



Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)
3003 Bern

Per E-Mail an: sekretariat.iv@bsv.admin.ch

Bern, 19. März 2021

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

Sehr geehrter Herr Bundesrat,
sehr geehrte Damen und Herren

Wir bedanken uns für die Möglichkeit, zu den Änderungen der Verordnungen im Rahmen der Weiterentwicklung der IV Stellung zu nehmen.

Die 18 kantonalen und regionalen Krebsligen sowie die Krebsliga Schweiz als Dachorganisation unterstützen und beraten schweizweit Krebsbetroffene und ihre Angehörigen. Eine schwerwiegende Erkrankung wie Krebs ist neben den herausfordernden physischen und psychischen Auswirkungen auch mit finanziellen Konsequenzen verbunden – insbesondere durch den Mehraufwand der Kosten für Behandlung, Pflege, Hilfsmittel, Transportkosten etc. sowie durch einen allfälligen Erwerbsausfall. Deshalb nehmen wir die Gelegenheit zur Stellungnahme gerne wahr und stützen uns dabei auf die Stellungnahme von Inclusion Handicap, die mit intensiver Beteiligung der Begleitgruppe Art. 74 IVG erarbeitet wurde.

Die Krebsliga Schweiz ist mit den vom Bundesrat vorgeschlagenen Ausführungsbestimmungen zur Änderung des IVG, welche Änderungen der IVV, der AHVV, der ATSV, der KVV, der UVV und der AVIV beinhalten, mehrheitlich einverstanden. Bei den Themenbereichen Optimierung der Eingliederung (Themenblock 1), medizinische Massnahmen (Themenblock 2), Rentensystem (Themenblock 5), Verfahren und Begutachtung (Themenblock 7), Prioritätenordnung zu Art. 74 IVG (Themenblock 8) und Assistenzbeitrag (Themenblock 10) sehen wir jedoch teilweise erheblichen Nachbesserungsbedarf und problematische Punkte.

Ein für uns zentraler Bestandteil der IVV sind die Bestimmungen zur Finanzierung der Leistungen der privaten Behindertenhilfe gem. Art. 74 IVG, die mit den Art. 108 bis 110 IVV stark angepasst werden sollen (Themenblock 8). Die Finanzhilfen reichen dabei bereits heute nicht aus, um den gesamten Bedarf abzudecken, weshalb die einzelnen Organisationen – wie die Krebsliga – einen grossen Teil der Art. 74 IVG Leistungen selbst tragen und nur dank Zuwendungen Privater finanzieren können. Dass die Zivilgesellschaft hier eine Lücke füllen muss, die in der Verantwortung des Staates liegt, wird schon länger



kritisiert. Mit den vorgeschlagenen Änderungen der IVV wird dieser Missstand verschärft. Dabei hatte der Bundesrat noch in seiner Botschaft zur IV Weiterentwicklung festgehalten, dass die Änderungen betreffend Finanzhilfen keine Auswirkungen auf die Organisationen der privaten Behindertenhilfe haben werden. Dem ist nun aber nicht so. Beispielsweise ist für die Krebsliga Schweiz als Dachorganisation mit mehreren Untervertragsnehmenden die Verkürzung der Reportingfrist auf vier Monate schlicht unverständlich und in der Praxis nicht realistisch umsetzbar. Wir können diese und die weiteren einschneidenden Massnahmen nicht akzeptieren, weil sie unnötig auf Kosten der Menschen gehen, die auf die Unterstützungsleistungen nach Art. 74 IVG angewiesen sind.

Unsere zentralen Anliegen der weiteren Themenblöcke sind:

- **Eingliederung (Themenblock 1):**
Wir begrüssen den grundsätzlichen Fokus der Eingliederungsmassnahmen auf den ersten Arbeitsmarkt. Dort wo es notwendig ist, muss aber weiterhin der geschützte Rahmen berücksichtigt werden.
- **Medizinische Massnahmen (Themenblock 2):**
Wir begrüssen die Übertragung der Verordnungskompetenz für die Geburtsgebrechenliste an das EDI (GgV-EDI) und ebenso die Möglichkeit, diese häufiger zu aktualisieren. Die Geburtsgebrechenliste muss allerdings unbedingt regelmässig und nach vorgängiger Anhörung der betroffenen Fachgesellschaften und der Patientenorganisationen angepasst werden. Im Onkologischen Bereich betrifft dies Kindern mit angeborenen Zysten und Tumore. Da die vorgeschlagene Geburtsgebrechenliste im Anhang der GgV-EDI noch erhebliche Ungenauigkeiten enthält, muss sie vor Inkrafttreten in Zusammenarbeit unbedingt mit Fachgesellschaften und Patientenorganisationen überarbeitet werden.
- **Rentensystem (Themenblock 5):**
Wir lehnen die vom Bundesrat für den Einkommensvergleich als massgebend bezeichneten statistischen Tabellenlöhne ab. Sie widerspiegeln weitgehend nur das Lohnniveau von gesunden Personen. Da Löhne von Personen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung aber systematisch signifikant tiefer ausfallen, sind für die Bestimmung des Einkommens mit Invalidität spezifische – auch vom Bundesgericht geforderte – Lohntabellen zu erstellen. Erst wenn diese vorliegen, darf der heute im Sinne eines Korrektivs teilweise gewährte Abzug vom Tabellenlohn aufgehoben werden.
- **Verfahren und Begutachtung (Themenblock 7):**
Wir begrüssen das Zufallsprinzip für bidisziplinäre Gutachten. Hingegen lehnen wir das vom Bundesrat vorgeschlagenen Einigungsverfahren ab, das erst zum Zug kommen soll, wenn ein Ausnahmegrund vorliegt. Vielmehr müssen die im Expertenbericht zur medizinischen Begutachtung in der IV festgehaltenen Empfehlungen zum Einigungsverfahren und ebenfalls diejenigen zu den polydisziplinären Gutachten integral übernommen werden. Die Bestimmungen zur Tonaufnahme des Gutachtengesprächs sind noch zu ergänzen. Zudem müssen in der eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung mindestens zwei Personen die Patienten- und Behindertenorganisationen vertreten.



- Assistenzbeitrag (Themenblock 10):
Wir begrüßen die Erhöhung der Nachtpauschalen und die Anlehnung an den Modell-NAV. Der im Modell-NAV vorgesehene Zuschlag von 25% auf aktive Hilfe während der Nacht muss aber ebenfalls übernommen werden.

Unsere detaillierten Ausführungen sind in der beigelegten Stellungnahme ersichtlich. Wir danken Ihnen im Voraus für die Berücksichtigung unserer Anliegen.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse
Krebsliga Schweiz

PD Dr. med. Gilbert Zulian
Präsident

Daniela de la Cruz
CEO

Beilage:

Stellungnahme der Krebsliga Schweiz zu den Ausführungsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. März 2021



krebsliga schweiz
ligue suisse contre le cancer
lega svizzera contro il cancro

AUSFÜHRUNGSBESTIMMUNGEN ZUR ÄNDERUNG DES IVG (WEITERENTWICKLUNG DER IV)

Stellungnahme der Krebsliga Schweiz

19. März 2021

Inhaltsverzeichnis

A Allgemeine Bemerkungen	3
1. Themenblöcke 1, 2, 5, 7 und 10	3
2. Themenblock 8 Prioritätenordnung zu Art. 74 IVG	4
3. Schlussfolgerung	5
B Materielle Bemerkungen	6
1. Themenblock 1: Optimierung der Eingliederung	6
1.1. Generelle Bemerkungen	6
1.2. Art. 1sexies Abs. 2 IVV – Massnahmen der Frühintervention während der obligatorischen Schulzeit	6
1.3. Art. 4quater Abs. 1 IVV – Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung	6
1.4. Art. 4quinquies IVV – Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation	7
1.5. Art. 4sexies IVV – Dauer der Integrationsmassnahmen	8
1.6. Art. 4a IVV – Berufsberatung	9
1.7. Art. 5 IVV – Erstmalige berufliche Ausbildung	9
1.8. Art. 5bis Abs. 5 IVV – Invaliditätsbedingte Mehrkosten	11
1.9. Zusätzliche Anliegen	11
2. Themenblock 2: Medizinische Massnahmen	12
2.1. Generelle Bemerkungen	12
2.2. Art. 2 IVV - Medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG	12
2.3. Art. 2bis Abs. 2 IVV - Fortführung medizinischer Eingliederungsmassnahmen	14
2.4. Art. 3 Abs. 1 IVV – Geburtsgebrechen	14
2.5. Art. 3bis IVV – Liste der Geburtsgebrechen	16
2.6. Verordnung des EDI über Geburtsgebrechen (GgV-EDI)	16
2.7. Art. 3quinquies IVV - Medizinische Pflegeleistungen bei Domizilbehandlung	16
2.8. Art. 3sexies IVV - Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste	17
3. Themenblock 5: Rentensystem	17
3.1. Generelle Bemerkungen	17
3.2. Art. 25 IVV – Grundsätze des Einkommensvergleichs	18
3.3. Art. 26 IVV – Bestimmung des Einkommens ohne Invalidität	20
3.4. Art. 26bis IVV – Bestimmung des Einkommens mit Invalidität	22
3.5. Art. 27bis IVV – Bemessung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen	24
3.6. Art. 49 Abs. 1bis IVV – Aufgaben (der regionalen ärztlichen Dienste)	24
3.7. Zusätzliches Anliegen: Art. 32ter IVV – Berücksichtigung der geleisteten AHV/IV-Beiträge bei der IV-Rentenerhöhung	25

4. Themenblock 7: Verfahren und Begutachtung	26
4.1. Generelle Bemerkungen	26
4.2. Art. 41b IVV – Öffentliche Liste über beauftragte Sachverständige.....	26
4.3. Art. 72bis IVV – Bi- und polydisziplinäre medizinische Gutachten	27
4.4. Art. 7j ATSV – Einigungsversuch	29
4.5. Art. 7k ATSV – Tonaufnahme des Interviews.....	31
4.6. Art. 7l ATSV – Anforderungen an Sachverständige und Gutachterstellen ...	33
4.7. Art. 7m ATSV – Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung: Zusammensetzung.....	35
4.8. Art. 7n Abs. 1 und 2 ATSV – Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung: Aufgaben	35
5. Themenblock 8: Prioritätenordnung zu Art. 74 IVG	36
5.1. Generelle Bemerkungen	36
5.2. Art. 108 Abs. 1ter IVV – Inklusion.....	37
5.3. Art. 108quater IVV – Höchstbetrag.....	38
5.4. Art. 108quinquies IVV – Berechnung der Finanzhilfen	40
5.5. Art. 108septies IVV – Projekte	42
5.6. Art. 110 IVV – Verfahren	43
6. Themenblock 10: Assistenzbeitrag	44
6.1. Generelle Bemerkungen	44
6.2. Art. 39e Abs. 5 IVV – Abzug der Beiträge an die Langzeitüberwachung.....	44
6.3. Art. 39f Abs. 1 bis-3 IVV – Höhe des Assistenzbeitrags und Erhöhung der Nachtpauschale	45
6.4. Art. 39i Abs. 2ter IVV – Rechnungstellung	45
6.5. Art. 39j Abs. 2 IVV – Beratung	45
6.6. Übergangsbestimmungen Bst. d – Revision und Höhe des Assistenzbeitrags für den Nachtdienst.....	46
6.7. Zusätzliches Anliegen: Art. 39f Abs. 2 IVV – Erweiterung Qualifikation B....	46
C Zusätzliches Anliegen	47
Art. 9 HVI – Dienstleistungen Dritter	47

A Allgemeine Bemerkungen

1. Themenblöcke 1, 2, 5, 7 und 10

Die mit der Weiterentwicklung der IV anvisierten Ziele, das Eingliederungspotenzial von Jungen und psychisch beeinträchtigten Versicherten besser auszuschöpfen und ihre Vermittlungsfähigkeit zu stärken, hat die Krebsliga Schweiz immer unterstützt und unterstützt sie auch weiterhin. Auch die Verstärkung der Koordination aller beteiligten Akteure unterstützt die Krebsliga Schweiz. Diese Ziele stimmen auch mit den Verpflichtungen überein, die die Schweiz durch die Ratifizierung der UNO-Behindertenrechtskonvention eingegangen ist (Art. 26 BRK)¹. Die Krebsliga Schweiz weist aber weiterdarauf hin, dass die hochgesteckten Ziele auch mit verbesserten Instrumenten der Eingliederung nur teilweise erreicht werden können, solange eine umfassende Förderung der Inklusion ausbleibt. Solange die Anstellung von Menschen mit Beeinträchtigungen sowohl für private als auch für öffentliche Arbeitgebende unverbindlich bleibt und diesen keinerlei Beschäftigungspflicht auferlegt wird. In einem zunehmend kompetitiven wirtschaftlichen Umfeld, welches sich durch die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie weiter akzentuieren wird, werden auch in Zukunft viele Menschen, die die Produktivitätserwartungen aus gesundheitlichen Gründen nicht oder nur teilweise erfüllen können, aus dem Arbeitsleben ausgegrenzt. Daher ist es elementar, dass das Netz der sozialen Sicherheit für jene ungeschmälert erhalten bleibt, die trotz aller Bemühungen nicht in der Lage sind, ihre materielle Existenz selber zu bestreiten oder einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz im ersten Arbeitsmarkt zu finden. Auch dies ist eine Verpflichtung, die sich aus der UNO-Behindertenrechtskonvention ergibt (Art. 27 und Art. 28 BRK)².

Mit Sorge werden die Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt beobachtet. Die Covid-19-Pandemie verschärft die Situation für Menschen auf Arbeitssuche. Das Seco meldet einen massiven Anstieg der Langzeitarbeitslosigkeit. Der «ausgeglichene Arbeitsmarkt», der sich für Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch in der Vergangenheit als praktisch inexistent erwiesen hat, wird durch die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie zweifellos für viele Jahre nur ein theoretisches Konstrukt bleiben.

Die Krebsliga Schweiz hält daher wie bereits an anderer Stelle fest, dass sowohl die im Rahmen vergangener IVG-Revisionen als auch die mit der Weiterentwicklung der IV eingeführten Eingliederungsmassnahmen einer echten Wirkungskontrolle unterstehen sowie kontinuierlich evaluiert und unter Umständen angepasst oder ausgebaut werden müssen. Unter einer echten Wirkungskontrolle versteht die Krebsliga Schweiz eine Kontrolle, die sich nicht daran orientiert, ob Renten eingespart werden können, sondern allein danach, ob die beabsichtigten Eingliederungen in den Erwerbsprozess auch tatsächlich und nachhaltig erreicht werden können.

¹ UNO-BRK Artikel 26 Habilitation und Rehabilitation.

² UNO-BRK Artikel 27 Arbeit und Beschäftigung; sowie Art. 28 Angemessener Lebensstandard und sozialer Schutz.

2. Themenblock 8 Prioritätenordnung zu Art. 74 IVG

Mit der Teil-Finanzierung von Leistungen der privaten Behindertenhilfe fördert der Bund die selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von Menschen mit Behinderungen in der Schweiz. Damit lagert er wesentliche Aufgaben der Invalidenversicherung, der Umsetzung der Behindertenpolitik des Bundes, des Behindertengleichstellungsgesetzes (BehiG) und der UNO-Behindertenrechtskonvention (UNO-BRK) an die Behindertenorganisationen aus. Seit Jahren nehmen diese Organisationen diese Aufgabe mit grossem Engagement wahr.

Die Finanzhilfen reichen dabei bereits heute nicht aus, um den gesamten Bedarf abzudecken, weshalb die Organisationen einen grossen Teil der Art. 74 IVG Leistungen selbst tragen und nur dank Zuwendungen Privater finanzieren können. Dass die Zivilgesellschaft hier eine Lücke füllen muss, die in der Verantwortung des Staates liegt, wurde schon länger kritisiert. Mit der vorgeschlagenen Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV), wird dieser Missstand soweit verschärft, dass die Behindertenorganisationen dies nicht mehr als tragfähig erachten.

Hiermit nehmen wir dezidiert Stellung gegen wesentliche Bestandteile des vorliegenden Entwurfs der IVV.

- Die **Inklusion** kann nicht damit abgehandelt werden, dass sie im Sinne eines Auftrags an die Behindertenorganisationen delegiert wird, während etwa die neue Prioritätenordnung oder die Vergabe von Projekten auf Seiten des Bundes keinerlei inklusive Ansätze erkennen lassen.
- Mit einem Höchstbetrag für die Finanzhilfen, den der Bundesrat auf unbeschränkte Zeit festlegen möchte, werden die unbegründeten Kürzungen der letzten zehn Jahre zementiert. Der vorgeschlagene Höchstbeitrag entspricht einer Kürzung um über CHF 5 Mio. jährlich, ohne dass dafür ein entsprechend begründeter Entscheid des Bundesrats vorliegt. **Eine Reduktion kann nicht hingenommen werden**, denn der Bedarf ist kontinuierlich gestiegen und die zusätzlichen Herausforderungen der Inklusion sind nicht zu bewältigen.
- Eine Prioritätenordnung, die diesen Namen verdient, lässt der Entwurf vermissen; **als einzigen Mechanismus schlägt der Bundesrat eine lineare 3% Kürzungen aller Leistungen vor**, ausser für Leistungen, die neu erarbeitet wurden. Eine solche Lösung ignoriert den Bedarf der Menschen mit Behinderungen sowie den Qualitätsausweis der bestehenden Leistungen komplett. Die Steuerung wird so dem BSV durch die Auswahl von Projekten überlassen, obwohl gemäss Art. 75 IVG der Bundesrat dafür verantwortlich ist.

Vorschlag für eine konsequente und erweiterte Förderung der Innovation

Wir begrüssen eine Projektfinanzierung zur Entwicklung neuer Leistungen unter der Voraussetzung, dass die dafür notwendigen Mittel zusätzlich zur bisherigen Finanzierung der Leistungen nach Art. 74 IVG zur Verfügung gestellt werden.

Mit dem Ziel, die Weiterentwicklung der bestehenden Leistungen nach Art. 74 IVG zu fördern, und unter der Voraussetzung, dass die Finanzierung der bisherigen Leistungen nicht gekürzt werden, unterbreiten wir einen Erweiterungsvorschlag, welcher an dieser Stelle kurz skizziert wird:

Erweiterungsvorschlag

Damit nicht nur einzelne Organisationen der privaten Behindertenhilfe über die vorgeschlagene Projektfinanzierung ihre Leistungen weiterentwickeln, sollen **alle Organisationen** sich im Rahmen der Verträge dazu verpflichten, **mind. 3% der Finanzhilfen für die Weiterentwicklung der bestehenden Leistungen** zu verwenden.

Sollte der Bundesrat an seinem Entwurf festhalten, verschärft er die prekäre Situation der Menschen mit Behinderungen und gefährdet damit die Ziele seiner eigenen Behindertenpolitik sowie der Weiterentwicklung der IV und bremst die Umsetzung der UNO-BRK. Dies obwohl er in seiner Botschaft zur Weiterentwicklung der IV festgehalten hat, dass nur die bestehende Praxis im Gesetz festgeschrieben wird und dass dies keine Auswirkungen auf die Organisationen der privaten Behindertenhilfe haben wird.

3. Schlussfolgerung

Mit den vom Bundesrat vorgeschlagenen Ausführungsbestimmungen zur Änderung des IVG, welche Änderungen der IVV, der AHVV, der ATSV, der KVV, der UVV und der AVIV beinhalten, ist die Krebsliga Schweiz in der grossen Mehrheit einverstanden. Bei den Themenbereichen Optimierung der Eingliederung (Themenblock 1), medizinische Massnahmen (Themenblock 2), Rentensystem (Themenblock 5), Verfahren und Begutachtung (Themenblock 7), Prioritätenordnung zu Art. 74 IVG (Themenblock 8) und Assistenzbeitrag (Themenblock 10) **sehen wir jedoch teilweise erheblichen Nachbesserungsbedarf und problematische Punkte.**

B Materielle Bemerkungen

1. Themenblock 1: Optimierung der Eingliederung

1.1. Generelle Bemerkungen

Wir begrüssen die Grundrichtung der Weiterentwicklung der IV im Bereich der beruflichen Eingliederung. Insbesondere die verstärkte Ausrichtung auf den ersten Arbeitsmarkt, intensivere Integrationsbemühungen und die Verlängerung der Massnahmen gehen aus unserer Sicht in die richtige Richtung und nehmen Vorgaben der UNO-Behindertenrechtskonvention zumindest teilweise auf. Gerade die Aufhebung der lebenslangen Beschränkung der Dauer von Integrationsmassnahmen auf zwei Jahre ist zu begrüssen und durch Praxiserfahrungen breit abgestützt. Berufliche Lebensläufe verlaufen heute in der Regel nicht mehr gradlinig, wie es früher noch häufig der Fall war. Es kann daher durchaus vorkommen, dass versicherte Personen mehrmals in ihrem Erwerbsleben in kritische Phasen geraten und daher mehrfach rehabilitativer und eingliederungsorientierter Bedarf besteht.

