

Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)

**Intensive Frühintervention für Kinder mit
frühkindlichem Autismus:
Entwicklung von Finanzierungsmodellen**

Projekt IFI, Phase 3

Schlussbericht

Auftraggeber Bundesamt für Sozialversicherungen

Auftragnehmerin bpc bolz+partner consulting ag

Autoren/Autorin David Wüest-Rudin, bpc bolz+partner consulting ag
Tobias Beljean, bpc bolz+partner consulting ag
Monika Nuss, bpc bolz+partner consulting ag


Für den Inhalt und die Schlussfolgerungen sind ausschliesslich die Autoren dieses Berichts verantwortlich.

Datum 24.03.2022

Version 1.0 (Schlussbericht nach Diskussion mit der Begleitgruppe)

Bildquellen

Kontakt

 **bolz+partner**

bpc bolz+partner consulting ag

Gutenbergstrasse 14, 3011 Bern

Lagerstrasse 33, 8004 Zürich

T +41 31 381 66 86

info@bolzpartner.ch

www.bolzpartner.ch

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	6
2	Ausgangslage	7
2.1	Auftrag und Zielsetzung	7
2.2	Vorgehen und Übersicht	8
3	Intensive Frühintervention für Kinder mit frühkindlichem Autismus (IFI)	10
3.1	Programme zur intensiven Frühintervention.....	10
3.2	Wirksamkeit von IFI	11
3.3	Gesetzliche Grundlagen	12
3.3.1	<i>Auf Bundesebene</i>	12
3.3.2	<i>Auf kantonaler Ebene</i>	13
3.3.3	<i>Interkantonale Zusammenarbeit</i>	14
3.4	Erkenntnisse aus dem IFI-Pilotversuch	14
4	Rahmenbedingungen des Finanzierungsmodells	18
4.1	Aufgabentflechtung	18
4.2	Verbundaufgabe	18
4.3	Standards: Vereinheitlichende Anforderungen an IFI	20
4.4	Wirkungsziele und -indikatoren	21
4.5	Interkantonale Zusammenarbeit	22
5	Gestaltungselemente des Co-Finanzierungsmodells	23
5.1	A. Empfänger der Finanzierung	23
5.2	B. Bemessung der Finanzierung im Allgemeinen	24
5.3	C. Aufgabenkompetenzen von Bund und Kantonen.....	26
5.4	D. Ausgabenverantwortung von Bund und Kantonen.....	28
5.5	Zusammenfassung	29
6	Die Modellvarianten im Überblick	30
6.1	Bewertungskriterien	30
6.2	Vorselektion	31
6.3	Zwei Hauptvarianten	31
7	Variante 1: «NFA-Verbundaufgabe»	33
7.1	Beschrieb.....	33
7.2	Ausgestaltung und Umsetzung	36
7.2.1	<i>Vereinbarung zwischen Bund und Kantonen</i>	37
7.2.2	<i>Tarifierung</i>	43
7.2.3	<i>Leistungsvereinbarung Kanton – IFI-Anbieter</i>	47
7.2.4	<i>Controlling</i>	49

7.3	Gesetzlicher Regelungsbedarf.....	50
7.3.1	<i>Bundesebene</i>	50
7.3.2	<i>Kantonebene</i>	51
7.3.3	<i>Interkantonales</i>	52
7.4	Bewertung	53
8	Variante 2: «Überlappende Zuständigkeiten».....	56
8.1	Beschrieb	56
8.2	Ausgestaltung und Umsetzung	56
8.3	Gesetzlicher Regelungsbedarf.....	58
8.4	Bewertung	58
9	Würdigung und Empfehlung.....	60
10	Quellenverzeichnis	63
10.1	Erlasse	63
10.1.1	<i>Bund</i>	63
10.1.2	<i>Kantone</i>	63
10.2	Literatur	63
11	Anhang.....	66

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vorgehen zur Erarbeitung von Finanzierungsmodellen im Überblick	9
Abbildung 2: IFI-Angebote nach Kanton (mit und ohne BSV-Anerkennung) 2021	11
Abbildung 3: Kosten in den zehn IFI-Angeboten	15
Abbildung 4: Erbrachte Leistungen pro Förderwoche in Std., nach Berufskategorien..	16
Abbildung 5: Untervarianten zu Variante 1	35

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Regression Gesamtkosten und Therapie-Stunden nach Typen.....	16
Tabelle 2: Optionen bei der Bemessung der Finanzierung	25
Tabelle 3: Optionen der Aufgabenkompetenzen von IV und Kantonen	28
Tabelle 4: Gestaltungselemente und ihre möglichen Ausprägungen im Überblick	29
Tabelle 5: Programmvereinbarung – allg. Vorgaben und individuelle Vereinbarung	42
Tabelle 6: Bewertung Variante 1 «NFA-Verbundaufgabe»	55
Tabelle 7: Bewertung Variante 2 «Überlappende Zuständigkeiten»	59

Abkürzungsverzeichnis

ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
BAFU	Bundesamt für Umwelt
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BV	Bundesverfassung
EDI	Eidg. Departement des Innern
EDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren
EFD	Eidg. Finanzdepartement
EFK	Eidg. Finanzkontrolle
EFV	Eidg. Finanzverwaltung
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GgV-EDI	Verordnung des EDI über Geburtsgebrechen
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IFI	Intensive Frühintervention für Kinder mit frühkindlichem Autismus
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
IVSE	Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen
IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung
KdK	Konferenz der Kantonsregierungen
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen
SODK	Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und -direktoren
SuG	Subventionsgesetz, Bundesgesetz über Finanzhilfen und Abgeltungen
SZH	Stiftung Schweizer Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik

1 Zusammenfassung

IFI richtet sich an Kinder im Vorschulalter mit einer Autismusdiagnose und kombiniert medizinisch-therapeutische und pädagogische-therapeutische Interventionsansätze. Die Wirksamkeit von IFI ist wissenschaftlich breit anerkannt. Allerdings werden die verschiedenen Leistungen in der Schweiz nicht aus einer Hand finanziert: die medizinisch-therapeutischen von der Invalidenversicherung (IV), die pädagogisch-therapeutischen von den Kantonen.

Ziel des Projekts war die Entwicklung von Finanzierungsmodellen für IFI-Angebote durch Bund/IV und Kantone, welche diese seit der NFA geltende Kompetenzordnung respektiert und die Verbreitung und Weiterentwicklung der IFI ermöglicht und begünstigt. Im Kern geht es dabei um das Austarieren von zwei widersprüchlichen Kernelementen: Gemeinsame Finanzierung der IFI vs. geteilte Kompetenzen für die IFI. Auf der Basis einer systematischen Auslegeordnung wurden zwei Finanzierungsmodelle vertieft:

Die Modellvariante 1 gewichtet die gemeinsame Finanzierung stärker als die Aufgabenteilung: Die IFI wird als (neue) Verbundaufgabe von Bund und Kantonen betrachtet – im Zentrum steht die IFI als Programm und nicht die therapeutischen Teildisziplinen. Entsprechend wird die IFI in diesem Modell mit dem NFA-Instrumentarium der Programmvereinbarung von Bund und Kanton gemeinsam gesteuert und gemeinsam finanziert. Beiden Ebenen wird eine klare Rolle zugewiesen: Der Bund steuert auf strategischer Ebene und leistet seinen finanziellen Beitrag via Fallpauschalen. Die Kantone setzen die IFI-Programme in diesem Rahmen um.

Modellvariante 2 verbleibt in der Entflechtungslogik der NFA. Sie ist nur insofern ein Co-Finanzierungsmodell, als dass Bund und Kantone bei den IFI-Leistungen je für ihren Zuständigkeitsbereich die Finanzierung sicherstellen. Eine Zusammenarbeit der beiden Staatsebenen findet nicht institutionalisiert statt. Für die Weiterentwicklung der IFI als interdisziplinäres Programm ist dies nicht förderlich, und die aus Qualitätsgründen anzustrebende Standardisierung des Angebots ist in diesem System schwieriger.

In der Gesamtbetrachtung, v.a. aber aus ökonomischer Sicht und im Interesse der Wirksamkeit der IFI als ganzheitliches interdisziplinäres Programm ist Variante 1 zu favorisieren. Das ist die mehrheitliche Meinung der Begleitgruppe und der Autoren des Berichts.

2 Ausgangslage

2.1 Auftrag und Zielsetzung

Der Bundesrat hat 2018 die intensive Frühintervention (IFI) als Handlungsschwerpunkt bei den Massnahmen für Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung empfohlen. Kinder ab zwei Jahren mit einem frühkindlichen Autismus sollen Zugang zu einer intensiven Frühintervention erhalten. Die Interventionsprogramme zeichnen sich durch die Kombination von medizinischen und (sonder-)pädagogischen Elementen aus, mit einerseits psychiatrischen und ergotherapeutischen Behandlungen und andererseits logopädischen, heilpädagogischen, sonderpädagogischen, psychomotorischen und psychologischen Behandlungen. Zahlreiche internationale wissenschaftliche Studien bestätigen die Wirksamkeit der Methoden zur intensiven Frühintervention, und es besteht Konsens darüber, dass derzeit mit keiner anderen Behandlung bei frühkindlichem Autismus bessere Ergebnisse erzielt werden. Allerdings werden diese verschiedenen Leistungen in der Schweiz nicht aus einer Hand finanziert: die medizinisch-therapeutischen von der Invalidenversicherung (IV), die pädagogisch-therapeutischen von den Kantonen oder von Privaten – je nachdem, ob sie von den jeweiligen Kantonen überhaupt anerkannt sind.

Das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), die Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK), die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und -direktoren (GDK) und die Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und -direktoren (SODK) suchen nach Wegen, IFI für die betroffenen Kinder und ihre Familien schweizweit verfügbar zu machen und auf eine solide gemeinsame Finanzierungsbasis zu stellen. In zwei Vorprojekten wurden bereits wissenschaftlich anerkannte Standards und Wirkungsziele für IFI formuliert (Phase 1) sowie die Kosten der aktuellen IFI-Anbieter ausgewertet (Phase 2).¹ Derzeit finanziert das BSV im Rahmen eines zeitlich befristeten Pilotversuchs die Leistungen der Zentren mit einer Fallpauschale pro Kind.

Aufgrund der unterschiedlichen Zuständigkeiten für die Finanzierung der in der IFI integrierten Methoden bzw. Berufsgruppen stellt sich die Frage einer dauerhaften gemischten Finanzierung (bzw. einer gemeinsamen Verantwortung) zwischen Kantonen und Bund/IV. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen auf eidgenössischer und kantonaler Ebene sind jedoch nicht auf einen gemeinsamen Finanzierungsschlüssel zur Finanzierung der intensiven Frühintervention ausgerichtet.

¹ Vgl. ARBEITSGRUPPE IFI (2019, 2021)

Die Ausgestaltung des Finanzierungsmodells für die IFI dürfte entscheidend dafür sein, ob und wie sich die vielversprechenden IFI-Angebote im «föderalistischen Labor» etablieren und weiterentwickeln können. Dabei muss jedoch mehreren Besonderheiten Rechnung getragen werden:

- Die IFI ist eine neue Verbundaufgabe zwischen Bund und Kantonen, die sich aber gleichsam aus bestehenden entflochtenen Aufgaben zusammensetzt (welche je eine klare Aufgaben-/Finanzierungszuteilung zwischen Bund und Kantonen aufweisen).
- Der Methodenmix (medizinisch/pädagogisch) der verschiedenen IFI-Leistungserbringer ist nicht einheitlich, d.h. es bestehen unterschiedliche Konfigurationen von Bundes- und Kantonsaufgaben bei den IFI-Angeboten.
- Die IFI wird sich in Zukunft weiterentwickeln, was zu Veränderungen im Mix von Bundes- und Kantonsleistungen führen kann.
- Neben der Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen muss auch eine Zusammenarbeit zwischen den Kantonen möglich sein.

Das BSV sowie die EDK, GDK und SODK haben bolz+partner consulting (bpc) beauftragt, auf der Basis der abgeschlossenen Phasen 1 und 2 verschiedene Finanzierungsmodelle für eine Co-Finanzierung IV/Kanton zu entwickeln. Bei jedem Modell gilt es zu prüfen, welche Voraussetzungen bereits gegeben und definiert sind und welche zu klären sind. Diesbezüglich sollten ökonomische, rechtliche und weitere Aspekte evaluiert und geklärt werden. In einem zweiten Schritt ist zu klären, wie die vertraglichen Vereinbarungen mit den IFI-Leistungserbringern, der IV und den Kantonen auszugestalten sind, damit die Finanzierungsmodelle umgesetzt werden können.

2.2 Vorgehen und Übersicht

Die Finanzierungsmodelle werden auf der Basis der allgemeinen Grundlagen der IFI, der Rahmenbedingungen und Restriktionen sowie der verschiedenen Gestaltungselemente systematisch erarbeitet und bewertet. Dies schafft Transparenz, erlaubt eine strukturierte Diskussion und Abwägung von Ziel- und Interessenkonflikten. Das Vorgehen bzw. die Struktur des Berichts ist in der untenstehenden Abbildung 1 im Überblick dargestellt (von unten nach oben zu lesen).

Die Arbeiten von bpc erfolgte in engem Austausch mit einer Begleitgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern des BSV und der Kantone. Die Liste der Mitglieder der Begleitgruppe findet sich im Anhang (Ziff. 11).

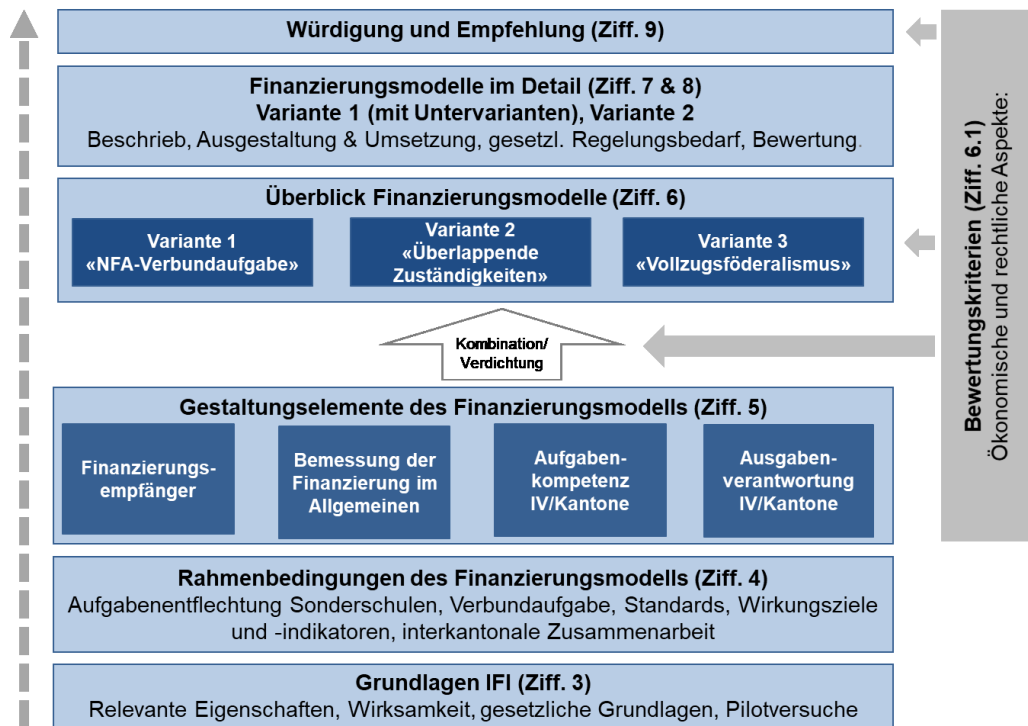


Abbildung 1: Vorgehen zur Erarbeitung von Finanzierungsmodellen im Überblick

3 Intensive Frühintervention für Kinder mit frühkindlichem Autismus (IFI)

3.1 Programme zur intensiven Frühintervention

IFI richtet sich an Kinder im Vorschulalter mit einer Autismusdiagnose und kombiniert medizinisch-therapeutische und pädagogische-therapeutische Interventionsansätze. «Diese Kombination ist unabdingbar, damit IFI wirksam ist. Die Interventionsansätze werden in einem autismspezifischen Programm kombiniert. Gestützt auf dieses Programm wird die Intervention entlang des Bedarfs des Kindes durchgeführt.»² Wichtiger Bestandteil der IFI ist auch der aktive Einbezug bzw. die aktive Mitarbeit der Eltern (soweit dies aufgrund der familiären Konstellation möglich ist).

Mit dem interdisziplinären, intensiven und zentral koordinierten Ansatz unterscheiden sich die Programme der IFI von «klassischen» Unterstützungsmassnahmen im Vorschulalter (hauptsächlich heilpädagogische Früherziehung, Logopädie und Ergotherapie)».³

Folgende Disziplinen/Berufsgruppen sind in IFI-Programme involviert:⁴

- a) Medizinisch-therapeutisch: Ärztliches Personal, Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapie (inkl. Personen in noch andauernder Psychotherapie-Ausbildung), Krankenpflege, medizinisch-therapeutisches Personal in Ausbildung (umfasst auch BA-Absolventen in Masterausbildung)
- b) Pädagogisch-therapeutisch: Heilpädagogische Früherziehung, Logopädie, Psychomotoriktherapie, Psychologie (auch klinisch) ohne und nicht in Psychotherapie-Ausbildung, Sonderpädagogisches Personal, Lehrpersonal, Pädagogisch-therapeutisches Personal in Ausbildung (umfasst auch BA-Absolventen in Masterausbildung)

Der «Mix» der verschiedenen Disziplinen ist nicht einheitlich: Er variiert sowohl zwischen den IFI-Angeboten als auch innerhalb der Angebote in Abhängigkeit des konkreten Hilfebedarfs und der individuellen Zielsetzung für das betroffene Kleinkind. Eine schweizweite Konvergenz hat sich bis jetzt nicht abgezeichnet. Neben der disziplinären Zusammensetzung unterscheiden sich die IFI-Angebote auch in den Umsetzungsmodellen, dabei werden vier Typen unterschieden:⁵

- Zentral: Kinder kommen über 2 Jahre für mindestens 15 Stunden pro Woche zur Therapie ins Zentrum.

² ARBEITSGRUPPE IFI (2019), S. 16

³ BUNDESRAT (2018), S. 22

⁴ Vgl. ARBEITSGRUPPE IFI (2021), S. 5

⁵ Vgl. ARBEITSGRUPPE IFI (2021), S.6

- Dezentral: Das Zentrum hat fachliche Koordinations- und Supervisionsfunktion der dezentral erbrachten Therapie-Leistungen.
- Gestaffelt: intensive Erstphase im Zentrum, abschliessend dezentral.
- Verflochten: Leistungen im und ausserhalb des Zentrums (häusliches Umfeld bzw. im Übergang zu Bildungseinrichtungen).

Dass die IFI noch eine relativ junge Methode ist, zeigt sich auch daran, dass entsprechende Angebote in zahlreichen Kantonen noch nicht existieren oder erst im Aufbau sind, wie die folgende Auswertung einer Umfrage der Stiftung Schweizer Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik (SZH) bei den Kantonen aus dem Jahr 2021 zeigt:

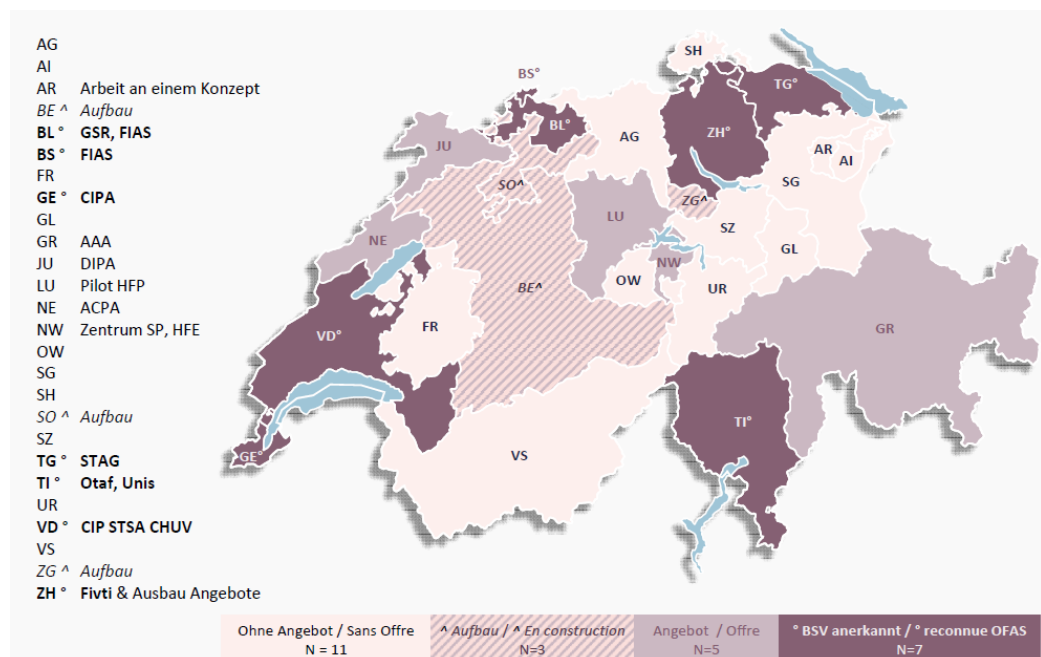


Abbildung 2: IFI-Angebote nach Kanton (mit und ohne BSV-Anerkennung) 2021⁶

3.2 Wirksamkeit von IFI

Die Wirksamkeit von IFI ist mittlerweile wissenschaftlich breit anerkannt:⁷ «Im Moment werden mit keiner anderen Intervention bei frühkindlichem Autismus bessere Ergebnisse erzielt.»⁸

⁶ Quelle: SZH, EDK, GDK & SODK (2021), S. 4

⁷ Vgl. insbesondere LIESEN, KRIEGER & BECKER (2019)

⁸ ARBEITSGRUPPE IFI (2019), S. 4

Die therapeutische Wirksamkeit impliziert auch eine Wirtschaftlichkeit bzw. Wirksamkeit im ökonomischen Sinn: «Das Ziel der IFI-Förderung ist, die Nachfolgekosten zu senken.»⁹ Es ist zu erwarten, «dass sich durch IFI Möglichkeiten zu höherer Selbstbestimmung und weniger Betreuung eröffnen. [...] Kantone und der Bund erhoffen sich Kostenreduktionen in Millionenhöhe pro Person mit ASS wegen des Wegfalls von Unterstützungsleistungen.»¹⁰

Die finanzielle Förderung von IFI ist damit auch ökonomisch/ausgabenpolitisch sinnvoll, da sie anderweitig zu grösseren Entlastungen führt. Die finanzielle Beteiligung beider Staatsebene ist auch vor diesem Hintergrund zu begründen, denn beide Staatsebenen profitieren. Eine genaue Quantifizierung der Nettoentlastung für Kantone und IV/Bund ist indessen nicht (oder noch nicht) möglich.

