anpassung des Visus, weil die Visusgrenze von 0.2 aus heutiger Sicht – insbesondere mit den hohen visuellen Anforderungen im aktuellen Berufsleben – zu tief angesetzt ist.
411 Lider: Kolobom und Ankyloblepharon	411 Angeborene Fehlbildungen der Lider, sofern eine Operation notwendig ist	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Ziffer wird erweitert.</li> <li>• Angabe der Operationsnotwendigkeit, um sicherzustellen, dass unter dieser Ziffer die schwerwiegenden Fälle erfasst werden.</li> </ul>
412 Ptosis palpebrae congenita	412 Angeborene Ptose, sofern sie im Aufblick von <math><30^\circ</math> eine Beeinträchtigung der Sehachse verursacht	Neu erfolgt die Angabe eines Winkels bezüglich der Sehachse. Wenn die Kinder nicht nach oben schauen können, führt dies zu einer Amblyopie des betroffenen Auges und erfordert eine Therapie.
413 Aplasie der Tränenwege	413 Aplasie der Tränenwege	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
415 Anophthalmus, Buphthalmus und Glaucoma congenitum	415 Anophthalmus, Buphthalmus und angeborenes Glaukom	Die Ziffer wird unverändert übernommen.

416 Cornea: angeborene Trübungen mit Visusverminderung auf 0,2 oder weniger an einem Auge (mit Korrektur) oder Visusverminderung an beiden Augen auf 0,4 oder weniger (mit Korrektur)	416 Angeborene Trübungen der Cornea mit Visusverminderung auf 0,3 oder weniger (mit Korrektur) oder sofern eine Operation notwendig ist	Der Visus wurde angepasst, weil eine Operation auch bei Visusverminderung von < 0.5 angezeigt sind, insbesondere wenn mit einer Operation eine Erhöhung des Visus auf >0.5 erreicht werden kann. Es wird nicht mehr unterschieden ob ein oder beide Augen betroffen sind.
417 Angeborener Nystagmus, sofern eine Operation notwendig ist	417 Angeborener Nystagmus mit Visusverminderung auf 0,3 oder weniger an einem Auge (mit Korrektur) oder Visusverminderung an beiden Augen auf 0,4 oder weniger (mit Korrektur) oder sofern eine Operation notwendig ist	Ein angeborener Nystagmus bedeutet praktisch immer eine schwere Einschränkung der Sehschärfe. Deshalb wurde der Titel angepasst bzw. ausgeweitet. Der Visus wird neu angegeben, um sicherzustellen, dass unter dieser Ziffer die schwerwiegenden Fälle erfasst werden.
418 Angeborene Anomalien der Iris und der Uvea, mit Visusverminderung auf 0,2 oder weniger an einem Auge (mit Korrektur) oder Visusverminderung an beiden Augen auf 0,4 oder weniger (mit Korrektur)	418 Angeborene Anomalien der Uvea mit Visusverminderung auf 0,3 oder weniger an einem Auge (mit Korrektur) oder Visusverminderung an beiden Augen auf 0,4 oder weniger (mit Korrektur) oder sofern eine Operation notwendig ist	Der Visus wird angepasst, weil die Visusgrenze von 0.2 aus heutiger Sicht – insbesondere mit den hohen visuellen Anforderungen im aktuellen Berufsleben – zu tief angesetzt ist. Streichen der Iris-Anomalie, da diese ein Bestandteil der Uvea ist. Die Operationsnotwendigkeit wird angegeben, um sicherzustellen, dass unter dieser Ziffer die schwerwiegenden Fälle erfasst werden.
419 Angeborene Linsen- oder Glaskörpertrübung und Lageanomalien der Linse mit Visusverminderung auf 0,2 oder weniger an einem Auge (mit Korrektur) oder Visusverminderung an beiden Augen auf 0,4 oder weniger (mit Korrektur)	419 Angeborener Linsen- oder Glaskörpertrübungen sowie Lageanomalien der Linse mit Visusverminderung auf 0,3 oder weniger an einem Auge (mit Korrektur) oder Visusverminderung an beiden Augen auf 0,4 oder weniger (mit Korrektur)	Anpassung des Visus, weil die Visusgrenze von 0.2 aus heutiger Sicht – insbesondere mit den hohen visuellen Anforderungen im aktuellen Berufsleben – zu tief angesetzt ist. Aufgrund von genetischen Defekten oder Krankheiten kann eine Linse noch nach der Geburt eintrüben oder dislozieren und dadurch eine Visusminderung verursachen.

