

## Antwortformular zu den Themenblöcken 1 – 10

### Stellungnahme von

Name / Firma / Organisation : Spitex Schweiz

Abkürzung der Firma / Organisation : Spitex Schweiz

Adresse : Effingerstrasse 33, 3008 Bern

Kontaktperson : Patrick Imhof

Telefon : 031 381 22 81

E-Mail : [imhof@spitex.ch](mailto:imhof@spitex.ch)

Datum : 17.03.2021

#### Wichtige Hinweise:

1. Wir bitten Sie, keine Formatierungsänderungen im Formular vorzunehmen und nur die grauen Formularfelder auszufüllen.
2. Bitte pro Artikel, Absatz und Buchstabe oder pro Kapitel des erläuternden Berichtes eine Zeile verwenden.
3. Ihre elektronische Stellungnahme senden Sie bitte **als Word-Dokument** bis am **19. März 2021** an folgende E-Mail Adresse: [sekretariat.iv@bsv.admin.ch](mailto:sekretariat.iv@bsv.admin.ch)

**Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung!**

**Themenblock 1: Optimierung der Eingliederung (Erl. Bericht Kap. 2.1)**

***Früherfassung und Frühintervention, Integrationsmassnahmen, Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Mitfinanzierung von kantonalen Brückenangeboten, Mitfinanzierung von kantonalen Koordinationsstellen, Personalverleih, Taggelder IV, Unfallschutz***

**Allgemeine Bemerkungen**

<b>Thema</b>	<b>Bemerkung/Anregung</b>
2.1. Integrationsmassnahmen	Die Zugänglichkeit von Integrationsmassnahmen für Jugendliche ab dem vollendeten 13. Lebensjahr wird begrüsst. Ebenso die Aufhebung der Beschränkung der Integrationsmassnahmen auf zwei Jahre.
2.1. Berufsberatung	Eine Präzisierung der Vorbereitungsmassnahme wird begrüsst, allerdings braucht es eine Definition, was mit «Füllung schulischer Lücken» gemeint ist. Allenfalls kann es sehr wohl Sinn machen, diese individuell zu erfassen und danach abzuklären, ob es im Rahmen der Integration sinnvoll wäre, diese «schulischen Lücken» mit einem gezielten und individuellen Angebot zu schliessen.
2.1. Unfallschutz	Diese Änderung wird sehr begrüsst.

**Themenblock 1: Optimierung der Eingliederung (Erl. Bericht Kap. 2.1)**

***Früherfassung und Frühintervention, Integrationsmassnahmen, Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Mitfinanzierung von kantonalen Brückenangeboten, Mitfinanzierung von kantonalen Koordinationsstellen, Personalverleih, Taggelder IV, Unfallschutz***

**Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs und zu deren Erläuterungen**

**Betroffene Artikel:**

Früherfassung und Frühintervention: Art. 1<sup>ter</sup> Abs. 1, 1<sup>quinquies</sup>, 1<sup>sexies</sup> Abs. 2 E-IVV

Integrationsmassnahmen: Art. 4<sup>quater</sup> Abs. 1, 4<sup>quinquies</sup>, 4<sup>sexies</sup> Abs. 1, 3 Bst. a, 4-6, 4<sup>septies</sup> E-IVV

Berufsberatung: Art. 4a E-IVV

Erstmalige berufliche Ausbildung: Art. 5, 5<sup>bis</sup>, 5<sup>ter</sup>, 6 Abs. 2 E-IVV

Mitfinanzierung von kantonalen Brückenangeboten: Art. 96<sup>bis</sup>, 96<sup>quater</sup> E-IVV

Mitfinanzierung von kantonalen Koordinationsstellen: Art. 96<sup>bis</sup>, 96<sup>ter</sup> E-IVV

Personalverleih: Art. 6<sup>quinquies</sup> E-IVV

Taggelder IV: Art. 17 Abs. 1 und 2, 18 Abs. 1 und 2, 19, 20<sup>ter</sup>, 20<sup>quater</sup> Abs. 1 und 6, 20<sup>sexies</sup> Abs. 1 Bst. a, 21<sup>septies</sup> Abs. 4, 21<sup>septies</sup> Abs. 4 und 5, 21<sup>octies</sup> Abs. 3, 22, 91 Abs. 1, Übergangsbestimmung Bst. a E-IVV

Unfallschutz: Art. 20<sup>quater</sup> Abs. 1 und 6, 88<sup>sexies</sup>, 88<sup>septies</sup>, 88<sup>octies</sup>, E-IVV; Art. 53 Abs. 1, 3, 4, 56, 72, 132, 132a, 132b, 132c, 132d E-UVV

Verordnung	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)

**Themenblock 2: Medizinische Massnahmen (Erl. Bericht Kap. 2.2)**

***Medizinische Eingliederungsmassnahmen, Definitionskriterien für Geburtsgebrechen und Aktualisierung der Geburtsgebrechen-Liste, Medizinische Pflegeleistungen bei Domizilbehandlungen***

**Allgemeine Bemerkungen**

Wenn Sie sich zu einzelnen Ziffern aus dem Anhang der GgV-EDI äussern möchten, sind Sie gebeten, bei «Thema» die entsprechende Ziffer aufzulisten und bei «Bemerkung/Anregung» Ihren Kommentar zu ergänzen.

Thema	Bemerkung/Anregung
2.2. Medizinische Eingliederungsmassnahmen	Die Erhöhung auf das 25. Altersjahr bezüglich medizinischer Eingliederungsmassnahmen wird begrüsst.
2.2. Kriterien zur Aufnahme eines	Wird von uns begrüsst.