Weiter begrüssen wir die Stärkung der Zusammenarbeit der IV-Stellen und der Schulbehörden beim Übergang zwischen Schule und Berufsleben und die Ausdehnung der Massnahmen der Frühintervention auf die obligatorische Schulzeit. Gleichzeitig weisen wir aber darauf hin, dass für diese Zusammenarbeit gute Absprachen und klare Rollenteilungen zwischen IV-Stellen sowie Schulbehörden und kantonalen Instanzen unerlässlich sind, dass regionale Ungleichbehandlungen zu vermeiden sind und dass immer die Zukunft der Jugendlichen mit Behinderungen im Zentrum stehen muss.

1.2. Art. 1sexies Abs. 2 IVV – Massnahmen der Frühintervention während der obligatorischen Schulzeit

Gemäss Art. 1sexies Abs. 2 IVV sollen die Frühinterventionsmassnahmen der Arbeitsvermittlung und der Berufsberatung bereits während der obligatorischen Schulzeit gewährt werden können. Diese Möglichkeit begrüssen wir.

→ **Die Krebsliga Schweiz begrüsst die Frühinterventionsmassnahmen während der obligatorischen Schulzeit.**

1.3. Art. 4quater Abs. 1 IVV – Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung

In Art. 4quater Abs. 1 IVV schlägt der Bundesrat als Mindestanforderung für Integrationsmassnahmen eine Präsenzzeit von acht Stunden pro Woche vor. Wir unterstützen diese Anpassung, denn sie ermöglicht mehr Flexibilität und löst die bisher unnötige strikte Einschränkung von zwei Präsenzstunden pro Tag an vier Tagen pro Woche ab.

→ **Die Krebsliga Schweiz begrüsst die Anpassung der Mindestanforderung für Integrationsmassnahmen.**

1.4. Art. 4quinquies IVV – Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation

1.4.1. Art. 4quinquies Abs. 1 IVV – Aufbau der Arbeitsfähigkeit

In Art. 4quinquies Abs. 1 IVV bezeichnet der Bundesrat auch Massnahmen zum Aufbau der Arbeitsfähigkeit als Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation. Wir halten fest, dass der Aufbau der Arbeitsfähigkeit nur eines unter mehreren Zielen von Integrationsmassnahmen bleiben darf. Die Anpassung von Art. 4quinquies Abs. 1 IVV darf nicht dazu führen, dass Integrationsmassnahmen nach einer bestimmten Zeit nur mit der Begründung abgebrochen werden, dass die Arbeitsfähigkeit nicht bzw. nicht in ausreichendem Mass hat aufgebaut werden können.

1.4.2. Art. 4quinquies Abs. 3 IVV – Ausdehnung auf Jugendliche

In Art. 4quinquies Abs. 3 IVV präzisiert der Bundesrat die Ausdehnung der Integrationsmassnahmen auf Jugendliche. Wir begrüssen diese Anpassung, fordern aber, dass die Schwelle zur Bejahung einer drohenden Invalidität gerade bei Jugendlichen nicht zu hoch angesetzt werden darf. Eingliederungsmassnahmen sind auch für junge Menschen an die Bedingung geknüpft, dass eine Invalidität droht oder bereits eingetreten ist (vgl. Art. 8 IVG). Die Erfahrung zeigt, dass bei Jugendlichen oft zu lange medizinisch abgeklärt wird, ob die Voraussetzung einer drohenden Invalidität erfüllt ist oder nicht, anstatt rasch mit Eingliederungsmassnahmen zu beginnen. So geht wertvolle Zeit verloren. Hinzu kommt, dass bei Jugendlichen die Persönlichkeitsentwicklungen noch nicht abgeschlossen und die Krankheitsgeschichten in der Regel erst kurz und unstet sind. Zudem können bei Jugendlichen immer zahlreiche IV-fremde Faktoren vorgeschoben werden, um sie von Eingliederungsmassnahmen auszuschliessen: Cannabiskonsum, Erziehungsfehler, Probleme in der Familie oder in der Schule, mangelnde Integration etc.

Wir streichen deshalb heraus, dass mögliche Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen «*Auswirkungen von psychischen Beeinträchtigungen und pubertätsbedingten Verhaltensweisen*» (vgl. Erläuterungen Bundesrat, S. 24) nicht dazu führen dürfen, dass mit Verweis auf «*pubertätsbedingte Verhaltensweisen*» Integrationsmassnahmen abgelehnt werden. Wir fordern deshalb, dass bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen einzig massgebend sein darf, dass die entsprechenden Massnahmen gesundheitsbedingt notwendig und geeignet sind, das angestrebte Ziel der Eingliederung zu erreichen. Bereits das Kriterium der Notwendigkeit gewährleistet, dass Integrationsmassnahmen nicht zu leichtfertig zugesprochen werden.

- **Die Krebsliga Schweiz begrüsst die Ausdehnung der Integrationsmassnahmen auf Jugendliche.**
- **Die Krebsliga Schweiz fordert aber, dass auf Weisungsstufe festgehalten wird, dass die Schwelle zur Bejahung einer drohenden Invalidität bei Jugendlichen nicht zu hoch angesetzt werden darf.**

1.4.3. Art. 4quinquies Abs. 4 IVV – Fokus auf den ersten Arbeitsmarkt

In Art. 4quinquies Abs. 4 IVV hält der Bundesrat fest, dass die Integrationsmassnahmen nach Möglichkeit ganz oder teilweise im ersten Arbeitsmarkt stattfinden sollen. Die Ausrichtung auf den ersten Arbeitsmarkt unterstützen wir. Wir begrüssen aber auch explizit die Formulierung «*nach Möglichkeit ganz oder teilweise im ersten Arbeitsmarkt*», denn dies ermöglicht bereits bestehende oder innovative neue Angebote

im geschützten Rahmen weiterzuführen und zu entwickeln. Der geschützte Rahmen ist und bleibt insbesondere deshalb notwendig, weil der heutige Arbeitsmarkt immer noch nicht als inklusiv betrachtet werden kann und vielen Menschen mit Behinderungen leider immer noch keinen Platz bietet.

→ **Die Krebsliga Schweiz begrüsst den Fokus auf den ersten Arbeitsmarkt.**

1.5. Art. 4sexies IVV – Dauer der Integrationsmassnahmen

1.5.1. Art. 4sexies Abs. 3 Bst. a IVV – Beendigung

In Art. 4sexies Abs. 3 Bst. a IVV schlägt der Bundesrat als Ergänzung vor, dass die Integrationsmassnahmen auch dann beendet werden sollen, wenn das vereinbarte Ziel nicht erreicht werden kann. In den Erläuterungen wird wie folgt präzisiert: «wenn das vereinbarte Ziel *trotz aller Versuche und Anpassungen* nicht erreichbar ist, wird die Integrationsmassnahme unter Berücksichtigung der Verhältnismässigkeit vorzeitig beendet». Diesbezüglich erscheint es uns wichtig, dass eine Integrationsmassnahme nicht leichtfertig abgebrochen wird. Solange unter Berücksichtigung der spezifischen Beeinträchtigung der versicherten Person geeignete und verhältnismässige Anpassungen möglich sind, sind diese unbedingt vorzunehmen. Vor einer definitiven Beendigung sollte unseres Erachtens alles darangesetzt werden, in eine allenfalls geeignetere und alternative Integrationsmassnahme zu wechseln. Hierzu ist eine Rücksprache mit den behandelnden Fachpersonen unerlässlich.

→ **Die Krebsliga Schweiz fordert daher:**

Vor einer vorzeitigen Beendigung einer Integrationsmassnahme muss die Anpassung der Zielvereinbarung ins Auge gefasst werden. Dabei sind die Stärken und Fähigkeiten der versicherten Person zu berücksichtigen. Zudem ist vor einer vorzeitigen Beendigung einer Integrationsmassnahme Rücksprache mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten zu nehmen.

1.5.2. Art. 4sexies Abs. 6 IVV – erneuter Anspruch

In Art. 4sexies Abs. 6 IVV schlägt der Bundesrat eine Präzisierung des Anspruchs auf eine erneute Integrationsmassnahme vor. Ein erneuter Anspruch auf eine Integrationsmassnahme soll davon abhängen, dass sich die versicherte Person in der Zwischenzeit «*nachweislich ernsthaft*» um die berufliche Integration bemüht hat, oder dass sich ihr Gesundheitszustand verändert hat. Unseres Erachtens ist der Begriff «*nachweislich und ernsthaft*» zu unbestimmt und sollte auf Weisungsstufe näher definiert werden. Ansonsten wird sich unter den kantonalen IV-Stellen eine sehr unterschiedliche Praxis entwickeln und Konflikte sind vorprogrammiert.

→ **Die Krebsliga Schweiz fordert daher:**

Die Kriterien für eine erneute Zusprache von Integrationsmassnahmen sind auf Weisungsstufe zu präzisieren

1.6. Art. 4a IVV – Berufsberatung

Gemäss Art. 4a Abs. 2 IVV sollen als Massnahmen zur Vorbereitung auf eine Ausbildung nach Art. 15 Abs. 1 IVG arbeitsmarktnahe Massnahmen gelten, die nach der obligatorischen Schule in Betrieben des ersten Arbeitsmarkts oder in Institutionen durchgeführt werden und dazu dienen, Eignung und Neigung der versicherten Person für mögliche Ausbildungen zu überprüfen. Diese Massnahmen sollen auf längstens zwölf Monate befristet sein.

Gemäss Art. 4a Abs. 3 IVV sollen als Massnahmen zur vertieften Klärung möglicher Berufsrichtungen nach Art. 15 Abs. 2 IVG Massnahmen gelten, die in Betrieben des ersten Arbeitsmarkts oder in Institutionen durchgeführt werden und dazu dienen, die Neigung und Eignung der versicherten Person für mögliche Berufsrichtungen und Tätigkeiten zu überprüfen. Diese Massnahmen sollen auf längstens drei Monate befristet sein.

Gemäss Art. 4a Abs. 4 IVV sollen für diese beiden Berufsberatungsmassnahmen sodann dieselben Beendigungsgründe gelten, wie bei der vorzeitigen Beendigung von Integrationsmassnahmen (vgl. hierzu Art. 4sexies Abs. 3 Bst. a IVV).

Für uns bleibt unklar, ob bei einer Wiederaufnahme nach einer vorzeitigen Beendigung einer Berufsberatungsmassnahme nach Art. 4a Abs. 1 Bst. b und c IVV bzw. Art. 4a Abs. 2 und 3 IVV erneut eine 12-monatige bzw. 3-monatige Befristungen greift, oder ob die bereits in Anspruch genommenen Zeiträume angerechnet werden. Dies gilt es zu präzisieren, ist aus unserer Sicht doch unabdingbar, dass bei Wiederaufnahme einer entsprechenden Massnahme erneut Anspruch auf längstens zwölf bzw. drei Monate bestehen muss. Nur so haben versicherte Personen trotz eines Abbruchs wieder die Chance auf neu ausgerichtete Berufsberatungsmassnahmen. In Bezug auf die Beendigungsgründe verweisen wir auf unsere Ausführungen zu den Gründen für die vorzeitige Beendigung von Integrationsmassnahmen in Ziff. 1.5.1.

→ Die Krebsliga Schweiz fordert daher:

Die zeitliche Befristung von Berufsberatungsmassnahmen im Falle der Wiederaufnahme nach einer vorzeitigen Beendigung ist auf Weisungsstufe zu präzisieren. Dabei ist festzuhalten, dass bei einer Wiederaufnahme erneut Anspruch auf längstens zwölf bzw. drei Monate besteht.

Vor einer vorzeitigen Beendigung einer Berufsberatungsmassnahme muss die Anpassung der Zielvereinbarung ins Auge gefasst werden. Dabei ist auf die Stärken und Fähigkeiten der versicherten Person Rücksicht zu nehmen. Zudem ist vor einer vorzeitigen Beendigung einer Berufsberatungsmassnahme Rücksprache mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten zu nehmen.

1.7. Art. 5 IVV – Erstmalige berufliche Ausbildung

1.7.1. Art. 5 Abs. 3 Bst. b IVV – Weiterführende erstmalige berufliche Ausbildung

Gemäss Art. 5 Abs. 3 Bst. b IVV soll eine Weiterführung der erstmaligen beruflichen Ausbildung nach Art. 16 Abs. 3 Bst. c IVG (Vorbereitung auf eine Hilfsarbeit oder Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte) dann möglich sein, wenn die Fähigkeiten der versicherten Person eine Ausbildung nach Berufsbildungsgesetz zulassen und wenn diese Ausbildung im ersten Arbeitsmarkt erfolgen kann.

Die Möglichkeit der Weiterführung einer erstmaligen beruflichen Ausbildung begrüßen wir sehr, denn oft zeigen sich die Möglichkeiten und Fähigkeiten junger Versicherter mit Behinderungen erst im Verlauf der Erstausbildung gemäss Art. 16 Abs. 3 Bst. c IVG. Nur teilweise einverstanden sind wir hingegen damit, dass die Weiterführung nur im ersten Arbeitsmarkt möglich sein soll. Dadurch werden die Chancen für Jugendliche mit schwereren Behinderungen zu sehr eingeschränkt. Ein Wechsel in den ersten Arbeitsmarkt kann durchaus auch nach einer weiterführenden Ausbildung im geschützten Rahmen möglich sein. Nicht selten ist anschliessend an eine PrA INSOS eine Attestausbildung EBA nur innerhalb einer Institution möglich, im ersten Arbeitsmarkt hingegen hätte die versicherte Person keine Chance auf eine weiterführende Ausbildung. Ist das Attest dann aber einmal erlangt, bestehen markant bessere Chancen auf eine Anstellung im ersten Arbeitsmarkt. Es darf nicht sein, dass solche Möglichkeiten und Berufswege verhindert werden, indem eine weiterführende Erstausbildung zwingend im ersten Arbeitsmarkt erfolgen muss.

→ **Die Krebsliga Schweiz begrüsst die Möglichkeit der Weiterführung einer Erstausbildung.**

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt aber folgende Formulierung vor:**

Art. 5 Abs. 3 Bst. b IVV

*«b. nach Abschluss einer Massnahme nach Art. 16 Abs. 3 Bst. c IVG, sofern die Fähigkeiten der versicherten Person eine Ausbildung nach Berufsbildungsgesetz **im ersten Arbeitsmarkt** zulassen.»*

1.7.2. Art. 5 Abs. 4 und Abs. 5 IVV – Dauer der erstmaligen beruflichen Ausbildung

In Art. 5 Abs. 4 und 5 IVV hält der Bundesrat fest, dass sich die Erstausbildung gemäss Art. 16 Abs. 3 Bst. c IVG (Vorbereitung auf eine Hilfsarbeit oder Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte) in Bezug auf die Dauer nach Möglichkeit am Berufsbildungsgesetz zu orientieren hat, und dass die Zusprache für die gesamte Dauer der Ausbildung erfolgen soll. Damit bekräftigt er seine anlässlich der parlamentarischen Debatte am 19.9.2019 im Ständerat geäusserte Absicht³.

Wir begrüssen es sehr, dass sich die Vorbereitung auf eine Hilfsarbeit oder auf eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte nach Möglichkeit am Berufsbildungsgesetz zu orientieren hat und wenn möglich im ersten Arbeitsmarkt erfolgen soll. Die Ausrichtung auf den ersten Arbeitsmarkt ist richtig und wichtig, gleichzeitig müssen aber die Möglichkeiten für eine Ausbildung im geschützten Rahmen bestehen bleiben, bis der erste Arbeitsmarkt diese Ausbildungen vollumfänglich anbietet. Auch die Zusprache einer praktischen Ausbildung für die gesamte Dauer der Ausbildung begrüssen wir sehr, gibt sie den versicherten Personen doch eine klare und wichtige Perspektive.

→ **Die Krebsliga Schweiz begrüsst Art. 5 Abs. 4 und 5 IVV sehr.**

³ Vgl. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=47233#votum15>, Abrufdatum 10.02.2021.

1.8. Art. 5bis Abs. 5 IVV – Invaliditätsbedingte Mehrkosten

In einer erstmaligen beruflichen Ausbildung oder Weiterausbildung werden behinderungsbedingte Mehrkosten übernommen. Welche Auslagen bei der Ermittlung dieser Mehrkosten zu berücksichtigen sind, soll für die erstmalige berufliche Ausbildung und für die Weiterausbildung aber weiterhin unterschiedlich geregelt sein: Bei einer erstmaligen beruflichen Ausbildung sind dies Aufwendungen für die Vermittlung der erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten (Bst. a), die Kosten für persönliche Werkzeuge und Berufskleider (Bst. b) sowie die Transportkosten (Bst. c). Bei der beruflichen Weiterausbildung sind dies zusätzlich die Kosten bei invaliditätsbedingter auswärtiger Verpflegung und Unterkunft (Art. 5ter Abs. 3 IVV, heute: Art. 5bis Abs. 3 IVV). Eine unterschiedliche Regelung und somit Ungleichbehandlung ist für uns nicht nachvollziehbar. Auch für die Vergleichsrechnung bei einer erstmaligen beruflichen Ausbildung sollten behinderungsbedingte Kosten für auswärtige Verpflegung und Unterkunft berücksichtigt werden.

→ **Die Krebsliga Schweiz fordert daher folgende Formulierung:**

Art. 5bis Abs. 5 Bst. d IVV

«d. Kosten bei invaliditätsbedingter auswärtiger Verpflegung und Unterkunft.»

1.9. Zusätzliche Anliegen

1.9.1. Art. 4novies IVV – Erstausbildung auch bei der Wiedereingliederung

Im Zusammenhang mit Art. 8a IVG und Art. 4novies IVV (Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezügern) weisen wir darauf hin, dass Rentenbeziehenden auch im Rahmen einer Wiedereingliederungsmassnahme eine nachträgliche erstmalige berufliche Ausbildung ermöglicht werden muss. Dies darf unseres Erachtens aber nicht davon abhängig gemacht werden, ob nach Abschluss einer solchen Massnahme die Rente reduziert oder aufgehoben werden kann. Junge Versicherte (z.B. mit Down-Syndrom, Autismus-Spektrum-Störung oder einer psychischen Beeinträchtigung) sind im Alter von 18 Jahren aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung unter Umständen noch nicht bereit für eine Erstausbildung und erhalten eine ganze IV-Rente. Nun kann es aber sein, dass sie einige Jahre später in ihrer Entwicklung soweit gereift sind, dass sie nun eine erstmalige berufliche Ausbildung, z.B. PrA INSOS absolvieren können. Diesen Versicherten müssen nun die gleichen Möglichkeiten für eine erstmalige berufliche Ausbildung offenstehen, wie denjenigen, die direkt nach der Schulzeit eine berufliche Erstausbildung beginnen können. Dementsprechend darf bei Rentenbeziehenden ohne erstmalige Berufsausbildung im Rahmen der Wiedereingliederung nicht allein ausschlaggebend sein, dass ihre IV-Rente durch eine nachträgliche erstmalige berufliche Ausbildung reduziert oder gar aufgehoben werden kann. Dies erfordert der Grundsatz der Rechtsgleichheit und Chancengleichheit. Zudem hat ein «Nachholen» einer erstmaligen beruflichen Ausbildung – auch wenn nicht in allen Fällen rentenrelevant – den positiven Effekt, dass ein gewisses Einkommen generiert werden kann, was in den meisten Fällen sodann gar zu einer finanziellen Entlastung der Ergänzungsleistungen führt.

→ **Die Krebsliga Schweiz fordert daher eine Ergänzung von Art. 4novies IVV:**

Art. 4novies Abs. 2 IVV

«²Die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit gemäss Art. 8a IVG muss nicht rentenbeeinflussend sein.»

1.9.2. Art. 90 Abs. 4 IVV – Reisekosten (Zehrgeld)

In Art. 90 Abs. 4 IVV sind die Beträge für das Zehrgeld im Rahmen der Übernahme der Reisekosten festgelegt. Diese Beträge wurden seit dem Jahre 1992 nicht mehr angepasst. Obwohl eine Anpassung an die Teuerung längst überfällig ist, schlägt der Bundesrat leider auch im Rahmen der vorliegenden Änderungen keine Anpassung dieser Beträge vor.

→ **Die Krebsliga Schweiz fordert daher:**

Die Beträge in Art. 90 Abs. 4 IVV sind an die seit 1992 eingetretene Teuerung gemäss dem Landesindex der Konsumentenpreise anzupassen und hernach regelmässig (z.B. alle fünf Jahre) zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.

2. Themenblock 2: Medizinische Massnahmen

2.1. Generelle Bemerkungen

Wir begrüssen, dass mit der Weiterentwicklung der IV die Liste der Geburtsgebrechen aktualisiert wird und die Invalidenversicherung vermehrt auch Behandlungskosten für seltene Krankheiten übernimmt. Auch erscheint es sinnvoll, dass die heutige Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) des Bundesrats durch eine Departementsverordnung des EDI (GgV-EDI) ersetzt wird, um damit die regelmässige Aktualisierung zu erleichtern. Auch ist es nachvollziehbar, dass mit geringem Aufwand behandelbare Leiden (z.B. Leistenhernie), künftig in die Zuständigkeit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) fallen. Die vorgeschlagene neue Geburtsgebrechenliste im Anhang der GgV-EDI enthält allerdings noch erhebliche Ungenauigkeiten. Sie muss deshalb in Zusammenarbeit mit den massgebenden Fachgesellschaften und den Patientenorganisationen nochmals dringend überarbeitet werden.