420 Frühgeborenen-Retinopathie und Pseudoglioma congenitum (inkl. Morbus Coats)	420 Frühgeborenenretinopathie (ROP)	Das Morbus Coats wurde gestrichen, weil dieses nicht angeboren (es taucht sowohl bei Kindern wie Erwachsenen auf und die Ätiologie ist unbekannt) ist und somit die Definitionskriterien im Sinne des neuen Artikel 13 IVG nicht erfüllt.
421 Retinoblastom	421 Retinoblastom	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
422 Angeborene tapetoretinale Degenerationen	422 Angeborene Erkrankungen und Anomalien der Netzhaut (wie Lebersche kongenitale Amaurose, Chromatopsie, Albinismus, tapetoretinale Degenerationen wie Retinitis pigmentosa), die bis zum vollendeten 5. Lebensjahr eine Visusverminderung auf 0,3 oder weniger an einem Auge (mit Korrektur) oder eine Visusverminderung an beiden Augen auf 0,4 oder weniger (mit Korrektur) verursachen	Die Ziffer wurde erweitert resp. präzisiert und der Visus angegeben, um sicherzustellen, dass nur die schwerwiegenden Fälle unter diese Ziffer fallen. Um sicherzustellen, dass es sich um die angeborene Erkrankung handelt, wurde die Altersgrenze neu eingefügt.
423 Missbildungen und angeborene Erkrankungen des Nervus opticus mit Visusverminderung auf 0,2 oder weniger an einem Auge (mit Korrektur) oder Visusverminderung an beiden Augen auf 0,4 oder weniger (mit Korrektur)	423 Angeborene Fehlbildungen und Erkrankungen des Nervus opticus mit Visusverminderung auf 0,3 oder weniger an einem Auge (mit Korrektur) oder Visusverminderung an beiden Augen auf 0,4 oder weniger (mit Korrektur)	Der Begriff Missbildung wurde durch den aktuellen Begriff Fehlbildung ersetzt, sowie der Visus angepasst, weil die Visusgrenze von 0.2 aus heutiger Sicht – insbesondere mit den hohen visuellen Anforderungen im aktuellen Berufsleben – zu tief angesetzt ist .
424 Angeborene Tumoren der Augenhöhle	424 Angeborene Tumoren der Augenhöhle, die bis zum vollendeten 5. Lebensjahr auftreten	Die Ziffer wurde mit einer Altersgrenze versehen, da angeborene Tumore praktisch immer vor dem 5. Lebensjahr (Ursprung: unreife Netzhautzellen) auftreten. Sie lassen sich auf diese Weise von nicht angeborenen Tumoren abgrenzen.

425 Angeborene Refraktionsanomalien, mit Visusverminderung auf 0,2 oder weniger an einem Auge (mit Korrektur) oder Visusverminderung an beiden Augen auf 0,4 oder weniger (mit Korrektur)	425 Angeborene Refraktionsanomalien mit Visusverminderung auf 0,3 oder weniger an einem Auge (mit Korrektur) oder Visusverminderung an beiden Augen auf 0,4 oder weniger (mit Korrektur)	Der Visus wurde angepasst, weil die Visusgrenze von 0.2 aus heutiger Sicht – insbesondere mit den hohen visuellen Anforderungen im aktuellen Berufsleben – zu tief angesetzt ist.
426...	426 Angeborene zentrale Visusstörung (elementare Sehfunktionsstörungen wie Störungen des Gesichtsfelds, des Kontrastsehens, des Farbsehens und des Raumsehen) sowie angeborene corticale Blindheit	Es wurde ein neues GG geschaffen, um zentrale Visusstörungen zu erfassen, die bisher nicht erfasst waren.
427 Strabismus und Mikrostrabismus concomitans monolateralis, wenn eine Amblyopie von 0,2 oder weniger (mit Korrektur) vorliegt	427 Strabismus und Mikrostrabismus monolateralis, wenn eine Amblyopie mit Visusverminderung auf 0,3 oder weniger (mit Korrektur) vorliegt	Der Visus wurde angepasst, weil die Visusgrenze von 0.2 aus heutiger Sicht – insbesondere mit den hohen visuellen Anforderungen im aktuellen Berufsleben – zu tief angesetzt ist. Der Titel wurde angepasst, da auch ein nicht konkomittierender Strabismus eine Amblyopie auslösen kann.
428 Kongenitale Paresen der Augenmuskeln (sofern Prismen, Operation oder orthoptische Behandlung notwendig sind)	428 Angeborene Paresen von Augenmuskeln sowie Duane-Syndrom, sofern Prismen, Operation oder orthoptische Behandlung notwendig sind	Die Ziffer wurde erweitert sowie die Terminologie angepasst.