3.3 Gesetzliche Grundlagen

3.3.1 Auf Bundesebene¹¹

Die gesetzliche Grundlage für die medizinisch-therapeutischen Leistungen im Rahmen der IFI auf Bundesebene sind die Bestimmungen im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) sowie in der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) betreffend Geburtsgebrechen. Das IVG regelt den Anspruch auf medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen in Artikel 13:

¹ *Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG).*

² *Medizinische Massnahmen nach Absatz 1 werden gewährt für die Behandlung angeborener Missbildungen, genetischer Krankheiten sowie prä- und perinatal aufgetretener Leiden, die:*

- a. fachärztlich diagnostiziert sind;*
- b. die Gesundheit beeinträchtigen;*
- c. einen bestimmten Schweregrad aufweisen;*
- d. eine langdauernde oder komplexe Behandlung erfordern; und*
- e. mit medizinischen Massnahmen nach Artikel 14 behandelbar sind.*

Gemäss Art. 3^{bis} Abs. 1 IVV erstellt das Eidg. Departement des Innern (EDI) eine Liste mit den Geburtsgebrechen, für die medizinischen Massnahmen nach Art. 13 IVG gewährt werden, in einer separaten Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV-EDI). Darin wird im Anhang unter XVI. Angeborene psychische Erkrankungen und tiefgreifende Entwick-

⁹ ARBEITSGRUPPE IFI (2021), S. 14

¹⁰ ARBEITSGRUPPE IFI (2019), S. 18

¹¹ Zu den rechtlichen Grundlagen des Pilotversuchs: vgl. Ziff. 3.4

lungsrückstände, Ziff. 405 Autismus-Spektrum-Störungen aufgeführt, «sofern die Diagnose durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Entwicklungs pädiatrie bestätigt worden ist».¹²

Im Rahmen von IFI kann die IV somit «grundsätzlich nur medizinische Massnahmen vergüten (die Invalidenversicherung fungiert in diesen Fällen wie eine Krankenversicherung). [...] In Frage kommen namentlich Ergotherapie, Psychotherapie, Physiotherapie und jede andere Form der medizinischen Behandlung, welche therapeutischen Charakter hat. Nicht zu den medizinischen Massnahmen gehören die pädagogisch-therapeutischen Massnahmen [...], worunter jegliche heilpädagogischen Massnahmen fallen.»¹³ In Art. 14 IVG werden die medizinischen Massnahmen genauer definiert, dabei werden in Abs. 3 logopädische Massnahmen explizit ausgeschlossen.

3.3.2 Auf kantonaler Ebene

Gemäss Art. 62 Abs. 3 der Bundesverfassung (BV) sorgen die Kantone «für eine ausreichende Sonderschulung aller behinderten Kinder und Jugendlichen bis längstens zum vollendeten 20. Altersjahr.» Sonderschulung umfasst auch Leistungen in den Bereichen der heilpädagogischen Früherziehung und der pädagogisch-therapeutischen Massnahmen.¹⁴

Die Kantone haben damit die Gesamtverantwortung von der heilpädagogischen Früherziehung bis zum Abschluss der Sonderschulung.¹⁵ «Die Kantone finanzieren die Sonderschulung integral, d.h. sie kommen sowohl für die individuellen als auch für die kollektiven Leistungen an Kinder und Jugendliche mit Behinderungen resp. an entsprechende Institutionen auf.»¹⁶ Ein Rahmengesetz des Bundes existiert nicht.¹⁷

Die integrale Zuständigkeit der Kantone gilt seit Inkraftsetzung der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) im Jahr 2008 (vgl. Ziff. 4.1). Die kantonalen Gesetzgebungen wurden im Nachgang dazu entsprechend angepasst (zumal sie vor der NFA «stark auf die IV-Gesetzgebung ausgerichtet und mit ihr verknüpft»¹⁸ waren). In die BV wurde eine Übergangsbestimmung aufgenommen (Art. 197 Ziff. 2 BV), «um Lücken beim Übergang zur NFA zu verhindern. In

¹² Die Verordnungsbestimmung wird bei nächster Gelegenheit wie folgt angepasst: «Autismus-Spektrum-Störungen, sofern die Diagnose durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eine Fachärztin oder einen Fach-arzt für Kinder und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder eine Fachärztin oder einen Fach-arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Entwicklungs pädiatrie bestätigt worden ist.» Bis 2021 musste eine Autismus-Spektrum-Störung bis zum 5. Lebensjahr erkennbar sein, diese Einschränkung wurde per 1.1.2022 gestrichen.

¹³ ARBEITSGRUPPE IFI (2019), S. 16

¹⁴ Vgl. BUNDESRAT (2001), S. 2417

¹⁵ Vgl. etwa MISCHLER & MOSER (2011), S. 291

¹⁶ BUNDESRAT (2001), S. 2418

¹⁷ Vgl. etwa BUNDESRAT (2001), S. 2420

¹⁸ BUNDESRAT (2005), S. 6219

dieser Übergangsbestimmung wurde die Bedeutung der heilpädagogischen Früherziehung noch speziell hervorgehoben.»¹⁹

In Bezug auf die konkreten gesetzlichen Grundlagen für die IFI ist die heutige Situation in den Kantonen sehr unterschiedlich (vgl. dazu ausführlicher Ziff. 7.3.2). Zudem ist die Zuständigkeit nicht einheitlich: In einigen Kantonen sind die Bildungsdirektionen, in anderen die Gesundheits- oder die Sozialdirektionen zuständig.

3.3.3 Interkantonale Zusammenarbeit

Die Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE) vom 13. Dezember 2002 bezweckt «die Aufnahme von Personen mit besonderen Betreuungs- und Förderungsbedürfnissen in geeigneten Einrichtungen ausserhalb ihres Wohnkantons ohne Erschwernisse zu ermöglichen.»²⁰. Die IVSE wurde im Zuge der NFA angepasst.

Gemäss Art. 2 Abs. 1 Bereich D IVSE bezieht sich die Vereinbarung auch auf «Einrichtungen der externen Sonderschulung», und dabei unter anderem auf «Früherziehungsdienste für Kinder mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Kinder» (lit. b).

Gemäss Art. 2 Abs. 3 können die Kantone «einzelnen, mehreren oder allen Bereichen beitreten.». Dem Bereich Sonderschulung («D») sind 25 Kantone und das Fürstentum Liechtenstein beigetreten.²¹

Die IVSE regelt die Leistungsabgeltung und die Kostenübernahmegarantie (Art. 19ff.).

Für die Sonderpädagogik existiert zudem die Interkantonale Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Sonderpädagogik vom 25. Oktober 2007 (Sonderpädagogik-Konkordat). Sie legt die inhaltlichen Eckpfeiler der interkantonalen Zusammenarbeit fest und beinhaltet drei Instrumente (einheitliche Terminologie, Qualitätsstandards zur Anerkennung von Leistungsanbietern und standardisiertes Abklärungsverfahren). Dem Sonderpädagogik-Konkordat sind derzeit 16 Kantone beigetreten.

3.4 Erkenntnisse aus dem IFI-Pilotversuch

Bis 2022 führt die IV einen Pilotversuch zur IFI durch: Sie übernimmt einen Teil der Kosten für die in anerkannten Zentren durchgeführten IFI mit einer Fallpauschalen von CHF 45'000. Der IFI-Pilotversuch steht im Zeichen der angestrebten Entwicklung der IV «in Richtung Eingliederungsversicherung»²². Gemäss Art. 68^{quater} IVG kann das BSV, «zum Zweck der Eingliederung befristete Pilotversuche bewilligen, die von den Bestimmungen dieses Gesetzes abweichen können.» Der Pilotversuch ist in der *Verordnung des BSV*

¹⁹ MISCHLER & MOSER (2011), S. 291

²⁰ Art. 1 Abs. 1 IVSE

²¹ Vgl. IVSE, Anhang 3, Stand am 1.1.2015

²² Vgl. BSV (2018), S. 1

über den Pilotversuch «Intensive Frühintervention bei Kindern mit frühkindlichem Autismus» vom 17. Oktober 2018 geregelt.

Die Kosten der IFI-Zentren während der Pilotphase wurden im Detail analysiert.²³ Die nachstehende Grafik fasst den totalen Betriebsaufwand im Sinne von Kosten pro Kind und Jahr zusammen:

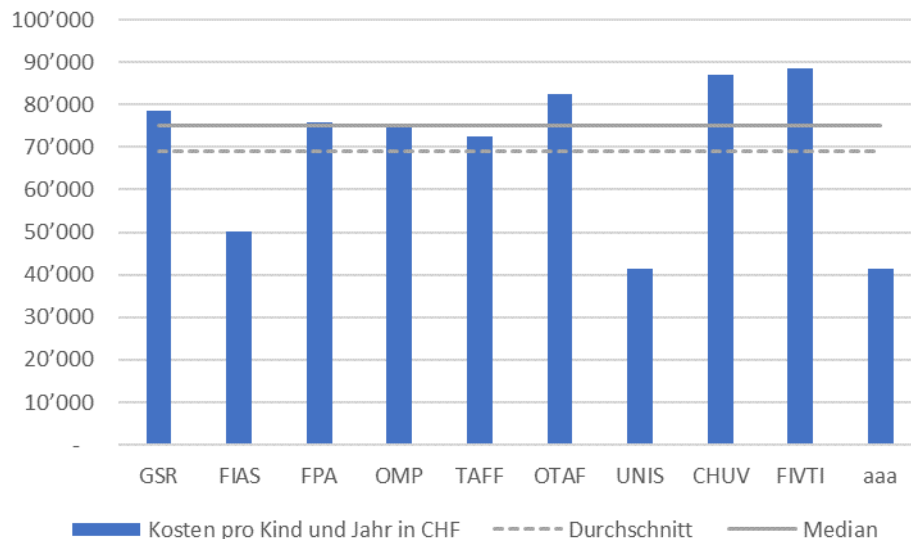


Abbildung 3: Kosten in den zehn IFI-Angeboten²⁴

Die Beträge sind Vollkosten, d.h. sie umfassen die direkte Arbeit mit Kind und Eltern, andere interventionsrelevante Tätigkeiten (Leitung, Falladministration und -führung, etc.) sowie den Aufwand für Overhead, Infrastruktur und Verpflegung der Kinder.

Die Arbeitsgruppe IFI weist zu den «augenfälligen Unterschieden» der Kosten darauf hin, dass diese durch [...] «Gestaltungsentscheidungen bei einigen Angeboten tiefer [sind], als es bei einer gleichförmigeren oder durchgehend nachhaltigen Interventionsgestaltung zu erwarten wäre.»²⁵ Beispielsweise führen gewisse IFI-Anbieter die Interventionen mit den Kindern in Gruppen durch, was im Vergleich zu Einzelinterventionen kostengünstiger ist. Die Interventionen sind auch was die Anzahl Stunden pro Kind betrifft sehr heterogen. Unterschiede ergeben sich auch aufgrund des gewählten Modells (vgl. Ziff. 3.1) und generell aufgrund der Fläche und Topografie eines Versorgungsraums.

Ebenfalls erhoben wurde die Aufteilung der Leistungen in pädagogisch-therapeutische und medizinisch-therapeutische Berufskategorien.²⁶ Die nachstehende Grafik fasst die

²³ Vgl. ARBEITSGRUPPE IFI (2021), S. 5ff.; untersucht wurden 9 IFI-Anbieter aus dem Pilotversuch sowie das Netzwerk aaa autismus approach.

²⁴ Datenquelle: ARBEITSGRUPPE IFI (2021), Tab. 4

²⁵ ARBEITSGRUPPE IFI (2021), S. 11f.

²⁶ Vgl. ARBEITSGRUPPE IFI (2021), S. 7

Resultate zusammen (ein Punkt entspricht einem IFI-Anbieter, mit der entsprechenden Leistung pro Förderwoche in Stunden auf der x- bzw. y-Achse).

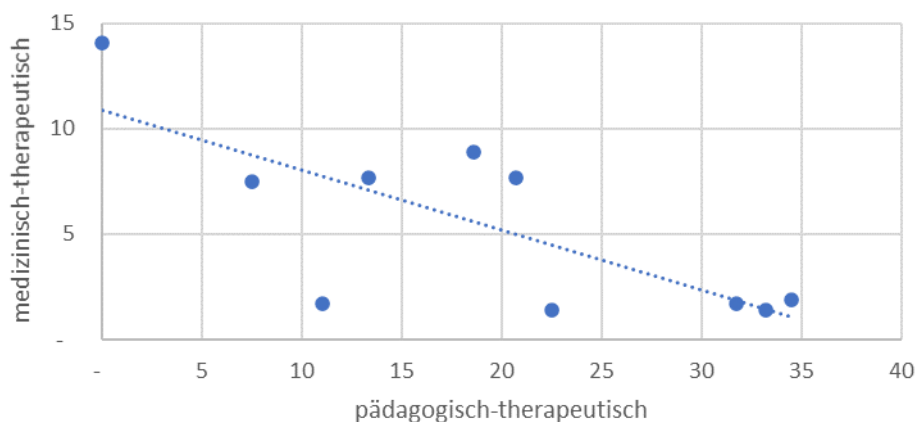


Abbildung 4: Erbrachte Leistungen pro Förderwoche in Std., nach Berufskategorien²⁷

Auch hier zeigen sich beträchtliche Unterschiede zwischen den Zentren, und es wird deutlich, dass sich bei der IFI in der Schweiz kein einheitlicher Methodenmix etabliert hat. In der Tendenz ist aber eine substitutive Beziehung zwischen den zwei Berufskategorien bei der Leistungserbringung ersichtlich (vgl. gestrichelte Trendlinie): je höher die pädagogisch-therapeutischen Leistungen, desto tiefer die medizinisch-therapeutischen. Diese bei einer interdisziplinären Leistungserbringung plausible Hypothese ist in Bezug auf die Ausgestaltung des Finanzierungsmodells eine wichtige (qualitative) Prämisse (vgl. etwa Ziff. 5.4).

Die Varianz in der Konfiguration der beiden Therapie-Komponenten könnte ausserdem eine (weitere) Erklärung für die unterschiedlichen Kosten der Zentren sein. Ein Indiz dafür gibt eine einfache lineare Regression der Kosten pro Fall und Jahr gemäss Abbildung 3 (abhängige Grösse) auf die erbrachten Therapie-Leistungen pro Förderwoche der beiden Kategorien gemäss Abbildung 4 (unabhängige Grössen) der Zentren:

	Pädagogisch-therapeutisch	Medizinisch-therapeutisch
Koeffizient	2326	3347
Standardabweichung	237	764
t-Wert	9.83	4.38
R²	0.963	

Tabelle 1: Regression Gesamtkosten und Therapie-Stunden nach Typen

²⁷ Datenquelle: Arbeitsgruppe IFI (2021), Tab. 5; ohne «andere Leistungen»

Die erbrachten Leistungen der beiden Therapie-Typen erklären die Gesamtkosten relativ gut. Die Koeffizienten der medizinisch-therapeutischen Leistungen sind deutlich höher, was darauf hinweist, dass diese Leistungen teurer sind. Aufgrund der kleinen Stichprobe darf die Regression aber bestenfalls als qualitatives Indiz gewertet werden. Für das ärztliche Personal ist das Ergebnis zwar plausibel, bei anderen medizinisch-therapeutischen Leistungen bzw. Berufsgruppen dürfte der Unterschied allerdings weniger klar und vor allem auch kantonal unterschiedlich sein. Ausserdem sind die in die beiden Therapie-Typen integrierten Berufe heterogen. Eine allgemeine Aussage, ob medizinisch-therapeutische Leistungen teurer oder günstiger sind als pädagogisch-therapeutische, ist vor diesem Hintergrund nicht möglich.

Eine spezielle Frage, die im Laufe der Diskussion aufgetreten ist, ist die der Tarifierung bzw. Abgeltung der Diagnosestellung. Sie wird hier nicht aufgenommen, da sie nicht Gegenstand des Finanzierungsmodells ist.

4 Rahmenbedingungen des Finanzierungsmodells

In diesem Kapitel werden die Rahmenbedingungen erläutert, innerhalb deren die Gestaltung eines IFI-Finanzierungsmodells erfolgt. Es sind die Gemeinsamkeiten aller Modellvarianten – sie haben den Charakter von Prämissen bzw. Restriktionen für das Finanzierungsmodell.

4.1 Aufgabenentflechtung

Mit der NFA ist der Aufgabenbereich Sonderschulung in die ausschliessliche Zuständigkeit der Kantone übergegangen (Art. 62 Abs. 3 BV; vgl. Ziff. 3.3), und die entsprechende Mehrbelastung der Kantone wurde in der NFA-Globalbilanz berücksichtigt. Die individuellen und kollektiven Leistungen der IV im Bereich der Sonderschulung sind weggefallen, und das IVG wurde entsprechend angepasst. Leistungen der IV während der Schul- und Vorschulzeit beschränken sich auf medizinisch-therapeutische Massnahmen.²⁸

Das Finanzierungsmodell soll diese Entflechtung im Bereich Sonderschulung nicht rückgängig machen (Vorgabe für das Mandat), d.h. eine explizite und direkte Finanzierung von pädagogisch-therapeutischen Massnahmen durch die IV bzw. eine explizite und direkte Finanzierung von medizinisch-therapeutischen Massnahmen durch die Kantone ist ausgeschlossen.

4.2 Verbundaufgabe

Der Auftrag sieht vor, Vorschläge bzw. Modelle für eine *gemeinsame* Finanzierung durch IV und Kantone zu erarbeiten. Die Vorgabe einer Co-Finanzierung ergibt sich aus der aktuellen Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (vgl. Ziff. 4.1) und dem Auftrag, dass «die erarbeiteten Massnahmen [...] im Rahmen der geltenden Kompetenzordnung gemäss NFA umzusetzen» sind.²⁹

Im Bericht zu den Autismus-Spektrum-Störungen hält der Bundesrat fest: «Nur eine gemeinsame Finanzierungslösung vermag die Wirksamkeit der Frühinterventionsprogramme und deren langfristige Nachhaltigkeit sicherzustellen. Die IV ist bereit, einen Teil der Kosten für die intensive Frühintervention zu übernehmen, verlangt aber, dass die Kantone ebenfalls ihren Beitrag leisten.»³⁰

²⁸ Vgl. etwa EFD & KdK (2004b), BUNDESRAT (2001), S. 2417ff. sowie BUNDESRAT (2005), S. 6216ff.

²⁹ BUNDESRAT (2018), S. 47

³⁰ BUNDESRAT (2018), S. 26

Eine zweite Säule der NFA neben der Aufgabenentflechtung war die Einführung von neuen Zusammenarbeits- und Finanzierungsformen Bund/Kantone bei Verbundaufgaben,³¹ d.h. bei Aufgaben, wo «Verantwortung für die Finanzierung der Aufgabenerfüllung von Bund und Kantonen gemeinsam getragen» wird.³²

Die neuen Zusammenarbeitsformen beschränken die Rolle des Bundes auf die Festlegung übergeordneter strategischer Vorgaben, während die operative Verantwortung bei den Kantonen liegt. Die übergeordneten Vorgaben werden in partnerschaftlich auszuhandelnden Programmvereinbarungen zwischen Bund und Kantonen festgelegt. Die Mittel des Bundes werden vermehrt als Global- bzw. Pauschalbeiträge statt kostenproportionaler Subventionen, output- statt inputorientiert und im Voraus statt nachträglich festgelegter Subventionen gesprochen. Der Bund soll im Aufgabenverbund mit den Kantonen also vermehrt die strategische, an Zielen und Ergebnissen orientierte Rolle einnehmen, während die integrale Aufgaben- und Ressourcenverantwortung auf der Ausführungsebene den Kantonen übertragen wird. Dadurch können falsche Finanzierungsanreize beseitigt, bzw. Anreize für eine effiziente Leistungserstellung gesetzt werden.

Der Bundesrat hielt in der ersten NFA-Botschaft fest, dass das neue Modell bei der Umsetzung einer gewissen Flexibilität bedarf: «Die Verwendung der Programmvereinbarung als Instrument [muss] nicht zwingend für den gesamten Bereich der Verbundaufgaben einheitlich erfolgen [...]. Die Verschiedenheit der Aufgabenbereiche und die begrenzten Erfahrungen mit dem Instrument lassen ein differenzierendes Vorgehen angezeigt erscheinen. Ein pragmatischer Ansatz wird eher von bekannten und bewährten Formen ausgehen [...] und versuchen, diese in praxisnaher Weise weiterzuentwickeln.»³³ Und: «Massstab für die Beurteilung der Aufgabenerfüllung sollen die Ergebnisse sein.»³⁴

Die neuen Zusammenarbeitsformen adressierten in der NFA die damals nicht entflochtenen Aufgabengebiete. Keine explizite Aussage finden sich in den Materialien zu allfälligen neuen Verbundaufgaben, die *nach* der NFA etabliert werden. Dass Bund und Kantone bei *neuen* Verbundaufgaben sich aber wenn möglich an den Grundsätzen der NFA-Zusammenarbeitsformen orientieren, ergibt sich implizit aus den damit verfolgten Zielen (Abbau Normendichte, Klärung von Verantwortung und Kompetenzen, Vermeidung von Fehlanreizen, etc.).