Die Schaffung eines Kompetenzzentrums im BAG für die Kostenübernahme der Arzneimittel durch die IV sowie der Ersatz der bisherigen Geburtsgebrechenmedikamentenliste (GGML) durch die neue Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste (GG-SL) erlauben eine grössere Harmonisierung mit der Spezialitätenliste der Krankenversicherung.

Kritikpunkte sehen wir in den Ausführungen zu den medizinischen Massnahmen nach Art. 12 und 13 IVG. Die in Art. 2 IVV vorgeschlagene Umschreibung der Massnahmen im Sinne von Art. 12 IVG schafft unseres Erachtens zusätzliche, vom Gesetzgeber nicht gewollte Anspruchserfordernisse und stellt damit auch die bisherige Praxis zu Art. 12 IVG in Frage. Auch mit der Präzisierung der in Art. 13 Abs. 2 IVG eingeführten Kriterien für die Aufnahme eines Geburtsgebrechens in die GgV-EDI sind wir nur teilweise einverstanden.

2.2. Art. 2 IVV - Medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG

2.2.1. Art. 2 Abs. 1 IVV – Zeitpunkt

Gemäss Art. 2 Abs. 1 IVV sollen medizinische Eingliederungsmassnahmen im Sinne von Art. 12 IVG erst nach Abschluss der Behandlung des Leidens an sich, deren Finanzierung über die OKP läuft, einsetzen. Hiermit soll der Zeitpunkt gemeint sein, an dem ein stabilisierter Gesundheitszustand erreicht ist. Dies bedeutet, dass es einer

abgeschlossenen Behandlung bedarf, sich der Gesundheitszustand nicht mehr wesentlich verbessern lässt und die medizinischen Massnahmen hauptsächlich der Verbesserung der Eingliederungsfähigkeit dienen. Dass die Invalidenversicherung im Rahmen von Art. 12 IVG nicht für die Behandlung des Leidens an sich zuständig ist, bleibt unbestritten. Allerdings kommt es in der Praxis häufig vor, dass eine medizinische Massnahme schon dann vorwiegend der späteren Eingliederung dient, wenn die Leidensbehandlung an sich noch nicht ganz abgeschlossen ist. Bisher wurden von der Rechtsprechung deshalb auch nur ein relativ stabilisierter Gesundheitszustand und nicht ein stabilisierter Gesundheitszustand verlangt. Die bisherige Praxis zu Art. 12 IVG hat sich bewährt. Es ist für uns daher nicht nachvollziehbar, weshalb medizinische Eingliederungsmassnahmen erst dann möglich sein sollen, wenn die Leidensbehandlung gänzlich abgeschlossen ist. Um das Ziel der Verbesserung der Eingliederungsfähigkeit durch die medizinischen Massnahmen nach Art. 12 erreichen zu können, darf unseres Erachtens nicht vorausgesetzt sein, dass sich der Gesundheitszustand nicht mehr wesentlich verbessern lässt. Satz 2 von Art. 2 Abs. 1 IVV ist daher zu streichen, zumal der Fokus auf die Eingliederung bereits aus Art. 12 Abs. 3 IVG hervorgeht.

→ **Die Krebsliga Schweiz lehnt eine zusätzliche Anspruchsvoraussetzung für die Kostenübernahme, nämlich den Abschluss der Leidensbehandlung, ab.**

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt daher folgende Formulierung vor:**

Art. 2 Abs. 1 IVV

«¹Als medizinische (...) und psychotherapeutische Behandlungen. ~~Sie haben, nach der Behandlung des Leidens an sich und nach Erreichen eines stabilisierten Gesundheitszustands, unmittelbar die Eingliederung nach Artikel 12 Absatz 3 IVG zum Ziel.~~»

2.2.2. Art. 2 Abs. 3 IVV – Antrag

Gemäss Art. 2 Abs. 3 IVV soll in Zukunft nicht mehr im Nachhinein, sondern bereits bei Beginn der Massnahme nach Art. 12 IVG geklärt werden, ob es sich um eine Behandlung des Leidens an sich mit einer Kostenpflicht der OKP oder ob es sich um eine medizinische Eingliederungsmassnahme mit Finanzierung durch die Invalidenversicherung handelt. Hierfür schlägt der Bundesrat vor, dass die Massnahmen gemäss Art. 12 IVG vor Behandlungsbeginn bei der zuständigen IV-Stelle beantragt werden müssen. Zudem soll dem Antrag eine positive ärztliche Eingliederungsprognose beiliegen. Bei Differenzen über die Kostentragung soll weiterhin die Vorleistungspflicht der OKP gelten. Es trifft zu, dass das Abgrenzungsverfahren zwischen OKP und der IV aufwändig sein kann. Diese Abgrenzung wird aber nicht vereinfacht, wenn das Gesuch bei der IV vor Beginn der Behandlung eingereicht werden muss, denn die Abgrenzungskriterien bleiben die gleichen. In der Praxis ist in vielen Fällen ein Antrag um Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung nicht umsetzbar, weil die Behandlung ohne Verzug eingeleitet werden muss, um die Eingliederungsfähigkeit zu erreichen. Deshalb muss die IV, gleich wie die OKP, die notwendigen Massnahmen auch im Nachhinein übernehmen, wenn die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Satz 1 von Art. 2 Abs. 3 IVV sollte daher gestrichen werden. Da eine positive Eingliederungsprognose der behandelnden Fachärztin oder des behandelnden Facharztes bereits in Art. 12 Abs. 3 IVG verlangt wird, erübrigt sich auch Satz 2 von Art. 2 Abs. 3 IVV und kann gestrichen werden.

→ **Die Krebsliga Schweiz fordert daher die Streichung von Art. 2 Abs. 3 IVV.**

In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, dass bei Kindern ärztliche Prognosen im Einzelfall schwierig sind, weil ihre Entwicklung nur schwer vorausgesehen werden kann. Deshalb kommen in der Praxis v.a. bei Kleinkindern immer wieder Falschprognosen vor. Andererseits werden solche Prognosen aufgrund retrospektiver Daten und Erfahrungen gestellt und schliessen die Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaft nicht mit ein. Deshalb muss das Erfordernis der günstigen Prognose im Einzelfall flexibel gehandhabt und in unklaren Fällen zugunsten des Kindes gestellt werden.

2.2.3. Art. 2 Abs. 4 IVV – Dauer

In Art. 2 Abs. 4 IVV schlägt der Bundesrat vor, dass die Dauer der medizinischen Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG zwei Jahre nicht übersteigen darf. Gleichzeitig ermöglicht er aber eine Verlängerung. Die Sätze 3 und 4 von Art. 2 Abs. 4 IVV erscheinen uns zu widersprüchlich.

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt daher folgende Formulierung vor:**

Art. 2 Abs. 4 IVV

«⁴Art, Dauer und Umfang (...) in der Leistungszusprache festgehalten. Die Zusprache der medizinischen Eingliederungsmassnahme erfolgt für zwei Jahre und kann verlängert werden.»

2.3. Art. 2bis Abs. 2 IVV - Fortführung medizinischer Eingliederungsmassnahmen

Gemäss Art. 12 Abs. 2 IVG können medizinische Eingliederungsmassnahmen über das 20. Altersjahr hinaus gewährt werden, sofern die versicherte Person an einer beruflichen Eingliederungsmassnahme teilnimmt. Gemäss Art. 2 bis Abs. 2 IVV ist die Fortführung einer medizinischen Eingliederungsmassnahme auch dann möglich, wenn die berufliche Massnahme beendet oder abgebrochen wurde, sofern eine weitere berufliche Massnahme absehbar und das Eingliederungspotenzial nicht ausgeschöpft ist. Der Bundesrat schlägt vor, dass die Dauer der Fortführung zwischen den beiden beruflichen Massnahmen sechs Monate nicht übersteigen darf. Wir begrüssen eine Fortführung auch bei Beendigung oder Abbruch einer beruflichen Massnahme, sind aber der Ansicht, dass die Befristung auf maximal sechs Monate den Eingliederungserfolg deutlich schmälern kann. Da in der Praxis nicht immer gewährleistet ist, dass zwischen zwei beruflichen Massnahmen nicht mehr als sechs Monate liegen, ist auf die Befristung von sechs Monaten zu verzichten.

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt daher folgende Formulierung vor:**

Art. 2bis Abs. 2 IVV

«²Wird eine Massnahme beruflicher Art beendet oder abgebrochen, so können die Kosten für die medizinischen Eingliederungsmassnahmen ~~während längstens sechs Monaten~~ weiter vergütet werden, wenn (...).»

2.4. Art. 3 Abs. 1 IVV – Geburtsgebrechen

In Art. 3 Abs. 1 IVV präzisiert der Bundesrat die in Art. 13 Abs. 2 IVG festgehaltenen Definitionskriterien für Geburtsgebrechen. Dabei beschränkt er sich auf die Kriterien «Gesundheitsbeeinträchtigung», «langdauernde oder komplexe Behandlung» und «Behandelbarkeit». Die Kriterien «fachärztliche Diagnose» und «bestimmter Schweregrad» müssen aus der Sicht des Bundesrates nicht näher präzisiert werden.

In Art. 3 Abs. 1 Bst. d IVV präzisiert der Bundesrat das Kriterium der «Gesundheitsbeeinträchtigung» und erwähnt dabei neben der körperlichen auch die geistige Beeinträchtigung oder Funktionsstörung. Wir weisen darauf hin, dass der Begriff der «geistigen» Beeinträchtigung überholt ist und mit «kognitiver» Beeinträchtigung zu ersetzen ist. Zudem müssen in die Präzisierung auch die «psychischen» Beeinträchtigungen aufgenommen werden.

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt folgende Formulierung vor:**

Art. 3 Abs. 1 Bst. d IVV

*«d. die Gesundheit beeinträchtigende Leiden: Leiden, die körperliche, **kognitive oder psychische** Beeinträchtigungen oder Funktionsstörungen zur Folge haben;»*

Unserer Ansicht nach müsste auch das Kriterium des «bestimmten Schweregrads» auf Verordnungsstufe näher präzisiert werden.

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt folgende Formulierung vor:**

*Art. 3 Abs. 1 Bst. **d^{bis}** IVV*

*«**d^{bis}**. Leiden mit einem bestimmten Schweregrad: Leiden, die ohne Behandlung eine anhaltende und später nicht mehr vollständig korrigierbare Einschränkung der körperlichen, kognitiven oder psychischen Funktionen zur Folge haben;»*

In Art. 3 Abs. 1 Bst. e IVV hält der Bundesrat fest, dass als «langdauernde Behandlung» lediglich eine Behandlung zu bezeichnen ist, die länger als ein Jahr dauert. Eine vorausgesetzte Dauer von mehr als einem Jahr verhindert, medizinische Massnahmen zulasten der IV abzurechnen, die zwar kürzer dauern (z.B. eine Skolioseoperation), aber einen nachhaltigen Einfluss auf die spätere Eingliederung der versicherten Person haben. Ausserdem können mit einem einmaligen Eingriff allenfalls höhere Kosten einer Langzeitbehandlung vermieden werden. Von einer starren Regelung von einem Jahr ist daher abzusehen.

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt deshalb folgende Formulierung vor:**

Art. 3 Abs. 1 Bst. e IVV

*«e. langdauernde Behandlung: eine Behandlung, die **in der Regel** länger als ein Jahr dauert;»*

Gemäss Art. 3 Abs. 1 Bst. f IVV soll als «komplexe Behandlung» eine Behandlung gelten, die das Zusammenspiel von mindestens drei Fachgebieten erfordert. Hierzu ist anzumerken, dass unklar ist, was mit "Zusammenspiel von mindestens drei Fachgebieten" genau gemeint ist. Wir gehen davon aus, dass darunter sowohl Ärzte und Ärztinnen als auch Therapeutinnen und Therapeuten fallen. In der medizinischen Praxis verselbständigen sich überdies die Subspezialitäten (z.B. Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie) zunehmend, was ebenfalls als verschiedene Fachgebiete angesehen werden muss. Auch kann eine komplexe Behandlung vorliegen, wenn nur eine hochspezialisierte Fachperson beteiligt ist. Das Definitionskriterium der «komplexe Behandlung» ist daher in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft neu zu formulieren.

→ **Die Krebsliga Schweiz fordert eine Neuformulierung von Art. 3 Abs. 1 Bst. f IVV unter Einbezug der Ärzteschaft.**

2.5. Art. 3bis IVV – Liste der Geburtsgebrechen

Aufgrund der medizinischen Entwicklung soll die Liste der Geburtsgebrechen in Zukunft häufiger geändert werden können. Der Bundesrat schlägt in Art. 3bis Abs. 1 IVV daher vor, die Kompetenz der Verordnungsgebung dem EDI zu übertragen. Die Übertragung der Verordnungskompetenz an das EDI begrüßen wir. Für den Entscheid über die Aufnahme eines Leidens in die GgV-EDI müssen unseres Erachtens aber zwingend jeweils sowohl die betroffenen Fachgesellschaften als auch Patientenorganisationen angehört werden. Sind diese Organisationen von Anfang an miteinbezogen, können spätere gerichtliche Auseinandersetzungen und damit verbundene hohe Kosten vermieden werden. Zudem fordern wir, dass die Geburtsgebrechenliste regelmässig – z.B. alle zwei Jahre – überprüft und dem Stand der medizinischen Wissenschaft angepasst wird.

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt daher folgende Ergänzung vor:**

Art. 3bis Abs. 1 IVV

«¹Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) erstellt (...) nach Artikel 13 IVG gewährt werden. Dafür hört das EDI vorgängig die Fachgesellschaften und Patientenorganisationen an.»

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt weiter folgende Ergänzung vor:**

Art. 3bis Abs. 2 IVV

«²Die Liste der Geburtsgebrechen wird regelmässig dem Stand der medizinischen Wissenschaft angepasst. Das EDI kann nähere Vorschriften über die Liste erlassen.»

2.6. Verordnung des EDI über Geburtsgebrechen (GgV-EDI)

Die vorgeschlagene neue Geburtsgebrechenliste im Anhang zur GgV-EDI enthält erhebliche Ungenauigkeiten. Sie muss deshalb in Zusammenarbeit mit den massgebenden Fachgesellschaften und den Patientenorganisationen nochmals dringend überarbeitet werden. Die nun vorliegende Liste entstand zwar nach Konsultation einer Begleitgruppe; diese war aber offensichtlich nicht genügend breit aufgestellt. Vielmehr wäre es notwendig gewesen, für jedes Organsystem bzw. für jede Krankheitsgruppe eine Fachperson aus dem entsprechenden Fachgebiet sowie eine betroffene Person bzw. einen betroffenen Elternteil zu konsultieren. Dies ist nun noch dringend nachzuholen.

→ **Die Krebsliga Schweiz fordert daher:**

Die aktualisierte Geburtsgebrechenliste ist vor Inkrafttreten nochmals mit den Fachgesellschaften und den Patientenorganisationen zu überarbeiten.

2.7. Art. 3quinties IVV - Medizinische Pflegeleistungen bei Domizilbehandlung

In Art. 3quinties IVV soll unter den Massnahmen der «Untersuchung und Behandlung» die Langzeitüberwachung in die IVV aufgenommen und somit nicht mehr nur mittels IV-Rundschreiben Nr. 394 geregelt werden. Die Aufnahme der Langzeitüberwachung auf Verordnungsstufe begrüßen wir.

→ **Die Krebsliga Schweiz begrüsst die Aufnahme der Langzeitüberwachung in die IVV.**

2.8. Art. 3sexies IVV - Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste

Gestützt auf Art. 14ter Abs. 5 IVG soll gemäss Art. 3sexies IVV das BAG eine Liste über die Arzneimittel zur Behandlung von Geburtsgebrechen erstellen, sog. Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste (GG-SL). Bei der Zulassung eines Arzneimittels durch die Swissmedic ist zu berücksichtigen, dass bei pädiatrischen Erkrankungen in vielen Fällen keine wissenschaftlichen Studien vorhanden sind. Dieser Problematik muss bei der Prüfung von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) im Rahmen von Art. 13 IVG (vielfach seltene bis ultra-seltene Erkrankungen) Rechnung getragen werden und zwar sowohl bei medizinischen Behandlungen als auch bei Medikamenten. Ausserdem erlauben Art. 71a bis 71d KVV aus dem gleichen Grund unter gewissen Umständen einen vereinfachten Zugang zu Medikamenten (sog. Off Label Use).

In Abs. 4 von Art. 3sexies IVV schlägt der Bundesrat vor, für die Aufnahme von Arzneimitteln auf die GG-SL auf eine Frist analog Art. 31b KLV (60 Tage) zu verzichten. Bei Geburtsgebrechen ist es aber nicht tragbar, dass mögliche Behandlungen verzögert und damit auch die beruflichen Eingliederungschancen verschlechtert werden. Wir erachten den Begriff «innert zweckmässiger Frist» daher als zu ungenau und fordern eine Frist von 30 Tagen.

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt folgende Änderung vor:**

Art. 3sexies Abs. 4 IVV

*«⁴Sind die Voraussetzungen (...), so entscheidet das BAG über das Gesuch **innert 30 Tagen** ab der definitiven Zulassung.»*

3. Themenblock 5: Rentensystem

3.1. Generelle Bemerkungen

Unter Berücksichtigung des stufenlosen Rentensystems und der damit im Zusammenhang stehenden grösseren Bedeutung der prozentgenauen Ermittlung des Invaliditätsgrades ist es unter dem Blickwinkel der Rechtsgleichheit und Rechtssicherheit zu begrüssen, dass die für die Ermittlung des Invaliditätsgrads massgebenden Grundsätze auf Verordnungsstufe geregelt werden.

Zu berücksichtigen ist aber, dass sich der von den IV-Stellen für die Bestimmung des Invaliditätsgrades herangezogene «ausgeglichene Arbeitsmarkt» – wie unter A Ziff. 1 bemerkt – in den letzten Jahren immer mehr in Richtung abstraktem und theoretischem Konstrukt entwickelt und sich weit vom real existierenden Arbeitsmarkt entfernt hat. Denn dieser «ausgeglichene Arbeitsmarkt» geht davon aus, dass jeder versicherten Person ein ihren verbleibenden Fähigkeiten und ihrer Ausbildung entsprechender Arbeitsplatz offensteht und dass auch Nischenarbeitsplätze zur Verfügung stehen.

Die Ermittlung des Invaliditätsgrades gestützt auf bisherige und tatsächliche Einkommen und / oder Tabellenlöhne ist für Menschen, die sich nicht täglich mit der Materie befassen, kompliziert und nicht verständlich. Es ist deshalb wichtig, dass den versicherten Personen in den Vorbescheiden und Verfügungen nachvollziehbar erklärt und kommuniziert wird, worauf sich die IV-Stelle beim Einkommensvergleich bezieht und wie sie den Invaliditätsgrad herleitet. So gilt es, Fachbegriffe und Abkürzungen wie

z.B. LSE zu erklären und eine leichte Sprache zu verwenden, wie dies auch die vom Bundesrat zur Annahme empfohlene und vom Nationalrat angenommene Motion von Nationalrat Beat Flach «IV-Verfügungen mit leichter Sprache ergänzen, um sie für die betroffenen Menschen verständlich zu machen»⁴ verlangt.

3.2. Art. 25 IVV – Grundsätze des Einkommensvergleichs

In Art. 25 Abs. 3 IVV schlägt der Bundesrat vor, für den Einkommensvergleich auf die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) abzustellen, soweit statistische Werte herangezogen werden. Sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist, sollen gemäss Bundesrat andere statistische Werte beigezogen werden können. Dabei sollen altersunabhängige und geschlechts-spezifische Werte verwendet werden.

Angesichts der grossen Bedeutung der Ermittlung des Invaliditätsgrades erscheint es als durchaus sinnvoll, sich auf standardisierte Tabellenwerte abzustützen. Die LSE-Tabellen des Bundesamtes für Statistik wurden jedoch nicht für den Einkommensvergleich bei der Invalidenversicherung entwickelt und werden deshalb insbesondere den spezifischen Anforderungen beim Invalideneinkommen nicht gerecht. Diesbezüglich hat das Bundesgericht mehrmals darauf hingewiesen, dass die LSE-Tabellen eine Übergangslösung darstellen und es bis anhin an Erhebungen zu Löhnen gesundheitlich eingeschränkter Personen fehlt, und dass derartige Untersuchungen im Interesse einer noch genaueren Bestimmung des Invalideneinkommens zu begrüssen wären⁵. Gemäss der Analyse des Büro BASS zur «Nutzung Tabellenmedianlöhne LSE zur Bestimmung der Vergleichslöhne bei der IV-Rentenbemessung»⁶ vom 8.1.2021 (nachstehend BASS-Analyse) sind die zurzeit existierenden LSE-Tabellen insbesondere aus drei Gründen für den Einkommensvergleich ungeeignet:

1. Die Tabellenlöhne widerspiegeln weitgehend das Lohnniveau von Personen ohne gesundheitliche Einschränkung. Löhne von gesundheitlich beeinträchtigten Personen sind im Vergleich hierzu aber systematisch wesentlich tiefer.
2. Wichtige lohnrelevante Faktoren wie Ausbildungsniveau, Alter, Nationalität, Dienstjahre, Wirtschaftszweig und Grossregion werden nicht berücksichtigt.
3. Die Kompetenzniveaus unterscheiden nicht zwischen körperlich anstrengender und weniger anstrengender Arbeit. Zudem bestehen deutliche Hinweise, dass körperlich anstrengende Tätigkeiten vor allem im tiefsten Kompetenzniveau (z.B. LSE 2018, TA1_tirage_skill_level⁷, Kompetenzniveau 1) regelmässig höher entlohnt werden als körperlich leichte Tätigkeiten.