<b>b. Ohr</b>		
441 Atresia auris congenita inklusive Anotie und Mikrotie	441 Angeborene Ohratresie (inklusive Anotie und Mikrotie) und Gehörgangsatresie (knöchern oder fibrös) mit Schalleitungsstörung mit einem Hörverlust im	Die Ziffer wurde mit der Gehörgangsatresie erweitert, um diese mit zu erfassen. Zusätzlich wurden Angaben über die Schalleitungsschwerhörigkeit gemacht, um sicherzustellen, dass nur die schwerwiegenden Fälle unter diese Ziffer fallen.



	Reintonaudiogramm von mindestens 30 dB bei zwei Messwerten der Frequenzen von 500, 1000, 2000 und 4000 Hz	
442...		Da die Ziffer heute schon keinen Inhalt hat, wird sie gestrichen.
443 Angeborene Spalte im Ohrbereich, Mittelohrfisteln und Trommelfelldefekte	443 Angeborene Spalte im Ohrbereich, Mittelohrfisteln und angeborene Trommelfelldefekte. Ohranhängsel sind kein Geburtsgebrechen im Sinne der IV	Ohranhängsel wurden aus dieser Ziffer ausgeschlossen, da diese durch eine einmalige einfache Behandlung behoben werden können.
444 Angeborene Mittelohrmissbildung mit ein- oder doppelseitiger Schwerhörigkeit bei einem Hörverlust von mindestens 30 Dezibel im Reintonschwellenaudiogramm bei zwei Messwerten der Frequenzen von 500, 1000, 2000 und 4000 Hertz	444 Angeborene Mittelohrfehlbildung mit ein- oder doppelseitiger Schwerhörigkeit mit einem Hörverlust im Reintonaudiogramm von mindestens 30 dB bei zwei Messwerten der Frequenzen von 500, 1000, 2000 und 4000 Hz	Die Terminologie wurde aktualisiert.
445 Angeborene Taubheit		Die Ziffer wird gestrichen, da die angeborene Taubheit unter die GG-Ziffer 446 subsummiert wird.
446 Angeborene Schallempfindungsschwerhörigkeit bei einem Hörverlust im Reintonschwellenaudiogramm von mindestens 30 Dezibel bei zwei Messwerten der Frequenzen von 500, 1000, 2000 und 4000 Hertz	446 Angeborene Schallempfindungsstörung mit einem Hörverlust im Reintonaudiogramm von mindestens 30 dB bei zwei Messwerten der Frequenzen von 500, 1000, 2000 und 4000 Hz sowie angeborene Taubheit	Die Terminologie wurde aktualisiert und die Ziffer mit der angeborenen Taubheit – die bisher zur GG-Ziffer 445 gehörte – ergänzt.

447 Angeborenes Cholesteatom	447 Angeborenes Cholesteatom	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
<b>XVIII. Stoffwechsel und endokrine Organe</b>		
	450 Angeborene lysosomale Stoffwechselkrankheiten (wie mucopolysaccharidosen, Morbus Gaucher, Niemann-Pick), sofern die Diagnose in einem medizinisch-genetischen Zentrum oder im Stoffwechselreferenznetzwerk gestellt wurde und die Behandlung vom Stoffwechselnetzwerk geleitet wird	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wurde eine neue Ziffer geschaffen, die spezifisch die lysosomalen Speicherkrankheiten beinhaltet.</li> <li>• Damit die Qualität der Diagnosestellung gesichert ist, wird die Ziffer mit der Voraussetzung der Diagnosestellung im Referenznetzwerk verknüpft.</li> </ul>
451 Angeborene Störungen des Kohlehydrat-Stoffwechsels (Glykogenose, Galaktosämie, Fruktose-Intoleranz, Hypoglykämie Mac-Quarrie, Hypoglykämie Zetterstroem, Leucin-sensible Hypoglykämie, primäre Hyperoxalurie, angeborene Störungen des Pyruvat-Stoffwechsels, Laktose-Malabsorption, Saccharose-Malabsorption und Diabetes mellitus, sofern dieser innert den ersten vier Lebenswochen festgestellt wird oder unzweifelhaft manifest war)	451 Angeborene Störungen des Kohlehydrat-Stoffwechsels, sofern die Diagnose in einem medizinisch-genetischen Zentrum oder im Stoffwechselreferenznetzwerk gestellt wurde und die Behandlung vom Stoffwechselnetzwerk geleitet wird	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Ziffer wurde aktualisiert, indem die obsoleten Begriffe gestrichen wurden.</li> <li>• Damit keine Krankheiten ausgeschlossen werden, werden diese nicht mehr einzeln erwähnt.</li> <li>• Damit die Qualität der Diagnosestellung gesichert ist, wird die Ziffer mit der Voraussetzung der Diagnosestellung im Referenznetzwerk verknüpft.</li> <li>• Die Altersvoraussetzung, die sich auf Diabetes bezog, wird gelöscht. Nach heutigem Kenntnisstand liegt dem angeborenen (oder kongenitalen) Diabetes ein genetischer Defekt zugrunde, welcher vor dem 6 Lebensmonat diagnostiziert wird, daher wird die Grenze von 4 Wochen gelöscht.</li> </ul>