Die Entflechtung bei der Sonderschulung und die neue Zusammenarbeitsformen im Rahmen der NFA sind ein zentrales Spannungsfeld bei der Ausgestaltung des neuen IFI-Finanzierungsmodells:

³¹ Vgl. etwa EFD & KdK (2004a) oder BUNDESRAT (2001), S. 2299 und 2341ff.

³² BUNDESRAT (2001), S. 2341

³³ BUNDESRAT (2001), S. 2348

³⁴ BUNDESRAT (2001), S. 2345

- Einerseits besteht seit der NFA eine klare Aufgabenentflechtung mit genauer Zuteilung der Aufgabenkompetenzen und Ausgaben-/Finanzverantwortung in den Teilleistungen der IFI.
- Andererseits sollte mit den neuen Zusammenarbeitsformen auch eine neue Kultur der Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen etabliert werden.

Da eine Aufgaben- bzw. Ausgabenentflechtung zwischen Bund/IV und Kantonen bei der IFI nicht zur Diskussion steht (d.h. keine *alleinige* Zuständigkeit für IFI bei Bund oder Kantonen), sind Modelle im Sinne einer NFA-Verbundaufgabe zu präferieren.

4.3 Standards: Vereinheitlichende Anforderungen an IFI

Die Arbeitsgruppe IFI hat 2019 in Phase 1 des Projekts acht Standards formuliert, «die einerseits die verschiedenartigen, schon bestehenden Entwicklungen in den Kantonen nicht unterlaufen [...] und andererseits diesbezügliche Kontrollbedürfnisse erfüllen.»³⁵

Die Mindeststandards lauten:³⁶

1. *Voraussetzung für den Zugang zu IFI ist eine Autismus-Diagnose mit validen Instrumenten im Einklang mit den internationalen Diagnoseleitlinien (S3, NICE) ausschliesslich durch sehr gut ausgebildete, sehr erfahrene Personen.*
2. *IFI folgen einer programmatischen Ordnung. Programmplanung, Programmsteuerung und Programmmanagement liegen in der Hand von erfahrenen, autismusspezifisch ausgebildeten Personen.*
3. *IFI werden erbracht im Umfang von mindestens 15 Stunden pro Woche direkter Arbeit mit dem Kind.*
4. *Nach einer IFI wird die Betreuungsintensität deutlich reduziert.*
5. *IFI sind angegliedert an eine öffentlich-rechtliche Institution, in deren Verantwortung sie koordiniert interdisziplinär und multiprofessionell durchgeführt werden. Dort ist IFI in verschiedenen Organisationsformen und Umsetzungsvarianten realisierbar.*
6. *Während einer IFI sind sämtliche Angebote am Kind als programmatisch integrierter Teil der intensiven Frühintervention anzusehen und aufeinander abzustimmen. Nach einer IFI sind die Übergänge, eingeschlossen den Übergang ins Schulwesen, ausdrücklich und sorgfältig zu gestalten.*
7. *Die Eltern zu aktivieren ist Programmbestandteil.*
8. *IFI sind verbunden mit einem strukturierten Projekt- und Datenmanagement.*

Diese IFI-Standards werden heute von den IFI-Zentren in der Schweiz allerdings noch nicht einheitlich bzw. noch nicht von allen IFI-Anbietern angewendet.

³⁵ ARBEITSGRUPPE IFI (2019), S. 10

³⁶ Vgl. ARBEITSGRUPPE IFI (2019), S. 10ff.

Die (erst später formulierten) IFI-Standards der Arbeitsgruppe weichen teilweise von den Vorgaben der Verordnung des BSV aus dem Jahr 2018 über den Pilotversuch ab. So hält etwa Art. 7 Abs. 3 Bst. d eine «Intensität von mindestens 20 Wochenstunden» als Voraussetzung für die Teilnahme von Leistungserbringern fest, während die IFI-Standards mindesten 15 Wochenstunden verlangen. Zudem enthält die Verordnung in Ergänzung zu den Mindeststandards eine Mindestvorgabe zum Einsatz des Fachpersonals fest: Medizinisches und pädagogisch-therapeutisches Personal muss mindestens je 30% des gesamten Personals ausmachen (Art. 7 Abs.4 Bst. e). Auch diese Vorgaben werden nicht in allen Zentren eingehalten.

Die IFI-Standards können – im Sinne von «einheitlichen Anforderungen, die an IFI zu stellen sind»³⁷ – als inhaltliche Grundlage für ein einheitliches Finanzierungsmodell herangezogen werden. Dabei ist zu klären, wie weit sie zur weiteren Vereinheitlichung mit allgemeinen quantitativen Vorgaben zur Therapieintensität und zum Personaleinsatz ergänzt werden sollen (direkt finanzierungsrelevant ist in den aktuellen Standards der AG einzig der Standard 3, mit der Mindestanzahl Stunden).

4.4 Wirkungsziele und -indikatoren

Die Arbeitsgruppe IFI hat in Phase 1 des Projekts geprüft, welche Ziele mit IFI zu erreichen sind, anhand welcher Indikatoren die Zielerreichung gemessen werden bzw. wie die langfristige Wirkung der IFI gemessen und dokumentiert werden kann.³⁸

Die Wirkungsziele wurden nach Lebensphasen differenziert:³⁹

- Kleinkindalter: «positive Wirkungen auf die vom Autismus betroffenen Kernfunktionen».
- Schulalter: «Entwicklungsschritte im sozialen Umfeld», insbesondere Integration in eine Regelklasse.
- Erwachsenenalter bzw. übergeordnet: «mit einem frühen Impuls dazu beizutragen, dass mehr Betroffene [...] ein selbstbestimmtes Leben führen können betreffend Wohnen, Arbeit und Beschäftigung.»

Von den positiven Auswirkungen im Kleinkind- und Schulalter profitieren die Kantone auch finanziell, da sie zu Entlastungen bei anderen Leistungen im Sonderschulbereich führen. Die langfristigen Auswirkungen im Erwachsenenalter entlasten sowohl die IV (z.B. Hilflosenentschädigung und IV-Renten) als auch die Kantone bzw. Gemeinden (z.B. kantonale Leistungen für Betreuung beim Wohnen und Arbeiten, Sozialhilfe).

³⁷ ARBEITSGRUPPE IFI (2019), S. 10

³⁸ Vgl. ARBEITSGRUPPE IFI (2019), S. 6

³⁹ Vgl. ARBEITSGRUPPE IFI (2019), S. 8

Zu den Indikatoren hält die Arbeitsgruppe AG IFI fest, «dass es keine international anerkannte Outcome-Struktur für IFI gibt [...]. Stattdessen wird eine Vielzahl von Outcome-Grössen und Assessments situativ eingesetzt.»⁴⁰ Vor diesem Hintergrund konnten (noch) keine einheitlichen Outcome-Indikatoren definiert werden.

Diese Schwierigkeiten der Wirkungsmessung treten bei öffentlichen Leistungen häufig auf. Oft behilft man sich damit, dass man bei der Inputsteuerung mit Standards («Berufsstandards») ansetzt und von allgemeinen Wirkungszusammenhängen ausgeht («bei Einhaltung der Standards ist von der besten Wirkung auszugehen»). Analog kann auf eine Messung des Outputs (Leistung) oder Impacts (direkte Wirkung bei Leistungsempfängern) abgestellt werden.

Mangels etablierter einheitlicher Outcome-Indikatoren kann sich das (einheitliche) Finanzierungsmodell nicht unmittelbar an den erzielten Ergebnissen orientieren, wie es bei der Ausgestaltung von Subventionen generell wünschenswert wäre.⁴¹ Selbst wenn sich in den nächsten Jahren eine Vereinheitlichung bei der Outcome-Messung der IFI ergeben würde, wäre dies für eine *direkte* Integration ins Finanzierungsmodell nur von beschränktem Nutzen, da sich die Wirkungen der IFI teilweise erst viel später zeigen.

Trotzdem sind die weiteren Arbeiten zur Wirkungsmessung (z.B. die Einführung eines Verlaufsregisters⁴²) wichtig, da sie ein Benchmarking der Zentren erlaubt. So kann sie *indirekt* bei der Ausgestaltung der Finanzierungsmodelle genutzt werden bzw. die Grundlage für eine periodische Evaluation und Weiterentwicklung des Modells geben. Das Modell sollte so ausgestaltet werden, dass es je nach Erkenntnisfortschritt angepasst bzw. weiterentwickelt werden kann.

4.5 Interkantonale Zusammenarbeit

Es ist nicht davon auszugehen (und ökonomisch auch nicht sinnvoll), dass alle Kantone eigene IFI-Zentren betreiben. Um dennoch eine hohe Leistungsabdeckung zu gewährleisten, ist es unabdingbar, dass die Kantone bei den IFI zusammenarbeiten. Das Finanzierungsmodell muss dies gewährleisten können. Zudem muss das Finanzierungsmodell auch unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit erlauben (z.B. gemeinsame Trägerschaft oder Leistungseinkauf).

⁴⁰ ARBEITSGRUPPE IFI (2019), S. 9

⁴¹ Vgl. etwa EFV (2019), S. 29

⁴² Vgl. ARBEITSGRUPPE IFI (2019), S. 9f.

5 Gestaltungselemente des Co-Finanzierungsmodells

Dieses Kapitel liefert – innerhalb der Rahmenbedingungen gemäss Kapitel 4 – eine Auslegeordnung zu den Elementen des Co-Finanzierungsmodells. Diese Bausteine können weitgehend unabhängig voneinander unterschiedlich ausgestaltet werden (deshalb «Gestaltungselemente») und dann zu Modell-Varianten kombiniert werden.⁴³

Die Gestaltungselemente der Co-Finanzierung können in zwei Gruppen gegliedert werden:

- Ausgestaltung der Finanzierung der IFI-Zentren *im Allgemeinen* bzw. auf einer übergeordneten Ebene, d.h. unabhängig von der Rollenteilung zwischen Bund und Kantonen:
 - A. Empfänger der Finanzierung (vgl. Ziff. 5.1)
 - B. Bemessung der Finanzierung im Allgemeinen (vgl. Ziff. 5.2)
- Ausgestaltung der Rollenteilung von Bund und Kantonen
 - C. Aufgabenkompetenzen (Zuständigkeiten) von Bund und Kantonen (vgl. Ziff. 5.3)
 - D. Ausgabenverantwortung von Bund und Kantonen (vgl. Ziff. 5.4)

Eine Zusammenfassung aller Gestaltungselemente mit der jeweiligen Gestaltungsoptionen («Baukasten») findet sich in Ziff. 5.5.

5.1 A. Empfänger der Finanzierung

Bei der Konzeption des Finanzierungsmodells ist zu klären, wer die Geldleistungen von Bund und Kantonen erhält bzw. wie das Subventionsverhältnis definiert wird. Bei der Ausgestaltung einer Subvention wird dabei in erster Linie zwischen Subjekt- und Objektfinanzierung unterschieden:⁴⁴

- *Subjektfinanzierung*: Empfänger der Geldleistungen sind die Leistungsbezüger (d.h. im Fall von IFI: die Familien), sie entscheiden selbst, bei welchem Leistungserbringer sie die IFI durchführen lassen wollen. Anstelle von direkten Geldleistungen an die Leistungsbezüger kann die Subjekthilfe auch in Form von Gutscheinen erfolgen. Subjekthilfen erhöhen tendenziell die Kostentransparenz, die Wahlfreiheit der Leistungsbezüger und den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Sie setzen aber voraus, dass es sich um eine individualisierte Leistung handelt, deren Nutzer identifiziert werden können und dass diese über die verschiedenen Leistungsangebote informiert sind. Eine weitere Voraussetzung ist, dass die Benutzer eine echte

⁴³ Bei der Auslegeordnung wurden insbesondere die folgenden allgemeinen Leitlinien betr. die Ausgestaltung von Subventionen berücksichtigt: EFV (2019), S. 27ff., EFK (2017), S. 5f. und 8ff. sowie BUNDESRAT (2001), S. 2341f. und 2350ff.

⁴⁴ Vgl. EFV (2019), S. 27

Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Angeboten haben. Der Bund wendet das Modell der Subjekthilfe relativ selten an (vorwiegend im Bildungs- und Energiebereich). Im Sozialversicherungsbereich ist aber in der jüngeren Vergangenheit eine Tendenz hin zu Subjektfinanzierungen festzustellen.

- *Objektfinanzierung*: Empfänger der Geldleistungen sind die Leistungserbringer (d.h. die IFI-Anbieter). Im Vergleich zur Subjektfinanzierung ist die Anzahl der Subventionsbeziehungen bei der Objektfinanzierung deutlich geringer. Dies wirkt sich positiv auf den administrativen Aufwand und die Sicherstellung der korrekten Subventionsverwendung aus.

Im Zusammenhang mit IFI sind zusätzlich zwei Mischformen denkbar:

- *Subjektorientierte Objektfinanzierung*: Die Subvention wird zwar direkt an den Leistungserbringer bezahlt, basiert aber immer auf der Art und dem Umfang der Leistung des Leistungserbringers an eine/n individuellen Leistungsbezüger/-in (wobei die Höhe der Subvention nicht zwingend individualisiert sein muss, vgl. dazu Ziff. 5.2). Diese «fallbasierte» Ausgestaltungsform wird im Gesundheits- und Sozialversicherungsbereich häufig angewendet.
- *Zweistufiges Subventionsverhältnis*: Da die IFI von Bund *und* Kantonen finanziert werden soll, ist auch denkbar, dass die Kantone Empfänger der Bundesfinanzierung sind und diese die Mittel dann (zusammen mit ihren Beiträgen) weiterleiten. Dabei können die Kantone entweder selbst darüber entscheiden, ob sie dies als Objekt- oder Subjektfinanzierung tun, ob sie dies mittels Defizitdeckung, Leistungsabgeltung oder in anderen Formen tun oder ob es diesbezüglich eine einheitliche Regelung bei allen Kantonen geben soll. Eine zweistufige Finanzierung ist bei einer Co-Finanzierung Bund/Kantone im Vollzug deutlich einfacher und wird bei Verbundaufgaben häufig eingesetzt. Zudem bietet sie Gelegenheit, den Kantonen einen grossen Spielraum bei der Organisation der «Restfinanzierung» einzuräumen.

5.2 B. Bemessung der Finanzierung im Allgemeinen

Bei der Bemessung der Finanzierung sind zwei Fragen zu beantworten:

- Soll sie sich an der effektiv erbrachten Leistung im Rahmen einer individuellen Behandlung orientieren? Oder soll sie sich auf eine Annahme bzw. Vorgabe der Art und des Umfangs der Leistungserbringung abstützen?
- Sollen für die Leistungen effektive Kosten oder Normkosten abgegolten werden?

Daraus ergeben sich die folgenden vier Optionen:

Bemessungsoptionen	Effektive Kosten	Normkosten
Orientierung an der effektiven Behandlungsleistung	B 1. Abgeltung auf der Basis der Vollkosten der erbrachten Leistung eines IFI-Zentrums	B 2. Abgeltung auf der Basis von Tarifen für die erbrachten Leistungen eines IFI-Zentrums
Orientierung an allgemeinen Leistungsvorgaben	B 3. Abgeltung der vorgegebenen Leistung auf der Basis der Vollkosten eines IFI-Zentrums (Vollkosten-Fallpauschale pro Anbieter)	B 4. Abgeltung in Form einer generellen Fallpauschale auf der Basis von Normkosten

Tabelle 2: Optionen bei der Bemessung der Finanzierung

Denkbar ist – fünftens – auch eine Kombination aus zwei Varianten: Der Finanzierungsbeitrag kann sich beispielsweise aus einer Grundpauschale pro Fall (Option 3 oder 4) sowie einer leistungsabhängigen Komponente (Option 1 oder 2) zusammensetzen.

Kombination der Bemessungen zwischen Bund und Kantonen

Diese Optionen können sowohl in Kombination mit einer subjektorientierten Objektfinanzierung oder einer reinen Objektfinanzierung (vgl. Ziff. 5.1) gewählt werden; die entsprechenden Beträge verstehen sich dann entweder als Abgeltung von Fallkosten oder von Gesamtkosten. Bei einem Co-Finanzierungsmodell von Bund und Kantonen können die Optionen gemäss Tabelle 2 auch kombiniert werden, indem beispielsweise der Bundesbeitrag als Pauschale (Option 3 oder 4) bemessen wird und die Kantone die verbleibenden effektiven Kosten abgelteten. Das Finanzierungsmodell kann die Wahl der Bemessungsgrundlage des kantonalen Beitrags auch bewusst offenlassen, und den Kantonen diesbezüglich Wahlfreiheit geben.

«Restfinanzierung» in den Kantonen

Die Kombination von Pauschalen und effektiven Kosten wird bei Verbundaufgaben häufig angewendet (Bund zahlt Pauschale, Kantone berücksichtigen bei ihren Beiträgen die effektiven Kosten in ihrem Kanton). Generell stellt sich dann die Frage, wer die «Restfinanzierung» übernimmt: der Kanton, die Leistungserbringer oder die Familien. Aus Sicht der IV ist eine Restfinanzierung durch die Familien auszuschliessen, wobei dies bei der IFI in gewissem Konflikt zur Finanzautonomie der Kantone steht. Die Autonomie der Kantone in Bezug auf die Finanzierung bringt unweigerlich die Möglichkeit einer «Unterfinanzierung» durch die Kantone mit sich.

Wirkungsorientierung, Flexibilität zur Weiterentwicklung

Mangels einer etablierten einheitlichen Methode zur Messung des Outcomes der IFI (vgl. Ziff. 4.4) stellt eine unmittelbare Orientierung der Beitragshöhe an den erzielten Ergebnissen der Therapie keine Option dar. Ein IFI-Finanzierungsmodell ist daher notgedrungen «inputorientiert». Mittel- und langfristig können und sollten Wirkungsanalysen aber dazu beitragen, das Finanzierungsmodell weiterzuentwickeln und allenfalls die Bemess-

sung der Finanzierung auf die therapeutische Wirkung oder die finanzielle Entlastungswirkung bei anderen Leistungen der IV und der Kantone abzustellen. Entsprechend sollte das Modell flexibel ausgestaltet bleiben.

Vorteile von Normkosten aus ausgabenpolitischer Sicht

Im Allgemeinen wird bei der Gestaltung von Subventionen von der Abgeltung der effektiven Kosten der Leistungserbringer eher abgeraten:⁴⁵ Sie reduziert Anreize, die Erfüllung der Leistung möglichst kostengünstig zu erbringen (wobei dieser Fehlanreiz durch Kostendächer/Maximalsätze bzw. angemessene Eigenleistungen oder bei Tarifen durch knappe Kostendeckung gedämpft werden kann). Zudem ist die Finanzierung anhand effektiver Kosten i.d.R. mit grösserem administrativem Aufwand verbunden (z.B. Ermittlung der abgeltungsberechtigten Kosten, Nachweis der Leistungserbringung, Schlussabrechnung, Teuerungseinrechnung). Normkosten/Pauschalisierungen wirken gegen diese Nachteile, auch wenn sie regelmässig der Entwicklung angepasst und neu kalkuliert werden müssen. Die Festlegung der Normkosten im Sinne von «Benchmarks» ist bei den IFI-Zentren aufgrund ihrer heterogenen Kosten bzw. der noch tiefen Standardisierung der IFI allerdings schwierig. Als Normkosten kommen daher am ehesten Durchschnitts- oder Medianwerte in Frage. Deren Bezugsebene (Ebene Leistung, Ebene Zentrum etc.) muss bei der konkreten Ausgestaltung bzw. Aushandlung festgelegt werden.

Es ist davon auszugehen, dass sich die IFI-Methoden in den nächsten Jahren noch weiterentwickeln. Es ist wichtig, dass die Ermittlung der Normkosten diese Dynamik berücksichtigt, sonst kann eine zu starke Orientierung an Normkosten entsprechende Entwicklungen behindern.

5.3 C. Aufgabenkompetenzen von Bund und Kantonen

Im föderalen Kontext meint Aufgabenkompetenz, welche Staatsebene für welche Aufgabe zuständig ist, bzw. welche Staatsebene darüber entscheidet, wie eine bestimmte Aufgabe erfüllt werden soll («wer befiehlt?» bzw. «wer befiehlt was?»).

Da die Zuständigkeit für die IFI weiterhin bei der IV *und* den Kantonen liegen soll, setzt eine Präzisierung der Aufgabenkompetenzen eine Unterteilung der «Aufgabe IFI» in Teilaufgaben voraus:

- Festlegung von verbindlichen IFI-Standards bzw. -Anforderungen.
- Akkreditierung von IFI-Anbietern, d.h. die Erlaubnis an einen Leistungserbringer, überhaupt in der IFI tätig sein zu dürfen. Dabei ist zu beachten, dass die gesundheitspolizeiliche Zulassung in der ausschliesslichen Kompetenz der Kantone liegt. Zur Disposition steht also lediglich die Akkreditierung als IFI-Anbieter im Speziellen.

⁴⁵ Vgl. EFV (2019), S. 29f.

Die Akkreditierung ist nicht mit einer finanziellen Zusage verbunden (vgl. dazu nächster Punkt).