GG in die GG-Liste	
2.2. Aktualisierung der Liste der Geburtsgebrechen	<p>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.</p> <p>Vorschlag: Die aktualisierte Geburtsgebrechenliste ist vor Inkrafttreten nochmals mit den Fachgesellschaften und den Patientenorganisationen zu überarbeiten. Prinzipiell beziehen wir uns bezüglich der Überarbeitung der Geburtsgebrechenliste auf die Stellungnahme der Haus- und Kinderärzte Schweiz (MFE), wollen jedoch zu den nachfolgenden Krankheitsbildern zusätzlich unsere Stellungnahme abgeben.</p>
2.2. Aktualisierung der Liste der Geburtsgebrechen	<p>Definition «Sofern die Korrektur nicht in einer einzigen Operation erfolgen kann» Stellungnahme: Bei diversen Fehlbildungen wird man nach der Geburt des Kindes nicht mit Sicherheit sagen können, dass es zur Behebung der Fehlbildung nur <u>eine</u> Operation benötigt. Die Praxis zeigt auch, dass es nach erfolgter Operation durch Wachstum der Kinder oder durch unbekannt Gründe zu Verwachsungen/Komplikationen an der Operationsstelle kommen kann.</p> <p>Vorschlag: Den Zusatz «Sofern die Korrektur nicht in einer einzigen Operation erfolgen kann» streichen.</p>
2.2. Aktualisierung der Liste der Geburtsgebrechen	<p>Definition «Sofern eine Operation notwendig ist» Stellungnahme: Es bestehen diverse, teilweise auch schwere Krankheitsbilder, für welche es operative oder konservative Therapiemöglichkeiten gibt. Statt zu operieren kann ein Kind z.B. über eine gewisse Zeit beatmet werden (Maskenbeatmung zu Hause, z.B. bei GG 214). Somit gewinnt man Zeit, das Kind wächst, ein chirurgischer Eingriff ist nicht mehr notwendig und allfällige Komplikationen können vermieden werden.</p> <p>Vorschlag: Konservative Therapieformen, die im Zusammenhang mit dem GG sind und eine Operation verhindern können, müssen von der IV übernommen werden.</p>
2.2. Aktualisierung der Liste der Geburtsgebrechen	<p>Trisomie18 → Definition Krankheitsbild → niedriges Geburtsgewicht, viele angeborene Anomalien, u. a. eine ausgeprägte Mikrozephalie, Herzfehler, hervorstehende Schädelbasis, niedrig ansetzende, fehlgebildete Ohren, diverse weitere Fehlbildungen an Extremitäten, Bauch, Gesicht, am Nervensystem etc.</p> <p>Das Krankheitsbild erfüllt alle Bedingungen des neuen Artikels 3 der IVV → es handelt sich um eine genetische Veränderung des Erbgutes, das Leiden liegt bereits bei Geburt vor, es beeinträchtigt die Gesundheit stark, benötigt eine langdauernde Behandlung. Es handelt sich dabei um eine komplexe Behandlung. Das Leiden ist insofern behandelbar, indem Symptome und das damit verbundene Leiden gelindert werden können. Dies führt zu einer Verbesserung der Lebensqualität und/oder Komplikationen können verhindert werden. Ebenso kann der progrediente Krankheitsverlauf verlangsamt/aufgehalten werden.</p>

	<p>Trisomie 13 → Definition Krankheitsbild → Herzfehler, z.B. Fallotsche Tetralogie, VSD, ASD, niedriges Geburtsgewicht, Mikrocephalie, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, weitere Fehlbildungen im Gesicht, an Extremitäten etc.</p> <p>Das Krankheitsbild erfüllt alle Bedingungen des neuen Artikels 3 der IVV → es handelt sich um eine genetische Veränderung des Erbgutes, das Leiden liegt bereits bei Geburt vor, es beeinträchtigt die Gesundheit stark, benötigt eine langdauernde Behandlung. Es handelt sich dabei um eine komplexe Behandlung. Das Leiden ist insofern behandelbar, indem Symptome und das damit verbundene Leiden gelindert werden können. Dies führt zu einer Verbesserung der Lebensqualität und/oder Komplikationen können verhindert werden. Ebenso kann der progrediente Krankheitsverlauf verlangsamt/aufgehalten werden.</p> <p>Vorschlag: Aufnahme der Trisomie 13/18 auf die Liste der GG.</p>
2.2. Aktualisierung der Liste der Geburtsgebrechen	<p>GG 395: Neuromotorische Symptome im Sinne eindeutig pathologischer Bewegungsmuster..... Die neue Formulierung schliesst mit folgendem Satz ab → Ein motorischer Entwicklungsrückstand und ein Plagiocephalus gelten nicht als Geburtsgebrechen im Sinne der Ziffer 395.</p> <p>Problem: Neuromotorische Symptome mit pathologischen Bewegungsmustern führen immer zu einem motorischen Entwicklungsrückstand. Oft wird zuerst ein Entwicklungsrückstand diagnostiziert und es treten erst in der Folge klare neuromotorische Symptome auf.</p> <p>Vorschlag: Den Zusatz «Ein motorischer Entwicklungsrückstand gilt nicht als Geburtsgebrechen im Sinne der Ziffer 395» weglassen.</p>
2.2. Aktualisierung der Liste der Geburtsgebrechen	<p>Formulierung «sofern therapiebedürftig, respektive sofern eine Therapie notwendig ist»</p> <p>Problem: Ein Geburtsgebrechen wird diagnostiziert. Es kann sein, dass Therapien sofort eingeleitet werden müssen, es kann aber auch sein, dass Symptome erst mit der Zeit auftreten. Auch bei identischen Krankheitsbildern ist ein Verlauf, respektive das Auftreten von Symptomen, welche behandelt werden müssen, unterschiedlich. Deshalb ist der Zusatz «sofern therapiebedürftig, respektive sofern eine Therapie notwendig ist» nicht hilfreich.</p> <p>Vorschlag: Beide «Ergänzungen/Einschränkungen» weglassen.</p>
2.2. Aktualisierung der Liste der Geburtsgebrechen	<p>GG 247 Hyaline Membrane (Atemnotsyndrom des Neugeborenen → Lungenfunktionsstörung des Neugeborenen)</p> <p>Problem: Hyaline Membrane (akute Lungenfunktionsstörung → Atemnotsyndrom) treten als Komplikation praktisch nur bei frühgeborenen Säuglingen auf. Die Krankheit ist auf die Unreife der Lunge zurückzuführen.</p> <p>Vorschlag: Das GG 247 beinhaltet neben der bronchopulmonalen Dysplasie (chronische Lungenfunktionsstörung) weiterhin auch das Syndrom der hyalinen Membrane (akute Lungenfunktionsstörung).</p>
2.2. Aktualisierung der Liste der Geburtsgebrechen	<p>GG 282 Nekrotisierende Enterokolitis (NEC)</p> <p>Diese Komplikation tritt praktisch nur bei frühgeborenen Säuglingen auf. Schwere Verläufe mit chirurgischen Eingriffen können vermieden werden, wenn bei Verdacht auf eine NEC frühzeitig mit einer konservativen Therapie (parenteraler Ernährung, AB-Therapie, etc.) begonnen wird.</p> <p>Vorschlag: Das GG beinhaltet auch alle konservativen Therapieformen.</p>