452 Angeborene Störungen des Aminosäuren- und Eiweissstoffwechsels (wie Phenylketonurie,	452 Angeborene Störungen des Aminosäuren- und Eiweissstoff-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Ziffer wurde aktualisiert, indem die obsoleten Begriffe gestrichen wurden.</li> <li>• Damit keine Krankheiten ausgeschlossen werden, werden diese nicht mehr einzeln erwähnt.</li> </ul>

<p>Zystinose, Zystinurie, Oxalose, oculo-cerebrorenales Syndrom Lowe, angeborene Störungen des Harnstoff-Zyklus und andere angeborene Hyperammoniämien)</p>	<p>wechsels inklusiv Harnstoffzyklus und Organazidurie, sofern die Diagnose in einem medizinisch-genetischen Zentrum oder im Stoffwechselreferenznetzwerk gestellt wurde und die Behandlung vom Stoffwechselnetzwerk geleitet wird</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Damit die Qualität der Diagnosestellung gesichert ist, wird die Ziffer mit der Voraussetzung der Diagnosestellung im Referenznetzwerk verknüpft.</li> </ul>
<p>453 Angeborene Störungen des Fett- und Lipoprotein-Stoffwechsels (wie Amaurotische Idiotie, Morbus Niemann-Pick, Morbus Gaucher, hereditäre Hypercholesterinämie, hereditäre Hyperlipämie, Leukodystrophien)</p>	<p>453 Angeborene Störungen des Fett, Fettsäuren- und Lipoprotein-Stoffwechsels (wie Smith-Lemli-Opitz-Krankheit, hereditäre Hypercholesterinämie, hereditäre Hyperlipämie), sofern die Diagnose in einem medizinisch-genetischen Zentrum oder im Stoffwechselreferenznetzwerk gestellt wurde und die Behandlung vom Stoffwechselnetzwerk geleitet wird</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Titel wurde aktualisiert, indem die obsoleten Begriffe gestrichen werden.</li> <li>• Damit die Qualität der Diagnosestellung gesichert ist, wird die Ziffer mit der Voraussetzung der Diagnosestellung im Referenznetzwerk verknüpft.</li> </ul>
<p>454 Angeborene Störungen des Mucopolysaccharid- und Glykoprotein-Stoffwechsels (wie Morbus Pfaundler-Hurler, Morbus Morquio)</p>	<p>454 Angeborene Glykosylierungsstörungen, sofern die Diagnose in einem medizinisch-genetischen Zentrum oder im Stoffwechselreferenznetzwerk gestellt wurde und die Behandlung vom Stoffwechselnetzwerk geleitet wird</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Titel wurde angepasst. Die Störungen, die den Kohlenhydratstoffwechsel betreffen, befinden sich alle unter der GG-Ziffer 451.</li> <li>• Damit die Qualität der Diagnosestellung gesichert ist, wird die Ziffer mit der Voraussetzung der Diagnosestellung im Referenznetzwerk verknüpft.</li> </ul>
<p>455 Angeborene Störungen des Purin- und Pyrimidin-Stoffwechsels (Xanthinurie)</p>	<p>455 Angeborene Störungen des Purin- und Pyrimidin-Stoffwechsels (wie Xanthinurie), sofern die Diagnose in einem medizinisch-</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Ziffer wird angepasst: Die in Klammern angegebene Diagnose wird mit "wie" ergänzt, um keine Krankheit dieser Leidensgruppe auszuschliessen.</li> <li>• Damit die Qualität der Diagnosestellung gesichert ist, wird die Ziffer mit der Voraussetzung der Diagnosestellung im Referenznetzwerk verknüpft.</li> </ul>

	genetischen Zentrum oder im Stoffwechselreferenznetzwerk gestellt wurde und die Behandlung vom Stoffwechselnetzwerk geleitet wird	