- Abschluss von Leistungsvereinbarungen mit IFI-Anbietern, inkl. Finanzierung des Zentrums.
- Zuweisung von Kindern/Familien an IFI-Zentrum; sie basiert einerseits auf den IFI-Standards (insbesondere die einschlägige Diagnose), kann aber noch weitere Elemente berücksichtigen (bspw. die Kooperationsbereitschaft der Familien innerhalb ihrer Möglichkeit und derjenigen ihres Umfelds).
- Leistungs-/Vollzugscontrolling.

Diese (Teil-) Aufgaben können je entweder dem Bund, den Kantonen oder beiden Ebenen gemeinsam übertragen werden. Gewisse Zuteilungen lassen sich in einem Co-Finanzierungsmodell a priori jedoch ausschliessen (namentlich: Festlegung von IFI-Standards nur durch Kantone, Abschluss von Leistungsvereinbarungen, Zuweisung und Controlling nur durch Bund). Von den zahlreichen möglichen Kombinationen sind nicht alle sinnvoll (z.B. Kantone schliessen Leistungsvereinbarungen mit IFI-Zentren und Bund führt Controlling); deshalb wurden die Optionen (siehe unten) auf drei prototypische Kombinationen beschränkt:

- «*Dezentral*» (vgl. 1 in der untenstehenden Matrix): Bundesrolle konzentriert sich auf übergeordnete/grundsätzliche/strategische Aufgaben (z.B. mittels einer «Programmvereinbarung» zwischen Bund und Kantonen), innerhalb dieser Vorgaben setzen die Kantone autonom um (analog NFA-Verbundaufgabe).
- «*Paritätisch*» (vgl. 2 in der untenstehenden Matrix): Bei sämtlichen Aufgaben entscheiden Bund und Kantone gemeinsam oder parallel.
- «*Zentral*» (vgl. 3 in der untenstehenden Matrix): Der Bund legt Standards fest, entscheidet über die Zulassung der Leistungserbringer und ist auch bei der Leistungsvereinbarung, bei der Zuweisung sowie beim Leistungsvollzug durch die Kantone in die Entscheidungen involviert.

Aufgabe	IV	Kantone	IV & Kantone
Festlegung von IFI-Standards	1 3	1 2 3	2
Akkreditierung IFI-Zentren	3	1	2
Leistungsvereinbarung mit IFI-Anbietern	1 2 3	1	2 3
Zuweisung von Kindern an IFI-Zentren	1 2 3	1	2 3
Leistungs-/Vollzugscontrolling	1 2 3	1	2 3

Tabelle 3: Optionen der Aufgabenkompetenzen von IV und Kantonen

Zu beachten ist dabei die Prämisse einer einheitlichen Regelung für alle Kantone, d.h. die Aufgabenkompetenzen von Bund und Kantonen sind für alle Kantone dieselben (vgl. Ziff. 4.2).

5.4 D. Ausgabenverantwortung von Bund und Kantonen

Ausgabenverantwortung meint im föderalen Kontext, welche Staatsebene was bezahlt bzw. welche Staatsebene über die Beträge entscheidet. Gemäss Auftrag ist nach Wegen zu suchen, wie die IFI «auf eine solide *gemeinsame* Finanzierungsbasis» (vgl. Ziff. 2.1) gestellt werden kann. Eine völlige Entflechtung der Finanzierung (ausschliessliche Finanzierung nur durch die IV oder nur durch die Kantone) ist vor diesem Hintergrund keine Option – eine Co-Finanzierung ist Prämisse (vgl. 4.2).

Bei der Regelung der Ausgabenverantwortung für die IFI gibt es grundsätzlich zwei Optionen:

- Kostenaufteilung nach Disziplinen: IV zahlt medizinisch-therapeutische Leistungen, Kantone pädagogisch-therapeutische Leistungen der einzelnen IFI-Anbieter.
- Aufteilung der Kosten unabhängig von den Disziplinen: IV und Kantone zahlen einen Teil der Gesamtkosten der IFI-Anbieter, unabhängig vom individuellen Mix eines IFI-anbieters zwischen medizinisch- und pädagogisch-therapeutischen Leistungen.

Die aufzuteilenden Kosten können dabei nach unterschiedlichen Modellen ermittelt werden (vgl. dazu Ziff. 5.2).

Die erste Option entspricht der Aufgabenteilung/-Entflechtung gemäss NFA zwischen Bund und Kantonen. Bei einer Erstattung der individuellen medizinisch-therapeutischen Leistungen der Zentren, besteht hier aber der Anreiz, dass Kantone in der Tendenz pädagogisch-therapeutische Leistungen durch medizinisch-therapeutische Leistungen substituieren. Dies kann nicht nur zu höheren Kosten, sondern auch zu einer Lastenabwälzung auf den Bund führen und unterminiert zugleich den interdisziplinären Ansatz der IFI. Zudem besteht das Risiko, dass Personal aufgrund der finanziellen Anreize und nicht aus fachlichen Gründen eingesetzt wird (z.B. Personen in Ausbildung im medizinischen

Bereich statt pädagogisches Personal) und die Behandlungsqualität darunter leiden könnte. Bei einer Orientierung an Normkosten kann dieser Anreiz gemildert werden.

5.5 Zusammenfassung

Die folgende Tabelle fasst die vier Gestaltungselemente mit den jeweils möglichen Ausprägungen zusammen:

Gestaltungselement	Optionen
A. Empfänger	1. Objektfinanzierung
	2. Subjektfinanzierung
	3. Subjektorientierte Objektfinanzierung
	4. Zweistufiges Subventionsverhältnis
B. Bemessung	1. Orientierung an effektiver Behandlungsleistung gem. effektiven Kosten
	2. Orientierung an effektiver Behandlungsleistung gem. Normkosten
	3. Orientierung an allgemeinen Leistungsvorgaben gem. effektiven Kosten
	4. Orientierung an allgemeinen Leistungsvorgaben gem. Normkosten
	5. Kombination
C. Aufgabenkompetenzen Bund & Kantone	1. Dezentral
	2. Paritätisch
	3. Zentral
D. Ausgabenverantwortung Bund & Kantone	1. Kostenaufteilung nach Disziplinen
	2. Kostenaufteilung unabhängig von Disziplinen

Tabelle 4: Gestaltungselemente und ihre möglichen Ausprägungen im Überblick

6 Die Modellvarianten im Überblick

6.1 Bewertungskriterien

Bei der Verdichtung der Gestaltungselemente zu Modellvarianten sind sowohl ökonomische als auch rechtliche Aspekte zu berücksichtigen. Diese Bewertungskriterien werden nachfolgend kurz aufgeführt. Sie dienen einerseits der Selektion der möglichen Varianten, andererseits der detaillierten Bewertung der entwickelten Varianten.

Ökonomische Aspekte

Die Varianten können anhand folgender ökonomischer Aspekte bewertet werden:

- Leistungsabdeckung: Begünstigt das Finanzierungsmodell eine bedürfnisgerechte Versorgung in der Schweiz?
- Effizienz: Fördert das Finanzierungsmodell einen wirtschaftlichen Mitteleinsatz in den IFI-Zentren?
- Kantonale Autonomie (Steuerbarkeit): Gibt das Finanzierungsmodell den Kantonen die Möglichkeit, ihre Leistungen auf ihre jeweiligen Bedürfnisse auszurichten?
- Sicherheit für die Kantone: Gibt das Finanzierungsmodell den Kantonen einen klaren, langfristig berechenbaren und stabilen Rahmen, innerhalb dem sie ihre Leistungen ausgestalten können?
- Konnexität: Besteht Kongruenz von Aufgabenkompetenz und Finanzierungs-/Ausgabenverantwortung («wer zahlt, befiehlt»)?⁴⁶
- Weiterentwicklung (Flexibilität): Ermöglicht das Finanzierungsmodell, dass sich innerhalb der verschiedenen IFI-Methoden langfristig die wirksamen/effizienten durchsetzen? Fördert das Modell die qualitative Weiterentwicklung der IFI (Innovationen)?
- Interkantonale Zusammenarbeit: Ermöglicht das Finanzierungsmodell eine individuell ausgestaltbare Kooperation zwischen den Kantonen?
- Aufwand im Vollzug: Wie hoch ist der administrative Aufwand der Umsetzung für IV/Bund, Kantone, Leistungserbringer und Leistungsbezüger?⁴⁷
- Zeit für Umsetzung: Ermöglicht das Modell eine möglichst rasche Einführung?

Rechtliche Aspekte

Die Varianten können zudem gemäss folgenden rechtlichen Aspekten bewertet werden:

- Kompetenzordnung: Wird die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen gemäss NFA respektiert?

⁴⁶ Vgl. BUNDESRAT (2001), S.2344

⁴⁷ Vgl. EFV 2019, S. 28

- Normendichte: Welcher Regelungsaufwand besteht für die Umsetzung der Variante?
- Gesetzliche Grundlagen auf Bundesebene: Müssen IVG und IVV für die Umsetzung des Modells angepasst werden?
- Gesetzliche Grundlagen auf Kantonsebene: Müssen die gesetzlichen Grundlagen auf Kantonsebene angepasst werden?
- Interkantonale Zusammenarbeit: Muss eine interkantonale Vereinbarung abgeschlossen respektive eine bestehende Vereinbarung angepasst werden, damit eine Zusammenarbeit zwischen Kantonen möglich ist?

6.2 Vorselektion

Aus den unter Ziffer 5 aufgezeigten Gestaltungselementen mit ihren jeweiligen Optionen liesse sich eine Vielzahl möglicher Modellvarianten bilden. Einige der Gestaltungsoptionen sind aber bei der IFI wenig zielführend. So ist namentlich bei der Festlegung des Empfängers der Finanzierung die reine Subjekthilfe bei den IFI keine echte Alternative: Für die betroffenen Familien besteht in den seltensten Fällen eine Wahlmöglichkeit zwischen mehreren Zentren, denn die notwendige häufige/regelmässige Präsenz in den Zentren macht die Behandlung in einem nahegelegenen Zentrum weitgehend alternativlos, und innerhalb einer Region gibt es in aller Regel nur ein Zentrum. Zudem dürften gegenüber einer direkten Entrichtung der Beiträge an die Familien politische Vorbehalte bestehen. Weiter ist eine reine Objektfinanzierung bei der IFI – einer auf Individuen ausgerichteten staatlichen Leistung – nicht zielführend. Im Zentrum bei der Variantenwahl stehen also die subjektorientierte Objektfinanzierung, allenfalls in Kombination mit einer stufenweisen Subventionierung.

Ebenfalls nicht zielführend und in diesem Umfeld auch nicht gebräuchlich ist eine reine Bemessung der Finanzierung an den effektiven Kosten. Im Gesundheitswesen ist vielmehr die Verwendung von definierten Tarifen für bestimmte Leistungen usus. Im Zentrum stehen deshalb eine Orientierung an Normkosten, sei es in Form von auf Disziplinen bezogenen Tarifen oder generellen (Fall-)Pauschalen.

6.3 Zwei Hauptvarianten

Aus dem so reduzierten «Variantenraum» werden zwei Hauptvarianten vertieft. Sie basieren auf den Optionen «dezentral» und «paritätisch» des Gestaltungselements «Aufgabenkompetenz» (vgl. Ziff. 5.3):

- *Variante 1 – «NFA-Verbundaufgabe»*: Dieses Modell orientiert sich an der Ausgestaltung von NFA-Verbundaufgaben (vgl. Ziff. 4.2), d.h. die Rolle des Bundes bzw.

der IV konzentriert sich in erster Linie auf die Festlegung übergeordneter/strategischer Vorgaben, innerhalb derer die Kantone die IFI weitgehend autonom betreiben (lassen). Die Finanzierung durch den Bund erfolgt via Fallpauschalen an die Kantone. Für diese Modellvariante werden zudem Untervarianten präsentiert, die die derzeitige Heterogenität der IFI-Zentren adressieren.

- *Variante 2 – «Überlappende Zuständigkeiten»*: Dieses Modell orientiert sich strikt an der Aufgabenteilung gemäss NFA, d.h. die IV ist für die medizinisch-therapeutischen, die Kantone für die pädagogisch-therapeutischen Leistungen der IFI-Zentren zuständig und finanziell verantwortlich. Da beim IFI-Behandlungskonzept beide Therapieformen gleichzeitig zur Anwendung kommen, führt dieses Modell zwangsläufig zu einer relativ starken Überlappung der Zuständigkeiten von Bund und Kantonen, allerdings ohne entsprechende institutionelle Kooperation.

Die beiden Varianten zeigen das eingangs erwähnte Spannungsfeld auf (Aufgabenteilungslogik vs. Verbundslogik), das dann entsteht, wenn aus entflochtenen Teilaufgaben aus sachlichen, hier: therapiestrategischen Gründen eine neue Verbundaufgabe entsteht (vgl. Ziff. 4.2).

In der Begleitgruppe wurde zudem eine dritte Variante («Vollzugsföderalismus») zur Diskussion gestellt. Sie basiert auf der Festlegung der Aufgabenkompetenzen gemäss Option 3 («zentral», vgl. Ziff. 5.3). Bei dieser Variante ist die Rolle der IV gegenüber Variante 1 ausgeprägter: Neben der Festlegung der IFI-Standards ist sie auch für die Akkreditierung der Zentren zuständig und nimmt damit stärkeren Einfluss auf die Leistungssteuerung. Die operative Umsetzung (Leistungsvereinbarung, Zuweisung von Kindern, Controlling) erfolgt dann gemeinsam mit den Kantonen, wobei der Bund im Vergleich zu Variante 2 eher eine Aufsichtsrolle wahrnimmt (z.B. Leistungsvereinbarungen werden zwischen Kanton und IFI-Zentrum geschlossen, müssen aber von der IV bewilligt werden). Generell hat diese Variante gewisse Eigenschaften von Bundesaufgaben, die von den Kantonen vollzogen werden («Vollzugsföderalismus») und ist vergleichbar mit der Regelung der Ergänzungsleistungen AHV/IV. Dieses Modell wurde nach einer ersten Diskussion in der Begleitgruppe indessen nicht mehr weiterverfolgt bzw. nicht weiter präzisiert. Hauptgrund dafür war die fehlende Autonomie der Kantone bei der Umsetzung.

7 Variante 1: «NFA-Verbundaufgabe»

7.1 Beschrieb

Eckwerte Gestaltungselemente

- Empfänger: Basis subjektorientierte Objektfinanzierung (A3); zweistufig (A4)
- Bemessung: Kombination (B3) – Bund: B4; Kantone: entscheiden autonom über die Restfinanzierung.
- Aufgabenkompetenzen Bund & Kantone: Dezentral (C1)
- Ausgabenverantwortung Bund & Kantone: Kostenaufteilung unabhängig vom Mix der Disziplinen in den einzelnen Zentren (D2)

Variante 1 orientiert sich an den Grundsätzen der NFA-Verbundaufgaben. Die Zuständigkeit des Bundes beschränkt sich auf die Festlegung von übergeordneten Rahmenbedingungen und strategischen Vorgaben. In diesem Rahmen liegt die operative Umsetzung bzw. die Bereitstellung des IFI-Angebots in der Kompetenz der Kantone.

Vorgaben des Bundes: Zentrales Element der strategischen Vorgabe auf Bundesebene sind die IFI-Standards bzw. die einheitlichen Anforderungen gemäss Ziff. 4.3. Diese Standards müssen in einem Punkt ergänzt werden: Eine explizite Vorgabe des Bundes muss darin bestehen, dass die IFI-Angebote auch medizinisch-therapeutische und nicht nur pädagogisch-therapeutische Massnahmen umfassen. Ohne eine explizite Verankerung der medizinisch-therapeutischen Leistung fehlt insbesondere auch aus rechtlicher Sicht die *raison d'être* für eine finanzielle Beteiligung des Bundes/der IV. Diese Vorgabe ist indessen lediglich qualitativer Art (z.B. «IFI umfasst medizinisch-therapeutische und pädagogisch-therapeutische Leistungen» und/oder Vorgabe, dass in die Leitung eines IFI-Angebots auch eine medizinische Fachperson eingebunden ist). Da die IFI heute – obgleich in der Wirksamkeit unbestritten – konzeptionell-fachlich noch heterogen ist und ständig weiterentwickelt wird, sind die IFI-Standards noch relativ allgemein gehalten. Eine stärkere Standardisierung mit einer zunehmenden Präzisierung und damit künftigen Anpassung der strategischen Vorgaben des Bundes ist durchaus möglich.

Fallpauschalen: Die Beiträge der IV werden als Fallpauschalen ausgestaltet. Die grundsätzliche Einhaltung der NFA-Aufgabenentflechtung bei der Sonderschulung legt nahe, dass sich diese Pauschalen an den medizinisch-therapeutischen Leistungen der IFI-Zentren *orientieren*. Naheliegender wäre dabei etwa ein Mittelwert oder Median über alle Zentren. Im Einzelfall wird dies bei einigen Zentren dazu führen, dass der Bund mehr bezahlt

als die medizinischen Leistungen, in anderen weniger. Zu beachten ist aber, dass Zentren mit einem höheren Anteil medizinisch-therapeutischer Leistungen in der Tendenz einen geringeren Anteil an pädagogisch-therapeutischen Massnahmen aufweisen (und entsprechend tiefere Kosten in diesem Bereich).

Anreizstruktur: Durch die Gewährung von Fallpauschalen durch die IV geht kein direkter Anreiz auf die IFI-Zentren aus, die medizinisch-therapeutischen Leistungen zur Maximierung der Beiträge zu erhöhen (der Beitrag kann durch die individuellen Ressourcenentscheide nicht beeinflusst werden). Wenn sich die Pauschale der IV am Durchschnitt der medizinisch-therapeutischen Leistungen über alle Zentren orientiert, kann ein entsprechender Anreiz höchstens indirekt bestehen: Die Erhöhung der medizinisch-therapeutischen Leistungen in einem Zentrum führt zu einer Erhöhung der Durchschnittskosten über alle Zentren und damit zu einer Erhöhung der Fallpauschale. Im Vergleich zu einer individuellen Abgeltung der medizinischen Leistungen durch die IV (vgl. Variante 2) ist der Anreiz deutlich geringer (der Einfluss eines einzelnen Anbieters auf den Mittelwert ist geringer und die Pauschale wird nicht jährlich/automatisch angepasst). Umgekehrt können Anbieter, die einen überdurchschnittlichen Anteil an medizinisch-therapeutischen Leistungen haben, den Anreiz haben, diese zu reduzieren bzw. mit pädagogisch-therapeutischen Leistungen zu ersetzen.

Programmvereinbarung: Die Anforderungen (basierend auf den IFI Standards) und die Fallpauschalen werden in einer mehrjährigen Programmvereinbarung (z.B. vier Jahre) zwischen IV/BSV und den einzelnen Kantonen geregelt.

Untervarianten: Berücksichtigung der Heterogenität

Gegen diese Variante kann eingewendet werden, dass die IV-Abgeltung mittels Fallpauschale der aktuellen Heterogenität der IFI-Zentren in Bezug auf den Einsatz von pädagogisch-therapeutischen und medizinisch-therapeutischen Leistungen («Methodenmix») zu wenig gerecht wird. Bei der Modellausgestaltung kann dieser Punkt auf zwei Arten adressiert werden:

- *Untervariante 1b – «Heterogenität reduzieren»:* Die Vorgaben des Bundes werden gegenüber den IFI-Standards gemäss Ziff. 4.3 erweitert, stringenter formuliert und beinhalten insbesondere eine quantitative Mindestvorgabe über den Einsatz von medizinisch-therapeutischen Leistungen (z.B. mindestens 15 Stunden pro Woche Intervention, davon mindestens 30% medizinisch therapeutisch; oder die Festlegung einer Bandbreite). Die Heterogenität im Methodenmix wird so von Bundesseite her eingeschränkt. Gegenüber der Basisvariante wird also die Aufgabenkompetenz tendenziell in Richtung IV verlagert.
- *Untervariante 1c – «Heterogenität finanzieren»:* Die Heterogenität der IFI-Zentren wird von Seiten des Bundes bei der Finanzierung berücksichtigt. Die Fallpauschale

wird dazu – zumindest in einem gewissen Grad – individualisiert. Zum Beispiel könnte die Fallpauschale je nach Zentrum in einer gewissen Bandbreite unterschiedlich hoch ausfallen (je nach Anteil medizinisch-therapeutischer Leistungen) oder der IV-Beitrag enthält neben der Pauschale auch noch einen leistungsabhängigen Anteil, der zusätzliche Kosten der Zentren aufgrund eines höheren Anteils von medizinisch therapeutischen Leistungen berücksichtigt.

Die beiden Varianten zum Umgang mit der Heterogenität könnten grundsätzlich auch kombiniert werden (Variante 1d).