<p>2.2. Aktualisierung der Liste der Geburts- gebrechen</p>	<p>GG 387 Angeborene (primäre) Epilepsie Dem Titel wurde «primäre» hinzugefügt, um sekundäre Formen der Epilepsie auszuschliessen. Epilepsie kann jedoch als späteres Symptom auf eine seit der Geburt bestehende neurologische Schädigung auftreten. Vorschlag: Der Begriff «primäre» wird gestrichen.</p> <p>Weiteres Problem: Ausserdem verstehen wir nicht, wieso eine Epilepsie, bei der eine antikonvulsive Therapie nicht oder nur während eines Anfalls notwendig ist, aus der Liste der GG ausgeschlossen wird. Grundsätzlich ist eine «primäre» Epilepsie ein GG, eine Medikation während eines Anfalls ist bereits eine Therapie und es besteht in vielen Fällen die Möglichkeit, dass plötzlich mit einer antikonvulsiven Therapie begonnen werden muss.</p> <p>Vorschlag: «...bei der eine antikonvulsive Therapie nicht oder nur während eines Anfalls notwendig ist» wird aus dem GG gestrichen.</p>
<p>2.2. Aktualisierung der Liste der Geburts- gebrechen</p>	<p>GG 404 Beim GG 404 steht als Zusatz «Die Diagnosestellung und der Beginn der Behandlung müssen vor der Vollendung des 9. Lebensjahres erfolgt sein». Im IVV steht unter Art. 3 Absatz 3 «Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen erkannt wird, ist unerheblich.</p> <p>Vorschlag: Der Zusatz «Die Diagnosestellung und der Beginn der Behandlung müssen vor der Vollendung des 9. Lebensjahres erfolgt sein» wird unter dem GG 404 gestrichen.</p>
<p>2.2. Aktualisierung der Liste der Geburts- gebrechen</p>	<p>GG 494 Neugeborene mit einem Gestationsalter unter 28 SSW Als zu früh geboren gelten in der Medizin alle Neugeborenen, die vor der 37. SSW geboren werden. Dies ist medizinisch so definiert. Im entsprechenden GG sollten zumindest die Behandlungen der häufig zu erwartenden Komplikationen (Atemnotsyndrom, nekrotisierende Enterocolitis, Frühgeborenenretinopathie, Bronchopulmonale Dysplasie, intraventrikuläre Blutung) von zu früh geborenen Kindern eingeschlossen sein.</p> <p>Vorschlag: Das GG 494 schliesst alle vor der 37. SSW geborenen Säuglinge ein, die ein Problem in den Bereichen Herz-Kreislauf, Atmung, Ernährung, Verdauung, Gehirn/Nervensystem, Stoffwechsel haben, oder als Folge ihrer Frühgeburtlichkeit an einer Komplikation in den oben erwähnten Bereichen leiden.</p>
<p>2.2. Aktualisierung der Liste der Geburts- gebrechen</p>	<p>GG 496 Neonatale Suchtmittelabhängigkeit, sofern eine Intensivbehandlung begonnen werden muss. Säuglinge mit einer Suchtmittelabhängigkeit müssen in der Regel auf einer Spezialabteilung (Neonatologie) hospitalisiert sein und intensiv überwacht und therapiert werden. Spätfolgen können bei der Geburt nicht ausgeschlossen werden. Es besteht die Möglichkeit, dass sie erst zu einem späteren Zeitpunkt diagnostiziert werden können.</p> <p>Vorschlag: «Sofern eine Intensivbehandlung begonnen werden muss» aus dem GG streichen.</p>
<p>2.2. Aktualisierung der Liste der Geburts- gebrechen</p>	<p>GG 497. Schwere respiratorische Adaptationsstörungen (wie Asphyxie, Atemnotsyndrom, Apnoen), sofern sie in den ersten 72 Lebensstunden manifest werden und eine Intensivbehandlung begonnen werden muss. Die schwere respiratorische Adaptionstörung könnte auch zu einer andauernden Beeinträchtigung z.B. der Kognition und der Motorik des Kindes und somit zu einer bleibenden Beeinträchtigung in diesen Bereichen führen.</p>

	Vorschlag: GG 497. Schwere respiratorische Adaptationsstörungen (wie Asphyxie, Atemnotsyndrom, Apnoen) auf der Liste der Geburtsgebrechen belassen.
2.2. Aktualisierung der Liste der Geburts- gebrechen	GG 498. Schwere neonatale metabolische Störungen (Hypoglykämie, Hypocalcämie, Hypomagnesiämie), sofern sie in den ersten 72 Lebensstunden auftreten und eine Intensivbehandlung begonnen werden muss. Schwere neonatale metabolische Störungen könnten zu schweren Beeinträchtigungen im Bereich der Kognition und der Motorik des Kindes, und somit zu schweren lebenslangen Beeinträchtigungen in diesen Bereichen führen.  Vorschlag: GG 498. Schwere neonatale metabolische Störungen (Hypoglykämie, Hypocalcämie, Hypomagnesiämie) auf der Liste der Geburtsgebrechen belassen.
2.2. Aktualisierung der Liste der Geburts- gebrechen	GG 499. Schwere geburtsbedingte Verletzungen, die einer Intensivbehandlung bedürfen. Die Verletzungen könnten auch zu einer andauernden Beeinträchtigung z.B. der Beweglichkeit eines Kindes und somit zu einer Beeinträchtigung im Bereich der Motorik führen.  Vorschlag: Das GG 499 «Schwere geburtsbedingte Verletzungen, die einer Intensivbehandlung bedürfen» auf der Liste der Geburtsgebrechen belassen

## Themenblock 2: Medizinische Massnahmen (Erl. Bericht Kap. 2.2)

### **Medizinische Eingliederungsmassnahmen, Definitionskriterien für Geburtsgebrechen und Aktualisierung der Geburtsgebrechen-Liste**

#### **, Medizinische Pflegeleistungen bei Domizilbehandlungen**

### **Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs und zu deren Erläuterungen**

#### **Betroffene Artikel:**

Medizinische Eingliederungsmassnahmen: Art. 2, 2<sup>bis</sup>, 2<sup>ter</sup> E-IVV

Definitionskriterien für Geburtsgebrechen und Aktualisierung der Geburtsgebrechen-Liste: Art. 3, 3<sup>bis</sup>, 3<sup>ter</sup> E-IVV; Art. 35 E-KVV; Aufhebung der GgV; GgV-EDI