Soll mit der Verankerung der LSE-Tabellen in der IVV deren Anwendung zementiert werden, sind klare Verbesserungen und Spezifizierungen notwendig. Eine Weiterentwicklung der Grundlagen für den Einkommensvergleich ist daher unerlässlich, die BASS-Analyse enthält mögliche Lösungsansätze.

Auch aus dem Rechtsgutachten «Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung»⁸ von Prof. Dr. iur. Thomas Gächter et al., vom 22.01.2021 geht

⁴ Vgl. Curia Vista [19.4320](#), Abrufdatum 10.02.2021.

⁵ Vgl. [BGE 139 V 592 E. 7.4](#) / [BGE 142 V 178](#), Abrufdatum, 10.02.2021.

⁶ Vgl. https://www.wesym.ch/cvfs/5549133/web/wesym.ch/media/medien/Gutachten_BASS.pdf, Abrufdatum 10.02.2021.

⁷ Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten/lohniveau-schweiz/privater-oeffentlicher-sektor.assetdetail.12488207.html>, Abrufdatum 10.02.2021.

⁸ Vgl. https://www.wesym.ch/cvfs/5549133/web/wesym.ch/media/medien/2021_Zusammenfassung_Rechtsgutachten_WESYM%202021.pdf, Abrufdatum 10.02.2021.

hervor, dass die LSE-Tabellen im niedrigsten Kompetenzniveau die für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch möglichen Belastbarkeitsprofile (körperlich leichte, wechselbelastende Verweistätigkeiten) nur ungenügend abbilden. Da sie Lohndaten aus einer Vielzahl von Stellenprofilen umfassen, die für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen ungeeignet und unzumutbar sind, resultieren regelmässig überhöhte hypothetische Invalideneinkommen und zu tiefe Invaliditätsgrade. Zudem präsentiert sich das wichtigste in diesem Zusammenhang bestehende juristische Korrekturinstrument des «leidensbedingten Abzugs vom Tabellenlohn» in der Verwaltungs- und Gerichtspraxis der letzten 20 Jahre als ausufernd und inkonsistent.

Zurzeit erarbeitet eine Arbeitsgruppe (zusammengesetzt aus Mitgliedern von Sozialversicherungsgerichten, verschiedenen Durchführungsstellen, Versichertenvertretungen, BFS und BSV) unter der Leitung von Prof. em. Dr. iur. Gabriela Riemer-Kafka (Universität Luzern) ein Konzept, wie der Invaliditätsgrad unter Berücksichtigung der invaliditätsbedingten Gegebenheiten realitätsnaher bestimmt werden könnte, insbesondere auch durch Schaffung einer zusätzlichen LSE-Tabelle, die auf die Ermittlung des Invalideneinkommens zugeschnitten ist. Deren Ergebnisse sollten im Frühling 2021 vorliegen. Diese spezifisch für die IV entwickelte Tabelle wird die Lohnmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen genauer wiedergeben. Da eine möglichst genaue Ermittlung der Vergleichseinkommen für die Ermittlung des Invaliditätsgrades zwingend notwendig ist, sollte sie unbedingt für den Einkommensvergleich genutzt werden. Auch nützt eine spezifische Tabelle der Eingliederung; gibt sie doch Hinweise darauf, in welchen Bereichen gute Eingliederungschancen für Menschen mit Behinderungen bestehen.

Dass die Hinweise und Aufforderungen des Bundesgerichts, wonach die Anwendung der LSE-Tabellen nur eine Übergangslösung darstellt und Erhebungen über die Löhne gesundheitlich eingeschränkter Personen im Interesse einer noch genaueren Bestimmung des Invalideneinkommens zu begrüssen wären⁹, im Rahmen des vorliegenden Verordnungsentwurfs ignoriert und nicht aufgenommen wurden, ist für uns nicht nachvollziehbar. Diesbezüglich ist also dringend nachzubessern.

→ **Die Krebsliga Schweiz fordert daher einen zusätzlichen Verordnungsartikel:**
Art. 25bis IVV Weiterentwicklung der Grundlagen für den Einkommensvergleich:
«Das Bundesamt für Sozialversicherungen sorgt in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Statistik für die Weiterentwicklung derjenigen LSE-Tabellen, die als Basis für den Einkommensvergleich herangezogen werden.»

Unklar ist die Formulierung in Satz 2 von Art. 25 Abs. 3 IVV, denn ein Einkommen im Einzelfall kann ohnehin kaum je in der LSE abgebildet sein. Es ist daher präziser festzuhalten, in welchen Fällen von der LSE abgewichen und auf andere statistische Werte abgestellt werden soll.

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt daher folgende Formulierung vor:**
Art. 25 Abs. 3, Satz 2 IVV
«Soweit (...) massgebend. Andere statistische Werte sind beizuziehen, sofern damit dem Einzelfall besser entsprochen wird.»

⁹ Vgl. [BGE 139 V 592 E. 7.4](#) / [BGE 142 V 178](#), Abrufdatum 10.02.2021.

3.3. Art. 26 IVV – Bestimmung des Einkommens ohne Invalidität

3.3.1. Art. 26 Abs. 4 IVV – Valideneinkommen von Geburts- und Frühinvaliden

In Abänderung des geltenden Art. 26 Abs. 1 IVV schlägt der Bundesrat in Art. 26 Abs. 4 IVV vor, beim Valideneinkommen von Geburts- und Frühinvaliden nicht mehr auf den Zentralwert des privaten und öffentlichen Sektors zusammen und somit die LSE-Tabellen T1_b¹⁰ bzw. T18¹¹ (Jahreseinkommen von 83'500 Franken, Stand 2021) abzustellen, sondern neu ebenfalls die Zentralwerte der LSE-Tabelle TA1_tirage_skill_level und somit einzig des privaten Sektors anzuwenden. Zudem schlägt er vor, die bisher angewendeten Altersstufen aufzuheben.

Obwohl wir die bisher geltenden Altersstufen durchaus als sinnvoll erachteten – entsprechen sie doch einer beruflichen Entwicklung von Personen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung –, können wir uns mit der Aufhebung der Altersstufen einverstanden erklären; entfällt dadurch doch die stufenweise Anpassung des Invaliditätsgrades ohne Änderung des Gesundheitszustandes, was von den IV-Stellen zuweilen auch immer wieder vergessen wird. Nicht einverstanden sind wir hingegen, dass gemäss den Erläuterungen neu die LSE-Tabelle TA1_tirage_skill_level zur Anwendung kommen soll. Da bei Geburts- und Frühinvaliden nicht bekannt ist, welchen Berufsweg sie eingeschlagen hätten, muss bei ihnen ein Valideneinkommen berücksichtigt werden, das sowohl den privaten als auch den öffentlichen Sektor abbildet. Wir fordern daher, dass weiterhin auf den Zentralwert des privaten und öffentlichen Sektors zusammen und somit auf die LSE-Tabellen T1_b bzw. T18 (Jahreseinkommen von 83'500 Franken, Stand 2021) abzustellen ist.

Weiter schlägt der Bundesrat in Art. 26 Abs. 4 IVV vor, mit dieser Bestimmung nur noch diejenigen Personen zu berücksichtigen, die aufgrund ihrer Invalidität gar keine berufliche Ausbildung beginnen konnten. Damit scheint er diejenigen Personen von der Anwendung von Art. 26 Abs. 4 IVV ausschliessen zu wollen, die zwar eine Berufsausbildung beginnen und allenfalls auch abschliessen, mit dieser Ausbildung behinderungsbedingt aber nicht dieselben Verdienstmöglichkeiten realisieren können wie eine nichtbehinderte Person mit derselben Ausbildung. Genau diese Personen fallen nach der heutigen Bundesgerichtspraxis¹² sowie der Verwaltungspraxis aber klar unter den geltenden Art. 26 Abs. 1 IVV. So hält auch das Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung des BSV (KSIH) in Rz. 3035 ff.¹³ zum geltenden Art. 26 Abs. 1 IVV fest: *«Geburts- und Frühinvaliden sind Versicherte, die seit ihrer Geburt oder Kindheit einen Gesundheitsschaden aufweisen und deshalb keine ausreichenden beruflichen Kenntnisse erwerben konnten (ZAK 1973 S. 579, 1969 S. 260). Darunter fallen all jene Personen, welche infolge ihrer Invalidität überhaupt keine Berufsausbildung absolvieren können. Ebenso gehören dazu Versicherte, welche zwar eine Berufsausbildung beginnen und allenfalls auch abschliessen, zu Beginn der Aus-*

¹⁰ Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten/lohnniveau-schweiz.assetdetail.12488252.html>, Abrufdatum 10.02.2021.

¹¹ Vgl. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.12488293.html>, Abrufdatum 10.02.2021.

¹² Vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 11.4.2019, [9C_233/2018](#), Abrufdatum 10.02.2021.

¹³ Vgl. Kreisschreiben über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH), <https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/6415>, Abrufdatum 11.02.2021.

bildung jedoch bereits invalid sind und mit dieser Ausbildung nicht dieselben Verdienstmöglichkeiten realisieren können wie eine nichtbehinderte Person mit derselben Ausbildung (vgl. Beispiel in Rz 3024).»

Die Neuregelung von Art. 26 Abs. 4 IVV darf unter keinen Umständen dazu führen, dass von der heutigen Praxis abgewichen wird. Es ist für uns daher absolut zentral, dass sich auch das Valideneinkommen von Personen, die mit ihrer Invalidität zwar eine Ausbildung nach Berufsbildungsgesetz (BBG) abschliessen, diese in der freien Wirtschaft aber nicht voll verwerten können, nach Art. 26 Abs. 4 IVV richtet. Alles andere wäre eine massive Verschlechterung gegenüber heute und würde Personen mit einer Geburts- und Frühbehinderung gar vom Beginn einer Ausbildung abhalten. Dies wiederum würde dem Eingliederungsgedanken der IV diametral zuwiderlaufen.

Zudem ist auch dann nach den gleichen Grundsätzen vorzugehen, wenn eine Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung zwar eine Ausbildung gemäss BBG, wie z.B. EBA oder EFZ, abschliessen konnte, es sich dabei aber bereits um einen der gesundheitlichen Beeinträchtigung angepassten Ausbildungsgang gehandelt hat. Denn in solchen Fällen kann kaum abgeschätzt werden, welchen beruflichen Werdegang eine Person ohne ihre gesundheitliche Beeinträchtigung eingeschlagen hätte und welche lohnrelevante Weiterbildung sie nach einigen Berufsjahren absolvieren würde. In solchen Fällen für die Ermittlung des Valideneinkommens auf den aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung gewählten Beruf abzustellen, würde im Vergleich zu Personen, die aufgrund ihrer Behinderung gar keine Berufsbildung nach BBG abschliessen konnten, zu ungerechtfertigten Ungleichbehandlungen führen.

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt daher folgende Formulierung vor:**

Art. 26 Abs. 4 IVV

*«⁴Kann eine versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität keine berufliche Ausbildung beginnen, **eine abgeschlossene berufliche Ausbildung im ersten Arbeitsmarkt invaliditätsbedingt nicht dem erlangten Abschluss entsprechend verwerten oder nur eine ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung angepasste Ausbildung abschliessen, so wird das Einkommen ohne Invalidität anhand des jährlich aktualisierten Medianwertes gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik festgesetzt. (...)**»*

3.3.2. Art. 26 Abs. 5 IVV – Parallelisierung

In Art. 26 Abs. 5 IVV schlägt der Bundesrat vor, bei tatsächlich erzielten unterdurchschnittlichen Einkommen ab einer Unterdurchschnittlichkeit von mehr als 5 Prozent automatisch eine Parallelisierung vorzunehmen. Wir begrüssen eine automatische Parallelisierung, denn dadurch können die Nachteile von unterdurchschnittlichen Löhnen systematisch abgefedert werden. Wir halten aber fest, dass die Parallelisierung nicht den Abzug vom Tabellenlohn beim Valideneinkommen ersetzen kann, gründet die Parallelisierung doch auf dem vor Eintritt der Invalidität erzielten unterdurchschnittlichen Erwerbseinkommen.

→ **Die Krebsliga Schweiz begrüsst die systematische Parallelisierung.**

3.3.3. Art. 26 Abs. 6 IVV – Valideneinkommen von Selbständigerwerbenden

Wir begrüssen, dass die Besonderheiten von Selbständigerwerbenden bei der Bestimmung des Valideneinkommens besser berücksichtigt werden sollen. Insbesondere die Ausführungen in den Erläuterungen zu Art. 26 Abs. 6 Bst c IVV, wonach gerade bei jungen Unternehmen die in den ersten Jahren erzielten und somit oft nicht repräsentativen Einkommen nicht allein massgebend sind, unterstützen wir.

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass dem Bundesrat in Art. 26 Abs. 6 Bst. b IVV vermutlich ein Schreibfehler unterlaufen ist; sollte Bst. b gemäss den Erläuterungen doch auf Art. 26bis Abs. 1 IVV und nicht auf Art. 26bis Abs. 2 IVV verweisen.

3.4. Art. 26bis IVV – Bestimmung des Einkommens mit Invalidität

In Art. 26bis Abs. 1 IVV bezeichnet der Bundesrat die Voraussetzungen dafür, dass beim Invalideneinkommen auf das konkrete mit der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielte Einkommen abgestellt wird. Er setzt hierfür voraus, dass die versicherte Person ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit *bestmöglich ausnützt*.

Von Menschen mit Behinderungen wird erwartet, dass sie ihre verbleibende funktionelle Leistungsfähigkeit ausnützen. Ob und wie das gelingt, hängt aber in erster Linie vom Arbeitsmarkt und von der Bereitschaft der Arbeitgebenden ab, Menschen mit Behinderungen anzustellen. Die bereits zitierte BASS-Analyse zeigt auf, dass Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen einen erschwerten Stand auf dem Arbeitsmarkt haben und viel häufiger arbeitslos oder unterbeschäftigt sind als gesunde Menschen. Menschen mit Behinderungen müssen daher einen Spielraum haben, um ihre funktionelle Leistungsfähigkeit zu verwerten und sich den Gegebenheiten des Arbeitsmarkts anzupassen. Um im Arbeitsprozess zu verbleiben, müssen sie allenfalls eine weniger gut bezahlte Arbeitsstelle annehmen. Diesem Umstand ist in Art. 26bis Abs. 1 IVV Rechnung zu tragen.

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt daher folgende Formulierung vor:**

Art. 26bis Abs. 1 IVV

*«¹(...), so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit **auf dem ihr offenstehenden konkreten Arbeitsmarkt bestmöglich ausnützt.**»*

Leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn

Weiter schlägt der Bundesrat vor, den bisher von der Rechtsprechung berücksichtigten leidensbedingten Abzug vom Invalideneinkommen in der Höhe von max. 25 Prozent, abzuschaffen. Im Gegenzug sieht er in Art. 26bis Abs. 3 IVV einerseits einen systematischen Abzug von 10 Prozent vor, sofern eine Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung nur noch in einem Pensum von 50 Prozent oder weniger tätig sein kann. Andererseits soll der Regionalärztliche Dienst (RAD) gestützt auf Art. 49 Abs. 1bis IVV die leidensbedingten Einschränkungen konsequent bei der Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit berücksichtigen. Hierzu soll der RAD unter Umständen mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten Kontakt aufnehmen, damit er eine nachvollziehbare und gesamthafte Einschätzung der verbleibenden Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung aller beeinflussenden medizinisch bedingten Faktoren abgeben kann.

Die Aufhebung des leidensbedingten Abzugs in der vorgeschlagenen Form lehnen wir entschieden ab. Solange die bestehenden LSE-Tabellen des Bundesamtes für Statistik angewendet werden und solange damit den spezifischen Anforderungen beim Invalideneinkommen nicht Rechnung getragen wird¹⁴, ist das Korrekturinstrument des leidensbedingten Abzugs nicht wegzudenken.

Einer Abschaffung des leidensbedingten Abzugs könnten wir daher nur unter der Bedingung zustimmen,

- dass auf eine neu zu schaffende LSE-Tabelle abgestellt wird, die auf die Ermittlung des *Invalideneinkommens* zugeschnitten ist und
- dass die funktionelle Leistungsfähigkeit und deren tatsächliche Verwertbarkeit auf dem Arbeitsmarkt in der Praxis konsequent, systematisch und v.a. umfassend, d.h. unter Einbezug aller relevanter Akteure, eingeschätzt werden.

Solange diese Bedingungen nicht erfüllt sind, ist der leidensbedingte Abzug vom Tabellenlohn zwingend beizubehalten.

Zu den relevanten Akteuren gehören neben dem RAD insbesondere die behandelnde Ärzteschaft, aber auch die beruflichen Eingliederungsfachpersonen¹⁵ sowie die Verantwortlichen der Eingliederungsstätten und die Arbeitgebenden. Insbesondere die Beurteilungen und Erfahrungen aus der beruflichen Eingliederung sind für die Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit und die konkrete Verwertbarkeit unabdingbar.

Dass dem Faktor der Teilzeitarbeit und der damit im Zusammenhang stehenden Lohn einbusse weiterhin und v.a. systematisch Rechnung getragen werden soll, begrüssen wir. Hingegen muss nicht nur bei einem zeitlichen Pensum von 50 Prozent oder weniger eine Lohneinbusse in Kauf genommen werden. Ist für eine Leistung von 50 Prozent oder weniger gar eine volle Präsenzzeit (100 Prozent) notwendig, ist vielmehr erst recht mit einer Lohneinbusse zu rechnen. Denn in einem solchen Fall werden die mit der vollen Präsenzzeit einhergehenden höheren Infrastrukturkosten für eine Leistung von 50 Prozent oder weniger im Vergleich zu einem «klassischen» 50%-Pensum, in dem die Präsenzzeit mit der Leistung übereinstimmt, zweifellos zu einem tieferen Lohn führen.

→ **Die Krebsliga Schweiz lehnt die Abschaffung des leidensbedingten Abzugs entschieden ab. Solange den spezifischen Anforderungen beim Invalideneinkommen nicht mittels spezifischer Lohntabellen Rechnung getragen wird, ist der leidensbedingte Abzug vom Tabellenlohn zwingend beizubehalten.**

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt zudem folgende Formulierung vor:**

Art, 26bis Abs. 3, Satz 2 IVV

*«³(...). Kann die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität nur noch mit einem zeitlichen Pensum von 50 Prozent oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 Prozent für Teilzeitarbeit abgezogen. **Dieser Abzug wird auch vorgenommen, wenn die versicherte Person zwar in einem zeitlichen Pensum von über 50 Prozent anwesend ist, dabei aber eine Leistung von 50 Prozent oder weniger erbringen kann.**»*

¹⁴ Vgl. Ausführungen unter Ziff. 3.2.

¹⁵ Vgl. hierzu auch BGE [9C 534/2018](#), Abrufdatum 10.02.2021.

3.5. Art. 27bis IVV – Bemessung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen

Der Bundesrat schlägt vor, den vom Bundesgericht seit der Neuregelung der gemischten Methode per 1.1.2018 in einigen Urteilen neu geschaffenen Sonderfall von Teilerwerbstätigen ohne Aufgabenbereich auf dem Verordnungsweg auszuschliessen. Hierfür hält er in Art. 24septies Abs. 3 Bst. c IVV in Verbindung mit Art. 27bis IVV fest, dass Erwerbstätigkeit und nichterwerblicher Aufgabenbereich komplementär sind und zusammen immer 100% ergeben. Wer ohne gesundheitliche Beeinträchtigung in einem Pensum von weniger als 100% erwerbstätig wäre, wird somit als teilerwerbstätige Person qualifiziert und ihr Invaliditätsgrad bemisst sich nach Art. 27bis IVV.

Wir begrüssen, dass Erwerbstätigkeit und nichterwerblicher Aufgabenbereich zukünftig komplementär sein und damit beide Bereiche zusammen immer einen Wert von 100% ergeben sollen. Damit wird die Benachteiligung von Teilerwerbstätigen ohne Aufgabenbereich für zukünftige Leistungsbeziehende beseitigt.

Bei vielen teilerwerbstätigen Personen wurde der Invaliditätsgrad seit dem 1.1.2018 (Inkrafttreten der neuen gemischten Bemessungsmethode) aber ohne komplementären Aufgabenbereich ermittelt. Ihr Rentenanspruch wurde daher unter Umständen abgelehnt oder sie erhielten eine zu tiefe IV-Rente. Wir fordern daher, dass die Rentenansprüche dieser – zwischen dem 1.1.2018 und dem per 1.1.2022 geplanten Inkrafttreten beurteilten – Teilerwerbstätigen mittels amtlicher Revisionen an das neue System angepasst werden. In den Übergangsbestimmungen ist daher eine Regelung zu treffen, die derjenigen bei der Einführung der neuen gemischten Bemessungsmethode per 1.1.2018 entspricht¹⁶.