Die nachfolgende Abbildung fasst die möglichen Untervarianten zusammen:

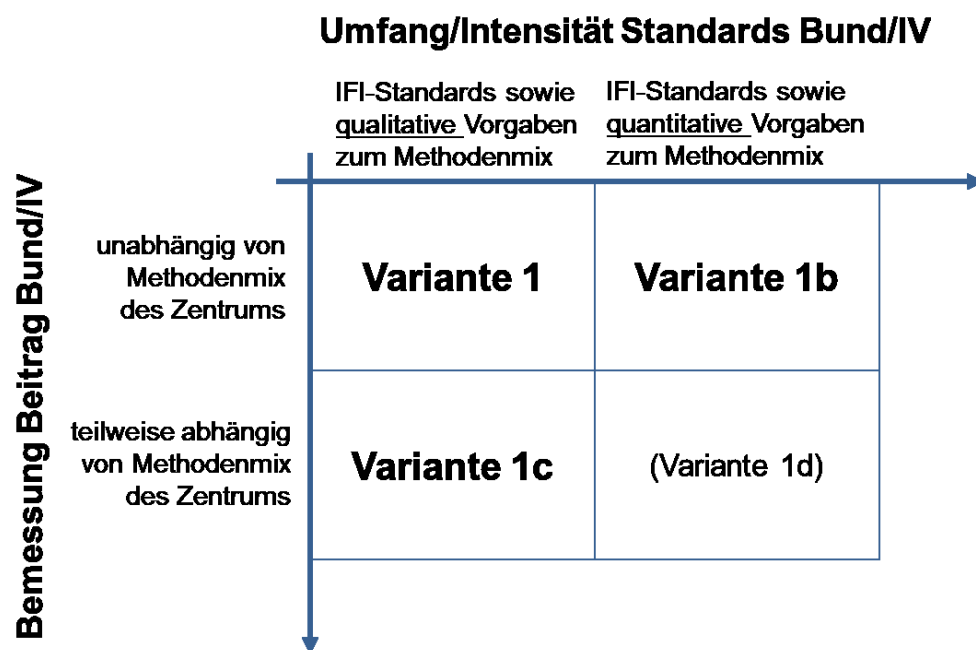


Abbildung 5: Untervarianten zu Variante 1

Variante 1b kurzfristig nicht umsetzbar

Die Umsetzbarkeit von Untervariante 1b ist – zumindest im jetzigen Zeitpunkt – eher kritisch zu beurteilen. Es ist kaum realistisch, dass die jetzigen IFI-Anbieter ihren Methodenmix kurzfristig umstellen (d.h. ihr Personal entsprechend auswechseln) können, zumal spezielle und selten angebotene Aus-/Weiterbildungen gefragt sind. In diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, dass die quantitativen Vorgaben in der BSV-Verordnung zum IFI-Pilotversuch nicht von allen Anbietern eingehalten werden: Während die Vorgaben bei den neuen Anbietern durchgesetzt werden, hat das BSV bei jenen Zentren, die schon vor dem Pilot-Versuch aktiv waren, den Schwierigkeiten Rechnung getragen, das Personal auszuwechseln.

Weiter liegen noch zu wenig Erfahrungswerte vor, welches der «richtige» Anteil der beiden Therapie-Typen ist – mit einer zu starken quantitativen Einschränkung beim Methodenmix von Seiten des Bundes bestünde somit die Gefahr, dass sich erfolgreiche Therapiekombinationen nicht durchsetzen könnten. Im Zentrum muss das Ziel einer wirksamen IFI stehen – beim heutigen Stand der Wissenschaft ist dies nicht mit quantitativen Vorgaben zum Methodenmix zu erreichen. Entscheidender ist, dass die richtigen Personen an der richtigen Stelle eingesetzt werden: So hat sich etwa bewährt, wenn qualifiziertes medizinisches Personal in der Leitungsfunktion des IFI-Angebots stehen, umgekehrt ist bei der Ausführung entsprechend geschultes pädagogisches Personal unentbehrlich.

Zu beachten ist auch, dass die Berufskategorien «medizinisch-therapeutisch» und «pädagogisch-therapeutisch» sehr breit gefasst sind und sich auch deshalb kein zwingender Konnex zwischen dem quantitativen Anteil und der Qualität der Therapie ableiten lässt. Eine allgemeine Aussage zu den Kosten der entsprechenden Leistungen ist für diese beiden allgemeinen Berufskategorien ebenfalls nicht möglich (ausser ggf. bezüglich der teureren ärztlichen Leistungen, vgl. Ziffer 3.4).

Vor diesem Hintergrund wird die Untervariante 1b nicht weiter vertieft (und folglich auch nicht die zusätzlich denkbare Untervariante 1d). Im Zentrum stehen somit die Basisvariante 1 (mit rein qualitativen Vorgaben zum Methodenmix) und die Untervariante 1c. Bei der Konkretisierung dieser Finanzierungsmodelle soll aber sichergestellt werden, dass in Zukunft (mit Vorliegen von weiteren Erfahrungswerten) ein Schritt in Richtung Untervariante 1b (allenfalls 1d) möglich ist.

7.2 Ausgestaltung und Umsetzung

Die Modellvariante 1 (einschliesslich der Untervariante 1c) sieht eine zweistufige Finanzierung vor, bzw. der Beitrag des Bundes an die IFI-Anbieter erfolgt indirekt über die Kantone. Bei der konkreten Ausgestaltung und Umsetzung des Modells sind diese zwei Stufen separat zu betrachten:

- Die Umsetzung auf Stufe Bund/IV betrifft primär das Verhältnis zwischen Kantonen und IV. Ihr Kernstück ist eine Vereinbarung in Analogie zu NFA-Programmvereinbarungen. Die darin zu regelnden Elemente sind in Ziff. 7.2.1 erläutert. Die Frage der Tarifierung durch die IV (d.h. die Bemessung der Beiträge an die Kantone) in Ziff. 7.2.2.
- Die Umsetzung auf Stufe Kanton – d.h. das Verhältnis zwischen Kanton und IFI-Anbieter bzw. Leistungserbringer – wird in Ziff. 7.2.3 erörtert. Zentrales Element ist hier die Leistungsvereinbarung bzw. ein Subventionsvertrag.

Schliesslich werden in Ziff. 7.2.4 die zu beachtenden Punkte beim Controlling erläutert.

7.2.1 Vereinbarung zwischen Bund und Kantonen

Allgemeines zu Programmvereinbarungen

Das Instrument der Programmvereinbarung wird vor allem bei den Verbundaufgaben im Umweltbereich angewendet. Das Bundesamt für Umwelt (BAFU) hat in einem Handbuch die rechtlichen, verfahrensmässigen und technischen Grundlagen aufgearbeitet.⁴⁸ Neben den unter Ziff. 4.2 genannten allgemeinen NFA-Quellen stützen sich die folgenden Ausführungen darauf ab.

Programmvereinbarungen sind öffentlich-rechtliche Verträge «zwischen Bund und Kanton über die finanziellen Leistungen des Bundes und die zu erbringenden Leistungen im Kanton [...]. Die zu erbringende Leistung wird dabei nicht immer durch die Kantone selbst, sondern auch durch Endsubventionsempfänger/innen erbracht.»⁴⁹ Das BAFU fasst die grundsätzliche Konzeption von Programmvereinbarungen wie folgt zusammen: «Bund und Kanton handeln einen Globalbeitrag für ein Programm aus, das heisst für ein koordiniertes, kohärentes Massnahmenpaket, welches sich in der Regel auf vier Jahre erstreckt. Die finanzielle Leistung des Bundes hängt von der Erreichung bestimmter Ziele, Erfolge und Wirkungen ab. [...] Jede Programmvereinbarung [enthält] gewisse Kernelemente – Ziele, Leistungen, Indikatoren, Verfahren, Evaluationen usw.»⁵⁰ Dieses Konzept harmoniert mit jenem der IFI, welche ihrerseits «einer programmatischen Ordnung»⁵¹ folgt, d.h. die therapeutischen Disziplinen/Aufgaben in der Kompetenz von Bund und Kantonen werden aus einer Hand geplant und gesteuert.

Einzig die Verknüpfung von Finanzierung und der Erreichung von Wirkungszielen kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht vollständig eingelöst werden, da wie unter Ziff. 4.4 erläutert die Wirkungen erst zeitlich stark verzögert eintreten und erst erhoben werden müssen (siehe auch weiter unten unter «Ziele und Grundlagen»).

Die Programmvereinbarungen werden zwischen dem BSV und der zuständigen kantonalen Behörde (Dienststelle, Direktion, allenfalls Regierung) abgeschlossen. Eine parlamentarische Ratifikation ist nicht üblich und auch nicht stufengerecht – die Legislative steuert die Leistungserbringung durch den Erlass der gesetzlichen Grundlagen und dem Erteilen der allfälligen Ausgabenbewilligungen. Das Abschliessen der Vereinbarung ist dann – im Sinne der Umsetzung – Aufgabe der Exekutive bzw. der Verwaltung.

Die in den Programmvereinbarungen zu regelnden Elemente werden nachfolgend erläutert.

⁴⁸ Vgl. BAFU (2018); das Handbuch enthält auch eine kommentierte Mustervereinbarung.

⁴⁹ BAFU (2018), S. 20

⁵⁰ BAFU (2018), S. 28

⁵¹ AG IFI (2019), S. 10

Rechtliche Grundlagen und Vereinbarungsperimeter

Die einschlägigen Rechtsgrundlagen beider Parteien sind im Sinne des Legalitätsprinzips zwingender Bestandteil einer Programmvereinbarung.⁵² Auf Bundesseite sind dies in erster Linie das IVG und die IVV sowie die allgemeinen Bestimmungen zu den Programmvereinbarungen im Subventionsgesetz (SuG) und auf übergeordneter Ebene Art. 46 Abs. 2 BV.

Grundsätzlich bezieht sich eine Programmvereinbarung auf einen bestimmten Kanton. Das schliesst aber – insbesondere bei kleinen Kantonen – nicht aus, dass der Kanton diese Leistung bei anderen Kantonen bzw. bei IFI-Anbietern in anderen Kantonen einkauft. Gemäss BAFU ist es aber nicht möglich, «dass mehrere Kantone Parteien derselben Programmvereinbarung mit dem Bund wären.»⁵³ Möglich ist indessen, dass Programmvereinbarungen zwischen Bund und den bereits bestehenden Organen von interkantonalen Vereinbarung abgeschlossen werden – vorausgesetzt, dass die entsprechenden Kompetenzen delegiert worden sind.⁵⁴ Bei der IFI ist anzunehmen, dass kleine Kantone auch in Zukunft keine eigenen Angebote aufbauen werden und im Sinne eines Leistungseinkaufs auf jene von Nachbarkantonen zurückgreifen. Für diese Kantone sollte ausgeschlossen werden können, dass sie mit dem Bund eine Programmvereinbarung abschliessen müssen. In der Programmvereinbarung des Kantons, der die Leistung anbietet, muss sichergestellt werden, dass die entsprechenden «verkauften» Behandlungen bei der Abgeltung auch berücksichtigt werden.

Denkbar wäre auch *eine* Programmvereinbarung für alle Kantone via IVSE. Dieses Vorgehen scheint aber nicht zielführend: Der Aufwand zur Aushandlung der Vereinbarung ist ausserordentlich komplex und bedarf auch einer substanziellen Anpassung der IVSE (welche in allen Kantonen von den politischen Instanzen genehmigt werden muss). Ausserdem ist es kaum möglich, den unterschiedlichen Bedürfnissen bzw. der unterschiedlichen Ausgangslage in den Kantonen genügend Rechnung zu tragen. Somit würde ein gewichtiger Vorteil des Instruments vergeben: Die Möglichkeit individueller Ausgestaltung je Kanton. Entscheidend ist aber, dass die IVSE den interkantonalen Leistungsbezug auch bei der IFI ermöglicht und vereinheitlicht. Damit können sich die beiden Instrumente – Programmvereinbarungen zwischen IV und Kantonen sowie IVSE zwischen den Kantonen – zu einem Gesamtsystem ergänzen.

Vereinbarungsdauer

Gemäss Art. 20a Abs. 2 SuG erstrecken sich Programmvereinbarungen in der Regel über mehrere Jahre. Der Normalfall bei den schon etablierten Programmvereinbarungen

⁵² Vgl. BAFU (2018), S. 34

⁵³ ebenda

⁵⁴ Vgl. ebenda

ist eine Vereinbarungsdauer von 4 Jahren. Diese Laufzeit scheint auch bei der IFI angemessen: Eine kürzere Dauer würde den Aufwand für die periodischen Neuverhandlungen erhöhen und stünde im Widerspruch zur grundsätzlichen Ausrichtung auf eine programm- bzw. wirkungsorientierte Subventionspolitik. Eine längere Vereinbarungsdauer ist nicht angezeigt, weil dadurch mögliche Entwicklungsbestrebungen (z.B. stärkere Vereinheitlichung der kantonalen IFI-Angebote) weniger verbindlich angestrebt werden können. Innerhalb der Vereinbarungsdauer sollte jederzeit eine Angebotserweiterung (Anzahl Plätze, zusätzliche Kantone/Zentren) möglich sein.

Ziele und Grundlagen der Finanzierung, Vereinbarungsgegenstand

Gemäss Art. 20a Abs. 1 SuG legen die Programmvereinbarungen die gemeinsam zu erreichenden strategischen Programmziele fest und regeln die Beitragsleistung des Bundes. Vor der Regelung des Programms und der Finanzierung im Einzelnen sollten «die hauptsächlichen Ziele erst einmal in allgemeiner Weise formuliert werden.»⁵⁵ Bei der IFI könnte eine entsprechende Formulierung etwa lauten:

Diese Vereinbarung hat folgende strategische Programmziele zum Gegenstand:

- *Organisation und Durchführung von intensiven Frühinterventionen bei Kindern mit frühkindlichem Autismus (IFI) aus dem Kanton xy im Sinne von interdisziplinären Interventionsprogrammen.*
- *Evaluation und Weiterentwicklung der IFI im Kanton xy sowie Beitrag zur Weiterentwicklung in der Schweiz.*

Gemeinsame Finanzierung: Die Finanzierung des Programms wird von Bund und Kanton xy gemeinsam sichergestellt.

Der Vereinbarungsgegenstand umfasst sodann die konkretisierten einzelnen Programmziele, «das heisst die bereichsspezifischen Leistungen und Massnahmen des Kantons [werden] definiert und mit Leistungs-, Qualitäts- bzw. Hilfsindikatoren versehen.»⁵⁶

Wie unter Ziff. 4.4 erwähnt, gibt es bei der IFI noch keine etablierten einheitlichen Wirkungsindikatoren. Zudem dürfte die Wirkung der Intervention zum grossen Teil erst mit Verzögerung sichtbar werden, so dass sie im Rahmen einer Programmvereinbarung nur beschränkt als unmittelbare Zielgrössen verwendbar wären, mit der die Finanzierung verknüpft werden könnte. Bei entsprechendem Aufbau eines Wirkungscontrollings bzw. Verlaufsregisters (siehe nachfolgend) könnten aber nach zwei bis drei Programmperioden allenfalls Wirkungselemente in die Programmvereinbarung aufgenommen werden.

Als Grundlage für die detaillierte Regelung des Vereinbarungsgegenstands können indessen im jetzigen Zeitpunkt die acht Standards dienen, welche die Arbeitsgruppe IFI in

⁵⁵ BAFU (2018), S. 35

⁵⁶ ebenda

Projektphase 1 definiert hat (vgl. Ziff. 4.3). Diese Standards sollen sicherstellen, dass «bei aller Verschiedenheit die Programmintegrität von IFI gewährleistet [ist].»⁵⁷ Es kann also davon ausgegangen werden, dass mit der Einhaltung der Standards die IFI ihre Wirkung am besten entfalten können; somit erlauben die entsprechenden input-orientierten Ziele (und die entsprechenden Indikatoren) indirekt sehr wohl eine an der Wirkung ausgerichtete Steuerung.

Entwicklung Richtung Wirkungsorientierung

Wichtig ist aber, dass mit der Einführung des neuen Finanzierungsmodells die einheitliche Wirkungsmessung der IFI-Angebote weiterentwickelt wird. Diese Weiterentwicklung kann und muss deshalb als Gegenstand in die Programmvereinbarungen aufgenommen werden. Ein Minimalerfordernis ist dabei der 8. IFI-Standard: Die IFI sollen mit einem «strukturieren Projekt- und Datenmanagement»⁵⁸ verbunden sein: «Gedacht ist an den Aufbau eines Verlaufsregisters. Die AG regt an, die Verwendung der ICF Core Sets für Autismus heranzuziehen».⁵⁹ Eine entsprechende einheitliche Falldokumentation hilft nicht nur dabei, die IFI weiterzuentwickeln, sie dürfte auch die Akzeptanz der IFI bei Bund und Kantonen erhöhen: «Wenn sich Bund und Kantone auf eine gemeinsame Finanzierung dieser kostenintensiven Intervention einigen, entsteht ein Kontroll- und Steuerungsbedürfnis. Die bisherigen Dokumentationsansätze mit den Zentren waren unbefriedigend. Ein Verlaufsregister, beispielweise nach Vorbild des Swiss-CP-Reg (Cerebralparese), ist ein neuer Ansatz, der aufgrund seiner hohen Systematizität und klar benennbarer Entscheidungsbefugnisse den Dokumentationsprozess ins Ziel bringen könnte.»⁶⁰ Die Daten des Verlaufsregister könnten dann auch mit den bestehenden Daten des Bildungsmonitorings (innerhalb und ausserhalb der Sonderpädagogik) und denen der IV verknüpft werden.

Entsprechende Vorgaben sind folglich in die Programmvereinbarungen aufzunehmen. Dies erlaubt es, dass mit der Regelung der Finanzierung auch die Grundlage für eine inhaltliche Weiterentwicklung der IFI im Sinne eines lernenden Systems möglich wird. Konkret wird in einer ersten Vierjahresperiode die Einführung eines Verlaufsregisters als Zielsetzung in die Programmvereinbarungen aufgenommen. Dies könnte mit weiteren, auch schon kurzfristig erhebbaren Indikatoren ergänzt werden (wie IQ; Sprachentwicklung). Damit wird in einem ersten Schritt die *Grundlage* für eine systematische Evaluation der verschiedenen IFI-Angebote geschaffen. Die Auswertung der entstehenden Datengrundlage sowie laufende wissenschaftliche Erkenntnisse können dann in zukünftigen Programmvereinbarungen genutzt werden und das Finanzierungsmodell zusehends in Richtung Wirkungsorientierung weiterentwickelt werden.

⁵⁷ ARBEITSGRUPPE IFI (2019), S. 10

⁵⁸ ARBEITSGRUPPE IFI (2019), S. 12

⁵⁹ ebenda

⁶⁰ ebenda

Programmziele auf der Basis der IFI-Standards als Ausgangslage

Die IFI-Standards sind meist relativ allgemein gehalten, und die Programmvereinbarung bietet die Gelegenheit einer individuellen Spezifizierung mit den einzelnen Kantonen. Dabei kann auch berücksichtigt werden, dass derzeit noch nicht alle IFI-Anbieter sämtliche Standards erfüllen. Denkbar ist somit auch, dass die Programmvereinbarungen in einer ersten Phase entsprechende Entwicklungsziele beinhalten. Dies ist insbesondere auch im Hinblick auf neu entstehende Angebote eine wichtige Option. Für alle Standards sollten aber wenn immer möglich allgemeine Mindestvorgaben auf Bundesebene festgelegt werden (beispielsweise auf Verordnungsebene oder in einer Richtlinie), in deren Rahmen dann die kantonsspezifische Vereinbarung pro Standard erfolgt.

Die nachstehende Tabelle skizziert *beispielhaft* die entsprechende Struktur des Vereinbarungsgegenstands der IFI-Programmvereinbarungen. Die erste Spalte zeigt die zu regelnden Themen auf der Basis der IFI Standards (teilweise ergänzt mit Elementen aus Verordnung des BSV zum Pilotversuch, «V BSV»). Die zweite Spalte enthält *mögliche* allgemeine Mindestvorgaben von Seiten des BSV und die dritte Spalte die individuell zu vereinbarenden Punkte (wo möglich, ergänzt um denkbare Indikatoren). Die Festlegung der Bundesbeiträge wird unter Ziff. 7.2.2 erörtert.