Medizinische Pflegeleistungen bei Domizilbehandlungen: Art. 3<sup>quinqüies</sup>, 39e Abs. 5 E-IVV

Übrige Artikel: Art. 3<sup>novies</sup>, 4<sup>bis</sup> E-IVV

**Wenn Sie sich zu einzelnen Ziffern aus dem Anhang der GgV-EDI äussern möchten, sind Sie gebeten, bei «Thema» die entsprechende Ziffer aufzulisten und bei «Bemerkung/Anregung» Ihren Kommentar zu ergänzen.**

Verordnung	Art.	Ab s.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
IVV	2	1		Gemäss Art. 2 Abs. 1 IVV sollen medizinische Eingliederungsmassnahmen im Sinne von Art. 12 IVG erst nach	«1Als medizinische (...) und psychotherapeutische Behandlungen. Sie

			<p>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. Eine zusätzliche Anspruchsvoraussetzung für die Kostenübernahme, nämlich den Abschluss der Leidensbehandlung, wird abgelehnt.</p>	<p>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.»</p>
IVV	2	3	<p>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</p>	<p>Antrag: Streichung von Art. 2 Abs. 3 IVV.</p>

			<p>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.</p> <p>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</p>	
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				mit ein. Deshalb muss das Erfordernis der günstigen Prognose im Einzelfall flexibel gehandhabt und in unklaren Fällen zugunsten des Kindes gestellt werden.	
IVV	2	4		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.	Art. 2 Abs. 4 IVV « <sup>4</sup> Art, Dauer und Umfang (...) in der Leistungszusprache festgehalten. Die Zusprache der medizinischen Eingliederungsmassnahme erfolgt für zwei Jahre und kann verlängert werden.»
IVV	2bis	2		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.	Art. 2bis Abs. 2 IVV « <sup>2</sup> Wird eine Massnahme beruflicher Art beendet oder abgebrochen, so können die Kosten für die medizinischen Eingliederungsmassnahmen während <del>längstens sechs</del> <del>Monaten</del> weiter vergütet werden, wenn (...).»
IVV	3	1		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	Art. 3 Abs. 1 Bst. d IVV «d. die Gesundheit beeinträchtigende Leiden: Leiden, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder

			<p>«bestimmter Schweregrad» müssen aus der Sicht des Bundesrates nicht näher präzisiert werden.</p> <p>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.</p>	Funktionsstörungen zur Folge haben;»
			<p>Unserer Ansicht nach müsste auch das Kriterium des «bestimmten Schweregrads» auf Verordnungsstufe näher präzisiert werden.</p>	<p>Art. 3 Abs. 1 Bst. d<sup>bis</sup> IVV</p> <p>«d<sup>bis</sup>. 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;»</p>
			<p>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.</p>	<p>Art. 3 Abs. 1 Bst. e IVV</p> <p>«e. langdauernde Behandlung: eine Behandlung, die in der Regel länger als ein Jahr dauert;»</p>
			<p>Gemäss Art. 3 Abs. 1 Bst. f IVV soll als «komplexe Behandlung» eine</p>	<p>Antrag: Neuformulierung von</p>

				<p>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.</p>	<p>Art. 3 Abs. 1 Bst. f IVV unter Einbezug der Ärzteschaft.</p>
IVV	3bis	1/2		<p>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.</p>	<p>Art. 3bis Abs. 1 IVV «<sup>1</sup>Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) erstellt (...) nach Artikel 13 IVG gewährt werden. Dafür hört das EDI vorgängig die Fachgesellschaften und Patientenorganisationen an.»</p> <p>Art. 3bis Abs. 2 IV «<sup>2</sup>Die Liste der Geburtsgebrechen wird regelmässig dem Stand der medizinischen Wissenschaft angepasst. Das EDI kann nähere Vorschriften über die Liste erlassen.»</p>
GgV-EDI Verordnung des EDI über Geburtsgebr eichen				<p>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</p>	<p>Die aktualisierte Geburtsgebrechenliste ist vor Inkrafttreten nochmals mit den Fachgesellschaften und den Patientenorganisationen zu überarbeiten.</p>

				<p>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.</p>	
IVV	3 quinquies	2		<p>Das RS 394 unterteilt die med. Leistungen, die von der IV übernommen werden, folgendermassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Massnahmen der Abklärung und Beratung</li> <li>- Massnahmen der Untersuchung und Behandlung 1</li> <li>- Massnahmen der Untersuchung und Behandlung 2: Kurzzeitüberwachung</li> <li>- Massnahmen der Langzeitüberwachung</li> </ul>	<p>Wir begrüßen die Aufnahme der Langzeitüberwachung in die IVV In der IVV soll die Formulierung so übernommen werden.</p>
Geburtsgebrechen	3sexies	4		<p>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 der WZW-Kriterien im Rahmen von Art. 13 IVG (vielfach seltene bis ultraseltene 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</p>	<p>«4Sind die Voraussetzungen (...), so entscheidet das BAG über das Gesuch innert 30 Tagen ab der definitiven Zulassung.»</p>

				auch die beruflichen Eingliederungschancen verschlechtert werden. Wir erachten den Begriff «innert zweckmässiger Frist» daher als zu ungenau und fordern eine Frist von 30 Tagen.	
Geburtsgebrechen	3		d	Die Gesundheit beeinträchtigende Leiden: Leiden, die körperliche oder geistige Beeinträchtigungen oder Funktionsstörungen zur Folge haben → Man spricht heute von kognitiven Beeinträchtigungen, nicht von geistigen. Es fehlen die psychischen Beeinträchtigungen/ Funktionsstörungen.	Die Gesundheit beeinträchtigende Leiden: Leiden, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder Funktionsstörungen zur Folge haben.
Geburtsgebrechen	3	1	e	Langdauernde Behandlung; Behandlung die länger als ein Jahr dauert → Langdauernde Behandlung reicht aus, Zusatz «länger als ein Jahr dauert» streichen	Langdauernde Behandlung.
Geburtsgebrechen	3	1	f	«Erfordernis einer langdauernden oder komplexen Behandlung» ist eine klare Definition, jedoch sollte der Zusatz des Zusammenspiels von mind. drei Fachgebieten weggelassen werden.	Die Anzahl involvierter Fachgebiete muss nicht zwingend ein Hinweis auf Komplexität sein → z.B. isoliertes komplexes Herzvitium, isoliertes pulmonales Problem, wie z.B. Hypoventilations-syndrom etc. Der behandelnde Arzt müsste entscheiden können, ob es sich um eine komplexe Situation handelt oder nicht.
Geburtsgebrechen	3	1	g	Behandelbare Leiden	Diese Aussage muss mit dem Zusatz präzisiert werden, dass eine Linderung von belastenden Symptomen und somit einer Verbesserung der Lebensqualität, und ein Vermeiden von weiteren Komplikationen ebenfalls zur «Behandelbarkeit» gehört
Liste der Geburtsgebrechen	3bis	1		Muss genauer und präzisiert und mit dem Zusatz der Anhörung von Fachgesellschaften und Patientenorganisationen ergänzt werden → siehe Spalte rechts	«Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) erstellt die Liste nach Artikel 14 ter Absatz 1 Buchstabe b IVG über die Geburtsgebrechen,