→ **Die Krebsliga Schweiz begrüsst die Regelung von Art. 27bis IVV, fordert aber eine Übergangsbestimmung, wonach die Rentenansprüche von Teilerwerbstätigen, die zwischen dem 1.1.2018 und dem per 1.1.2022 geplanten Inkrafttreten beurteilt wurden, mittels amtlicher Revisionen an das neue System angepasst werden.**

3.6. Art. 49 Abs. 1bis IVV – Aufgaben (der regionalen ärztlichen Dienste)

In Art. 49 Abs. 1bis IVV schlägt der Bundesrat vor, der Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit mehr Gewicht zu geben, indem sie neu die leidensbedingten Einschränkungen mitberücksichtigen soll. In den Erläuterungen wird richtigerweise festgestellt, dass eine nachvollziehbare, gesamthafte Einschätzung der verbleibenden funktionellen Leistungsfähigkeit Rückfragen bei der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt erfordert. In der «Evaluation der medizinischen Begutachtung in der Invalidenversicherung»¹⁷, INTERFACE Politikstudien und Universität Bern, vom 10. August 2020 wird ein verstärkter Dialog zwischen den RAD und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sowie der Einbezug von Arbeitsmediziner/innen und Fachleuten aus dem Bereich der beruflichen Eingliederung während des versicherungsinternen Abklärungsprozesses empfohlen. Die Auswirkung der Funktionsausfälle auf den Arbeitsplatz zu prüfen, ist in der Tat nicht allein eine medizinische Aufgabe. Um die Wertung von krankheitsbedingten Funktionseinschränkungen in Bezug auf bestimmte Arbeitstätigkeiten und Arbeitsplätze vorzunehmen und die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit einzuschätzen, braucht es spezifische Arbeitsplatz- und Arbeitsmarktkennnisse. Auch ist es wichtig, die Resultate aus durchgeführten Eingliederungsmassnahmen für die Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit und deren tatsächlicher

¹⁶ Vgl. [Übergangsbestimmung zur Änderung vom 1. Dezember 2017](#), Abrufdatum 10.02.2021.

¹⁷ Vgl. <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/63204.pdf>, Abrufdatum 10.02.2021.

Verwertbarkeit auf dem Arbeitsmarkt zu nutzen und so einen möglichst guten Übergang zwischen Eingliederung und Erwerbstätigkeit sicherzustellen. Die Zusammenarbeit ist für die Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit also unabdingbar und sollte deshalb in Art. 49 Abs. 1bis IVV explizit festgehalten werden.

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt daher folgende Formulierung vor:**

Art. 49 Abs. 1bis IVV

«^{1bis}Bei der Festsetzung (...) zu berücksichtigen und die festgesetzte funktionelle Leistungsfähigkeit nachvollziehbar zu begründen. Dabei arbeiten sie eng mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, mit Fachpersonen aus der Arbeitsmedizin und der Eingliederung sowie mit Arbeitgebenden zusammen.»

3.7. Zusätzliches Anliegen: Art. 32ter IVV – Berücksichtigung der geleisteten AHV/IV-Beiträge bei der IV-Rentenerhöhung

Erhält eine Person eine Teilinvalidenrente ausgerichtet und bleibt sie weiterhin teilerwerbstätig, hat sie weiterhin AHV/IV-Beiträge zu entrichten. Wie kürzlich vom Bundesgericht in seinem Urteil vom 16.11.2020¹⁸, bestätigt, sind diese weiterhin geleisteten Beiträge bei einer späteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes und Erhöhung der IV-Rente aber nicht rentenwirksam. Als Berechnungsgrundlage für die IV-Rente gilt in einem solchen Fall weiterhin nur das bei Eintritt der Teilinvalidität massgebende durchschnittliche Erwerbseinkommen. In der zweiten Säule hingegen werden Beiträge nach Eintritt der Teilinvalidität weiter berücksichtigt, indem das Guthaben in einen passiven und einen aktiven Teil aufgeteilt wird, vgl. Art. 14 und 15 BVV2. Auch im Rahmen der pendenten AHV-Reform (AHV 21) sollen ab dem Referenzalter geleistete Beiträge rentenwirksam sein und zu einer Verbesserung der Rentenhöhe führen können. Damit das Einzahlen von AHV/IV-Beiträgen auch bei einer IV-Rentenerhöhung rentenwirksam wird, ist wie vom Bundesgericht in seinem Urteil vom 16.11.2020¹⁹ ausgeführt, der Gesetzgeber gefragt, indem er eine dem bisher geltenden Art. 32bis IVV (Berechnungsgrundlagen bei Wiederaufleben der Invalidität) entsprechende Verordnungsbestimmung einführt.

→ **Die Krebsliga Schweiz fordert daher einen zusätzlichen Verordnungsartikel:**

Art. 32ter IVV

«Erhöhen sich die Invalidität und damit der Rentenanspruch eines Versicherten, so bleiben die Berechnungsgrundlagen der bisherigen Rente massgebend, wenn sie für den Versicherten vorteilhafter sind.»

¹⁸ Vgl. BGE [9C_179/2020](#), Abrufdatum 10.02.2021.

¹⁹ Vgl. BGE [9C_179/2020](#), Abrufdatum 10.02.2021.

4. Themenblock 7: Verfahren und Begutachtung

4.1. Generelle Bemerkungen

Mit Art. 44 ATSG und Art. 57 Abs. 1 Bst. n IVG hat das Parlament dringend notwendige Verbesserungen im Bereich der medizinischen Gutachten beschlossen. In der «Evaluation der medizinischen Begutachtung in der Invalidenversicherung», INTERFACE Politikstudien und Universität Bern, vom 10. August 2020²⁰, (nachfolgend Expertenbericht) wurden zudem weitere Verbesserungen empfohlen. Mittels IV-Rundschreiben Nr. 404 hat das BSV erfreulicherweise bereits erste Massnahmen getroffen, die seit dem 1.1.2021 umgesetzt werden sollen. Zudem hat der Bundesrat im Rahmen der Beantwortung der Fragen von Nationalrat Benjamin Roduit «Wird die Empfehlung zum Einigungsverfahren in der IV vollständig umgesetzt?»²¹ und von Nationalrätin Lilian Studer «EDI-Bericht zur IV-Begutachtung: Optimierung Zufallsauswahl bei den polydisziplinären Gutachten»²² am 7.12.2020 bzw. am 14.12.2020 versprochen, den Empfehlungen im Expertenbericht nachzukommen.

Die Behindertenorganisationen und insbesondere Menschen mit Behinderungen setzen grosse Hoffnungen in die Neuregelungen zu den medizinischen Begutachtungen. Leider werden diese Hoffnungen durch den nun vorliegenden Entwurf der IVV bereits wieder gedämpft, denn insbesondere die Vergabe von monodisziplinären IV-Gutachten bringt im Vergleich zur heutigen Vergabe, die oftmals die Vermutung einer ergebnisorientiert gesteuerten Vergabe aufkommen lässt, keinerlei Verbesserungen. Nachdem das Parlament aber insbesondere auch diesbezüglich mehr Transparenz und Fairness im Abklärungsverfahren vor Augen hatte, muss hier dringend nachgebessert werden.

Auch vermissen die Behindertenorganisationen, dass die im Expertenbericht genannte Problematik der sowohl der Öffentlichkeit als auch dem BSV bekannten «schwarzen Schafe» unter den Gutachterinnen, Gutachtern und Gutachterstellen endlich angegangen wird. Diese Sachverständigen müssen aus unserer Sicht konsequent überprüft und gegebenenfalls von der Gutachtertätigkeit für die IV ausgeschlossen werden. Diesbezüglich dürften sich zudem auch schon diverse IV-Stellen beim BSV gemeldet und die grossen Qualitätsunterschiede herausgestrichen haben. Es ist für die Behindertenorganisationen und insbesondere für Menschen mit Behinderungen daher absolut unverständlich, wieso die Überprüfung und Sanktionierung der «schwarzen Schafe» weiterhin nicht konsequent an die Hand genommen wird.

4.2. Art. 41b IVV – Öffentliche Liste über beauftragte Sachverständige

Gemäss Art. 57 Abs. 1 Bst. n IVG obliegt den IV-Stellen die Führung und Veröffentlichung einer Liste über die beauftragten Sachverständigen. Für die Liste kann der Bundesrat gemäss Art. 57 Abs. 2 IVG Vorgaben erlassen und weitere Angaben vorsehen. Hierfür schlägt der Bundesrat Art. 41b IVV vor.

²⁰ Vgl. [«Evaluation der medizinischen Begutachtung in der Invalidenversicherung»](#). INTERFACE Politikstudien und Universität Bern, 10. August 2020, Abrufdatum 10.02.2021.

²¹ Vgl. Curia Vista [20.5932](#), Abrufdatum 10.02.2021.

²² Vgl. Curia Vista [20.6077](#), Abrufdatum 10.02.2021.

Gemäss Art. 41b Abs. 1 Bst. c Ziff. 3 IVV soll u.a. die Anzahl der Gutachten erhoben werden, die Gegenstand eines gerichtlichen Entscheids waren. Unseres Erachtens sollte aber nicht nur der Ausgang eines gerichtlichen Verfahrens erhoben werden. Wir fordern vielmehr, dass auch die Anzahl der Gutachten zu erheben ist, auf welche eine IV-Stelle im Rahmen der Abklärungen bzw. in Folge eines Einwands abgestellt hat, denn bei einem wesentlichen Teil der Gutachten kommt es gar nicht zu einer gerichtlichen Überprüfung.

→ **Die Krebsliga Schweiz begrüsst die Führung einer öffentlichen Liste.**

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt aber folgende Ergänzung vor:**

Art. 41b Abs. 1 Bst. c Ziff. 3bis IVV

«3bis. Anzahl Gutachten, welche die IV-Stellen in einem rechtskräftigen und nicht von einer gerichtlichen Instanz überprüften Entscheid berücksichtigt haben, unterteilt je nachdem, ob sie sich vollumfänglich, teilweise oder gar nicht darauf abgestützt haben.»

Gemäss Art. 41b Abs. 2 IVV sollen die Daten nach Kalenderjahr erfasst werden. Dies erachten wir als angemessen, fordern aber eine quartalsweise Aktualisierung der Liste, wie sie auch das IV-Rundschreiben Nr. 404 vorsieht. Dies ist notwendig, um eine zeitnahe Erkennung von Unregelmässigkeiten und Mängeln zu ermöglichen. Zu regeln ist in Art. 41b Abs. 2 IVV zudem der massgebliche Zeitpunkt für die Zuordnung der Daten (z.B. Datum des Gutachtens). Unklar bleibt beispielsweise, wie es sich bei einer gerichtlichen Überprüfung verhält: Soll hier ebenfalls das Datum des Gutachtens massgebend sein oder eher das Datum des Urteils?

→ **Die Krebsliga Schweiz fordert daher:**

Art. 41b Abs. 2 IVV ist in Bezug auf den Zeitpunkt der Erfassung der Daten näher zu präzisieren.

4.3. Art. 72bis IVV – Bi- und polydisziplinäre medizinische Gutachten

Gestützt auf Art. 44 Abs. 7 Bst. a ATSG schlägt der Bundesrat in Art. 72bis IVV vor, nicht nur wie bisher polydisziplinäre IV-Gutachten, sondern neu auch bidisziplinäre IV-Gutachten per Zufallsprinzip zu vergeben. Zudem sollen bidisziplinäre IV-Gutachten nur von einer Gutachterstelle erstellt werden können, die mit dem BSV eine Vereinbarung getroffen hat.

4.3.1. Bidisziplinäre IV-Gutachten

Wir begrüssen die Einführung des Zufallsprinzips auch für bidisziplinäre IV-Gutachten. Damit trägt der Bundesrat den Befürchtungen Rechnung, dass die bidisziplinären Gutachten von den Versicherungsträgern ergebnisorientiert gesteuert vergeben werden. Durch eine Vergabe per Zufallsprinzip kann verhindert werden, dass die Versicherungsträger mehrheitlich oder ausschliesslich diejenigen Gutachterinnen und Gutachter beauftragen, die ihnen genehme Gutachten und Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen abgeben.

Kritisch sehen wir jedoch, dass die Aufträge nur an Gutachterstellen vergeben werden sollen, die mit dem BSV eine Vereinbarung getroffen haben. Angesichts des Umstands, dass viele der heute existierenden Gutachterstellen als AG oder GmbH organisiert (und damit definitionsgemäss gewinnstrebend) sind, sollte eine zu grosse Dominanz dieser Gutachterstellen vermieden werden. Durch die notwendige Anstellung

bei einer Gutachterstelle würde die Gutachtertätigkeit für bisher selbständig tätige Sachverständige unattraktiver, so dass einige davon darauf verzichten dürften. Könnten selbständige Ärztinnen und Ärzte somit nur noch monodisziplinäre Begutachtungen durchführen, dürfte sich der Aufwand für die notwendigen Fortbildungen für sie allenfalls gar nicht mehr lohnen. Schon heute aber sind die Kapazitäten kompetenter selbständig tätiger Gutachterinnen und Gutachter begrenzt. Diese Kapazitätsprobleme würden durch die geplante Einschränkung gar weiter verschärft. Um genug qualifizierte Expertinnen und Experten zur Verfügung zu haben, sollte zudem darauf geachtet werden, dass die Tätigkeit auch genügend entlohnt wird. Wir fordern deshalb, dass für bidisziplinäre Gutachten auch «Gutachter-Tandems» und nicht nur die bisherigen rund 30 Gutachtergesellschaften berücksichtigt werden können.

Dass die Vergabe nach dem Zufallsprinzip von bidisziplinären und polydisziplinären Gutachten nun aber einzig in Art. 72bis IVV geregelt und somit nur für den IV-Bereich massgebend ist, ist für uns nicht nachvollziehbar. Das Zufallsprinzip sollte vielmehr auch für die anderen Sozialversicherungszweige (insbesondere Unfallversicherung) angewendet werden und die Verordnungsbestimmung von Art. 72bis IVV sollte daher in die ATSV übernommen werden.

→ **Die Krebsliga Schweiz begrüsst die Vergabe von bidisziplinären Gutachten nach dem Zufallsprinzip.**

→ **Die Krebsliga Schweiz fordert aber:**

Für die Zufallsvergabe von bidisziplinären Gutachten sind nicht nur die bestehenden Gutachterstellen, sondern auch Gutachter-Tandems zu berücksichtigen.

Die Zufallsvergabe für bidisziplinäre und polydisziplinäre Gutachten ist auf alle Sozialversicherungsbereiche auszudehnen und nicht nur auf IV-Gutachten zu beschränken.

4.3.2. Polydisziplinäre Gutachten

In Bezug auf die polydisziplinären Gutachten vermissen wir konkrete Massnahmen, die den Empfehlungen E5 des Expertenberichts entsprechen, denn die im heutigen System bestehenden Mängel führen dazu, dass Gutachter bzw. Gutachterinnen und Gutachterinstitute mittels Mehrfachbeschäftigung oder Bildung von Verbänden unter den Gutachterstellen ihre Chance auf den Erhalt eines Gutachtens erhöhen. Dadurch kann das Zufallsprinzip systematisch ausgehebelt werden, was von einzelnen Gutachterinstituten zum Teil auch ausgenützt wird. Leider nehmen weder das IV-Rundschreiben Nr. 404 noch der vorliegende Entwurf der IVV die Empfehlungen des Expertenberichts auf, wonach die Mehrfachbeschäftigung von Gutachtern und Gutachterinnen konsequent beschränkt und kein Verbund unter Gutachterstellen zugelassen werden soll. So wird im Expertenbericht vorgeschlagen, mit einer Transparenz (z.B. durch Mitunterzeichnung des Gutachtens) über die Person, welche die Gutachten koordiniert, einer intransparenten Verbindung unter Gutachterstellen entgegenzuwirken. Ob das BSV diese Empfehlungen in der Zwischenzeit den Gutachterstellen als Vorgabe hat zukommen lassen, wie es der Bundesrat in seiner Antwort auf die Frage von Nationalrätin Lilian Studer «EDI-Bericht zur IV-Begutachtung: Optimierung Zufallsauswahl bei den polydisziplinären Gutachten»²³ in Aussicht gestellt hat, entzieht sich unserer Kenntnis.

²³ Vgl. Curia Vista [20.6077](#), Abrufdatum 10.02.2021.

Wir fordern entschieden, dass die Empfehlungen E5 aus dem Expertenbericht konsequent umgesetzt werden und alles dafür getan wird, Mehrfachbeschäftigungen zu vermeiden. Kontrolliert werden sollte unseres Erachtens auch die organisatorische und wirtschaftliche Unabhängigkeit der Gutachterstellen. So sollte eine Person nicht in mehreren Gutachterstellen Gesellschafter oder Mitglied der Geschäftsleitung sein können. Auch sollte niemand mehrere Gutachterstellen wirtschaftlich dominieren dürfen. Dies stellt insbesondere bei Aktiengesellschaften ein Risiko dar, weil bei diesen das Aktionariat meist nicht bekannt ist.

→ **Die Krebsliga Schweiz fordert daher:**

Mehrfachbeschäftigungen und Bildung von Verbänden unter den Gutachterstellen sind zu verhindern und die Empfehlungen E5 aus dem Expertenbericht sind konsequent umzusetzen. Einer intransparenten Verbindung unter Gutachterstellen ist mit Transparenz über die Person, welche die Gutachten koordiniert (z.B. durch Mitunterzeichnung des Gutachtens), entgegenzuwirken und die organisatorische und wirtschaftliche Unabhängigkeit der Gutachterstellen ist zu kontrollieren.

4.4. Art. 7j ATSV – Einigungsversuch

Gestützt auf Art. 44 Abs. 7 Bst. a ATSG schlägt der Bundesrat in Art. 7j ATSV für monodisziplinäre IV-Gutachten und für sämtliche Gutachten anderer Sozialversicherungsbereiche einen Einigungsversuch vor. Dieser Einigungsversuch soll aber erst zum Zug kommen, wenn der Versicherungsträger vorgängig allfällige von der versicherten Person geltend gemachte Ausstandgründe gegen die vorgesehene Gutachterin bzw. den vorgesehenen Gutachter bejaht hat.

Vorab ist festzuhalten, dass der Vorschlag mit der Prüfung von Ausstandgründen gemäss Art. 36 Abs. 1 ATSG keineswegs neu ist, denn nicht erst der mit der Weiterentwicklung der IV neu beschlossene Art. 44 Abs. 2 ATSG, sondern bereits der geltende Art. 44 ATSG verweist auf die Möglichkeit der Geltendmachung von Ausstandgründen und Einbringen von Gegenvorschlägen. Der nun vom Bundesrat vorgeschlagene Art. 7j ATSV übernimmt nun diese «alte» Regelung und bringt somit keinerlei Mehrwert hinsichtlich des Einigungsverfahrens.

Obwohl der Bundesrat in seinen Erläuterungen festhält, dass er sich bei der Regelung der Vergabe von Gutachten an die Empfehlungen des Expertenberichts zur medizinischen Begutachtung in der IV hält, weicht er insbesondere bei der Regelung des Einigungsversuchs in Artikel 7j ATSV diametral von diesen Empfehlungen ab. Dies obwohl er in seiner Antwort vom 7.12.2020 auf die Frage von Nationalrat Benjamin Roduit «Wird die Empfehlung zum Einigungsverfahren in der IV vollständig umgesetzt?»²⁴ darauf hingewiesen hat, dass er die im Expertenbericht empfohlenen Strukturen für ein Einigungsverfahren integral übernehmen werde. Wir nehmen den Bundesrat daher diesbezüglich beim Wort.

Der Expertenbericht schlägt ein vorgelagertes Einigungsverfahren vor und empfiehlt für den Fall, dass keine Einigung zustande kommen sollte, das Modell der gemeinschaftlichen Begutachtung. Versicherungsträger und versicherte Person sollen sich in einem ersten Schritt auf einen oder mehrere unabhängige Sachverständige einigen. Hierfür soll entweder der Versicherungsträger der versicherten Person eine Liste mög-

²⁴ Vgl. Curia Vista [20.5932](#), Abrufdatum 10.02.2021.

licher Gutachter bzw. Gutachterinnen zustellen und die versicherte Person soll auswählen. Oder aber der Versicherungsträger soll eine Gutachterin bzw. einen Gutachter vorschlagen und die versicherte Person kann einen Gegenvorschlag aus einer zugestellten Gutachterliste machen. Sofern keine Einigung zustande kommt, soll ein gemeinschaftliches Gutachten durchgeführt werden. Dabei sollen sowohl der Versicherungsträger als auch die versicherte Person pro Disziplin je eine Sachverständige bzw. einen Sachverständigen bezeichnen und diese Sachverständigen sollen das Gutachten gemeinsam erstellen und Vorschläge zur Bereinigung allfälliger Diskrepanzen machen.