	Allgemeine Vorgaben IV	Individuelle Vereinbarung IV-Kanton
Voraussetzung <i>IFI-Standard 1</i> V BSV, Art. 3 Abs. 2 und 3	<i>Kinder:</i> <ul style="list-style-type: none"> nach IVG versichert sind beim Eintritt in die Behandlung 2-4 Jahre alt (ev. schon ab 18 Monaten) Anerkannte Diagnose eines frühkindlichen Autismus (nach GgV-EDI 405) und gemäss validierten Instrumenten. <i>Inhaber/innen elterliche Sorge:</i> <ul style="list-style-type: none"> verpflichten sich zur aktiven unentgeltlichen Mitarbeit und Erteilung von Auskünften. Sind mit Evaluation der Daten einverstanden. 	Kantonal angewendete Diagnose-Standards Indikatoren: – Kantonale Vorgaben an die Inhaber/innen der elterlichen Sorge Indikatoren: –
IFI-Programm <i>IFI-Standard 2</i> V BSV, Art. 7 Abs. 3 Bst. a-c V BSV Art. 7 Abs 3 Bst. f, Art. 7 Abs. 4 Bst. b, e (ohne quantitative Vorgabe) & f	<i>Interdisziplinäre Arbeit mit dem Kind</i> <ul style="list-style-type: none"> programmatische Ordnung: Planung und Steuerung/Management aus einer Hand von erfahrenen autismusspezifisch ausgebildeten Personen Methode: wissenschaftlich anerkannt; verhaltenstherapeutisch und/oder entwicklungsorientierter Ansatz; Bereiche Kognition, Kommunikation & Sprache, soziale Interaktion und emotionale Entwicklung umfassend Interdisziplinarität: von interdisziplinären Teams durchgeführt, Leitung oder Begleitung durch Facharzt/ärztin Neuropädiatrie, Entwicklungspädiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und - 	Beschreibung des spezifischen Programms des kantonalen IFI-Anbieters; Angaben zur Leitung und zur Ausbildung des eingesetzten Personals Indikatoren: – Beschreibung der Methode des IFI-Anbieters Indikatoren: – Personelle Zusammensetzung des IFI-Angebots Indikatoren: FTE medizinisch und pädagogisch-therapeutisch; FTE Auszubildende

	Allgemeine Vorgaben IV	Individuelle Vereinbarung IV-Kanton
<p><i>IFI-Standard 3</i> (V BSV: Art. 7 Abs. 3 Bst. d: 20 h/W)</p> <p><i>IFI-Standard 4</i></p> <p><i>IFI-Standard 7</i> V BSV Art. 7 Abs. 5</p> <p><i>IFI-Standard 6</i></p>	<p>psychotherapie; signifikanter Anteil an medizinischem und pädagogisch-therapeutischen Personal, Beschränkung Personen in Ausbildung.</p> <p><i>Intensität der Intervention</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 15 Wochenstunden direkte Arbeit mit dem Kind (ev. ergänzend ob Gruppen- oder Einzeltherapie) • während maximal zwei Jahren, anschliessend wird Betreuungsintensität deutlich reduziert <p><i>Aktivierung Eltern</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stärkung Selbstkompetenzen • Alternativen, falls Familienkonstellation keine Elternaktivierung erlaubt. <p><i>Querbezüge:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verzahnung mit anderen Strukturen im Frühbereich • Ausdrückliche und sorgfältige Gestaltung der Übergänge 	<p>Indikator: Durchschnittliche Anzahl Wochenstunden des IFI-Anbieters</p> <p>Indikator: Durchschnittliche Therapiedauer</p> <p>Beschreibung Rolle/Funktion Eltern im Programm Indikator: durchschnittliche Dauer Therapieleistungen der Eltern</p> <p>Beschreibung der Abstimmung Indikatoren: –</p>
<p>Institutionelle Ausgestaltung</p> <p><i>IFI-Standard 5</i> V BSV Art. 7 Abs. 4 Bst. a (Formulierung angepasst)</p> <p>V BSV Art. 7 Abs. 4 Bst. c</p> <p>–</p>	<p>IFI-Angebot erfolgt durch einen kantonal anerkannten und zugelassenen Leistungserbringer, in dessen Verantwortung die IFI koordiniert interdisziplinär und multiprofessionell durchgeführt werden.</p> <p>Finanzierung muss für Dauer der Programmvereinbarung gesichert sein</p> <p>Das IFI-Angebot basiert auf einer Leistungsvereinbarung zwischen Kanton und IFI-Anbieter.</p>	<p>Konkrete Organisationsform und Umsetzungsvariante der IFI⁶¹ Leistungserbringung an andere Kantone Indikatoren: –</p> <p>Indikator: Finanzplanung IFI-Anbieter</p> <p>Leistungsvereinbarung</p>
<p>Evaluation</p> <p>V BSV Art. 7 Abs. 4 Bst. d</p> <p><i>IFI-Standard 8</i></p>	<p>IFI-Anbieter verfügt über Qualitätsmanagementsystem</p> <p>IFI-Anbieter betreibt strukturiertes Projekt- und Datenmanagement; Einführung eines Verlaufsregisters</p>	<p>Eckwerte QM-System</p> <p>Eckwerte Projekt-/Datenmanagementsystem</p>

Tabelle 5: Programmvereinbarung – allg. Vorgaben und individuelle Vereinbarung

Weitere Punkte

Von den weiteren in der Programmvereinbarung zu regelnden Punkten sind zwei hervorzuheben.⁶²

- *Aufsicht:* Die Aufsicht bei Programmvereinbarungen soll ebenfalls partnerschaftlich erfolgen. D.h. die Aufsichtsstellen des Bundes (Eidg. Finanzkontrolle, BSV) und der Kantone (kantonale Finanzkontrollen, zuständige kantonale Dienststellen) sollen bei

⁶¹ Vgl. ARBEITSGRUPPE IFI (2019), S. 11

⁶² Zu den Bestandteilen Anpassungsmodalitäten, Grundsatz der Kooperation, Rechtsschutz, Änderung und Inkrafttreten der Programmvereinbarung vgl. BAFU (2018), S. 38ff. sowie 52f.

der Überprüfung der korrekten Abwicklung der Programmvereinbarungen zusammenarbeiten.

- *Erfüllung der Programmvereinbarung*: Die Programmvereinbarung gilt als erfüllt, wenn die Ziele (vgl. obige Tabelle) erfüllt und die Beiträge ausbezahlt sind. Bei Nichterreichen der Ziele ist zu regeln, ob und in welcher Frist eine Nachbesserung möglich ist. Basierend auf Art. 23ff. SuG kann der Bund bei Nichterfüllung der vereinbarten Ziele schon geleistete Beiträge zurückfordern.

Zu den Zahlungsmodalitäten und der Berichterstattung vgl. Ziff. 7.2.2 bzw. Ziff. 7.2.4.

Bei der Erarbeitung der Programmvereinbarungen ist genug Zeit für die Verhandlungsphase einzuberechnen. Zudem ist der Verhandlungsprozess transparent auszugestalten und klar zu strukturieren. Zu beachten ist ferner, dass das SuG bei Programmvereinbarungen eine Konsultation der Gemeinden vorsieht, sofern sie deren Interessen berührt (Art. 19 Abs. 2 SuG).

7.2.2 Tarifierung

Globalbeitrag vs. Fallpauschale

Programmvereinbarungen operieren normalerweise mit Globalbeiträgen, d.h. einer im Rahmen der Programmvereinbarung festgelegten Gesamtsumme. Hintergrund dieser Vorgehensweise ist allerdings in der Regel eine reine Objektfinanzierung. Bei der Anwendung auf die subjektorientierte Objektfinanzierung bei der IFI ergibt sich der Gesamtbetrag der IV an die Kantone aus einer Fallpauschale, multipliziert mit der Anzahl Fälle (d.h. der Anzahl zu behandelnden Kindern).

Die Schwierigkeit besteht darin, dass die Anzahl Fälle ex ante – d.h. im Zeitpunkt des Abschlusses der Programmvereinbarung – nicht feststeht. Diesbezüglich wird man sich aber auf eine bestmögliche Schätzung auf der Basis der (geplanten) Kapazitäten des jeweiligen IFI-Anbieters sowie auf Erfahrungswerte abstützen können.⁶³ Auf dieser Basis kann ein Globalbeitrag für die Programmvereinbarung festgelegt werden. Dieser Betrag muss ergänzt werden um die Modalitäten, wie die effektive Anzahl Fälle ex post bei der Abrechnung berücksichtigt wird.

Zentral im Konzept der programmorientierten Subventionspolitik ist, dass die Empfänger der Bundessubvention – in diesem Fall die Kantone – bei der Verwendung der Mittel im Rahmen der Programmvereinbarung frei sind. Im Gegensatz zur jetzigen Pilotphase be-

⁶³ Die Anzahl Fälle pro Kanton sind für die Programmvereinbarung nicht relevant, da die Finanzierung des Bundes letztlich an die IFI-Anbieter geht, und die Kantone individuell abschätzen müssen, für wie viele Fälle sie beim Anbieter werden aufkommen müssen.

deutet das insbesondere, dass der Bund keine spezifische quantitative Vorgabe zur Zusammensetzung des verwendeten Personals macht (vgl. die obigen Ausführungen zur Untervariante 1b).

Bemessung der Fallpauschale

Die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (vgl. Ziff. 4.1) impliziert, dass die IV lediglich die medizinisch-therapeutischen Leistungen der IFI-Anbieter abgilt.

Als Grundlage für die Bemessung der entsprechenden Fallpauschalen sollten die Vollkosten für die medizinischen Leistungen pro Fall herangezogen werden. Vollkosten bedeutet, dass «der Aufwand für Overhead, Räumlichkeiten, Mobiliar, Material, Fahrzeuge, Unterhalt und Verpflegung der Kinder [...] anteilig auf die Leistungseinheiten umgelegt» wird.⁶⁴ Die für alle Kantone angewendete Fallpauschale («generelle Fallpauschale», GFP) ergibt sich als Durchschnitt der Vollkosten pro Fall für die medizinisch-therapeutischen Leistungen (VKM) über alle IFI-Anbieter. Formal dargestellt (mit n als Anzahl IFI-Anbieter):

$$GFP = \frac{\sum_{i=1}^n VKM_i}{n}$$

In der Phase 2 wurden umfangreiche Erhebungen zu den Kosten und Leistungen der IFI-Anbieter durchgeführt (vgl. Ziff. 3.4). Allerdings wurden die Vollkosten pro Fall dabei bei den Zentren nicht auf die Leistungskategorien medizinisch-/pädagogisch-therapeutisch heruntergebrochen. Sie können hier lediglich grob approximiert werden. Basis ist die Regressionsanalyse gemäss Tabelle 1: Multipliziert man den Schätzkoeffizient für die medizinisch-therapeutischen Leistungen (3347) mit den durchschnittlich erbrachten Stunden für medizinisch-therapeutische Leistungen (5,8h)⁶⁵, ergibt dies jährliche Kosten von 19'413 CHF. Die durchschnittlichen Vollkosten für die medizinisch-therapeutische Leistungen für eine zweijährige Therapie beläuft sich damit auf 38'854 CHF. Der Wert liegt in der Grössenordnung der aktuell im Rahmen des Pilotversuchs abgegoltenen Fallpauschale von 45'000 CHF. Diese Berechnungen sind aber als Grundlage für die Tarifierung nicht ausreichend, sie geben lediglich einen Hinweis auf die Grössenordnung des Bundesbeitrags.

Ein alternativer Ansatz zur Berechnung der Fallpauschale der IV wäre, dass nicht die Vollkosten der IFI-Anbieter als Grundlage für die Durchschnittsberechnung verwendet werden, sondern die medizinischen-therapeutischen Leistungen pro Fall, differenziert nach verschiedenen Berufsgruppen. Die jeweiligen Stunden können dann mit individuellen

⁶⁴ ARBEITSGRUPPE IFI (2021), S. 9

⁶⁵ Die durchschnittlichen Leistungen umfassen 26,7h, davon entfallen im Durchschnitt 20% auf med., 72% auf päd. und 8% auf andere Leistungen, vgl. ARBEITSGRUPPE IFI (2021), S. 13. Werden die anderen Leistungen anteilmässig auf medizinischen Leistungen zugerechnet, beträgt ihr Anteil 21,7%.

Tarifen der IV multipliziert und zu durchschnittlichen Kosten aggregiert werden. Die Gemeinkosten können dabei mit einem Aufschlag berücksichtigt werden.

Bei der Festlegung der Fallpauschale muss auch berücksichtigt werden, dass sich die Therapie-Arbeiten der IFI-Anbieter mit den Kindern zwar auf eine zweijährige Phase fokussieren, damit aber nicht abgeschlossen sind. Der anschliessende Zeitraum bis zur Erreichung des Schulalters ist für die Nachhaltigkeit der IFI ebenfalls von Bedeutung und muss therapeutisch begleitet werden – allerdings mit deutlich tieferer Intensität. Diese Phase kann bei der Bemessung der IV-Fallpauschale somit ebenfalls berücksichtigt werden. Dabei kann ebenfalls auf Durchschnittswerte abgestützt werden (durchschnittliche Kosten der medizinisch-therapeutischen Leistungen unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Zeitdauer der Phase). Analog kann auch berücksichtigt werden, dass die IFI bereits vor dem zweiten Lebensjahr beginnt, dann allerdings auch weniger intensiv ist als in der Hauptphase.

Bemessung der Fallpauschale in der Untervariante 1c

Die Abgeltung der generellen Fallpauschalen entspricht der Variante 1. Bei der Untervariante 1c erhält ein IFI-Zentrum ebenfalls eine Fallpauschale, diese orientiert sich aber (teilweise) an den individuellen durchschnittlichen Vollkosten des jeweiligen IFI-Anbieters («individuelle Fallpauschale», IFP), d.h. die Fallpauschale für einen IFI-Anbieter ist der gewichtete Mittelwert aus der generellen Fallpauschale und den durchschnittlichen Vollkosten der medizinisch-therapeutischen Leistungen des IFI-Anbieters i:

$$IFP_i = \theta \cdot GFP + (1 - \theta) \cdot VKM_i$$

Beispielweise kann im Finanzierungsmodell festgelegt werden, dass die Fallpauschale der IFI-Anbieter mit einem Gewicht von 60% ($\theta = 0,6$) auf der GFP beruht und mit den verbleibenden 40% ($1-\theta = 0,4$) auf den individuellen Vollkosten der medizinisch-therapeutischen Leistungen eines IFI-Anbieters. Beträgt die GFP z.B. 50'000 CHF und die individuellen Vollkosten der medizinisch-therapeutischen Leistungen eines IFI-Anbieters 70'000 CHF, ist die Fallpauschale für diesen IFI-Anbieter dann 58'000 CHF.

Der Durchschnitt der individuellen Fallpauschalen über alle IFI-Anbieter entspricht der globalen Fallpauschale.⁶⁶ Ob der von der IV zu finanzierende Gesamtbetrag (alle Fälle in allen IFI-Angeboten) bei der Untervariante 1c (IFP) anders ausfällt als bei der Hauptvariante (GFP), hängt von der Verteilung der Anzahl Fälle auf die IFI-Anbieter ab: Hat beispielsweise ein IFI-Anbieter mit überdurchschnittlichen Vollkosten für medizinische Leistungen auch überdurchschnittlich viele Fälle, ist die Gesamtsumme grösser. Beide Varianten sind in Bezug auf die Gesamtkosten der IV nur im (unrealistischen) Fall äquivalent, wenn in allen Zentren die gleiche Anzahl Kinder behandelt werden.

⁶⁶ $\sum IFP_i/n = n \cdot \theta \cdot GFP/n + (1 - \theta) \cdot \sum VKM_i/n = \theta \cdot GFP + (1 - \theta) \cdot GFP = GFP$

Die Erhebung der entsprechenden Fallkosten ist aufwändig, empfehlenswert ist deshalb, dass sie alle vier Jahre erfolgt (jeweils vor dem Start einer neuen Programmperiode).

Berücksichtigung Reise- und Verpflegungskosten

Im Rahmen des IFI-Pilotversuchs vergütet die IV «den Inhaberinnen und Inhabern der elterlichen Sorge die Reisekosten, sofern der Leistungserbringer keinen gemeinschaftlichen Transportdienst zur Verfügung stellt, sowie die Kosten für auswärtige Verpflegung und Unterkunft» (Art. 14 Abs. 1 V BSV). Dabei sind die Bestimmungen der IVV zu den Reisekosten im Inland anwendbar (Art. 90 IVV).

Die Reise- und Verpflegungskosten können nicht den medizinisch-therapeutischen oder den pädagogisch-therapeutischen zugeordnet werden, d.h. auch bei diesen Kosten ist eine gemeinsame Finanzierung von Bund/IV und Kantonen naheliegend. Zu beachten ist, dass wenn Transport und Verpflegung von den IFI-Anbietern bereitgestellt werden, sie in den Fallpauschalen bereits (anteilmässig) berücksichtigt sind (vgl. oben). Es ist jedoch anzunehmen, dass dies nicht bei allen IFI-Angeboten der Fall ist.

Wichtig ist, dass auch die Abgeltung von allfälligen Reise- und Verpflegungskosten der Familien durch die IV in der allgemeinen Logik des Finanzierungsmodells 1 erfolgt, d.h. die konkrete Abrechnung und Vergütung erfolgt auf kantonaler Ebene (durch den Kanton oder die IFI-Anbieter) und wird von Bund und Kantonen gemeinsam finanziert bzw. mit der Fallpauschale des Bundes mitfinanziert, d.h. der Betrag gemäss der oben dargelegten Berechnung wird entsprechend erhöht (unabhängig von den effektiven Kosten der Erziehungsberechtigten). Dieser Punkt ist auch in der Programmvereinbarung zu regeln. Bei der Festlegung der Pauschalen der IV für Reise und Verpflegung können die kantonal unterschiedlichen räumlich/topografischen Gegebenheiten berücksichtigt werden. Zu klären ist auch die Frage, ob Kinder, die von ausserhalb des Kantons kommen, spezielle Entschädigungen erhalten.

Zahlungsmodalitäten

Im Pilotversuch erfolgt die Auszahlung der Fallpauschale jeweils individuell/fallbezogen. Im Rahmen von Variante 1 (und Variante 1c) des Finanzierungsmodells ist diese Vorgehensweise nicht angezeigt. Bei Programmvereinbarungen üblich ist eine jährliche Zahlung jeweils in der Mitte des Jahres.⁶⁷

Denkbar wäre bei der Anwendung auf die IFI folgendes Vorgehen:

- Basierend auf den Kapazitäten und Erfahrungswerten des kantonalen IFI-Anbieters wird in der Programmvereinbarung die voraussichtliche Anzahl Interventionen (bzw. Interventionsbeginne) innerhalb der Vierjahresperiode bestimmt.

⁶⁷ Vgl. BAFU (2018), S. 36

- Auf der Grundlage dieses Mengengerüsts wird mit der Fallpauschale (generell oder individuell) der Gesamtbetrag der IV über die Programmperiode vereinbart.
- Die IV bezahlt während der Programmdauer jährlich jeweils einen Viertel dieses Betrags per Ende Juni an die Kantone.
- Nach Ablauf der Vierjahresperiode werden die effektiven Fälle rapportiert (auch unter Berücksichtigung von frühzeitigen Interventionsabbrüchen) und die Beitragssumme basierend auf diesem effektiven Mengengerüst ermittelt.
- Allfällige Differenzen werden mit den Zahlungen innerhalb der neuen Programmperiode verrechnet.

Denkbar wäre auch, dass ein entsprechender Abgleich der geplanten mit den effektiven Fallzahlen jährlich erfolgt und finanziell (zumindest teilweise) schon innerhalb der Programmperiode ausgeglichen wird.

7.2.3 Leistungsvereinbarung Kanton – IFI-Anbieter

Die Kantone schliessen Leistungsvereinbarungen mit IFI-Anbietern grundsätzlich autonom ab. Viele Kantone verfügen über eine Staatsbeitragsgesetzgebung, welche die entsprechenden allgemeinen Vorgaben für die Ausrichtung von Staatsbeiträgen bzw. Subventionen machen sowie über Mustervereinbarungen.⁶⁸

Nachstehend werden deshalb lediglich die wichtigsten Eckpunkte der kantonalen Leistungsvereinbarung erörtert:

Zu erbringende Leistung

Die vom IFI-Anbieter zu erbringende Leistung ist der eigentliche Vertragsgegenstand der Leistungsvereinbarung. Sie muss inhaltlich auf die Programmvereinbarung abgestimmt sein bzw. auf ihr aufbauen und wenn möglich auch zeitlich synchronisiert sein. Idealerweise wird in der Leistungsvereinbarung explizit auf die Programmvereinbarung Bezug genommen. Entsprechend enthält auch die Leistungsvereinbarung die generelle Umschreibung des Auftrags, sowie eine detaillierte Umschreibung der zu erbringenden Leistung. Die Leistungsbeschreibung kann Leistungs- bzw. Wirkungsziele (Outcome-orientiert), das Leistungsangebot (Output-orientiert) und/oder auf die einzusetzenden Ressourcen (Input-orientiert) beinhalten. Wie oben erläutert, ist eine reine Outcome- bzw. Wirkungsorientierung bei der IFI zum jetzigen Zeitpunkt aber kaum möglich, damit dürfen auch in den kantonalen Leistungsvereinbarungen der Kantone die in der Programmvereinbarung erläuterten IFI-Standards und ihre Konkretisierung im Zentrum stehen.

Wichtig ist, dass die Ziele der Programmvereinbarung (soweit möglich mit Indikatoren hinterlegt) auch verbindlicher Gegenstand der Leistungsvereinbarung sind.

⁶⁸ Vgl. beispielsweise KANTON ZUG (2011)

Finanzielle Aspekte

Die Kantone sind bei der Gestaltung der Art und Höhe der Finanzierung der IFI-Angebote grundsätzlich autonom. Die einzige Einschränkung ist, dass die Finanzierung der Angebote im Zeitraum der Programmvereinbarung sichergestellt ist, weil dies eine der Voraussetzungen in der Programmvereinbarung ist. Dies dürfte in aller Regel implizit voraussetzen, dass der Kanton sich finanziell ebenfalls am IFI-Angebot beteiligt und nicht einfach die Bundesbeiträge weiterleitet.

Bei der Ausgestaltung des kantonalen Finanzierungsmodells sind zwei Stossrichtungen (ev. auch in Kombination) denkbar: die Ausrichtung von Fallpauschalen und/oder die Gewährung einer Defizitgarantie.

Obwohl die Beiträge des Bundes ein Bestandteil des Beitrags der Kantone an die IFI-Anbieter sind, ist es nicht zwingend, dass die kantonalen Beiträge den Leistungserbringern ebenfalls als Fallpauschalen auszurichten sind. Der Kanton ist bei den finanziellen Modalitäten innerhalb der Rahmenbedingungen der Programmvereinbarung grundsätzlich frei. Bei der Ausgestaltung der Modalitäten sei aber auf die grundsätzlichen Überlegungen zur Bemessung von Subventionen verwiesen (Ziff. 5.2): Mit der Ausrichtung von kostenorientierten Subventionen (wie bspw. einer Defizitgarantie) sind Fehlanreize verbunden, sie sollten daher mit Kostendächern verbunden werden.

Häufig verlangen die Kantone in den Leistungsvereinbarungen mittlerweile auch Klauseln zur Behandlung von Überschüssen (Stichwort «Gewinnverbot»).

Berichterstattung

Es ist Aufgabe der zuständigen kantonalen Dienststelle, die Einhaltung der Leistungsvereinbarung zu überwachen, d.h. die zweckmässige Verwendung der Kantonsbeiträge und die Zielerreichung zu überprüfen.⁶⁹ Die entsprechende Verpflichtung ergibt sich neben den kantonalen Finanzhaushalts- und Staatsbeitragsgesetzgebungen auch aus den entsprechenden Bestimmungen in der Programmvereinbarung.

In der Leistungsvereinbarung sind die notwendigen Informations- und Dokumentationspflichten zu verankern (bspw. Jahresbericht inkl. Leistungsdaten, aggregierte Patientenangaben, Wirksamkeit etc., Revisionsbericht, Budgets; Jahresgespräche). Sie sollten so festgelegt werden, dass sie sich in das in den Programmvereinbarungen vorgesehene Controlling (vgl. nächste Ziffer) integrieren lassen. Dadurch kann auch sichergestellt werden, dass im Hinblick auf die Weiterentwicklung die Angaben in allen Kantonen möglichst gleich eingefordert würden.