456 Angeborene Störungen des Metall-Stoffwechsels (Wilsonsche Krankheit, Hämochromatose und Menkes-Syndrom)	456 Angeborene Störungen im Stoffwechsel von Mineralstoffen inklusive Spurenelementen sowie von Vitaminen, Co-Faktoren und Neurotransmittern, sofern die Diagnose in einem medizinisch-genetischen Zentrum oder im Stoffwechselreferenznetzwerk gestellt wurde und die Behandlung vom Stoffwechselnetzwerk geleitet wird (beim Morbus Wilson auch durch die Fachärztin oder den Facharzt für Kinder und Jugendmedizin Schwerpunkt pädiatrische Gastroenterologie und Hepatologie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Ziffer wird aktualisiert respektive an die heutige Terminologie angepasst.</li> <li>• Damit die Qualität der Diagnosestellung gesichert ist, wird die Ziffer mit der Voraussetzung der Diagnosestellung im Referenznetzwerk verknüpft.</li> </ul>
457 Angeborene Störungen des Myoglobin-, Hämoglobin- und Bilirubin-Stoffwechsels (Porphyrie und Myoglobinurie)	457 Angeborene Porphyrien und angeborene Bilirubinstoffwechselstörungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Ziffer wurde aktualisiert respektive an der heutigen Terminologie angepasst.</li> </ul>
458 Angeborene Störungen der Leberfunktion (hereditäre, nichthämolytische Ikterus-Formen)	458 Angeborene Störungen der Leberenzyme wie Gallensäuresynthesedefekte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Ziffer wird, basierend auf der Rückmeldung der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Hepatologie (SGPGHE) korrigiert: in diesem Abschnitt der Stoffwechselkrankheiten, soll der Terminus «Leberfunktion» nicht verwendet werden, da mit diesem Begriff im deutschen Sprachgebrauch die Lebersynthesefunktion, d.h. Synthese u.a. von Gerinnungsfaktoren (und somit bei den Blutkrankheiten einzuteilen) gemeint ist.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Die peroxysmalen Stoffwechselstörungen werden neu unter einer separaten Ziffer (GG-Ziffer 469) erfasst.</li> </ul>
459 Angeborene Störungen der Pankreasfunktion (Mucoviscidosis und primäre Pankreasinsuffizienz)	459 Angeborene Störungen der Pankreasfunktion (primäre Pankreasinsuffizienz [wie beim Shwachman-Syndrom])	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die cystische Fibrose (cF, Mukoviszidose) wurde aus dieser Ziffer entfernt und kommt neu unter die eigene Ziffer 480. Der Grund ist, dass die cF nicht nur eine Störung der Pankreasfunktion ist, sondern Störungen weiterer Organe mit sich zieht.</li> <li>Der Titel wurde mit einem Beispiel ergänzt.</li> </ul>
	460 Angeborene mitochondriale Stoffwechselstörungen, sofern die Diagnose in einem medizinisch-genetischen Zentrum oder im Stoffwechselreferenznetzwerk gestellt wurde und die Behandlung vom Stoffwechselnetzwerk geleitet wird	<ul style="list-style-type: none"> <li>Da Mitochondriopathien aktuell nicht tel quel auf der Liste aufgeführt sind, wurde diese neue Ziffer geschaffen, damit diese spezifisch bezeichnet werden können.</li> <li>Damit die Qualität der Diagnosestellung gesichert ist, wird die Ziffer mit der Voraussetzung der Diagnosestellung im Referenznetzwerk verknüpft.</li> </ul>
461 Angeborene Störungen des Knochen-Stoffwechsels (wie Hypophosphatasie, progressive diaphysäre Dysplasie Camurati-Engelmann, Osteodystrophia Jaffé-Lichtenstein, Vitamin D-resistente Rachitisformen)	461 Angeborene Störungen des Knochen-Stoffwechsels wie Hypophosphatasie, Vitamin D-resistente Rachitisformen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die progressive diaphysäre Dysplasie (bzw. Camurati-Engelmann-Syndrom) wird neu unter Ziffer 127 und die Osteodystrophia Jaffé-Lichtenstein neu unter Ziffer 126 subsummiert. Bei diesen Krankheiten handelt es sich nämlich nicht um Störungen des Knochenstoffwechsels an sich, sondern um Störungen der Ossifikation.</li> </ul>
462 Angeborene Störungen der hypothalamohypophysären Funktion (hypophysärer Kleinwuchs, Diabetes insipidus, Prader-Willi-Syndrom und Kallmann-Syndrom)	462 Angeborene Störungen der hypothalamohypophysären Funktion (hypophysärer Kleinwuchs, Diabetes insipidus, entsprechende Funktionsstörungen beim Prader-Willi-Syndrom und beim Kallmann-Syndrom)	Die Terminologie wurde präzisiert.