Dass der nun vorgesehenen Art. 7j ATSV nur dann einen Einigungsversuch vorsieht, wenn ein Ausstandsgrund vorliegt, ist für uns nicht akzeptabel; werden Ausstandsgründe (z.B. Verwandtschaft, persönliches Interesse des Gutachters) in der Praxis doch kaum je bejaht²⁵. Wir fordern daher die Übernahme des im Expertenbericht empfohlenen Einigungsverfahrens, das von Grund auf eine Einigung anvisiert und die Rechte der Versicherten im Einigungsverfahren tatsächlich stärkt. Denn nur eine echte Einigung kann eine höhere Akzeptanz der Ergebnisse erreichen und die Wahrscheinlichkeit jahrelanger gerichtlicher Streitigkeiten senken. Bleibt es faktisch beim heutigen System, in welchem bereits die Möglichkeit der Geltendmachung von Ausstandsgründen besteht, ändert sich am Status quo rein gar nichts.

Erfahrungen aus der Praxis zeigen deutlich, dass bei Durchlaufen eines echten Einigungsverfahrens in der Regel auch eine Einigung erzielt wird. Ein wie im Expertenbericht vorgeschlagenes gemeinschaftliches Gutachten wird daher kaum je notwendig sein. Beim vom Bundesrat vorgeschlagenen Einigungsversuch kann von einem echten Einigungsverfahren aber nicht die Rede sein. Im Gegenteil, der Vorschlag in Art. 7j ATSV stellt gar einen Rückschritt dar. Nicht nur indem er die bisherige Praxis zementiert, sondern insbesondere auch weil er die heutige Situation gar verschlechtert; streben doch vereinzelt IV-Stellen bereits heute von Beginn weg einen Einigungsversuch an und machen diesen nicht vom Vorliegen von Ausstandsgründen nach Art. 36 Abs. 1 ATSG abhängig.

Sicherzustellen ist zudem, dass die versicherte Person zusammen mit der Auswahlmöglichkeit vom Versicherungsträger darüber informiert wird, wo sie sich im Zusammenhang mit der Auswahl beraten lassen kann (z.B. Hinweis auf die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt, auf Rechtsberatungsstellen, Patienten- und Behindertenorganisationen).

→ **Die Krebsliga Schweiz lehnt Art. 7j ATSV entschieden ab und fordert:**

Das im Expertenbericht zur medizinischen Begutachtung in der IV vorgeschlagene Einigungsverfahren ist integral zu übernehmen. Sollte dieses nicht übernommen werden, würden wir ein Zufallsprinzip auch für monodisziplinäre Begutachtungen befürworten.

Auf Weisungsstufe ist sicherzustellen, dass die versicherte Person im Rahmen des Einigungsverfahrens vom Versicherungsträger über bestehende Beratungsangebote informiert wird.

²⁵ Vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 17.7.2020, [9C_232/2020](#), Abrufdatum 10.02.2021.

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt daher folgende Formulierung vor:**

Art. 7j Abs. 1 ATSV

«¹Der Versicherungsträger und die versicherte Person haben sich über die oder den Sachverständigen zu einigen. Kommt keine Einigung zustande, bezeichnen der Versicherungsträger und die versicherte Person je eine sachverständige Person. Die Sachverständigen erstellen das Gutachten gemeinsam.»

4.5. Art. 7k ATSV – Tonaufnahme des Interviews

4.5.1. Art. 7k Abs. 2 ATSV – Verzicht auf eine Tonaufnahme

Gestützt auf Art. 44 Abs. 6 ATSG schlägt der Bundesrat in Art. 7k Abs. 2 ATSV vor, dass die versicherte Person sowohl im Vorfeld der Begutachtung zuhanden des Versicherungsträgers als auch unmittelbar vor oder nach dem Interview mit der Gutachterin bzw. dem Gutachter auf eine Tonaufnahme verzichten kann.

Dass eine versicherte Person auf eine Tonaufnahme verzichten kann, ist Teil ihrer Selbstbestimmung. Allerdings kann diese Selbstbestimmung unter Umständen nicht mehr frei ausgeübt werden, wenn die versicherte Person der Gutachterin bzw. dem Gutachter unmittelbar vor oder nach dem Interview gegenüber sitzt. Denn wer von einer Gutachterin bzw. einem Gutachter in einem sehr sensiblen Setting, wie es die Begutachtung darstellt, mit der Frage nach der Notwendigkeit einer Tonaufnahme konfrontiert wird, befindet sich in einer Drucksituation, die von der Gutachterin bzw. vom Gutachter bewusst oder unbewusst ausgenützt werden kann. Auch sollte das Vertrauensverhältnis vor dem Interview nicht durch das Thematisieren eines Verzichts belastet werden. Daher ist sowohl von der Möglichkeit eines Verzichts auf eine Tonaufnahme unmittelbar vor dem Interview als auch von der Löschung der Tonaufnahme gleich im Anschluss an das Interview unbedingt abzusehen. Ein unmittelbar nach dem Interview ausgesprochener Verzicht dürfte aber auf jeden Fall erst Gültigkeit erlangen und die Tonaufnahme dürfte erst gelöscht werden, wenn dieser Verzicht innert beispielsweise 10 Tagen nach erfolgtem Interview gegenüber dem Versicherungsträger bestätigt wird.

Auch kann es durchaus sein, dass eine versicherte Person im Vorfeld und gegenüber dem Versicherungsträger zunächst auf eine Tonaufnahme verzichtet, kurz vor dem Interview aber doch eine Tonaufnahme wünscht. Dementsprechend ist in Art. 7k Abs. 2 ATSV auch der Widerruf des Verzichts unmittelbar vor dem Interview zu regeln.

Zudem ist sicherzustellen, dass die versicherte Person bei der Frage nach dem Verzicht auf eine Tonaufnahme über die Konsequenzen eines Verzichts (z.B. Beweislosigkeit, worüber beim Interview gesprochen wurde) aufgeklärt wird. Insbesondere beim Beizug von Übersetzerinnen und Übersetzern, für die heute immer noch keine schweizweit einheitlichen Zulassungsregeln existieren, kann die Tonaufnahme im Nachhinein sehr wichtig sein; kommt es doch laut Medienberichten selbst bei den Gerichten nicht selten vor, dass dem Dolmetscher oder der Dolmetscherin gravierende Übersetzungsfehler unterlaufen²⁶. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass bei Interviews mit Gebärdensprachdolmetschenden eine Videoaufnahme anstatt einer Tonaufnahme erfolgen muss.

²⁶ Vgl. dazu 10vor10 Beitrag vom 18.1.2021, [Falsche Übersetzungen an Schweizer Gerichten](#), Abrufdatum 10.02.2021.

Ebenfalls sicherzustellen ist, dass bei der Tonaufnahme auf eine unauffällige Aufnahmevorrichtung geachtet wird, damit der Ablauf des Interviews nicht gestört wird.

→ **Die Krebsliga Schweiz begrüsst die Tonaufnahme des Gutachtergesprächs. Die Krebsliga Schweiz begrüsst auch – bestimmte Bedingungen vorausgesetzt – die Möglichkeit der versicherten Personen, auf eine Tonaufnahme zu verzichten.**

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt aber folgende Formulierungen und Ergänzungen vor:**
Art. 7k Abs. 1 ATSV

«¹Der Versicherungsträger hat die versicherte Person mit der Ankündigung der Begutachtung über die Tonaufnahme, über deren Zweck und deren Verwendung zu informieren. Er weist die versicherte Person darauf hin, dass sie auf die Tonaufnahme nach Artikel 44 Absatz 6 ATSG verzichten kann.»

Art. 7k Abs. 1bis ATSV

«^{1bis}Bei Interviews mit Gebärdensprachdolmetschenden ist die Tonaufnahme durch eine Videoaufnahme zu ersetzen.»

Art. 7k Abs. 2 ATSV

«²(...) weiter. Der gegenüber dem Versicherungsträger ausgesprochene Verzicht kann auch unmittelbar vor dem Interview bei der oder dem Sachverständigen widerrufen werden. In diesem Fall leitet die oder der Sachverständige den schriftlich bestätigten Widerruf des Verzichts an den Versicherungsträger weiter.»

Art. 7k Abs. 2bis ATSV

«^{2bis}Ein Verzicht auf die Tonaufnahme kann auch unmittelbar nach dem Interview bei der oder dem Sachverständigen erfolgen. In diesem Fall darf die Tonaufnahme solange nicht gelöscht oder an den Versicherungsträger weitergeleitet werden, bis die versicherte Person ihren Verzicht gegenüber dem Versicherungsträger schriftlich bestätigt hat. Unmittelbar vor der Untersuchung ist ein Verzicht auf die Tonaufnahme nicht zulässig.»

4.5.2. Art. 7k Abs. 6 ATSV – Abhörrecht der versicherten Person

In Art. 7k Abs. 6 ATSV bezeichnet der Bundesrat die Tonaufnahme als integralen Bestandteil des Gutachtens. Zudem schlägt er vor, dass die Tonaufnahme nur im Einspracheverfahren, während der Revision und der Wiedererwägung, im Rechtspflegeverfahren sowie im Vorbescheidverfahren der IV abgehört werden darf. In den Erläuterungen führt der Bundesrat hierzu aus, es sei sicherzustellen, dass die Tonaufnahme nur im Streitfall abgehört werden könne. Dadurch will der Bundesrat vermutlich zum Schutz der Persönlichkeit der versicherten Person vermeiden, dass andere Versicherungsträger die Tonaufnahmen durch ihr Akteneinsichtsrecht beliebig abhören können. Hiergegen ist nichts einzuwenden.

Zu betonen ist aber, dass es ausschliesslich um den Schutz der Persönlichkeit und der Privatsphäre der versicherten Person gehen darf. Insbesondere der Gutachter bzw. die Gutachterin haben kein schutzwürdiges Interesse, da sie bei der Begutachtung in einer öffentlichen Funktion tätig sind. Es muss deshalb sichergestellt werden, dass die versicherte Person die Tonaufnahme jederzeit im Rahmen ihrer Akteneinsicht und nicht erst im Streitfall abhören und verwenden kann. Nur so können z.B. sie selbst oder ihr Rechtsberater bzw. ihre Rechtsberaterin oder ihre Rechtsvertretung prüfen, ob die im Gutachten wiedergegebenen Gespräche und Untersuchungen tatsächlich so stattgefunden haben, und nur so kann unter Umständen eben gerade ein Streitfall vermieden werden. Auch muss die versicherte Person nach Erhalt frei über die Tonaufnahme verfügen können.

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt daher folgende Formulierung vor:**

Art. 7k Abs. 6 ATSV

«Die Tonaufnahme ist integraler Bestandteil des Gutachtens. Der versicherten Person ist die Tonaufnahme jederzeit auf deren Wunsch hin auszuhändigen und sie darf frei darüber verfügen. Darüber hinaus darf die Tonaufnahme nur im Einspracheverfahren (Art. 52 ATSG), während der Revision (...)»

4.6. Art. 71 ATSV – Anforderungen an Sachverständige und Gutachterstellen

Gestützt auf Art. 44 Abs. 7 Bst. b ATSG bestimmt der Bundesrat in Art. 71 ATSV die fachlichen Anforderungen, die medizinische Sachverständige erfüllen müssen. Da im heutigen System keine einheitlichen Zulassungskriterien existieren und diesbezüglich völlige Intransparenz besteht, begrüssen wir die Definition der Zulassungskriterien. Klare Kriterien und die transparente Führung einer Gutachterliste können dazu beitragen, das verloren gegangene Vertrauen in die medizinischen Begutachtungen zurückzugewinnen.

→ **Die Krebsliga Schweiz begrüsst die Definition von Zulassungskriterien.**

4.6.1. Art. 71 Abs. 1 Bst. d ATSV – klinische Erfahrung

Gemäss Art. 71 Abs. 1 ATSV sollen ein eidgenössischer Facharztstitel bzw. ein gemäss Medizinalberufekommission des BAG (MEBEKO) gleichwertiger ausländischer Ausbildungstitel (Bst. a), der Eintrag im Medizinalberuferegister (Bst. b) und eine kantonale Berufsausübungsbewilligung (Bst. c) vorausgesetzt werden. Weiter soll vorausgesetzt sein, dass Sachverständige über mindestens fünf Jahre klinische Erfahrung in einer Arztpraxis oder in leitender spitalärztlicher Stellung verfügen (Bst. d).

Wir begrüssen die fachlichen Voraussetzungen gemäss Art. 71 Abs. 1 Bst. a-c ATSV. Nur zum Teil einverstanden sind wir hingegen mit dem Vorschlag in Art. 71 Abs. 1 Bst. d ATSV. Wir fordern vielmehr, dass die medizinischen Sachverständigen nicht nur in der Vergangenheit erworbene klinische Erfahrung vorweisen müssen, sondern dass sie auch während der Gutachtertätigkeit weiterhin in einem relevanten Ausmass klinisch tätig sein müssen. Nur so ist sichergestellt, dass sie auch während ihrer Gutachtertätigkeit den Praxisbezug nicht verlieren. Zudem kann nur so vermieden werden, dass sie ihr Einkommen ausschliesslich aus der Gutachtertätigkeit erzielen und dadurch in wirtschaftliche Abhängigkeit zu den Versicherungsträgern geraten. Denn die wirtschaftliche Abhängigkeit führt zum Risiko, dass dem Auftrag gebenden Versicherungsträger genehme, anstatt unabhängige Beurteilungen des Gesundheitszustandes der versicherten Person abgegeben werden. Auch eine Obergrenze an jährlich durchführbaren Begutachtungen durch eine Sachverständige oder einen Sachverständigen würde eine wirtschaftliche Abhängigkeit zweifellos vermeiden.

→ **Die Krebsliga Schweiz fordert daher:**

Die Anzahl der jährlich durchführbaren Begutachtungen ist zu begrenzen.

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt zudem folgende Formulierung vor:**

Art. 71 Abs. 1 Bst. d ATSV

«d. (...) verfügen und weiterhin in einem relevanten Umfang klinisch tätig sind.»

4.6.2. Art. 71 Abs. 2 ATSV – Zertifikat über versicherungsmedizinische Weiter- und Fortbildung

In Art. 71 Abs. 2 ATSV schlägt der Bundesrat vor, dass Sachverständige der allgemeinen inneren Medizin, der Psychiatrie, der Neurologie, der Rheumatologie sowie der Orthopädie oder der orthopädischen Chirurgie über das Zertifikat der Swiss Insurance Medicine (SIM) verfügen.

Die zusätzliche Voraussetzung einer versicherungsmedizinischen Weiter- und Fortbildung begrüssen wir. Auf dem Verordnungsweg eine Monopolstellung der SIM zu zementieren, erachten wir aus ordnungspolitischen und wettbewerbsrechtlichen Gründen aber als problematisch. Wir fordern daher, dass die durchlaufene versicherungsmedizinische Weiter- und Fortbildung auch durch gleichwertige Zertifikate (z.B. Fähigkeitsausweis des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung, SIWF) nachgewiesen werden kann.

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt daher folgende Formulierung vor:**

Art. 71 Abs. 2 ATSV

«²(...) über das Zertifikat der Swiss Insurance Medicine (SIM) oder einen gleichwertigen Titel verfügen.»

4.6.3. Art. 71 Abs. 4 ATSV – Zuständigkeit zur Überprüfung der fachlichen Anforderungen

Gestützt auf Art. 44 Abs. 7 Bst. b ATSG bestimmt der Bundesrat in Art. 71 ATSV die fachlichen Anforderungen, die von den medizinischen Sachverständigen erfüllt werden müssen. Nicht befriedigend geregelt bleibt hingegen, wer die Erfüllung der fachlichen Anforderungen und der Qualitätsvorgaben gemäss Art. 71 Abs. 1-3 ATSV prüft. In Art. 71 Abs. 4 ATSV hält der Bundesrat fest, dass die Sachverständigen und Gutachterstellen den Versicherungsträgern die notwendigen Unterlagen zuzustellen haben, damit die Erfüllung der fachlichen Anforderungen und der Qualitätsvorgaben geprüft werden können. Unklar bleibt, ob der Bundesrat die einzelnen Versicherungsträger und Durchführungsorgane für die Überprüfung als zuständig erachtet oder ob hierfür die eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung zuständig sein soll.

Schon allein angesichts der 26 IV-Stellen in den Kantonen erscheint es uns als nicht zielführend, dass jeder einzelne Versicherungsträger und jedes einzelne Durchführungsorgan diese Prüfung übernimmt, zumal kleinere IV-Stellen auch kaum über die Ressourcen verfügen, um eine eingehende Prüfung vorzunehmen. Weiter würde es auch zu erheblichen Doppelspurigkeiten führen, wenn mehrere Versicherungsträger dieselben Überprüfungen vornehmen. Zudem kann auch den Gutachterinnen, Gutachtern und Gutachterstellen nicht zugemutet werden, Anfragen von 26 IV-Stellen und zusätzlich auch anderen Versicherungsträgern bearbeiten zu müssen. Schliesslich würde eine Konsolidierung der Daten massiv erschwert, wenn die wesentlichen Informationen bei dutzenden von Stellen zusammengesucht werden müssten. Wir fordern daher eine schweizweite Zulassungsbehörde, die für die zugelassenen Sachverständigen sodann auch eine öffentlich zugängliche Liste führt. Nur so kann dem Anspruch nach Transparenz genügend nachgekommen werden.

→ **Die Krebsliga Schweiz fordert daher:**

Die Zuständigkeit für die Prüfung der fachlichen Anforderungen und der Qualitätsvorgaben gemäss Art. 7I ATSV ist klar zu regeln und einer zentralen Stelle zuzuweisen, die die Erhebung von Informationen und Unterlagen sowie deren Prüfung für die ganze Schweiz durchführt, z.B. das BAG oder das BSV. Dieser Stelle soll auch die Aufgabe zukommen, die Unterlagen und Informationen zu konsolidieren und in einer Form der eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung zukommen zu lassen, die dieser die Wahrnehmung der Überwachung erleichtert. Dabei ist sicherzustellen, dass die zugelassenen Sachverständigen auf einer öffentlich einsehbaren und schweizweiten Liste geführt werden.

4.7. Art. 7m ATSV – Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung: Zusammensetzung

Gestützt auf Art. 44 Abs. 7 Bst. c ATSG schlägt der Bundesrat in Art. 7m ATSV die Besetzung der eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung mit 13 Mitgliedern vor. Dabei fällt auf, dass der Bundesrat in Bst. h als Vertretung der Patienten- und Behindertenorganisationen nur eine Person vorschlägt. Im Gegenzug dazu sollen gemäss Bst. a die Sozialversicherungen durch zwei Personen vertreten werden.

Laut dem Vorschlag des Bundesrates sind Patienten- und Behindertenorganisationen klar untervertreten. Dies ist für uns nicht nachvollziehbar und nicht akzeptabel. Gerade die beiden in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren beteiligten «Gegenparteien» der Versicherten und der Versicherungsträger müssen unseres Erachtens zwingend im gleichen Umfang berücksichtigt werden. Selbstverständlich sind wir gerne bereit, dem Bundesrat für die Vertretung der Patienten- und Behindertenorganisationen Vorschläge zu unterbreiten.

→ **Die Krebsliga Schweiz begrüsst die Einsetzung einer Eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung.**

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt aber folgende Zusammensetzung vor:**

Art. 7m Bst. h ATSV

*«h. **zwei Personen** die Patienten- und Behindertenorganisationen.»*

4.8. Art. 7n Abs. 1 und 2 ATSV – Eidgenössische Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung: Aufgaben

In Art. 7n Abs. 1 und 2 ATSV bestimmt der Bundesrat die Aufgaben der eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung. Unseres Erachtens geht aus den beiden Absätzen aber nicht klar und eindeutig hervor, wie die Kommission die in Art. 44 Abs. 7 Bst. c ATSG festgehaltene Überwachung der Zulassung, des Verfahrens und der Ergebnisse der medizinischen Gutachten ausüben soll. Der Gesetzestext von Art. 44 Abs. 7 Bst. c ATSG ist unseres Erachtens zu unklar umgesetzt und sollte neu formuliert werden. Dabei ist sicherzustellen, dass die eidgenössische Kommission insbesondere ihrer Aufgabe der Überwachung der Ergebnisse der medizinischen Gutachten und somit ihrer Aufgabe der inhaltlichen Überprüfung bei strukturellen Auffälligkeiten und Problemen nachkommen kann; insbesondere auch durch Einsicht in die entsprechenden Akten (inkl. allfälliger Tonaufnahmen).

→ **Die Krebsliga Schweiz fordert daher:**

Die gemäss Art. 44 Abs. 7 Bst. c ATSG von der eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung zu erfüllenden Aufgaben und dabei insbesondere die Überwachung der Zulassung, des Verfahrens und der Ergebnisse der medizinischen Gutachten sind klarer und eindeutiger zu definieren.

5. Themenblock 8: Prioritätenordnung zu Art. 74 IVG

5.1. Generelle Bemerkungen

Die Weiterentwicklung der Invalidenversicherung, die mit der Gesetzesrevision IVG angestossen wurde, verfolgt richtige und wichtige Ziele. Die Schaffung einer Prioritätenordnung, das klare Bekenntnis zur Inklusion und der Wille, die Innovation, welche die Organisationen der privaten Invalidenhilfe kontinuierlich zwischen 2001 und 2020 ohne zusätzliche Finanzierung durch den Staat vorangetrieben haben, zu fördern, sind Grundpfeiler für eine erfolgreiche und nachhaltige berufliche und soziale Eingliederung von Menschen mit Behinderungen und leisten einen wichtigen Beitrag zur Umsetzung der UNO-BRK und der Behindertenpolitik des Bundes und der Kantone. Der Bundesrat anerkennt damit, dass die Inklusion auch eine Herausforderung für die bestehenden Angebote und Organisationen darstellt und dass der Unterstützungsbedarf von allen Menschen mit Behinderungen und insbesondere auch der Bedarf von jungen Menschen sowie von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gestiegen ist.