⁶⁹ Vgl. KANTON ZUG (2012), S. 8

Erwartungen oder Vorgaben des Bundes

Auch wenn die Kantone in der Ausgestaltung der Leistungsvereinbarung frei sind und frei sein sollen, kann die Programmvereinbarung Erwartungen des Bundes beinhalten, welche Themen in den Leistungsvereinbarungen mindestens geregelt werden müssen. Es ist auch vorstellbar, dass in der Programmvereinbarung zu einzelnen Themen gewisse Rahmenbedingungen gesetzt werden – zum Beispiel, wie die Leistungen zu spezifizieren sind, dass keine Kostenbeteiligung der Familien zulässig ist oder welche Daten mit welchen Methoden für das Controlling und die Evaluation mindestens zu erheben sind.

7.2.4 Controlling

Programmvereinbarungen für Verbundaufgaben folgen grundsätzlich einer partnerschaftlichen Philosophie. Entsprechend ist auch das Programmcontrolling – im Sinne eines Führungsinstruments zur «prozessbegleitenden Steuerung der Zielerreichung auf allen Stufen»⁷⁰ – eine von Bund und Kantonen gemeinsam zu erfüllende Aufgabe.

Im Zentrum stehen zwei Instrumente:⁷¹

- *Jahresberichte*: Sie «machen in geraffter Form Angaben über den Programmfortschritt in inhaltlicher sowie finanzieller Hinsicht (Soll-/Ist-Vergleich) und listen insbesondere sämtliche für die Zielerreichung eingesetzten Mittel auf.»⁷² Konkret würde der Jahresbericht im Fall der IFI unter anderem den aktuellen Stand der Erreichung der Zielvorgaben (inkl. IST-Werte für die Indikatoren) gemäss Tabelle 5 enthalten. Das BAFU verlangt die entsprechenden Berichte von den Kantonen jeweils per Ende März. Im Falle der IFI dürfte diese Frist allerdings wohl zu knapp sein, da die Berichterstattung an den Bund auf jener der Leistungserbringer an die Kantone aufbaut. Wichtig ist dabei auf jeden Fall, dass sich die Berichterstattung der Leistungserbringer an den Kanton bzgl. Inhalt und Form eng an jene an den Bund anlehnt, um Doppelspurigkeiten zu vermeiden und administrativen Aufwand gering zu halten.
- *Stichproben der Bundesbehörde*: Die Bundesbehörde überprüft «die qualitative Programmumsetzung mit ein bis zwei Stichproben während der Programmperiode».⁷³ Im Falle der IFI wären entsprechende Stichproben primär bei den Leistungserbringern vorzunehmen.

⁷⁰ BAFU (2018), S. 16

⁷¹ Vgl. BAFU (2018), S. 32, sowie mit detaillierten Erläuterungen S. 42ff.

⁷² ebenda

⁷³ ebenda

Falls die Beiträge des Bundes während der Programmperiode an die effektiven Fallzahlen der IFI-Anbieter angepasst werden sollen (vgl. Ziff. 7.2.2), wäre dies in den jährlichen Controlling-Zyklus zu integrieren.

Denkbar sind darüber hinaus Erfahrungsgespräche mit Vertretern des Bundes, der Kantone und der Leistungserbringer. Sie dienen «dem gegenseitigen Lernen und liefern weitere Informationen zum Programmverlauf».⁷⁴

Wirkungsdaten: Für den Aufbau einer schweizweiten systematischen Evaluation der IFI sollte das Programmcontrolling auch die Bereitstellung von Informationen über den Therapieverlauf/-erfolg bei den IFI-Anbietern beinhalten. Sie können auf Bundesebene erfasst und ausgewertet werden. Die entsprechenden Erkenntnisse sind mit den Kantonen und den IFI-Anbietern zu teilen und dienen als Grundlage für die längerfristige Entwicklung der IFI im Allgemeinen und der Ausgestaltung der Programm- und Leistungsvereinbarungen im Speziellen. Es ist empfehlenswert diese Entwicklungsarbeit zu institutionalisieren, beispielsweise durch eine stehende Begleitgruppe mit Vertretern der IV und der Kantone. Wichtig ist eine enge Zusammenarbeit mit den involvierten Fachdirektorenkonferenzen. Einzubeziehen sind zudem auch die Leistungserbringer, zumal diese solche Daten teilweise bereits jetzt regulär erheben.

7.3 Gesetzlicher Regelungsbedarf

7.3.1 Bundesebene

Gemäss dem Bericht des Bundesrates über Autismus-Spektrum-Störungen aus dem Jahr 2018 belassen die geltenden gesetzlichen Bestimmungen die Finanzierung der intensiven Frühintervention «in einer Grauzone».⁷⁵ «Wichtig ist für den Bundesrat, dass die geltende Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen bestehen bleibt.»⁷⁶

Die geltende Kompetenzordnung wird mit der Modellvariante 1 nicht in Frage gestellt:

- Der Beitrag des Bundes bemisst sich an den medizinisch-therapeutischen Leistungen der IFI-Anbieter, d.h. er beschränkt sich auf die Abgeltung der Leistungen im Kompetenzbereich der IV.
- Mit den Programmvereinbarungen verfügt die IV über ein Instrument, mit dem sie individuell – wenn auch indirekt über die Kantone – auf die Leistungserbringung der IFI-Anbieter Einfluss nehmen kann.

⁷⁴ ebenda

⁷⁵ Vgl. BUNDESRAT (2018), S. 27

⁷⁶ ebenda

Mit dem Instrumentarium der Umsetzung (Programmvereinbarung in Kombination mit Fallpauschalen) betritt die IV indessen Neuland, welches im IVG und in der IVV nicht explizit geregelt ist:⁷⁷

- *Programmvereinbarungen mit den Kantonen:* Das Instrument der Programmvereinbarung ist im IVG nicht vorgesehen. Gemäss Art. 27 Abs. 1 ist das BSV befugt mit den Leistungserbringern «Verträge zu schliessen, um die Zusammenarbeit mit den Organen der Versicherung und die Tarife zu regeln.». Diese Verträge beschlagen aber nur das Verhältnis zwischen der Versicherung und den primären Leistungserbringern. Eine indirekte Finanzierung via Kantone ist jedoch im IVG nicht vorgesehen.
- *Gewährung von Fallpauschalen:* Art. 13 Abs. 1 IVG stipuliert den Anspruch der Versicherten auf medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen. Dieser Anspruch wird mit einer generellen Fallpauschalen allein nicht erfüllt, da die beanspruchten medizinisch-therapeutischen Leistungen nicht bei allen IFI-Anbietern bzw. bei allen behandelten Kindern gleich sind.

Daher ist eine entsprechende Anpassung des IVG nötig; dies auch vor dem Hintergrund, dass bei den anderen Verbundaufgaben, bei denen das Instrument der Programmvereinbarung eingesetzt wird, entsprechende gesetzliche Grundlagen in den Spezialgesetzen bestehen. Bei der Anpassung des IVG ist auch eine Abgrenzung der IFI von Art. 13ff IVG inkl. Art. 51 IVG zu klären und ggf. zu regeln.

Eine Revision des IVG wird aber längere Zeit in Anspruch nehmen, so dass die entsprechenden Gesetzesgrundlagen für Variante 1 nicht vorhanden wären, wenn der Pilotversuch Ende 2022 ausläuft. Gemäss Art. 68^{quater} Abs. 2 IVG kann das BSV aber «die Bewilligung für Pilotversuche, die sich bewährt haben, um höchstens vier Jahre verlängern.» Voraussetzung für eine entsprechende Verlängerung wäre, dass vorgängig der politische Grundsatzentscheid auf Bundes- und Kantonsebene zur Variante 1 gefällt würde. Die verlängerte Frist des Pilotversuchs könnte auch dazu genutzt werden, um die Implementierung des neuen Finanzierungsmodells mit den Kantonen vorzubereiten.

7.3.2 Kantonsebene

Im Rahmen dieses Projekts wurde in Zusammenarbeit mit der EDK eine Umfrage zur Finanzierung von IFI-Angeboten durchgeführt. Die eingegangenen 23 Antworten erlau-

⁷⁷ Mit der Weiterentwicklung der IV wurden zwar bspw. bei der Kofinanzierung von Case Management und Brückenangeboten ähnliche neuartige Finanzierungsmodelle eingeführt, und bei spitalstationären Behandlungen bezahlt die IV mittels Fallpauschale. Eine direkte Analogie zur IFI ist jedoch wegen der Kompetenzordnung Bund/Kantone nicht möglich.

ben eine allgemeine Einschätzung des gesetzlichen Anpassungsbedarfs auf Kantons-ebene. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Fragen durch Mitarbeitende der Verwaltung beantwortet wurden und keine politischen Einschätzungen widerspiegeln.

In 12 der antwortenden Kantone gibt es entweder ein eigenes IFI-Angebot oder Kindern mit frühkindlichem Autismus steht ein solches ausserkantonale zur Verfügung (letzteres primär bei kleinen Kantonen; zwei der kantonalen Angebote wurden explizit als Pilotprojekte deklariert). 11 dieser Kantone leisten einen finanziellen Beitrag. Die überwiegende Mehrheit davon unter dem Titel der heilpädagogischen Früherziehung und auf Basis der Bildungs- bzw. Volksschulgesetzgebung. 3 dieser Kantone beabsichtigen in der nächsten Zeit die Anpassung dieser gesetzlichen Grundlage.

In 6 der Kantone mit IFI-Angebot existieren Leistungsvereinbarungen mit dem IFI-Anbieter. Dabei sind die Modalitäten der Finanzierung unterschiedlich (Pauschalabgeltungen, Defizitgarantie, Vergütung von Leistungen; einige Kantone sprechen sich explizit gegen eine Defizitgarantie aus). Bei einzelnen Kantonen werden die Leistungen über den kantonalen heilpädagogischen Dienst erbracht.

Bei 7 der 11 Kantone ohne gegenwärtiges Angebot besteht eine gesetzliche Grundlage, auf der ein IFI-Angebot durchgeführt werden könnte (ebenfalls meist unter dem Titel kantonale Früherziehung).

In einer Mehrheit der Kantone besteht also bereits eine gesetzliche Grundlage für die finanzielle Unterstützung eines (potenziellen) IFI-Angebots, meist im kantonalen Aufgabenfeld der heilpädagogischen Früherziehung. Mit der Implementierung eines neuen Co-Finanzierungsmodells dürfte daher bei den Kantonen nicht die Anpassung der Grundlagen auf Gesetzesstufe im Vordergrund stehen.

Die Umfrage bestätigt aber das eingangs des Berichts gezeichnete heterogene Bild auch bezüglich der kantonalen institutionellen Rahmenbedingungen der IFI-Angebote. Die Anpassung der Umsetzungsbestimmungen auf Verordnungsebene, das Aushandeln der Programmvereinbarungen und der Leistungsvereinbarungen (oder der Leistungsaufträge im Falle von IFI-Angeboten innerhalb der kantonalen Verwaltung) wird bei den Kantonen initial zu erheblichem Umsetzungsaufwand führen.

7.3.3 Interkantonaies

In der Umfrage wurden die Kantone auch nach der Zusammenarbeit mit anderen Kantonen bei der IFI befragt. 6 Kantone geben an, bereits jetzt bei der IFI mit anderen Kantonen zusammenzuarbeiten, und 19 bekunden grundsätzliches Interesse an einer zukünftigen Zusammenarbeit. Vor allem kleinere Kantone werden auch in Zukunft kein eigenes IFI-Angebot aufbauen und sind daher an einer interkantonalen Zusammenarbeit bzw.

einem Leistungseinkauf bei Nachbarkantonen interessiert. Von Interesse ist die Zusammenarbeit auch bei zweisprachigen Kantonen. Neben der Gestaltung des «vertikalen» Finanzierungsmodells zwischen Bund/IV und den einzelnen Kantonen ist für die Entwicklung der IFI somit auch ein «horizontales» Finanzierungsmodell Voraussetzung für den langfristigen Erfolg der IFI in der Schweiz.

Entsprechende Regelungen können zwischen Kantonen in individuellen Vereinbarungen verankert werden. Mit der IVSE besteht darüber hinaus bereits ein etabliertes interkantonales Regelwerk, das die Grundlage für den Ausbau dieser Zusammenarbeit sein kann. Der Bundesrat hat in seinem Bericht über Autismus-Spektrum-Störungen festgehalten, dass «die Anwendbarkeit der IVSE [...] auf die intensive Frühintervention gewährleistet werden» muss.⁷⁸ Wie in Ziff. 3.3.3 bereits erwähnt, deckt der Bereich D Früherziehungsdienste (Bst. b) und pädagogisch-therapeutische Dienste für Logopädie oder Psychomotoriktherapien (Bst. c) ab. Es wäre daher wünschenswert, dass dieser Bereich um die IFI ergänzt würde. Dies kann «implizit» erfolgen, indem eine Änderung der Empfehlung durch den Vorstand der SODK vorgenommen wird. Allerdings gibt es noch eine Interpretationshilfe vom Juli 2015, welche eine Unterstellung ablehnt, hauptsächlich wegen des (damals angenommenen) medizinischen Schwerpunktes.⁷⁹ Eine «explizite» Ergänzung der IVSE – d.h. die Anpassung der Vereinbarung, mit expliziter Erwähnung der IFI, ohne Schaffung eines neuen Bereichs – setzt einen Beschluss der Mehrheit der Vereinbarungskantone und idealerweise die Ratifizierung von sämtlichen Vereinbarungskantonen voraus.

7.4 Bewertung

In der nachstehenden Tabelle wird die Modellvariante 1 gemäss den oben aufgeführten Kriterien bewertet. Die Bewertung bezieht sich grundsätzlich auf die Hauptvariante und die Untervariante 1c. Ausgangspunkt ist jeweils die Basisvariante. Abweichende oder ergänzende Einschätzungen zur Untervariante sind speziell gekennzeichnet («1c»).

Hinweis zum «Score»: + = positiv, 0 = neutral, – = negativ

Aspekte	Kriterien	Bewertung	Score
Ökonomisch	Leistungsabdeckung	Die klare Rollenteilung zwischen IV und Kantonen erleichtert die Etablierung neuer Angebote. Die Initiative muss aber von den Kantonen ausgehen.	0
	Effizienz	Wegen der pauschalen Finanzierung durch die IV besteht kein unmittelbarer Fehlanreiz betr. Kosten oder Leistungsmix.	+ –

⁷⁸ Bundesrat (2005), S. 27

⁷⁹ Vgl. SODK (2015), S. 5

Aspekte	Kriterien	Bewertung	Score
		1c: die leistungsabhängige Komponente der IV führt tendenziell zu einer Erhöhung der medizinischen Leistungen und zu einer Reduktion des Anreizes zur Standardisierung der Leistungen	
	Kantonale Autonomie	Die Kantone sind bei der Ausgestaltung innerhalb der übergeordneten Standards bzw. innerhalb der Programmvereinbarung autonom.	+
	Sicherheit für die Kantone	Die Programmvereinbarungen geben den Kantonen einen stabilen und berechenbaren Rahmen für die Gestaltung ihrer Angebote.	+
	Konnexität	Aufgabenkompetenz und Ausgabenverantwortung stimmen grundsätzlich überein.	+
		1c: die individuelle Komponente der Fallpauschale Abgeltung unterminiert Konnexität (Entscheid über Ressourcenallokation bei IFI-Anbieter/Kanton, Abgeltung durch IV).	0
	Weiterentwicklung	Einerseits gibt die pauschale Abgeltung den Zentren weniger finanziellen Spielraum bei der Weiterentwicklung der Therapien. Andererseits erleichtert die klare Aufgabenteilung Bund/Kantone die individuelle Weiterentwicklung/Innovation der Angebote. Die individuellen Programmvereinbarungen ermöglichen weiterhin Unterschiede bei den IFI-Angeboten.	+
	Interkantonale Zusammenarbeit	Die interkantonale Zusammenarbeit ist mit diesem Modell grundsätzlich möglich.	+
	Aufwand im Vollzug	Die klare Rollenteilung und die alleinige kantonale Zuständigkeit für die operative Umsetzung vereinfachen den Vollzug.	+
		1c: Das leistungsabhängige Element erhöht den administrativen Aufwand für die Abrechnung mit der IV, weil die IV jährlich die individuellen Vollkosten erheben und abrechnen muss.	-
	Zeit für Umsetzung	Die auf Bundesebene nötige Gesetzesanpassung wird einige Zeit beanspruchen. Variante 1 enthält zwar Elemente des Pilotversuchs, geht aber betreffend Vorgaben der IV weiter und ist diesbezüglich verbindlicher. Anpassungsbedarf besteht v.a. für jene Zentren, die die Standards bis jetzt nicht eingehalten haben.	-
Rechtlich	Respektierung Aufgabenteilung Bund-Kantone	Die NFA-Aufgabenteilung wird im Grundsatz zwar respektiert, kann im Einzelfall aber davon abweichen, weil die IV je nach Zentrum mehr oder weniger als die med.-therapeutischen Leistungen entschädigt.	0
		1c: eher positiv, weil med.-therap. Leistungen berücksichtigt werden.	+

Aspekte	Kriterien	Bewertung	Score
	Normendichte	Wegen der klaren Rollenteilung und der alleinigen kantonalen Zuständigkeit für die operative Umsetzung sind weniger parallele Regelungen notwendig. 1c: eher negativ, weil die leistungsabhängige Komponente zusätzlichen Regelungsbedarf nach sich zieht.	+ 0
	Gesetzlicher Anpassungsbedarf auf Bundesebene	Die Finanzierung via Programmvereinbarung und Fallpauschalen muss im IVG verankert werden.	-
	Gesetzlicher Anpassungsbedarf bei Kantonen	Eine Mehrheit der Kantone verfügt bereits über eine gesetzliche Grundlage für die IFI. Anpassungen auf Verordnungsebene dürften bei allen Kantonen nötig werden.	0
	Interkantonaler Regelungsbedarf	Die Kantone können die Zusammenarbeit bilateral regeln. Idealerweise würde die Empfehlungen zur IVSE angepasst.	0

Tabelle 6: Bewertung Variante 1 «NFA-Verbundaufgabe»

8 Variante 2: «Überlappende Zuständigkeiten»

8.1 Beschrieb

Eckwerte Gestaltungselemente:

- Empfänger: Objektfinanzierung (A1)
- Orientierung an effektiver Behandlungsleistung gem. Normkosten (B2)
- Aufgabenkompetenzen Bund & Kantone: Paritätisch (C2)
- Ausgabenverantwortung Bund & Kantone: Kostenaufteilung nach Disziplinen (D1)

Variante 2 orientiert sich strikt an der Aufgabenzuteilung gemäss NFA. Der Bund ist für die medizinisch-therapeutischen Leistungen zuständig, die Kantone für die pädagogisch-therapeutischen Leistungen.

Die IV gilt den IFI-Anbietern die entsprechenden medizinisch-therapeutischen Leistungen spezifisch ab, entweder über die Abgeltung der effektiven, nachgewiesenen Kosten oder über (ggf. bereits anderweitig angewendete) Tarife pro Leistungseinheit. Die IFI-Anbieter stellen ihre medizinisch-therapeutischen Leistungen direkt der IV in Rechnung. Der Bund definiert die Vorgaben für seine Unterstützung einheitlich für alle IFI-Anbieter.

Die Kantone finanzieren die IFI-Anbieter parallel zur IV. Für die Kantone entsteht der Anreiz, dass die IFI mit möglichst hohem Anteil an medizinisch-therapeutischen Leistungen erbracht wird, da sich so ihre Kosten senken lassen. Eine Herausforderung kann die Abgrenzung von medizinisch-therapeutisch und pädagogisch-therapeutisch sein – zum Beispiel kann dieselbe Therapieleistung von einer heilpädagogischen FrüherzieherIn oder einer Pflegefachperson mit derselben fachspezifischen Weiterbildung erbracht werden.

Die Zuständigkeiten und Ausgabenverantwortung folgt somit einer disziplinären «Spartenlogik». Die strikte Umsetzung der Aufgabenteilung ist bei den IFI paradoxerweise nur mit einer engen Verflechtung möglich. Sämtliche Aufgaben müssen von Bund und Kantonen wahrgenommen werden – entweder parallel oder gemeinsam. Denn die Zielgruppen – die betroffenen Kinder bzw. ihre Familien und die Leistungserbringer – beziehen gemäss IFI-Konzept zwangsläufig Finanz- und Steuerungsleistungen von Bund und Kantonen.

8.2 Ausgestaltung und Umsetzung

Die Umsetzung dieser Variante orientiert sich – *ausser der Finanzierung* – weitgehend am status quo im Rahmen des Pilotversuchs. Die IV leistet ihre Beiträge direkt an die IFI-Anbieter.

Basis dafür ist die Anerkennung der Leistungserbringer durch die IV. Dafür müssen diese Voraussetzungen erfüllen, welche die IV vorgibt (analog Art. 7 V BSV). Diese Voraussetzungen können gegenüber jenen im Pilotversuch aufgrund der IFI-Standards angepasst bzw. ergänzt werden. Mit den von der IV anerkannten Leistungserbringern schliesst die IV «Vereinbarungen über die Durchführung der intensiven Frühinterventionen» ab (analog Art. 8 V BSV).

Der Gegenstand der Vereinbarung orientiert sich weitgehend an den bestehenden Vereinbarungen mit IFI-Anbietern:⁸⁰ Sie enthält den sachlichen und zeitlichen Geltungsbereich, die gesetzlichen Grundlagen sowie die Voraussetzungen zur Durchführung von IFI und die strukturellen und personellen Voraussetzungen. Sie regelt das Qualitätsmanagement, die Anforderungen an die Frühinterventionsmethode, die Pflichten des IFI-Anbieters sowie die Abgeltung.