463 Angeborene Störungen der Thyreoidea-Funktion (Athyreose und Hypothyreose)	463 Angeborene Störungen der Thyreoidea-Funktion (Athyreose und Hypothyreose)	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
464 Angeborene Störungen der Parathyreoidea-Funktion (Hypoparathyreoidismus und Pseudohypoparathyreoidismus)	464 Angeborene Störungen der Parathyreoidea-Funktion (Hypoparathyreoidismus und Pseudohypoparathyreoidismus)	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
465 Angeborene Störungen der Nebennierenfunktion (adrenogenitales Syndrom und Nebenniereninsuffizienz)	465 Angeborene funktionelle und strukturelle Störungen der Nebennieren (adrenogenitales Syndrom), sofern die Diagnose durch ein DSD-Team bestätigt wurde	Die Terminologie wurde aktualisiert und die Ziffer zwecks Gewährleistung der Qualitätssicherung bei der Diagnosestellung mit der Voraussetzung der Diagnosebestätigung durch ein DSD-Team versehen. Bei Letzteren handelt es sich um anerkannte Referenz- bzw. Expertenteams in Grosszentren.
466 Angeborene Störungen der Gonaden-Funktion (bei Fehlbildung der Gonaden, Anorchie, Klinefelter-Syndrom, und Androgenresistenz, siehe auch Ziffer 488)	466 Angeborene Störungen der Gonaden-Funktion (Androgen- und Östrogen-Synthesestörung, Androgen- und Östrogenrezeptor Resistenzen), sofern die Diagnose durch ein DSD-Team bestätigt wurde	s. Ziffer 465.
467 Angeborene Enzymdefekte des intermediären Stoffwechsels, die in den ersten fünf Lebensjahren manifest werden	467 Angeborene molekulare Defekte, die zu multisystemischen komplexen Krankheiten führen, sofern die Diagnose in einem medizinisch-genetischen Zentrum oder im Stoffwechselreferenznetzwerk gestellt wurde und die Behandlung vom Stoffwechselnetzwerk geleitet wird	Enzymdefekte des intermediären Stoffwechsels fallen unter die Ziffern 451 - 457. Die Ziffer beinhaltet neu die angeborenen multisystemischen komplexen Krankheiten. Es wird darauf verzichtet, Beispiele aufzuführen, weil es sich meistens um (sehr) seltene Krankheiten handelt, welche mit der entsprechenden Gen-Mutation bezeichnet werden. Damit die Qualität der Diagnosestellung gesichert ist, wird die Ziffer mit der Voraussetzung der Diagnosestellung im Referenznetzwerk verknüpft.

468 Phaeochromozytom und Phaeochromoblastom	468 Phaeochromozytom und Phaeochromoblastom	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
	469 Angeborene Tumoren der Nebennierenrinde	Neue Ziffer zur Bezeichnung dieser angeborenen Tumore.
	470 Angeborene peroxysomale Stoffwechselstörungen, sofern die Diagnose in einem medizinisch-genetischen Zentrum oder im Stoffwechselreferenznetzwerk gestellt wurde und die Behandlung vom Stoffwechselnetzwerk geleitet wird	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Da peroxysomale Stoffwechselstörungen aktuell nicht auf der Liste aufgeführt sind, wurde diese neue Ziffer geschaffen, damit diese spezifisch bezeichnet werden können.</li> <li>• Damit die Qualität der Diagnosestellung gesichert ist, wird die Ziffer mit der Voraussetzung der Diagnosestellung im Referenznetzwerk verknüpft.</li> </ul>
<b>XIX. Fehlbildungen, bei denen mehrere Organsysteme betroffen sind</b>		
	480 Cystische Fibrose (Mucoviszidose), sofern die Diagnose in einem Zentrum für Cystische Fibrose gestellt wurde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es wurde eine spezifische GG-Ziffer für die cystische Fibrose geschaffen.</li> <li>• Damit die Qualität der Diagnosestellung gesichert ist, wird die Ziffer mit der Voraussetzung zur Diagnosestellung verknüpft.</li> </ul>
481 Neurofibromatose	481 Neurokutane Syndrome wie Neurofibromatose, tuberöse Sklerose Bourneville und incontinnencia pigmenti	Die Neurofibromatose ist eine Erkrankung des Nervensystems welche zu den sog. Neurokutanen Syndromen (Synonym: Phakomatosen) gehört und bei welcher es zu Fehlbildungen im Bereich der Haut und des Nervensystems kommt. Zu dieser Krankheitsgruppe gehören u.a. die tuberöse Sklerose Bourneville (knotige Hirnmissbildung) und incontinnencia pigmenti (zahlreichen Pigmentflecken auf der Haut, Störungen der Fingernägel, Haare und Zähne sowie Fehlbildungen im Zentralnervensystem). Die Ziffer wird ausgeweitet, um verwandte Krankheiten unter derselben Ziffer zu subsummieren. Die Ziffer 487 wird gestrichen und unter Ziffer 481 subsummiert. Dazu kommt noch die incontinnencia pigmenti, die aktuell nicht auf der GG-Liste aufgeführt ist.