					für die medizinischen Massnahmen nach Artikel 13 IVG gewährt werden. Dafür hört das EDI vorgängig die Fachgesellschaften und Patientenorganisationen an.»
Liste der Geburtsgebrechen	3bis	2		Die Definition «Das EDI kann nähere Vorschriften über die Liste erlassen» muss genauer und zeitlich präzisiert werden → siehe Spalte rechts	«Die Liste der Geburtsgebrechen wird regelmässig dem Stand der medizinischen Wissenschaft angepasst. Das EDI kann nähere Vorschriften über die Liste erlassen.»
Beginn und Dauer der medizinischen Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen	3ter	1		Der Anspruch auf Behandlung eines Geburtsgebrechens beginnt mit der Einleitung von medizinischen Massnahmen, frühestens jedoch nach vollendeter Geburt.	Der Zusatz «frühestens nach vollendeter Geburt» weglassen. Dort, wo es Sinn macht, z.B. bei Kindern mit einer Meningomyelocele, müssen Operationen schon pränatal möglich sein und von der IV übernommen werden, da sie den Verlauf der Krankheit und die spätere Eingliederung des Jugendlichen günstig beeinflussen können.
Medizinische Pflegeleistungen bei Domizilbehandlung	3 Quin quies	5		Erfordert der Gesundheitszustand der versicherten Person eine Langzeitüberwachung im Rahmen der Durchführung einer Massnahme zur Untersuchung und Behandlung, so vergütet die Invalidenversicherung die von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen bis zu 16 Stunden pro Tag. Das BSV regelt diejenigen Fälle, in denen eine weitergehende Vergütung angezeigt ist.	Der nachfolgende Zusatz «Das BSV regelt diejenigen Fälle, in denen eine weitergehende Vergütung angezeigt ist» muss durch die nachfolgende Ausnahmeregelung aus dem «Handbuch: Einstufung der Leistungen der medizinischen Überwachung» des BSV ersetzt werden.  Ausnahmeregelung: Sind die Eltern aufgrund von persönlichen und/oder familiären Umständen nicht in der Lage, sich längere Zeit pro Tag alleine um ihr Kind zu kümmern, so können

					in Ausnahmefällen mehr als 16 Stunden Überwachungszeit durch die Kinderspitex pro Tag nötig werden. Die Beantragung für solche Mehrstunden bedarf einer genauen Begründung durch die Antragssteller inklusive einer Stellungnahme zum Umfang/Anzahl Stunden pro Tag, die die Eltern/Angehörigen in der Lage sind, maximal selber zu leisten.
				Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben	Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben

### Themenblock 3: Kompetenzzentrum Arzneimittel (Erl. Bericht Kap. 2.3)

#### Allgemeine Bemerkungen

Thema	Bemerkung/Anregung
Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben	Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben

### Themenblock 3: Kompetenzzentrum Arzneimittel (Erl. Bericht Kap. 2.3)

#### Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs und zu deren Erläuterungen

**Betroffene Artikel:** Art. 3<sup>sexies</sup>, 3<sup>septies</sup>, 3<sup>octies</sup>, Übergangsbestimmung Bst. e E-IVV; Art. 65 Abs. 1<sup>bis</sup>, Übergangsbestimmung E-KVV

Verordnung	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben	Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben

## Themenblock 4: Tarifierung und Rechnungskontrolle (Erl. Bericht Kap. 2.4)

### Allgemeine Bemerkungen

Thema	Bemerkung/Anregung
Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben	

## Themenblock 4: Tarifierung und Rechnungskontrolle (Erl. Bericht Kap. 2.4)

### Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs und zu deren Erläuterungen

**Betroffene Artikel:** Art. 3<sup>quater</sup>, 24 Abs. 3, 24<sup>bis</sup>, 24<sup>ter</sup>, 24<sup>quater</sup>, 24<sup>quinqüies</sup>, 24<sup>sexies</sup>, 41 Abs. 1 Bst. I, 72<sup>ter</sup>, 79 Abs. 5, 79<sup>ter</sup>, 79<sup>quater</sup>, 79<sup>quinqüies</sup>, 79<sup>sexies</sup>, 89<sup>ter</sup> E-IVV

Verordnung	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben	Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben

## Themenblock 5: Rentensystem (Erl. Bericht Kap. 2.5)

### *Stufenloses Rentensystem, Bemessung Invaliditätsgrad*

### Allgemeine Bemerkungen

Thema	Bemerkung/Anregung
Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben	Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben

## Themenblock 5: Rentensystem (Erl. Bericht Kap. 2.5)

### Stufenloses Rentensystem, Bemessung Invaliditätsgrad

#### Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs und zu deren Erläuterungen

**Betroffene Artikel:**

Stufenloses Rentensystem: Art. 33<sup>bis</sup> Abs. 2, Übergangsbestimmung Bst. c E-IVV; Art. 51 Abs. 5, 53 Abs. 1 E-AHVV; Art. 4 E-BVV 2

Bemessung Invaliditätsgrad: Art. 24<sup>septies</sup>, 25 Abs. 2-4, 26, 26<sup>bis</sup>, 27 Abs. 2, 27<sup>bis</sup>, 41 Abs. 1 Bst. k, 49 Abs. 1<sup>bis</sup>, Übergangsbestimmung Bst. b E-IVV

Verordnung	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben	Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben

## Themenblock 6: Fallführung (Erl. Bericht Kap. 2.6)

### Allgemeine Bemerkungen

Thema	Bemerkung/Anregung
Grundsatz der Fallführung	Eine einheitliche und durchgehende Fallführung durch die IV wird begrüsst. Ebenso, dass der rehabilitative und eingliederungsorientierte Bedarf sowie die gesundheitliche Situation im Fokus stehen und dass das Vorgehen auf die Ressourcen und Einschränkungen der versicherten Person abgestimmt wird. Uns stellt sich die Frage, ob die Fallführung durch eine Person erfolgt, respektive ob die Fallführung die diversen involvierten «Fachpersonen der IV» (Sachleistungen, med. Massnahmen, Therapien, Hilfsmittel etc.) koordiniert und führt.
Fallführung med. Massnahmen	Die Zusammenarbeit mit allen involvierten Fachpersonen wie Ärzte, Ärztinnen, aber auch Pflegefachpersonen der Kinderspitex-Organisationen und Therapeuten und Therapeutinnen ist wichtig.
Elemente der Fallführung und Anforderungen an die Fallführenden	Gibt es zur Fallführung ein Anforderungsprofil? Wäre sehr wichtig. Falls ja, von wem und in welcher Zusammenarbeit wird es erstellt?
Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben	Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben

## Themenblock 6: Fallführung (Erl. Bericht Kap. 2.6)

### Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs und zu deren Erläuterungen

**Betroffene Artikel:** Art. 1<sup>quinquies</sup>, 4<sup>septies</sup>, 41 Abs. 1 Bst. e-<sup>ter</sup>, 41a, 70 E-IVV

Verordnung	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben	Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben

## Themenblock 7: Verfahren und Begutachtung (Erl. Bericht Kap. 2.7)

### Allgemeine Bemerkungen

Thema	Bemerkung/Anregung
Vergabe von Gutachten	<p>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», IN-TERFACE Politikstudien und Universität Bern, vom 10. August 2020, (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?» und von Nationalrätin Lilian Studer «EDI-Bericht zur IV-Begutachtung: Optimierung Zufallsauswahl bei den polydisziplinären Gutachten» am 7.12. bzw. am 14.12.2020 versprochen, den Empfehlungen im Expertenbericht nachzukommen.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

Interview- aufnahme auf Tonträger	<p>Wird allgemein begrüsst, muss für den Versicherten/seine Vertreter unbedingt freiwillig bleiben und der Versicherte/seinem Vertreter muss eine Kopie der Tonaufnahme zur Verfügung gestellt werden.</p> <p>Vorschlag: Formulierung wie folgt: Der gegenüber dem Versicherungsträger ausgesprochene Verzicht für eine Tonaufnahme 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.»</p> <p>Ein Verzicht auf die Tonaufnahme kann auch unmittelbar nach dem Interview bei der oder dem Sachverständigen erfolgen. In diesem Fall darf die Tonaufnahme so lange nicht gelöscht oder an den Versicherungsträger weitergeleitet werden, bis die versicherte Person ihren Verzicht gegenüber dem Versicherungsträger schriftlich bestätigt hat.</p>
Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben	Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben

## Themenblock 7: Verfahren und Begutachtung (Erl. Bericht Kap. 2.7)

### Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs und zu deren Erläuterungen

**Betroffene Artikel:** Art. 41b, 72<sup>bis</sup> Abs. 1 E-IVV; Art. 7j, 7k, 7l, 7m, 7n, Übergangsbestimmung E-ATSV

Verordnung	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
ATSV	Art. 7	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	j	Umformulierung des Vorschlags bezüglich Uneinigkeit der Versicherungsträger und der versicherten Person → siehe rechte Spalte	«Der 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.»
ATSV	Art. 7	Cliquez ou appuyez	k	Einsatz von Tonaufnahme während Interviews soll freiwillig sein. Der Versicherte muss vor dem Gespräch darüber informiert	«Der Versicherungsträger hat die versicherte Person mit der Ankündigung der

		ici pour entrer du texte.		werden, dass das Gespräch aufgenommen wird, er dies aber verweigern kann.	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. 7	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	k	Der Versicherte erhält eine Kopie der Tonaufnahme unmittelbar nach Beendigung des Gesprächs.	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.
ATSG	7		M Bst. h	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 Einsetzung einer Eidgenössischen Kommission für Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung wird begrüsst, mit folgender Änderung zur Zusammensetzung: <i>Art. 7m Bst. h ATSV</i> <i>«h. zwei Personen die Patienten- und Behinderten.»</i>
ATSG	7		n	Es ist sicherzustellen, dass die eidgenössische Kommission insbesondere ihrer Aufgabe der Überwachung der Ergebnisse der medizinischen Gutachten und somit ihrer Aufgabe der inhaltlichen	Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben

			Überprüfung bei strukturellen Auffälligkeiten und Problemen nachkommen kann; insbesondere auch durch Einsicht in die entsprechenden Akten (inkl. allfälliger Tonaufnahmen).  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.	
			Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben	Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben

**Themenblock 8: Prioritätenordnung zu Artikel 74 IVG /  
Prioritätenordnung zu Artikel 101<sup>bis</sup> AHVG (Erl. Bericht Kap. 2.8)**

***Prioritätenordnung Artikel 74 IVG, Prioritätenordnung Artikel 101<sup>bis</sup> AHVG***

**Allgemeine Bemerkungen**

Thema	Bemerkung/Anregung
Allgemeine Bemerkungen	

**Themenblock 8: Prioritätenordnung zu Artikel 74 IVG /  
Prioritätenordnung zu Artikel 101<sup>bis</sup> AHVG (Erl. Bericht Kap. 2.8)**

***Prioritätenordnung Artikel 74 IVG, Prioritätenordnung Artikel 101<sup>bis</sup> AHVG***

**Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs und zu deren Erläuterungen**

**Betroffene Artikel:**

Prioritätenordnung Art. 74 IVG: Art. 108 Abs. 1, 1<sup>ter</sup> und 2, 108<sup>bis</sup> Abs. 1 und 1<sup>bis</sup>, 108<sup>ter</sup>, 108<sup>quater</sup>, 108<sup>quinquies</sup>, 108<sup>sexies</sup>, 108<sup>septies</sup>, 110, Übergangsbestimmung Bst. f E-IVV

Prioritätenordnung Art. 101<sup>bis</sup> AHVG: Art. 222 Abs. 1 und 3, 223, 224, 224<sup>bis</sup>, 224<sup>ter</sup>, 225 E-AHVV

Verordnung	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
AHVV	222	1		Es sollte erwähnt werden, dass es sich bei den Finanzhilfen um	<sup>1</sup> Finanzhilfen im Sinne des