→ **Die Krebsliga Schweiz trägt diese Ziele mit und ist weiterhin bereit, seinen Beitrag zu leisten. Die Umsetzung dieser Ziele, wie sie im Entwurf der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vorgeschlagen wird, lehnt die Krebsliga Schweiz jedoch aus folgenden Gründen ab:**

Es ist mit Nachdruck festzuhalten, dass diese Ziele nicht erreicht werden, wenn mit dem Vorschlag gleichzeitig die Unterstützungsangebote von Menschen mit Behinderungen abgebaut werden. Im Bereich der privaten Invalidenhilfe handelt es sich keineswegs um substituierbare Leistungen. Im vorliegenden IVV-Entwurf wird dem effektiven Bedarf der Menschen mit Behinderungen und dem Nutzen der bestehenden Leistungen nicht Rechnung getragen,

wenn die präsentierte Prioritätenordnung nur nach dem Kriterium selektiert, ob Leistungen neu erarbeitet werden oder nicht,

wenn künftig ein Beitragsdach definiert wird, welches eine Kürzung der bisher bestehenden Mittel vorsieht und künftige Anpassungen aufgrund der nachweisbaren Bedarfsentwicklung ausschliesst,

wenn die Entwicklung neuer Leistungen durch Kürzungen finanziert werden soll, die die Deckung des bestehenden Bedarfs gefährden.

Auch das Bekenntnis zur Inklusion droht mit dem vorliegenden IVV-Entwurf zum Feigenblatt zu werden. Die Inklusion ist ein Paradigmenwechsel. Sie kann nicht einzig und allein an die Organisationen der privaten Invalidenhilfe delegiert werden. Über die schlichte Nennung der Inklusion hinaus, gibt der Verordnungstext wenig Anlass zur

Vermutung, dass auch der Bundesrat und die Behörden ihre Pflicht in diesem gesamtgesellschaftlichen Prozess wahrnehmen und ihr eigenes Handeln, ihre Strukturen, Angebote und Prozesse dementsprechend überdenken.

5.2. Art. 108 Abs. 1ter IVV – Inklusion

Mit Art. 108 Abs. 1ter IVV will der Bundesrat die UNO-BRK und konkret das Ziel der Inklusion im Bereich der Finanzhilfen für die private Behindertenhilfe stärken. Dieses Vorhaben ist auch vor dem Hintergrund der Weiterentwicklung der Behindertenpolitik von Bund und Kantonen zu begrüssen. Wir unterstützen die Förderung der Inklusion sowohl als Ziel als auch als Voraussetzung für den Erhalt von Finanzhilfen auf Stufe der Organisationen vorbehaltlos. Wir sind uns aber ebenso bewusst, dass es sich dabei um einen langfristigen und gesamtgesellschaftlichen Prozess handelt, und dass die konkrete Umsetzung für jede einzelne Leistung und Zielgruppe differenziert behandelt werden muss. Das Verständnis von Inklusion greift klar zu kurz, wenn in den Erläuterungen zur IVV als Ziel formuliert wird, „die subventionierten Institutionen selber in die Pflicht zu nehmen und [...] ihre Leistungen sowie auch sie selbst als Unternehmen deutlicher auf die Ziele der BRK auszurichten“ (S. 65). Es liegt nicht alleine an den Behindertenorganisationen, welche diese Ziele bereits verfolgen und befürworten, die Inklusion und die Umsetzung der UNO-BRK zu fördern. Wie dies der Bundesrat in seinem Bericht zur Behindertenpolitik²⁷ festhält, ist die **«Behindertenpolitik [...] damit nicht länger (ausschliesslich) Sozialpolitik, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und eine themenübergreifende Querschnittsaufgabe.»** Der Bundesrat und die Behörden sind ebenso gefordert, das Konzept der Inklusion departementsübergreifend umzusetzen und es nicht bei einer Anspruchsformulierung gegenüber den Organisationen der privaten Behindertenhilfe zu belassen. Dass dieser Forderung Nachdruck verliehen werden muss, zeigen nicht zuletzt die ersten Einblicke in die Umsetzung²⁸ der vorgeschlagenen Projekte nach Art. 108septies IVV: Der Prozess, der die Inklusion voranbringen soll, entbehrt bisher jeglichem Einbezug von Menschen mit Behinderungen und ihrer Organisationen, obwohl sich die Schweiz mit der Ratifizierung der UNO-BRK dazu verpflichtet hat.²⁹

→ **Die Krebsliga Schweiz begrüsst es, dass der Bundesrat sich deutlich zum Grundsatz der Inklusion bekennt. Es muss jedoch klar sein, dass dieser Prozess nicht auf Kosten des bestehenden Bedarfs, der notwendigen Leistungen und somit zulasten der Menschen mit Behinderungen gehen darf. Der gesamtgesellschaftliche Paradigmenwechsel, der die Inklusion voraussetzt, muss weit über die Finanzhilfen an die private Behindertenhilfe hinaus angegangen werden. Daher verlangt dieser Prozess zwingend nach zusätzlichen Mitteln und kann nicht durch Kürzung der heute bestehenden Mittel erreicht werden. Die Kürzung gefährdet die Deckung des bestehenden Bedarfs.**

²⁷ Vgl. Behindertenpolitik von Bund und Kantone, Bericht des Bundesrates vom 9.5.2018, Kapitel 3.1.1, Seite 15.

²⁸ Vgl. Entwurf BSV der Wegleitung für die Gesuchseingabe Projekte Art. 74 IVG, Grundlage der Begleitgruppen-Sitzung vom 22.10.2020

²⁹ Vgl. UNO-BRK, Artikel 4 Absatz 3 «Bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung dieses Übereinkommens und bei anderen Entscheidungsprozessen in Fragen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, führen die Vertragsstaaten mit den Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern mit Behinderungen, über die sie vertretenden Organisationen enge Konsultationen und beziehen sie aktiv ein.»

5.3. Art. 108quater IVV – Höchstbetrag

Vor dem Hintergrund, dass der Bundesrat das Ziel der Inklusion und die damit einhergehenden Herausforderungen anerkennt, ist es nicht nachvollziehbar, weshalb einerseits ein Höchstbetrag in der IVV zementiert wird, andererseits die Mittel auf Kosten der Menschen mit Behinderungen gekürzt werden sollen.

Gemäss IVV-Entwurf beläuft sich der Höchstbetrag für die Vertragsperiode 2024-2027 auf 156 Mio. pro Jahr³⁰. In der Erläuterung wird als Ausgangswert dafür die Vertragsperiode 2020-2023 genannt, welche diesem Betrag entspreche. Dabei wird jedoch einerseits verschwiegen, dass das BSV für die Vertragsperiode 2020-2023 im Rahmen der Begleitgruppensitzungen stets 158.8 Mio. in Aussicht gestellt hatte³¹.

Andererseits wird damit ausgeblendet, dass das Vertragsvolumen über die letzten 10 Jahre reduziert wurde:

Jährlicher Beitrag für Leistungen nach Art. 74 IVG und Art. 101^{bis} AHVG:

- Vertragsperiode 2011-2014 161.5 Mio.³²
- Vertragsperiode 2015-2019 157.4 Mio.³³
- Vertragsperiode 2020-2023 154.4 Mio.³⁴

Diese Reduktion um über 7 Mio. hängt keineswegs mit einem Abbau von Leistungen durch die Behindertenorganisationen zusammen. Im Gegenteil hat eine Vielzahl von ihnen das Leistungsvolumen in dieser Zeitspanne erheblich ausgebaut. Dieser Mehrbedarf wurde u.a. in Form von Überleistung³⁵ im Rahmen des jährlichen Reportings nachgewiesen, jedoch aufgrund des bestehenden Artikel 108quater Abs. 1 IVV, nach welchem der Beitrag an eine Dachorganisation höchstens dem für die vorangehende Vertragsperiode ausgerichteten Beitrag entsprechen darf, nicht zusätzlich finanziert. Statt diesen Höchstbetrag für die Leistungen aufzuwenden, hat das BSV jedoch die effektiven Finanzhilfen kontinuierlich gekürzt und diese Situation stetig verschärft. Bei einzelnen Dachorganisationen kam es zu Kürzungen infolge Minderleistungen oder infolge des Kapitalsubstrates, was gesamthaft zu einer Reduzierung des Vertragsvolumens führte.

Der Bundesrat hat in seiner Botschaft zur Weiterentwicklung der IV³⁶ dargelegt, dass in Bezug auf die Finanzhilfen nach Artikel 74 IVG nur **«...die bestehende Praxis im Gesetz festgeschrieben [wird], was auf die Organisationen der privaten Invalidenthilfe keine Auswirkungen hat.»**

Sollte der Bundesrat an einer Festlegung des Höchstbetrages in der IVV festhalten, so soll das Vertragsvolumen für die Vertragsperiode 2024-27 auf mindestens den ursprünglichen Betrag der Vertragsperiode 2011-2014 von 161.5 Mio. festgelegt werden.

³⁰ Gesamtbetrag von 544 Mio. für 4 Jahre gemäss Art. 108^{quater} Entwurf Verordnung IVV, ergibt jährlich 136 Mio. zuzüglich Leistungsvolumen von 20 Mio. für Leistungen nach Artikel 101^{bis} AHVG.

³¹ Begleitgruppe Art. 74 IVG: Präsentationen BSV, Arbeitsgruppe 1 zum Thema Prioritätenordnung, vom 12.09.2018 und 09.10.2018.

³² Vgl. Übersicht BSV über die IV-AHV-Beiträge der Organisationen der privaten Behindertenhilfe für die Periode 2011-2014, datiert vom 17.10.2012/aeg.

³³ Vgl. Übersicht BSV über die vereinbarten maximalen IV-AHV-Beiträge der Organisationen der privaten Behindertenhilfe, datiert vom 17.10.2015/aeg.

³⁴ Vgl. Übersicht BSV über die IV-Beiträge 2020-23, datiert 10.2.20/voa.

³⁵ Zahlreiche Organisationen der privaten Behindertenhilfe haben im Rahmen des jährlichen Reportings z.H. dem BSV Überleistungen nachgewiesen, d.h. Organisationen haben aufgrund des Bedarfs ohne Finanzhilfen zusätzliche Leistungen (Stunden) gemäss Art. 74 IVG erbracht.

³⁶ Vgl. Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Weiterentwicklung der IV) vom 15.02.2017, S. 2715.

Grundsätzlich lehnen wir eine willkürliche Plafonierung mittels eines Höchstbetrages in der IVV ab. Der Wortlaut der geltenden IVV erlaubt einerseits eine Ausrichtung von Beiträgen für neue oder erweiterte Leistungen während einer Vertragsperiode, wenn ein Bedarf nachgewiesen ist und sieht eine Zuschlagsrate für folgende Vertragsperioden vor, wenn das Angebot den Bedarf nicht decken kann. Mit der neuen Regelung würde der Bundesrat einen rigiden Plafond festlegen, der sowohl die demographische Entwicklung als auch die wissenschaftlich nachgewiesene bereits bestehende Unterdeckung des Bedarfs ignoriert³⁷, die sich in Folge der Covid-19-Pandemie weiter verschärft hat. **Die UNO-BRK verlangt von den Vertragsstaaten ausdrücklich, dass Menschen mit Behinderungen die notwendigen *gemeindenahen Unterstützungsdienste*³⁸ erhalten, damit sie selbstbestimmt in der Gemeinschaft leben können. Zudem treffen «Die Vertragsstaaten [...] geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen.»³⁹**

Der Vorschlag im IVV-Entwurf ist umso irritierender, da der Bundesrat gleichzeitig bei der Ausrichtung von Finanzhilfen zur Förderung der Altershilfe nach Art. 224bis AHVV jährlich den Höchstbetrag aufgrund einer Bedarfsanalyse festlegt und keinen Plafond vorsieht. So wie die Behindertenorganisationen mit Art. 108ter Abs. 3 IVV in die Pflicht genommen werden sollen, ihre Leistungen periodisch auf den Bedarf auszurichten, muss auch der Bundesrat als steuerndes Organ in der Pflicht stehen, den Bedarf systematisch zu ermitteln.

Sehr zu begrüßen ist, dass der Höchstbetrag der Teuerung anpasst wird. Bis anhin war es zwar aufgrund von Art. 108quater IVV möglich, dass das BSV den Beitrag an die Teuerung anpassen kann. Der letzte Teuerungsausgleich erfolgte jedoch 2003.

→ **Die Krebsliga Schweiz fordert daher:**

Ein Höchstbetrag für die Leistungen muss den effektiven Bedarf und dessen Entwicklung in Betracht ziehen und dementsprechend periodisch eruiert und festgelegt werden. Es muss möglich sein, während einer Vertragsperiode auf neue und unvorhergesehene Entwicklungen zu reagieren.

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt folgende Formulierung vor:**

Art. 108quater Abs. 1 und 2 IVV (nach Vorbild von Art. 224bis Abs. 1 und 2 AHVV):
«¹Der Bundesrat legt den Höchstbetrag zur Ausrichtung von Finanzhilfen an Organisationen der privaten Invalidenhilfe alle vier Jahre unter Berücksichtigung der Teuerung fest.

²Das BSV erstellt die Grundlagen zur Festsetzung des Höchstbetrags. Es überprüft die gewährten Finanzhilfen auf ihre Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit und ermittelt den Bedarf. Die Menschen mit Behinderungen und ihre Organisationen werden dabei miteinbezogen.»

³⁷ Vgl. Bedarfs- und Angebotsanalyse der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG vom 14.07.2016, Forschungsbericht Nr. 15/16, Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, Seiten IX, X, XI, Kapitel 4 Bedarf an Unterstützung (Seiten 45 bis 69), Kapitel 5.1 Analysen zur allokativen Effizienz / ungedeckter Bedarf im Vergleich zum Gesamtbedarf (Seiten 73 bis 75), Kapitel 8.1.3 Fazit und Gesamtbeurteilung zur allokativen Effizienz (Seite 142 bis 143).

³⁸ Vgl. UNO-BRK Artikel 19 Selbstbestimmtes Leben, lit. B.

³⁹ Vgl. UNO-BRK Artikel 12 Gleiche Anerkennung vor dem Recht, Absatz 3.

5.4. Art. 108quinquies IVV – Berechnung der Finanzhilfen

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass der Bundesrat infolge der latenten Intransparenz und Ungewissheit der letzten Vertragsperioden versucht, Klarheit über die Vergabe der Mittel zu schaffen. Diese Intransparenz betraf jedoch insbesondere die effektive Vergabe der Mittel durch das BSV bzw. die nicht vollständige Vergabe dieser Mittel und deren nichtdeklarierte Abführung in den IV-Fonds trotz ungedecktem Bedarf seitens der Leistungsbezügerinnen in der Schweiz. Diese Problematik wird mit der vorliegenden IVV Anpassung nur vordergründig angesprochen, indem die Abführung nicht verwendeter Mittel mit Art. 108quinquies Abs. 3 und 4 IVV neu zumindest deklariert wird. Vor dem Hintergrund der bestehenden Unterdeckung des Bedarfs, der anstehenden Herausforderungen und der Verschärfung durch die Covid-19-Pandemie, muss zwingend die Frage im Vordergrund stehen, wie diese Mittel verwendet werden können anstatt unbegründete und kontraproduktive Sparmassnahmen durch die Hintertür einzuführen. Darüber hinaus wird damit nachträglich ein Verfahren legitimiert, welches trotz mehrfacher gegenteiliger Zusicherung des BSV, dass die Mittel für Leistungen nach Art. 74 IVG erhalten bleiben, in den vergangenen Jahren bereits zu Einsparungen von Total 57.4 Mio. geführt hat:

2015 bis 2017

Minder-Auszahlungen

Grundlage: Präsentation Begleitgruppen-Sitzung vom 18.09.2018 17.5 Mio.

2018 bis 2019

Annahme

Umrechnung 17.5 Mio. (drei Jahre, vgl. oben) auf zwei Jahre 11.5 Mio.

2020-2023

Differenz:

zur Verfügung stehender Beitrag 161.5 Mio.

ausgerichteter Beitrag 154.4 Mio.

jährliche Differenz 7.1 Mio. 28.4 Mio.

Total Einsparungen 2015-2023 57.4 Mio.

Es ist inakzeptabel, dass vor diesem Hintergrund ein System geschaffen wird, das zusätzliche Kürzungen zur Folge haben wird. Die vorgesehenen Mittel müssen ihrem Zweck entsprechend reinvestiert werden.

Mit der neuen Regelung durch Art. 108quinquies Abs. 1 und 4 IVV versucht der Bundesrat die Weiterentwicklung der privaten Behindertenhilfe anzukurbeln. Dieser Anspruch ist zu begrüßen und Innovation wird als Ziel von allen Behindertenorganisationen gerade auch im Hinblick auf die Inklusion gefordert und mitgetragen. Die vorgeschlagene Regelung entspricht jedoch einer Kürzung der Finanzierung von bestehenden Leistungen um 3%, obwohl im Auftrag des BSV 2016 empirisch nachgewiesen wurde, **dass ein höherer Bedarf besteht und die Qualität der bestehenden Leistungen gemessen an der Zufriedenheit der Bezügerinnen und Bezüger hoch ist⁴⁰.**

⁴⁰ Vgl. Bedarfs- und Angebotsanalyse der Dienstleistungen nach Art. 74 IVG vom 14.07.2016, Forschungsbericht Nr. 15/16, Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, Kapitel 5.4 Zufriedenheit der Nutzenden, Nutzen der Dienstleistungen (Seiten 88 bis 96).

Die Bedarfsausrichtung, Qualität und kontinuierliche Weiterentwicklung der **bestehenden Leistungen** wird bereits mit Art. 108bis Abs. 1bis IVV sowie Art. 108ter Abs. 3 IVV klar geregelt und eingefordert. Die Weiterentwicklung von Leistungen zusätzlich über eine Projektregelung zu verfolgen, schafft unnötige Doppelspurigkeiten und einen administrativen Mehraufwand für alle Beteiligten.

In Bezug auf die **Entwicklung neuer Leistungen** ist die Absicht, diese zu finanzieren, zu begrüssen. Mit Blick auf die oben belegten Einsparungen ist es jedoch inakzeptabel, dass dies zu Lasten der bestehenden Leistungen gehen soll. Ausserdem kann die gewünschte Innovation nicht in einem starren und innovationsfeindlichen System erfolgen, wie es der vorliegende Entwurf der Wegleitung des BSV vorsieht. Innovationsprozesse müssen agil und situativ möglich sein, und können nicht wie vom BSV vorgesehen nur alle 4 Jahre in einem starren Korsett entsprechend den Leistungsverträgen zu bestehenden Leistungen erfolgen. Vor dieser Ausgangslage ist der Vorwurf angebracht, dass nicht ein Innovationsschub für die Leistungen der privaten Behindertenhilfe, sondern erneut ein Sparvorhaben das eigentliche Ziel dieser Regelung ist.

Eine eigentliche **Prioritätenordnung** zu IVG Art. 74, wie sie dieser Regelung in der Erläuterung unterstellt wird (S. 12) ist nicht zu erkennen. Mit Art. 108quinquies Abs. 2 IVV erfolgen lineare Kürzungen aller Leistungen, ausser derjenigen, die als neue Projekte erarbeitet wurden, wenn die Gesuche um Finanzhilfen den Höchstbetrag überschreiten. Damit ist das einzige Kriterium in dieser Prioritätenordnung, ob eine Leistung neu erarbeitet wurde. Diese Lösung ignoriert, dass es in der privaten Behindertenhilfe Leistungen gibt, die fundamentale Grundbedürfnisse nachweislich abdecken, die auf keinen Fall mit der einzigen Begründung, dass andere Leistungen neu erarbeitet werden, gekürzt werden dürfen. Diese Prioritätenordnung entbehrt der nötigen inhaltlichen Grundlagenarbeit, Bedarfsevaluation und Steuerung, welche vom Bundesrat in dieser Thematik zu erwarten ist.