482 Angiomatosis cerebri et retinae (von Hippel-Lindau)	482 Phakomatosen mit Gefäßkomponenten wie von Hippel-	Die Ziffer wird aktualisiert und erweitert, da zu dieser Krankheitsgruppe die Phakomatosen (Synonym: Neurokutane Syndrome) mit zusätzlich Fehlbildungen der Gefäße gehören.

	Lindau, Rendu-Osler, Sturge-Webber-Krabbe	
483 Angiomatosis encephalo-trigeminalis (Sturge-Weber-Krabbe)		Die Krankheit befindet sich neu unter der GG-Ziffer 482.
484 Ataxia teleangiectatica (Louis Bar)	484 Ataxia teleangiectatica (Louis Bar)	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
485 Kongenitale Dystrophien des Bindegewebes (wie Marfan-Syndrom, Ehlers-Danlos-Syndrom, Cutis laxa congenita, Pseudoxanthoma elasticum)	485 Angeborene Dystrophien des Bindegewebes wie beim Marfan, Ehlers-Danlos, Cutis laxa congenita, Pseudoxanthoma elasticum, Williams-Beuren, Loeys-Dietz	Die Ziffer wurde aktualisiert und um weitere Leiden ergänzt.
486 Teratome und andere Keimzelltumoren (wie Dysgerminom, embryonales Karzinom, gemischter Keimzelltumor, Dottersacktumor, Choriokarzinom, Gonadoblastom)	486 Teratome und andere Keimzell-Tumoren wie Dysgerminom, embryonales Karzinom, gemischter Keimzelltumor, Dottersack-Tumor, Choriokarzinom, Gonadoblastom	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
487 Tuberöse Hirnsklerose (Bourneville)		Die tuberöse Hirnsklerose (Bourneville) wird neu unter der Ziffer 481 subsummiert.
488 Turner-Syndrom (nur Störungen der Gonadenfunktion und des Wachstums)	488 Störungen der Gonadenfunktion und des Wachstums beim Turner-Syndrom, sofern eine Therapie notwendig ist. Das Turner-Syndrom als solches ist kein Geburtsgebrechen im Sinne der IV	Die Ziffer wurde klarer formuliert.



489 Trisomie 21 (Down-Syndrom)	489 Trisomie 21 (Down-Syndrom)	Die Ziffer wird unverändert übernommen.
<b>XX. Weitere Gebrechen</b>		
490 Angeborene HIV-Infektion	490 Folgen von angeborenen Infektionskrankheiten wie HIV, Lues congenita, Toxoplasmose, Zytomegalie, kongenitaler viraler Hepatitis inklusive zugehörige Embryo- und Fetopathien	Diese Ziffer beinhaltet neu die Folgen von angeborenen Infektionskrankheiten (die vorher unter Ziffer 493 subsumiert waren). HIV-Infektion sind weiterhin unter dieser Ziffer beinhaltet.
491 Tumoren des Neugeborenen		Diese Ziffer ist obsolet, da die Tumoren unter den spezifischen respektive Organkapiteln aufgeführt werden.
492 Doppelmissbildungen (wie Siamesische Zwillinge, Epignathus)	492 Doppelfehlbildungen (Siamesische Zwillinge)	Die Terminologie wurde aktualisiert.
493 Folgen von Embryo- und Fetopathien (für kongenitale Oligophrenien gilt Ziff. 403) sowie angeborene Infektionskrankheiten (wie Lues congenita, Toxoplasmose, Tuberkulose, Listeriose, Zytomegalie)	493 Folgen von Embryo- und Fetopathien durch Noxen wie Alkohol oder Medikamente	Diese GG-Ziffer beinhaltet nur noch die durch Noxen bedingten Embryo- und Fetopathien. Die Folgen von Infektionskrankheiten werden neu separat unter der Ziffer 490 aufgeführt.