				Subventionen an gesamtschweizerisch tätige, gemeinnützige Organisationen handelt. Handelt, damit bleiben diese von der MwSt. befreit.	Subventionsgesetzes können geleistet werden an gesamtschweizerisch tätige gemeinnützige Organisationen, die: ...
AHV	224 bis	1		Die Berücksichtigung der Teuerung bei der Festlegung des jährlichen Höchstbetrags wird begrüsst. Zusätzlich ist auch die demografische Entwicklung zu berücksichtigen, entsprechend der offensichtlichen Absicht des Bundesrates im erläuternden Bericht (S. 82). Aus unserer ist überdies auch die Entwicklung der Versorgungsströme in die Festlegung des Höchstbetrags einzubeziehen (z.B. Veränderungen ambulant/stationär).	<sup>1</sup> Der Bundesrat legt den jährlichen Höchstbetrag zur Ausrichtung von Finanzhilfen an Altersorganisationen sowie die finanzielle Beteiligung der Versicherung an den Leistungen der privaten Behindertenhilfe gemäss Artikel 222 Absatz 3 alle vier Jahre unter Berücksichtigung der Teuerung, der demographischen Entwicklung und der Versorgungsströme fest.
AHV	224 ter			Spitex Schweiz begrüsst die vorgeschlagene Prioritätenordnung zu den Finanzhilfen ausdrücklich. Sie unterstreicht die Relevanz der strategisch-kordinierenden Funktionen und trägt zur Weiterentwicklung einer qualitativ hochstehenden Alterspolitik bei.	Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben
				Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben	Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben

## Themenblock 9: Weitere Massnahmen der Weiterentwicklung der IV (Erl. Bericht Kap. 2.9)

### Zusammenarbeitsvereinbarung, Taggelder ALV, Betriebsräume

#### Allgemeine Bemerkungen

Thema	Bemerkung/Anregung
Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben	

**Themenblock 9: Weitere Massnahmen der Weiterentwicklung der IV (Erl. Bericht Kap. 2.9)**

**Zusammenarbeitsvereinbarung, Taggelder ALV, Betriebsräume**

**Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs und zu deren Erläuterungen**

**Betroffene Artikel:**

Zusammenarbeitsvereinbarung: Art. 98<sup>ter</sup>, 98<sup>quater</sup> E-IVV

Taggelder ALV: Art. 120a E-AVIV

Betriebsräume: Art. 66 Abs. 1<sup>bis</sup> und 2, 98<sup>bis</sup> E-IVV

Verordnung	Art.	Abs.	Bst.	Bemerkung/Anregung	Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)
				Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben	Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben

**Themenblock 10: Massnahmen ohne Bezug zur Weiterentwicklung der IV (Erl. Bericht Kap. 2.10)**

**inkl. Anpassungen aus formellen Gründen oder infolge von Urteilen des Bundesgerichts**

**Verwaltungskosten, Assistenzbeitrag, Reisekosten, Bemessung Hilflosigkeit**

**Allgemeine Bemerkungen zum Entwurf und zum erläuternden Bericht**

Thema	Bemerkung/Anregung
Assistenzbeitrag	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 Vermeidung von Doppelentschädigungen wird unterstützt. → Der Abzug soll anteilmässig erfolgen.
Assistenzbeitrag	In Art. 39f IVV wird die Höhe des Assistenzbeitrages an die aktuelle Preis- und Lohnentwicklung angepasst. In Abs. 3 wird sodann der Höchstbetrag der Nachpauschale gemäss dem Modell-NAV des SECO angepasst und auf CHF 160.50 pro Nacht erhöht. Die vorgeschlagene Anpassung der Nachpauschale begrünnen 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 begrünnen wir die Anlehnung an den Modell-NAV. Wir bedauern aber, dass auf den im Modell-NAV vorgesehenen Zuschlag von 25% für

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>→ Die Anpassung der Nachtpauschalen und die Anlehnung an den Modell-NAV wird begrüsst.</p> <p>→ Antrag: Übernahme des im Modell-NAV vorgesehenen Zuschlags von 25% auf aktive Nachthilfe.</p> <p>→ Hinweis: die Höchstbeträge für den Assistenzbeitrag müssen bei Inkrafttreten der Reform der beruflichen Vorsorge (Reform BVG 21) erhöht werden.</p>
Assistenzbeitrag	<p>Die Erhöhung der Nachtpauschalen auf Fr. 160.50 ist für Kinder/Jugendliche mit einer komplexen Erkrankung und vielen aufwendigen Interventionen nicht ausreichend. Besonders wenn die Assistenz im Rahmen von Nachtdiensten bei Kindern/Jugendlichen mit einer Heim-Beatmung geleistet werden muss. Muss die Assistenzperson für die benötigten Hilfeleistungen über besondere Qualifikationen verfügen, so beträgt der Assistenzbeitrag gemäss gesetzlichen Grundlagen Fr. 50.20 pro Stunde. Bei Kindern/Jugendlichen mit aufwendigen Interventionen, wie z.B. Beatmung über eine Maske/Trachealkanüle, sowie weiteren pflegerischen/medizinischen Interventionen, muss die Assistenzperson während der gesamten Nacht präsent anwesend sein, kann also nicht schlafen oder gar extern auf Abruf sein.</p> <p>Vorschlag: Ist eine Pflegesituation so komplex, dass auch nachts während 7-8 Std. eine Assistenzperson mit besonderen Qualifikationen benötigt wird, müssen diese Stunden wie folgt verrechnet werden können:  7-8 Std. x Fr. 50.20 = Fr. 350.00-400.00. Als Minimum kann eine Pauschale von Fr. 320.00-350.00 in Betracht gezogen zu werden. Denn nur mit dieser Tarifierhöhung haben Eltern/gesetzliche Vertreter die Chance, Personen mit dem für die Pflege ihres Kindes notwendigen Fachwissen als Assistenz einstellen zu können.</p>
Beratung Assistenzbeitrag auch für Eltern von Minderjährigen kostenlos	<p>Beratungsleistungen für Eltern von Minderjährigen/deren gesetzliche Vertreter sollten auch kostenlos sein. Bis anhin ist man davon ausgegangen, dass Eltern/die gesetzlichen Vertreter für den Antrag und die gesamte Administration rund um den Assistenzbeitrag keine Beratung benötigen. Die Praxis zeigt jedoch, dass viele Eltern/gesetzliche Vertreter damit überfordert sind und eine Beratung benötigen, deren Kosten sie bis jetzt selber tragen mussten.</p> <p><b>Vorschlag:</b> Beratungen im Bereich des Assistenzbeitrages sind auch für Eltern/gesetzliche Vertreter von Minderjährigen kostenlos</p>
Bemessung Hilflosigkeit Minderjährige	<p>Die Praxis zeigt, dass Säuglinge und Kleinkinder bis zum Alter von 5 Jahren bei der Bemessung der Hilflosigkeit benachteiligt sind. Die Hilflosigkeit orientiert sich an der alltäglichen Lebensverrichtung im Vergleich mit gesunden Gleichaltrigen. Es wird von der IV immer wieder damit argumentiert, dass auch gesunde Säuglinge und Kleinkinder aufwendig sein können. Das ist sicher richtig, es kann aber nicht mit der Pflege von chronisch schwerkranken Kindern verglichen werden.</p> <p><b>Vorschlag:</b> Im Rahmen der Weiterentwicklung der IV müsste unbedingt überprüft werden, wie man sicherstellen kann, dass die Hilflosigkeit von schwerkranken Säuglingen und Kleinkindern richtig und bedarfsgerecht bemessen wird.</p>