Anders als im Pilotversuch erfolgt die Finanzierung durch die IV nicht mehr in Form von Fallpauschalen, sondern sie orientiert sich an den medizinisch-therapeutischen Leistungen, die der jeweilige IFI-Anbieter erbringt auf der Basis von Normkosten.

Die Abrechnung kann fallspezifisch erfolgen (d.h. Abrechnung auf der Basis der individuell geleisteten medizinisch-therapeutischen Stunde für jedes behandelte Kind) oder über sämtliche während einer Periode erbrachten Leistungen für alle Fälle.

Die Finanzierung der IFI-Anbieter durch die Kantone erfolgt parallel zu jener der IV. D.h. sie schliessen ebenfalls eine Leistungsvereinbarung mit dem Anbieter ab und regeln darin Leistung und Vergütung (vgl. dazu auch Ziff. 7.2.3).

Die Koordination der Finanzierung durch IV und die Kantone ist in diesem Modell im Gegensatz zu Variante 1 nicht institutionalisiert und vor allem nicht individualisiert. Bei der Festlegung der Voraussetzungen für die Anerkennung von IFI-Anbietern durch die IV können (und sollen) die Kantone zwar konsultiert werden, sie müssen aber letztlich allgemeingültig festgelegt werden. Die Kantone werden sich bei ihren individuellen Vorgaben in den Leistungsvereinbarungen weitgehend an den IV-Vorgaben orientieren müssen, da sie sonst Gefahr laufen, von Bundesseite keine finanzielle Unterstützung zu erhalten. Die IV wird – wie schon im Pilotversuch – ihre finanzielle Unterstützung davon abhängig machen, ob der IFI-Anbieter nachhaltig finanziert ist. Zumindest indirekt setzt das in der Regel eine kantonale Co-Finanzierung voraus.

Die Umsetzung der Vereinbarungen zwischen IFI-Anbietern und IV bzw. Kantone erfolgt ebenfalls parallel und unabhängig. Das heisst die Leistungserbringer rechnen gleichzeitig mit zwei Stellen ab und erstatten Bericht über die vollzogenen Leistungen.

⁸⁰ Vgl. BSV (undatiert)

8.3 Gesetzlicher Regelungsbedarf

Im Gegensatz zur Variante 1 besteht hier für das IVG kein Anpassungsbedarf: Die Kompetenzordnung Bund und Kantone wird respektiert und die Steuerung und Finanzierung der IFI-Anbieter erfolgt mit dem gewohnten Instrumentarium von IV bzw. BSV. Innerhalb dieses Rahmens können die Vorgaben der IV auf Verordnungsstufe geregelt werden.

In Bezug auf die gesetzlichen Grundlagen bei den Kantonen kann hier auf Ziff. 7.3.2 verwiesen werden. Die Umsetzung von Variante 2 ist in der Einführung bezüglich Regelungsbedarf für die Kantone weniger aufwändig als Variante 1, da sie keine Vereinbarung mit der IV abschliessen müssen.

Um dem Bedürfnis der Kantone nach interkantonaler Zusammenarbeit nachzukommen, ist auch bei dieser Variante eine Anpassung der IVSE angezeigt (vgl. 7.3.3).

8.4 Bewertung

In der nachstehenden Tabelle wird die Modellvariante 1 gemäss den oben aufgeführten Kriterien bewertet:

Hinweis zum «Score»: + = positiv, 0 = neutral, – = negativ, ? = keine Einschätzung möglich

Aspekte	Kriterien	Bewertung	Score
Ökonomisch	Leistungsabdeckung	Die parallele Finanzierung der IFI-Angebote durch IV und Kantone macht das System schwerfällig und dürfte bei der Etablierung neuer Angebote eher hinderlich sein. Da die Koordination zwischen den beiden Staatsebenen nicht institutionalisiert ist und die Abgeltung des Bundes leistungsorientiert ist, wird die Entwicklung zur Wirkungsorientierung gehemmt.	–
	Effizienz	Ein effizienter Mitteleinsatz wird durch den finanziellen Anreiz, die medizinisch-therapeutischen Leistungen auszubauen, beeinträchtigt.	–
	Kantonale Autonomie	Kantone sind zwar in Bezug auf die pädagogischen Massnahmen autonom; die interdisziplinäre Gestaltung der Angebote muss aber immer gemeinsam mit der IV erfolgen. Dazu fehlt der institutionelle Rahmen	–
	Sicherheit für die Kantone	Da sich die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen an den Disziplinen orientiert, fehlt es in der Tendenz an einer übergeordneten IFI-Vorgabe.	–
	Konnexität	Aufgabenkompetenz und Ausgabenverantwortung stimmen grundsätzlich überein.	+
	Weiterentwicklung	Die Orientierung an den effektiven Kosten gibt den Zentren mehr Gestaltungsspielraum (Einsatz von Methoden, die teurer, aber wirksamer sind).	0

Aspekte	Kriterien	Bewertung	Score
		Umgekehrt dürfte die Schwerfälligkeit des Systems bei der Weiterentwicklung/Innovation der Angebote eher hinderlich sein. Anreize könnten Entwicklung effizienter pädagogischer Angebote erschweren. Entwicklung zur Wirkungsorientierung der Finanzierung ist nicht vorgesehen.	
	Interkantonale Zusammenarbeit	Interkantonale Zusammenarbeit ist mit diesem Modell grundsätzlich möglich.	+
	Aufwand im Vollzug	Verflechtung führt zu hohen Abstimmungskosten und Parallelstrukturen; Vollzug für Abwicklung der Abgeltung effektiver Kosten ist aufwendig (individuelle Leistungsprüfung nötig).	-
	Zeit für Umsetzung	Institutionell orientiert sich das Modell am status quo (Pilotversuch).	+
Rechtlich	Respektierung Aufgabenteilung Bund-Kantone	Die NFA-Aufgabenteilung wird vollumfänglich respektiert	+
	Normendichte	Die Verflechtung hat eine hohe Regulierungsdichte zur Folge.	-
	Gesetzlicher Anpassungsbedarf auf Bundesebene	Wegen der strikten Orientierung an der aktuellen Zuständigkeit besteht auf Bundesebene kein Anpassungsbedarf.	+
	Gesetzlicher Anpassungsbedarf bei Kantonen	Eine Mehrheit der Kantone verfügt bereits über eine gesetzliche Grundlage für die IFI.	0
	Interkantonaler Regelungsbedarf	Die IVSE muss (implizit oder explizit) angepasst und von allen Vereinbarungskantonen ratifiziert werden.	-

Tabelle 7: Bewertung Variante 2 «Überlappende Zuständigkeiten»

9 Würdigung und Empfehlung

Ziel des Projekts war die Entwicklung von Finanzierungsmodellen für IFI-Angebote durch Bund/IV und Kantone, welche die seit der NFA geltende Kompetenzordnung Bund/Kantone respektiert und die Verbreitung und Weiterentwicklung der IFI im föderalistischen Labor ermöglicht und begünstigt. Im Kern geht es dabei um das Austarieren von zwei widersprüchlichen Kernelementen: *Gemeinsame* Finanzierung der IFI vs. *geteilte* Kompetenzen für die IFI. Auf der Basis einer systematischen Auslegeordnung wurden zwei Finanzierungsmodelle vertieft. Beide Modelle respektieren die Autonomie der Kantone: Sie entscheiden darüber, ob die Behandlung von Kindern mit Autismus-Spektrum-Störung im Rahmen eines IFI-Angebots oder mit «klassischen» Methoden erfolgt.

Modellvariante 1

Die Modellvariante 1 gewichtet die gemeinsame Finanzierung stärker als die Aufgabenteilung: Die IFI wird als (neue) Verbundaufgabe von Bund und Kantonen betrachtet – im Zentrum steht die IFI als Programm und nicht die beiden Teildisziplinen, aus denen dieses besteht. Entsprechend wird die IFI in diesem Modell mit dem NFA-Instrumentarium der Programmvereinbarung von Bund und Kanton gemeinsam gesteuert und gemeinsam finanziert, wobei beiden Ebenen eine klare Rolle zugewiesen wird: Der Bund steuert auf strategischer Ebene und leistet seinen finanziellen Beitrag via Fallpauschalen. Die Kantone setzen die IFI-Programme in diesem Rahmen um (i.d.R. durch einen Leistungserbringer).

Dieses Instrumentarium ist im Bereich der sozialen Sicherheit ein Novum und impliziert einen Kulturwandel: Der Bund bestellt und bezahlt eine *Wirkung*, der Vollzug – *wie* die Wirkung erzielt wird – liegt in der Autonomie der einzelnen Kantone. In anderen staatlichen Aufgabenfeldern ist dieses Instrument aber schon seit 2008 erfolgreich im Einsatz. Man kann auf einen reichen Erfahrungsschatz zurückgreifen.

Dieses Modell gewährt den Kantonen Autonomie bei der Gestaltung ihrer IFI-Angebote im Rahmen der Programmvereinbarung und bei der Verwendung der Bundesmittel. Das Modell institutionalisiert und strukturiert die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen mit einer klaren Rollenteilung. Das Modell ermöglicht Flexibilität bei der Berücksichtigung von kantonalen Unterschieden bei der Leistungserbringung, und es erleichtert die koordinierte Weiterentwicklung der Steuerung der IFI-Angebote in Richtung wirkungsorientierter Steuerung.

Die erstmalige Umsetzung ist mit grossem Aufwand verbunden (und auf Bundesebene ist eine Anpassung des Gesetzes nötig). Im *courant normal* ist der Vollzugsaufwand dann aber geringer, weil keine parallelen Strukturen zwischen Bund/Kanton und den IFI-Anbietern bestehen.

Bei der Finanzierung durch die IV via Fallpauschale ist eine Berücksichtigung der individuellen Kosten eines IFI-Anbieters möglich (Untervariante 1c), der entsprechende Anteil darf aber nicht zu gross sein, weil sonst Fehlanreize entstehen und letztlich die Logik der programmorientierten Subventionspolitik unterwandert wird.

Modellvariante 2

Modellvariante 2 verbleibt in der Entflechtungslogik der NFA. Sie ist nur insofern ein Co-Finanzierungsmodell, als dass Bund und Kantone bei den IFI-Leistungen je für ihren Zuständigkeitsbereich die Finanzierung sicherstellen. Eine Zusammenarbeit der beiden Staatsebenen findet nicht institutionalisiert statt. Für die Weiterentwicklung der IFI als interdisziplinäres Programm ist dies nicht förderlich, und die aus Qualitätsgründen anzustrebende Standardisierung des Angebots ist in diesem System schwieriger.

Modellvariante 2 setzt bei der Umsetzung am Status quo des Pilotversuchs an. Eine Fortführung der Fallpauschale ist aber nicht angezeigt: Zum einen fehlt dafür die gesetzliche Grundlage auf Bundesebene, vor allem aber wäre die Fallpauschale nicht in eine programmorientierte Subventionspolitik eingebettet und stünde damit im Widerspruch zu den Abgeltungsgrundsätzen der IV. Die Abgeltung des Bundes muss sich in diesem Modell daher fast zwangsläufig an den effektiven Leistungen eines individuellen IFI-Anbieters orientieren. Damit besteht aber von Seiten der Leistungserbringer der Fehlanreiz, die Leistungen der IV für medizinisch-therapeutische Massnahmen zu maximieren, was zu Lasten der Wirksamkeit der IFI gehen kann.

Die Umsetzung von Modellvariante 2 ist rasch und ohne grossen Initialaufwand, insbesondere ohne Gesetzesanpassung möglich, führt aber zu Parallelstrukturen und ist im Vollzug aufwendig.

Empfehlung

In der Gesamtbetrachtung, v.a. aber aus ökonomischer Sicht und im Interesse der Wirksamkeit der IFI als ganzheitliches interdisziplinäres Programm ist Variante 1 zu favorisieren. Das ist die mehrheitliche Meinung der Begleitgruppe und der Autoren des Berichts.

Besonderes Gewicht in dieser Gesamtbeurteilung erhielten die ungünstigen Anreizstrukturen der Variante 2 bei der Weiterentwicklung der IFI: Es entsteht Druck in Richtung mehr medizinisch-therapeutischer Leistungen, unabhängig von der Qualität und Wirkung der IFI-Therapie. Zudem ist es schwierig eine Standardisierung voranzutreiben, und der Variante fehlt es an Hebeln für eine längerfristige koordinierte Weiterentwicklung des gesamtschweizerischen Angebots.

Empfehlungen unabhängig von der Modellwahl

Unabhängig von der Modellwahl sind parallel zur Etablierung eines neuen Finanzierungsmodells folgende Punkte wichtig für die Weiterentwicklung der IFI in der Schweiz:

- Die IVSE sollte auf die IFI ausgeweitet werden. Vor allem für kleinere Kantone wird es auch in Zukunft wirtschaftlich nicht sinnvoll sein, eigene IFI-Angebote aufzubauen, und mit der vermehrten Zusammenarbeit zwischen den Kantonen können Skaleneffekte realisiert werden. Ein wichtiger Katalysator bei dieser Entwicklung sind einheitliche Standards für den interkantonalen Leistungsaustausch und die Abgeltung.
- In beiden Finanzierungsmodellen braucht es in den Kantonen, die noch kein IFI-Angebot haben Promotoren, die den Anstoss geben, ein solches aufzubauen.
- Die Wirkungs-/Outcome-Messung muss weiterentwickelt werden. Dies erhöht die politische Akzeptanz der noch jungen Therapieform und erleichtert langfristig auch die finanzielle Steuerung. Die Einführung eines Verlaufsregisters gemäss IFI-Standard 8 ist vor diesem Hintergrund ein unabdingbarer erster Schritt, der die Grundlage für eine einheitliche und wissenschaftlich fundierte Wirkungsmessung ermöglicht.
- Das Finanzierungsmodell muss dynamisch ausgestaltet werden und im Zeitverlauf an neue Entwicklungen und Erkenntnisse angepasst werden können. In Variante 1 ist dies systemimmanent (vierjährige Programmvereinbarung). Bei Variante 2 müsste es durch eine Befristung der IV-Beiträge und regelmässige Neukalibrierung aufgrund laufender Entwicklungen sichergestellt werden.
- Wichtig für die Entwicklung der IFI ist eine regelmässige und möglichst institutionalisierte Koordination zwischen den Akteuren (IV, Kantone und IFI-Anbieter). Eine wichtige Rolle können dabei auch die involvierten Fachdirektorenkonferenzen spielen (EDK, GDK und SODK). Insbesondere auch bei der Einführung des neuen Modells ist eine solche Drehscheibe für die Kantone von Bedeutung, beispielsweise beim Aufsetzen der Programmvereinbarungen und der Anpassung der gesetzlichen Grundlagen. Bei letzterem können die detaillierten Ergebnisse der durchgeführten Umfrage bei den Kantonen eine Hilfe sein.
- Neben der Finanzierung der IFI-Angebote wird ein weiteres Schlüsselement die Verfügbarkeit von qualifiziertem bzw. speziell ausgebildetem Personal sein. Auch hier ist die Koordination zwischen Bund, Kantonen und IFI-Anbietern eminent wichtig. Die Finanzierung von entsprechenden Spezialausbildungen ist aber nicht Gegenstand des IFI-Finanzierungsmodells, sondern muss in den etablierten schweizerischen Bildungsstrukturen erfolgen.

Die IFI steht in der Schweiz noch am Anfang der Entwicklung. Die Regelung der Finanzierung zwischen Bund und Kantonen allein garantiert nicht, dass die Wirksamkeit der IFI bei allen Leistungserbringern verbessert wird. Für die politische Akzeptanz und die Bereitschaft zur nachhaltigen Finanzierung eines neuen Angebots wird aber vor allem dies von grosser Bedeutung sein.

10 Quellenverzeichnis

10.1 Erlasse

10.1.1 Bund

Bundesgesetz über Finanzhilfen und Abgeltungen (Subventionsgesetz, SuG) vom 5. Oktober 1990 (Stand am 1. Januar 2022), SR 616.1

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 (Stand am 1. Januar 2022), SR 831.20.

Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 (Stand am 1. Januar 2022), SR 831.201.

Verordnung des EDI über Geburtsgebrechen (GgV-EDI) vom 3. November 2021, SR 831.232.211.

Verordnung des BSV über den Pilotversuch «Intensive Frühintervention bei Kindern mit frühkindlichem Autismus» vom 17. Oktober 2018, SR 831.201.74.

10.1.2 Kantone

Interkantonale Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE) vom 13. Dezember 2002 (letzte Revision vom 23.11.2018)

Interkantonale Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Sonderpädagogik vom 25. Oktober 2007

10.2 Literatur

ARBEITSGRUPPE IFI (2019), *Intensive Frühintervention für Kinder mit frühkindlichem Autismus (IFI), Projekt IFI, Phase 1, Bericht der AG zu Wirkungszielen und Standardprozessen zuhanden BSV, EDK, GDK und SODK*, Bern, 8. November 2019.

ARBEITSGRUPPE IFI (2021), *Intensive Frühintervention für Kinder mit frühkindlichem Autismus (IFI), Projekt IFI, Phase 2, Bericht der AG zu den Kosten von IFI zuhanden BSV, EDK, GDK und SODK*, Bern, 19. Februar 2021.

BUNDESAMT FÜR SOZIALVERSICHERUNGEN, BSV (2018), *Erläuterungen zur Verordnung des BSV vom 17. Oktober 2018 über den Pilotversuch «Intensive Frühintervention bei Kindern mit frühkindlichem Autismus»*.

BUNDESAMT FÜR SOZIALVERSICHERUNGEN, BSV (undatiert), *Vereinbarung zwischen BSV und Autismuszentrum betreffend Durchführung der intensiven Frühintervention bei Kindern mit frühkindlichem Autismus gemäss Artikel 8 der Verordnung des BSV über den Pilotversuch «Intensive Frühintervention bei Kindern mit frühkindlichem Autismus»*, Bern.

BUNDESAMT FÜR UMWELT, BAFU (2018), *Handbuch Programmvereinbarungen im Umweltbereich 2020-2024: Mitteilung des BAFU als Vollzugsbehörde an Gesuchsteller*, Bern.

BUNDESRAT (2001), *Botschaft zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 14. November 2001*, «erste NFA-Botschaft», (01.074).

BUNDESRAT (2005), *Botschaft zur Ausführungsgesetzgebung zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 7. September 2005*, «zweite NFA-Botschaft», (05.070).

BUNDESRAT (2018), *Bericht Autismus-Spektrum-Störungen, Massnahmen für die Verbesserung der Diagnostik, Behandlung und Begleitung von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen in der Schweiz*, Bern: 17. Oktober 2018.

LIESEN, Christian, Beate KRIEGER & Heidrun BECKER (2019), *Evaluation der Wirksamkeit der intensiven Frühinterventionsmethoden bei frühkindlichem Autismus*, Bericht im Rahmen des dritten mehrjährigen Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP3-IV), Forschungsbericht Nr. 9/18, Zürich, ZHAW, März 2019.

MISCHLER, Peter & Walter MOSER (2011), «Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA)», in: Lienhard, Andreas (Hrsg.), *Finanzrecht*, Bern: Helbing Licherhahn, S. 257-341.

EIDG. FINANZDEPARTEMENT, EFD & KONFERENZ DER KANTONSREGIERUNGEN, KdK (2004a), *Neue Zusammenarbeits- und Finanzierungsformen Bund – Kantone*, NFA Faktenblatt 10.

EIDG. FINANZDEPARTEMENT, EFD & KONFERENZ DER KANTONSREGIERUNGEN, KdK (2004b), *Sonderschulung*, NFA Faktenblatt 16.

EIDG. FINANZKONTROLLE, EFK (2017), *Hinweis für den Umgang mit Subventionen*.

EIDG. FINANZVERWALTUNG, EFV (2019), *Leitsätze und Instrumente der Ausgabenpolitik*.

KANTON ZUG (2011), *Mustervertrag für Leistungsvereinbarungen des Kantons Zug mit privaten Dritten betreffend die Übertragung öffentlicher Aufgaben des Kantons*, Ausgabe Juni 2011.

KONFERENZ DER KANTONALEN SOZIALDIREKTORINNEN UND SOZIALDIREKTOREN, SODK (2015), *5. Interpretationshilfe der SKV IVSE vom 6. Juli 2015: IVSE-Unterstellungen von Eltern-Kind-Einrichtungen und Autismus-Zentren.*

KONFERENZ DER KANTONALEN SOZIALDIREKTORINNEN UND SOZIALDIREKTOREN, SODK (2008), *Kommentar zur Interkantonalen Vereinbarung für soziale Einrichtungen (IVSE).*

STIFTUNG SCHWEIZER ZENTRUM FÜR HEIL- UND SONDERPÄDAGOGIK, SZH (2021), *Kantonsumfrage Sommer 2021, Intensive Frühinterventionen (IFI) bei Autismus Spektrum Störung (ASS).*

11 Anhang

Mitglieder der Begleitgruppe

Vertreterin und Vertreter des BSV:

- Serge Brelaz
- Martin Gebauer
- Maryka Laamir
- Frederic Widmer

Vertreterin und Vertreter kantonaler Fachdirektorenkonferenzen:

- Romain Lanners, SZH als EDK-Fachagentur
- Silvia Marti, GDK
- Thomas Schuler, SODK

Vertreterinnen und Vertreter der Kantone

- Barbara Baumann, BE (Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion, Alters- und Behindertenamt)
- Claudia Gabi, ZH (Gesundheitsdirektion)
- Pauline Mollard, FR (Direction de la formation et des affaires culturelles, Service de l'enseignement spécialisé et des mesures d'aide)
- Myriam Ziegler, ZH (Bildungsdirektion, Volksschulamt)