- **Die Krebsliga Schweiz begrüsst die Absicht, neue Projekte für die Inklusion und für einen veränderten Bedarf zu finanzieren. Dies darf jedoch nicht über eine Kürzung der bestehenden Leistungen geschehen und muss, wie es der Bundesrat auch von den Leistungen der privaten Behindertenhilfe fordert, zweckmässig, wirtschaftlich, zeitgemäss und zielgerichtet sein; ohne zusätzliche Mittel und ohne agile Strukturen kann Innovation nicht gefördert werden.**
- **Die Krebsliga Schweiz hält fest: Die bisherige Praxis, trotz eines ungedeckten Bedarfs nicht alle verfügbaren Mittel einzusetzen und in den IV-Fonds zu verschieben, darf nicht legitimiert werden. Nicht ausgeschöpfte Mittel sollen für die Abdeckung des effektiven Bedarfs oder die Finanzierung von Leistungen und Projekten nach Art. 74 IVG verwendet werden.**
- **Die Krebsliga Schweiz fordert daher die Neuformulierung von Art. 108quinquies IVV: Art. 108quinquies IVV
«¹Der Gesamtbetrag nach Artikel 108quater wird für Leistungen nach Artikel 108bis Abs. 1 und deren Weiterentwicklung eingesetzt. Gegenüber dem BSV muss jede Organisation nachweisen, dass mind. 3% der Mittel für Weiterentwicklungen dieser Leistungen verwendet wurden.**

²**Übersteigen die eingereichten Gesuche den Höchstbetrag nach (neuem) Artikel 108quater Absatz 1 so werden die beantragten Finanzhilfen gemäss der vom Bundesrat festgelegten Prioritätenordnung vergeben. Die Prioritätenordnung definiert Vergabekriterien nach dem ermittelten Bedarf sowie an der Zweckmässigkeit, der Wirtschaftlichkeit und der Wirksamkeit der Finanzhilfen.**

Abs. 3: streichen

~~³Wird der Betrag nach Absatz 1 nicht vollständig ausgeschöpft, so verfällt der nicht ausgeschöpfte Betrag.~~

~~⁴Ist am Ende einer Vertragsperiode der Höchstbetrag nicht vollständig ausgeschöpft, werden die nicht ausgeschöpften Mittel für die Finanzierung von Projekten zur Entwicklung neuer Leistungen gemäss Artikel 108septies eingesetzt.»~~

→ Die Krebsliga Schweiz weist darauf hin, dass Art. 108sexies IVV in der Folge hinfällig wird und zu streichen ist.

Die wesentlichen Vorteile dieses Erweiterungsvorschlags (Neuformulierung von Art. 108quinquies IVV) sind:

- Kein Abbau der aktuellen Leistungen auf Kosten der Menschen mit Behinderungen. Die Covid-19-Krise trifft Menschen mit Behinderungen besonders hart und führt zu signifikanten Rückschritten in der Inklusion.
- Statt dass nur einzelne Organisationen ihre Leistungen mittels einer Projektfinanzierung weiterentwickeln (können), verpflichten sich alle Organisationen der privaten Behindertenhilfe dazu, die Weiterentwicklung ihrer Leistungen voranzutreiben.
- Die Weiterentwicklung der bestehenden Leistungen wird als integrierte Massnahme vorangetrieben ohne administrativen Mehraufwand. Die vom Bundesrat vorgeschlagene Projektfinanzierung führt zu einem erheblichen Mehraufwand für das BSV und die Organisationen (Projektanträge/Auswertung Anträge/Verträge/Berichte etc.).
- Die Organisationen werden bei ihren Bestrebungen für die Förderung der Inklusion unterstützt, anstatt sie durch eine lineare Kürzung zu schwächen.

5.5. Art. 108septies IVV – Projekte

Mit Art. 75 IVG hat der Gesetzgeber dem Bundesrat die Kompetenz übertragen, eine Prioritätenordnung festzulegen. Mit Art. 108septies IVV wird diese Kompetenz an ein Bundesamt (BSV) delegiert, was nicht statthaft ist. Zudem ist eine Prioritätenordnung unter Einbezug von Menschen mit Behinderungen und ihren Organisationen festzulegen.

Das Ziel der Projekte gemäss Erläuterung zur IVV, flexibel auf den Bedarf der Zielgruppen reagieren zu können (S. 69), kann jedoch nicht durch eine rigide Prozentregel und mit einer einmaligen Projekteingabe alle vier Jahre erreicht werden: Der vorliegende Entwurf der Wegleitung zur Projekteingabe, welche den in der Begleitgruppe vertretenen Behindertenorganisationen vom BSV zugestellt wurde, zeigt, dass mit nur einem geplanten Eingabetermin pro Vertragsperiode eine solche Regelung vorgesehen ist.

Mit Bezug auf die Ausrichtung des Inklusionsanspruchs, welche die IVV in den Vordergrund stellen will, stellen wir im krassen Widerspruch dazu fest, dass weder in der IVV noch in der erhaltenen Wegleitung ein Einbezug von Menschen mit Behinderungen oder ihren Organisationen in der Projektevaluation vorgesehen ist.

Die Prioritätenordnung muss umfassend sein. Es kann nicht sein, dass der einzige Bestandteil einer Prioritätenordnung die Vergabe von Projektgeldern zur Förderung neuer Leistungen ist.

→ **Die Krebsliga Schweiz fordert daher:**

Die Prioritätenordnung ist vom Bundesrat (nicht vom BSV) unter Einbezug von Menschen mit Behinderungen und ihren Organisationen festzulegen und soll für die Finanzhilfen insgesamt gelten, statt nur auf die Vergabe von Projekten beschränkt zu sein (vgl. Ziff. 5.4).

Wenn zusätzlich Projekte helfen sollen, in der Inklusion Fortschritte zu erzielen, muss das BSV den Prozess der Projektvergabe und Evaluation ebenfalls inklusiv gestalten.

Wenn Innovation zusätzlich mit Projektgeldern gefördert wird, dürfen die Finanzierung und das Projektmanagement nicht in den starren Rahmen der Leistungsverträge und Vertragsphasen gezwängt werden.

Für die Projekte sollen die bisher nicht verwendeten Mittel (vgl. Ziff. 5.4) eingesetzt werden.

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt folgende Formulierung vor:**

Art. 108septies Abs. 2 IVV:

«²Der Bundesrat legt unter Einbezug von Menschen mit Behinderungen und ihrer Organisationen eine Prioritätenordnung fest und regelt:

a. (...)

b. (...).»

5.6. Art. 110 IVV – Verfahren

Die Verkürzung der Reportingfrist auf vier Monate gemäss Art. 110 Abs. 2 Bst. b IVV ist für viele Dachorganisationen aufgrund der notwendigen Verfahren eine Massnahme, die aus administrativen Gründen nicht umzusetzen ist, unnötig ist und die Datenqualität massiv verschlechtern wird. Zudem ist nicht ersichtlich, welchen Nutzen sich das BSV von einer Datenlieferung zwei Monate früher erhofft. Aktuell warten die Dachorganisationen nach dem Einreichen der Reportingdaten an das BSV jeweils mindestens Jahr oder länger auf den Statusbericht.

Dachorganisationen mit mehreren Untervertragsnehmenden (UVN) benötigen die Frist von 6 Monaten für die Erstellung des Reportings. Vor dem Beginn des Reportings müssen die fast 500 UVN ihren Jahresabschluss erstellen und diesen von der Revisionsstelle revidieren und von der Generalversammlung genehmigen lassen. Der revidierte, genehmigte Jahresabschluss liegt in den meisten Fällen erst zwischen April und Juni vor. Die Dachorganisationen nehmen gemäss KSBOB eine wichtige Kontroll- und Steuerungsfunktion ihrer Untervertragsnehmenden wahr. Die Jahresabschlüsse, die Quantitäten der Leistungseinheiten und die Kostenrechnungen der UVN müssen von den Dachorganisationen auf Vollständigkeit und Richtigkeit überprüft und anschliessend konsolidiert und plausibilisiert werden. Nur so können sie die bisher hohe Qualität der Reportingdaten sicherstellen. Eine verkürzte Frist führt unweigerlich dazu, dass ungeprüfte Daten an das BSV weitergeleitet werden müssen. Zudem müssen seit der neuen Vertragsperiode 2020-23 die Angaben für alle UVN detailliert ausgewiesen werden, bis anhin waren für die Leistungseinheiten einzig konsolidierte Daten notwendig. Dies bedeutet bereits einen zusätzlichen administrativen, vom BSV nicht finanzierten Mehraufwand zu dem jetzt schon hohen Arbeitsaufwand für das BSV-Reporting.

Selbsthilfeorganisationen, welche mit Freiwilligen und Ehrenamtlichen arbeiten, sind von der Verkürzung der Reportingfrist besonders stark betroffen. Wenn an der Verkürzung der Frist festgehalten wird, erfordert dies einen Professionalisierungsschub, Selbsthilfeorganisationen werden verschwinden und durch eine teurere hauptamtliche Profi-Ebene ersetzt, die Kosten steigen, ohne dass mehr oder bessere Leistungen erbracht werden. Dies kann wohl kaum der politische Wille sein.

→ **Für die Krebsliga Schweiz ist die Verkürzung der Reportingfrist auf 4 Monate inakzeptabel.**

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt daher folgende Formulierung vor:**

Art. 110 Abs. 2 Bst. b IVV:

*«b. welche Unterlagen während der Vertragsperiode bis spätestens **sechs** Monate nach Ablauf des Rechnungsjahres einzureichen sind.»*

6. Themenblock 10: Assistenzbeitrag

6.1. Generelle Bemerkungen

Dass der Bundesrat die Änderungen der IVV im Rahmen der Weiterentwicklung der IV dazu nutzt, die gewonnenen Erkenntnisse in Bezug auf die Höhe der Nachtpauschalen und den Bedarf an Beratungsleistungen umzusetzen, ist erfreulich. Auch der Einbezug der Behindertenorganisationen in die Diskussionen und Arbeiten war konstruktiv und fruchtbar, so dass den im vorliegenden Entwurf enthaltenen Verbesserungen zugestimmt werden kann. Es wird jedoch weiterhin Fälle geben, in denen auch mit den neuen Nachtpauschalen die Vorgaben des Modell-NAV Hausdienst nicht werden eingehalten werden können.

6.2. Art. 39e Abs. 5 IVV – Abzug der Beiträge an die Langzeitüberwachung

Gemäss Art. 39 Absatz 5 IVV sollen die von der IV für die Langzeitüberwachung bei Domizilbehandlung im Rahmen der medizinischen Pflegeleistungen berücksichtigten Stunden vom anerkannten Hilfebedarf beim Assistenzbeitrag anteilmässig abgezogen werden. Dies soll sicherstellen, dass es in Bezug auf die Überwachung nicht zu Doppelentschädigungen kommt. Mit der Vermeidung von Doppelentschädigungen sind wir einverstanden. Eltern von behinderten Kindern sollen aber die Möglichkeit haben, soweit entlastet zu werden, als der Betreuungsbedarf denjenigen eines gleichaltrigen Kindes ohne Behinderung übersteigt. Wichtig ist, dass der Abzug wie vom Bundesrat vorgeschlagen anteilmässig und nicht in absoluten Zahlen erfolgt.

→ **Die Krebsliga Schweiz unterstützt die Vermeidung von Doppelentschädigungen.**

→ **Die Krebsliga Schweiz erachtet es aber als wichtig, dass der Abzug anteilmässig erfolgt.**

6.3. Art. 39f Abs. 1 bis-3 IVV – Höhe des Assistenzbeitrags und Erhöhung der Nachtpauschale

In Art. 39f IVV wird die Höhe des Assistenzbeitrages an die aktuelle Preis- und Lohnentwicklung angepasst. In Abs. 3 wird sodann der Höchstbetrag der Nachtpauschale gemäss dem Modell-NAV des SECO angepasst und auf CHF 160.50 pro Nacht erhöht. Die vorgeschlagene Anpassung der Nachtpauschale begrüssen wir ausdrücklich. Eine substanzielle Erhöhung auf allen Stufen ist überfällig. Es wird davon ausgegangen, dass die Abstufung auf Weisungsstufe präzisiert wird und sich am Vorschlag der AG-Assistenz des BSV orientiert (vgl. Erläuterungen Bundesrat, S. 14).

Ebenfalls ausdrücklich begrüssen wir die Anlehnung an den Modell-NAV. Wir bedauern aber, dass auf den im Modell-NAV vorgesehenen Zuschlag von 25% für aktive Nachthilfe verzichtet wird. Es wird somit weiterhin Fälle geben, in denen Assistenzbeziehende die in ihren Kantonen als zwingendes Recht erklärten NAV-Bestimmungen nicht erfüllen können bzw. diese aus anderen Finanzierungsquellen sicherstellen müssen. Dies betrifft insbesondere stark pflegebedürftige Personen mit einem Bedarf an aktiver Hilfe von mehr als drei Stunden pro Nacht. So bleibt es schwierig, mit dem Assistenzbeitrag faire und konkurrenzfähige Löhne zu bezahlen, die den Anforderungen des Modell-NAV entsprechen. Die vom Bundesrat für den Verzicht genannten Gründe sind rein technischer Natur und wären zweifellos lösbar.

Spätestens bei Inkrafttreten der Reform der beruflichen Vorsorge (Reform BVG 21) und der geplanten Erhöhung der Sozialversicherungsabgaben infolge der Reduktion des BVG-Koordinationsabzugs müssen die Höchstbeträge für den Assistenzbeitrag generell angepasst werden.

- **Die Krebsliga Schweiz begrüsst die Anpassung der Nachtpauschalen und die Anlehnung an den Modell-NAV.**
- **Die Krebsliga Schweiz fordert die Übernahme des im Modell-NAV vorgesehenen Zuschlags von 25% auf aktive Nachthilfe.**
- **Die Krebsliga Schweiz weist darauf hin, dass die Höchstbeträge für den Assistenzbeitrag bei Inkrafttreten der Reform der beruflichen Vorsorge (Reform BVG 21) erhöht werden müssen.**

6.4. Art. 39i Abs. 2ter IVV – Rechnungstellung

Gemäss Art. 39i Abs. 2ter IVV sollen nicht in Rechnung gestellte Pauschalen für den Nachtdienst auch während des Tages eingesetzt und angerechnet werden können. Die vorgeschlagene flexiblere Einsatzmöglichkeit der unbenutzten Nachtpauschale auch am Tag begrüssen wir ausdrücklich. Denn in zahlreichen Fällen wird die notwendige Betreuung und Pflege in der Nacht von Familienmitgliedern geleistet, die noch immer nicht über den Assistenzbeitrag entschädigt werden können.

- **Die Krebsliga Schweiz begrüsst die Möglichkeit, nicht benutzte Nachtpauschalen für die Betreuung am Tag einsetzen zu können.**

6.5. Art. 39j Abs. 2 IVV – Beratung

In Art. 39j Absatz 2 IVV schlägt der Bundesrat vor, dass Assistenzbeziehende alle drei Jahre Beratungsleistungen in der Höhe von maximal 1'500 Franken beanspruchen

können. Wir begrüssen die Erweiterung der Bezugsmöglichkeiten der Beratungsleistungen ausdrücklich. Dadurch wird berücksichtigt, dass es im Laufe der Zeit immer wieder zu neuen Fragen rund um die Assistenz und den Assistenzbeitrag kommen kann, die sich zu Beginn so noch nicht stellten. Die Rolle als Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber ist komplex und anspruchsvoll. Es ist darauf zu achten, dass das Erfordernis den «*Beratungsbedarf erneut glaubhaft zu begründen*» (vgl. Erläuterungen Bundesrat, S. 51) nicht dazu führt, dass die Leistung de facto nicht oder kaum in Anspruch genommen werden kann und/oder die Leistung von Kanton zu Kanton ganz unterschiedlich zugesprochen wird.

- **Die Krebsliga Schweiz begrüsst die Erweiterung der Beratungsleistungen.**
- **Die Krebsliga Schweiz fordert, dass an die glaubhafte Begründung des Beratungsbedarfs nicht zu hohe Anforderungen gestellt werden.**

6.6. Übergangsbestimmungen Bst. d – Revision und Höhe des Assistenzbeitrags für den Nachtdienst

In Bst. d der Übergangsbestimmungen ist festgehalten, dass der Assistenzbeitrag für den Nachtdienst per Inkrafttreten der Änderung und somit voraussichtlich per 1.1.2022 erhöht wird. Wir begrüssen die Anpassung laufender Ansprüche auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung und gehen davon aus, dass die IV-Stellen die Überprüfung der laufenden Fälle von sich aus vornehmen werden.

- **Die Krebsliga Schweiz begrüsst die Anpassung der Nachtpauschale auf das Inkrafttreten der Änderungen.**

6.7. Zusätzliches Anliegen: Art. 39f Abs. 2 IVV – Erweiterung Qualifikation B

Gemäss Art. 39f Abs. 2 IVV beträgt der Assistenzbeitrag Fr. 50.20 pro Stunde, wenn die Assistenzperson für die benötigten Hilfeleistungen über besondere Qualifikationen verfügen muss. Diese sog. Qualifikation B ist jedoch lediglich für Hilfeleistungen bei der Ausübung einer gemeinnützigen oder ehrenamtlichen Tätigkeit, bei der beruflichen Aus- und Weiterbildung sowie bei der Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt (vgl. Art. 39c Bst. e-g IVV) vorgesehen.

In der Praxis zeigt sich, dass der Assistenzbeitrag bei Kindern und Jugendlichen mit einer schweren Beeinträchtigung eine ausserordentlich wichtige Rolle spielt. Gleichzeitig sind die Anforderungen an ihre Assistenzpersonen hoch. Sie müssen beispielsweise in der Lage sein, eine Reanimation durchzuführen oder eine Notfallmedikation zu verabreichen. Die Qualifikation B muss daher insbesondere auch für Hilfeleistungen bei den alltäglichen Lebensverrichtungen und der gesellschaftlichen Teilhabe und Freizeitgestaltung eingesetzt werden können. Mit der Öffnung der Anwendungsfälle, die eine Qualifikation B zulassen, können zudem Kosten für die Pflege durch eine viel teurere Kinderspitex reduziert werden. Es ist davon auszugehen, dass die Ausgaben dadurch insgesamt gesenkt werden können.

- **Die Krebsliga Schweiz fordert daher folgende Ergänzung:**

Art. 39f Abs. 2 IVV

«²Muss die Assistenzperson für die benötigten Hilfeleistungen in den Bereichen nach Artikel 39c Buchstaben a–g über besondere Qualifikationen verfügen, so beträgt der Assistenzbeitrag Fr. 50.20 pro Stunde.»

C Zusätzliches Anliegen

Art. 9 HVI – Dienstleistungen Dritter

Gemäss Art. 9 Abs. 1 HVI haben Versicherte Anspruch auf Vergütung ausgewiesener invaliditätsbedingter Kosten für Dienstleistungen Dritter, wenn diese anstelle eines Hilfsmittels notwendig sind, um den Arbeitsweg zu überwinden (Bst. a), den Beruf auszuüben (Bst. b) oder besondere Fähigkeiten zu erwerben, welche die Aufrechterhaltung des Kontakts mit der Umwelt ermöglichen (Bst. c). Gemäss Art. 9 Abs. 2 HVI beträgt die monatliche Vergütung maximal 1'793 Franken (Stand 2021).

Damit die mit der Weiterentwicklung der IV anvisierten Ziele der Stärkung des Eingliederungspotenzials und der Ausschöpfung der Vermittlungsfähigkeit erreicht werden können, ist es notwendig, dass Dienstleistungen Dritter nicht nur für die in Art. 9 Abs. 1 HVI genannten Bereiche eingesetzt werden können. Dienstleistungen Dritter müssen vielmehr auch bei Integrationsmassnahmen gemäss Art. 14a IVG und bei Berufsberatungsmassnahmen gemäss Art. 15 IVG eingesetzt werden können, denn insbesondere gehörlose Personen sind bei diesen Massnahmen auf Gebärdensprachdolmetschende angewiesen.

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt daher folgende Formulierung vor:**

Art. 9 Abs. 1 Bst. d HVI

«d. an Integrationsmassnahmen nach Artikel 14a IVG und an Berufsberatungsmassnahmen nach Artikel 15 IVG teilzunehmen.»

Gemäss Art. 9 Abs. 2 HVI werden pro Monat maximal 1'793 Franken für Dienstleistungen Dritter vergütet. Personen, die für ihre Erwerbstätigkeit auf Dienstleistungen Dritter angewiesen sind (z.B. gehörlose und blinde Personen) und von denen erwartet wird, dass sie in einem hohen Umfang erwerbstätig sind, können die tatsächlich anfallenden Kosten mit dem monatlichen Maximalbetrag von 1'793 Franken oftmals nicht decken. Arbeitsphasen, in denen ein erhöhter Bedarf an Dienstleistungen Dritter besteht (z.B. bei vermehrten Sitzungen oder Online-Meetings) und Phasen mit einem tieferen Bedarf (z.B. bei Ferien) wechseln sich ab. Der Kostenbeitrag für die Dienstleistungen Dritter muss also flexibler eingesetzt werden können, beispielsweise indem den Betroffenen ein jährlicher Maximalbetrag von 12 Monaten à 1'793 Franken und somit von 21'516 Franken pro Jahr zur Verfügung steht. Dadurch könnte auch der erhebliche administrative Aufwand der versicherten Personen und der IV-Stellen vermindert werden. Zudem ist an dieser Stelle festzuhalten, dass der heutige Maximalbetrag von 1'793 Franken pro Monat insbesondere in gewissen Berufssituationen nicht ausreichen dürfte, um die effektiv anfallenden Kosten der Dienstleistungen Dritter zu decken. Beispiel Gebärdensprachdolmetscher: Kosten von 170 Franken pro Stunde, wobei nach 2,5 Stunden jeweils eine Doppelbesetzung notwendig und auch zu vergüten ist.

→ **Die Krebsliga Schweiz schlägt daher folgende Formulierung vor:**

Art. 9 Abs. 2 HVI

«²Die jährliche Vergütung darf weder den Betrag des jährlichen Erwerbseinkommens der versicherten Person noch den anderthalbfachen Mindestbetrag der jährlichen ordentlichen Altersrente übersteigen.»