494 Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unter 2000 g bis zur Erreichung eines Gewichtes von 3000 g	494 Neugeborene mit einem Gestationsalter bei Geburt unter 28 0/7 Schwangerschaftswochen bis am Tag des ersten Spitalaustritts nach Hause	Die bisherige Ausgestaltung von Ziffer 494 ist seit der Inkraftsetzung des IVG im Jahr 1960 unverändert. Aus heutiger medizinischer Sicht ist festzustellen, dass das Unterschreiten einer Gewichtslimite als solches keine Krankheit darstellt. Zumal alle schweren Komplikationen im Zusammenhang mit einer Frühgeburt ebenfalls als Geburtsgebrechen anerkannt sind (z.B. Cerebralparese unter Ziffer 395/390; Retinopathie unter Ziffer 420 etc.), stellte sich die Frage, ob die Ziffer 494 nicht ersatzlos gestrichen werden soll. Die Begleitgruppe hat sich praktisch einstimmig (9 von 10 Meinungen) für das Streichen dieser Ziffer erklärt. Die FMH-Fachgesellschaft für Neonatologie hat, aufgrund finanzieller Auswirkungen

		dieses Streichens, dagegen Einwand erhoben. Basierend darauf wurde entschieden, trotz medizinisch solid abgestützten Argumenten, auf eine ganze Streichung der Ziffer 494 zu verzichten und diese an den medizinischen Fortschritt anzupassen. Diese Ziffer wird daher auf der Liste weiter aufgeführt werden und zwar soll anstelle des Geburtsgewichts neu auf das für den Gesundheitszustand des Kindes aussagekräftigere Gestationsalter abgestellt werden. Zudem wurde die Grenze mit 28 Schwangerschaftswochen tiefer angesetzt als die heutige Grenze von 2000 Gramm. Dies ist angezeigt, weil im Bereich der Neonatologie bedeutende medizinische Fortschritte erzielt werden konnten und die Definition des Geburtsgebrechens auf diejenigen Kinder beschränkt werden soll, die auf eine komplexe Behandlung respektive einen langen Spitalaufenthalt angewiesen sind. Durch diese Anpassung der Limite wird sich die Anzahl der Kinder mit einem Geburtsgebrehen gemäss Ziffer 494 um rund zwei Drittel reduzieren. Der verbleibende Drittel löst allerdings drei Viertel der anfallenden Kosten aus. Hinzu kommt, dass diejenigen Kinder, welche nach der 28. Schwangerschaftswoche geboren werden und trotzdem eine schwerwiegende Krankheit haben, mit grosser Wahrscheinlichkeit eine andere GG-Ziffer erfüllen.
495 Schwere neonatale Infekte, sofern sie in den ersten 72 Lebensstunden manifest werden und eine Intensivbehandlung begonnen werden muss		Es handelt sich dabei um akute Erkrankungen (z.B. Streptokokken-Infektion), die innert kurzer Frist behoben werden können (u.a. mit Antibiotika-Therapie) und somit den Kriterien im Sinne des neuen Artikel 13 IVG nicht entsprechen. Die Ziffer wird deshalb gestrichen.
496 Neonatale Suchtmittelabhängigkeit, sofern eine Intensivbehandlung begonnen werden muss		Die Behandlung akuter Suchtmittelabhängigkeit bzw. Entzug bei Neugeborenen ist relativ einfach und stellt somit keine komplexe Behandlung mehr dar. Kommt es zu chronischen Folgen resp. Feto- und Embryopathie fällt das Leiden unter die Ziffer 493.
497 Schwere respiratorische Adaptationsstörungen (wie Asphyxie, Atemnotsyndrom, Apnoen), sofern sie in den ersten 72 Lebensstunden manifest werden		Es handelt sich dabei um ein akutes Leiden (z.B. Atemnotsyndrom) das innert kurzer Frist (einige Tage bis max. wenige Wochen behandelt wird, z.B. durch CPAP-Beatmung) behoben werden kann. Deshalb wird nicht von einer langandauernden oder komplexen Behandlung im Sinne des neuen Artikel 13 IVG ausgegangen. Die Komplikationen bzw. langfristigen Konsequenzen (z.B. Cerebralparese) werden weiterhin in der GG Liste unter separaten Ziffern abgedeckt.

und eine Intensivbehandlung begonnen werden muss		
498 Schwere neonatale metabolische Störungen (Hypoglykämie, Hypocalcämie, Hypomagnesiämie), sofern sie in den ersten 72 Lebensstunden auftreten und eine Intensivbehandlung begonnen werden muss		Es handelt sich dabei um akute Erkrankungen (z.B. transiente Hypoglykämie) welche innert kurzer Frist (einige Tage bis max. wenige Wochen behandelt werden, z.B. durch intravenöse Verabreichung von Dextrose) behoben werden. Es handelt sich dabei weder um eine langdauernde noch komplexe Behandlung und daher sind die Kriterien des neuen Artikel 13 IVG nicht erfüllt.
499 Schwere geburtsbedingte Verletzungen, die einer Intensivbehandlung bedürfen		Es handelt sich dabei um Verletzungen bzw. Traumata und nicht um Krankheiten. Verletzungen entsprechen den Kriterien im Sinne des neuen Artikel 13 IVG nicht.