Bemessung Intensivpflegezuschlag Minderjährige	<p>Die Praxis zeigt, dass Säuglinge und Kleinkinder bis zum Alter von 5 Jahren bei der Bemessung des Intensivpflegezuschlages benachteiligt sind. Da das Gesetz den Intensivpflegezuschlag an den Anspruch an eine Hilflosenentschädigung koppelt, kann auch bei Säuglingen und Kleinkinder bis zu 5 Jahren kaum ein IPZ beantragt werden, dies auch, wenn es sich um schwerkranke Säuglinge und Kleinkinder handelt, deren Eltern viele medizinische Massnahmen selber ausführen müssen.</p> <p><b>Vorschlag:</b> Im Rahmen der Weiterentwicklung der IV müsste unbedingt überprüft werden, wie man sicherstellen kann, dass der Intensivpflegezuschlag für schwerkranke Säuglinge und Kleinkinder richtig und bedarfsgerecht bemessen und ihnen somit zugänglich gemacht wird.</p>
Bemessung Assistenzbeitrag Minderjährige	<p>Ohne Hilflosenentschädigung und ohne Anspruch auf einen Intensivpflegezuschlag für einen behinderungsbedürftigen Betreuungsbedarf von min. 6 Std., erhalten schwerkranke Säuglinge und Kleinkinder auch keinen Assistenzbeitrag. Es ist ein Teufelskreis und schwerkranke Säuglinge und Kleinkinder fallen durch alle Maschen von HE, IPZ und Assistenz.</p> <p><b>Vorschlag:</b> Im Rahmen der Weiterentwicklung der IV müsste unbedingt überprüft werden, wie man sicherstellen kann, dass schwerkranke Säuglinge und Kleinkinder einen bedarfsgerechten Zugang zu Leitungen der Assistenz erhalten.</p>
Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben	Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben

## **Themenblock 10: Massnahmen ohne Bezug zur Weiterentwicklung der IV (Erl. Bericht Kap. 2.10) inkl. Anpassungen aus formellen Gründen oder infolge von Urteilen des Bundesgerichts**

### ***Verwaltungskosten, Assistenzbeitrag, Reisekosten, Bemessung Hilflosigkeit***

#### **Bemerkungen zu einzelnen Artikeln des Entwurfs und zu deren Erläuterungen**

##### **Betroffene Artikel:**

Verwaltungskosten: Art. 53 Abs. 1 und 2, 55 Abs. 1 E-IVV

Assistenzbeitrag: Art. 39f Abs. 1-3, 39i Abs. 2-2<sup>ter</sup>, 39j Abs. 2 und 3, Übergangsbestimmung Bst. d E-IVV

Reisekosten: Art. 90 Abs. 2 und 2<sup>bis</sup> E-IVV

Bemessung Hilflosigkeit: Art. 38 Abs. 2 E-IVV

Übrige Artikel: Art. 69 Abs. 2 (frz. Fassung), 73<sup>bis</sup> Abs. 2 Bst. e, g und h, 74<sup>ter</sup> (frz. Fassung), 76 Abs. 1 Bst. f, 78 Abs. 3, 88<sup>ter</sup> und 88<sup>quater</sup> E-IVV

<b>Verordnung</b>	<b>Art.</b>	<b>Abs.</b>	<b>Bst.</b>	<b>Bemerkung/Anregung</b>	<b>Antrag für Änderungsvorschlag (Textvorschlag)</b>
IVV	39f	2		Ist eine Pflegesituation so komplex, dass auch nachts während 7-8 Std.	Die IV-Stelle legt den Assistenzbeitrag für

				<p>eine Assistenzperson mit besonderen Qualifikationen benötigt wird, müssen diese Stunden wie folgt verrechnet werden können → 7-8 Std. x Fr. 50.20 = Fr. 350.00-400.00.</p> <p>Als Minimum kann eine Pauschale von Fr. 320.00-350.00 in Betracht gezogen zu werden. Denn nur mit dieser Tarifierhöhung haben Eltern/gesetzliche Vertreter die Chance Personen mit dem für die Pflege ihres Kindes notwendigen Fachwissen als Assistenz einstellen zu können.</p>	<p>Nachdienste in komplexen Pflegesituationen (z.B. bei Heimbeatmung mit dauernder Überwachung) bei einer Präsenz der Assistenzperson über 7-8 Std./Nacht pauschal auf 320.00-350.00 Fr./Nacht fest.</p>
IVV	39j	2		<p>Eltern von Minderjährigen waren bis jetzt vom Bezug von Beratungen bezüglich des Assistenzbetrages ausgeschlossen, respektive sie waren für sie nicht kostenlos.</p>	<p>Eltern von Minderjährigen werden mit erwachsenen Assistenzbezüger gleichgestellt und ihnen steht für die Beratung in Bezug auf den Assistenzbeitrag ebenfalls der gesetzlich vorgeschriebene Betrag zur Verfügung.</p>
IVV	37	alles		<p>Gesamter Artikel so überarbeiten, dass schwerkranke Säuglinge und Kleinkinder Zugang zu einer HE haben</p>	<p>Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben</p>
IVV	39	alles		<p>Gesamter Artikel so überarbeiten, dass schwerkranke Säuglinge und Kleinkinder Zugang zu einem IPZ haben</p>	<p>Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben</p>
IVV	39a	alles		<p>Gesamter Artikel so überarbeiten, dass schwerkranke Säuglinge und Kleinkinder Zugang zu Assistenz haben</p>	<p>Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben</p>
				<p>Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben</p>	<p>Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben</p>