

Bundesamt für Sozialversicherung

**Kreisschreiben  
über die Gebrechens- und Leistungsstatistik  
(KS GLS)**

Gültig ab 1. Januar 2005

Vertrieb:  
BBL, Verkauf Bundespublikationen, CH-3003 Bern  
[www.bbl.admin.ch/bundespublikationen](http://www.bbl.admin.ch/bundespublikationen)

318.108.03 d



## Inhaltsverzeichnis

Definitionen und Abkürzungen.....	5
A. Definitionen .....	5
B. Abkürzungen .....	6
1. Zweck.....	9
2. Anwendungsbereich.....	9
3. Statistikbereiche .....	9
3.1 Anmeldungen.....	9
3.1.1 Melderhythmus, Meldung an die ZAS.....	10
3.1.2 Definition der Daten .....	10
3.1.2.1 Anmeldung.....	10
3.1.2.2 Datum des Eingangs .....	10
3.1.2.3 Versicherung.....	11
3.1.2.4 Formular .....	11
3.1.2.5 Erstmalige Anmeldung.....	11
3.1.2.6 ALV-Taggeldbezug .....	12
3.2 Verfügungen/Mitteilungen für individuelle Massnahmen..	12
3.2.1 Melderhythmus, Meldung an die ZAS.....	13
3.2.2 Codierung des Gebrechens, Funktionsausfalls und der Leistung .....	13
3.2.3 Gebrechenscode.....	14
3.2.3.1 Grundsätzliches .....	14
3.2.3.2 Bestimmung des Gebrechenscodizes .....	15
3.2.4 Funktionsausfallcode .....	15
3.2.5 Leistungscode.....	15
3.2.6 Bestimmung des Leistungscodizes.....	17
3.2.6.1 Medizinische Massnahmen.....	17
3.2.6.2 Massnahmen beruflicher Art.....	17
3.2.6.3 Massnahmen für die besondere Schulung	19
3.2.6.4 Hilfsmittel der IV.....	20
3.2.6.5 Hilfsmittel der AHV.....	20
3.2.6.6 Daten zur Rechnung.....	21
3.2.7 Verfahren .....	21
3.2.7.1 Allgemeines .....	21
3.2.8 Verfügungen/Mitteilungen betreffend Abklä- rungsmassnahmen .....	21

3.2.9	Hilflosenentschädigungen und Intensivpflegezuschläge für Minderjährige .....	22
3.3	Beschlüsse betreffend Renten und Hilflosenentschädigungen für Volljährige .....	22
3.3.1	Mitteilungen eines Beschlusses betreffend Renten oder Hilflosenentschädigungen für Volljährige an die ZAS .....	22
3.3.2	Melderhythmus, Meldung an die ZAS .....	23
3.3.3	Definition der Daten .....	23
3.3.4	Verfügungen über Renten und Hilflosenentschädigungen für Volljährige .....	24
3.4	Ablehnungen und Abschluss des Verfahrens .....	24
3.4.1	Melderhythmus, Meldung an die ZAS .....	24
3.4.2	Definition der Daten .....	24
3.4.3	Anderer Abschluss des Verfahrens .....	25
3.4.4	Mehrfache Ablehnungen .....	25
3.5	Branchen/Tätigkeiten .....	25
3.5.1	Melderhythmus, Meldung an die ZAS .....	26
3.5.2	Definition der Daten .....	26
4.	Meldung der Daten an die ZAS .....	27
4.1	Melderhythmus .....	27
4.2	Meldung an die ZAS .....	27
4.3	Verarbeitung von Rückmeldungen der ZAS .....	28
5.	Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen .....	28
6.	Anhang .....	29

## **Definitionen und Abkürzungen**

### **A. Definitionen**

Leistung: Oberbegriff sowohl für Geldleistungen als auch für alle Massnahmen der IV und der AHV im Sinne von Sachleistungen.

Code: Wird konsequent im Sinne von Schlüsselzahl verwendet.  
Codieren: schlüsseln

Das KS GLS gilt für folgende Bereiche:

- Anmeldungen (IVV Art. 65)
- Abklärung der Verhältnisse (IVV Art. 69–73<sup>bis</sup>)
- Festsetzung der Leistungen (IVV Art. 74–76)

Die Nummern in Klammern (z. B. 318.411) verweisen auf Publikationen und Formulare der IV/AHV, die über das BBL zu beziehen sind.

**B. Abkürzungen**

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
BBL	Bundesamt für Bauten und Logistik
BEFAS	Berufliche Abklärungsstellen der IV
GgV	Verordnung über Geburtsgebrechen
HE	Hilflosenentschädigung
HVA	Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Altersversicherung
HVI	Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung
KS GLS	Kreisschreiben über die Gebrechens- und Leistungsstatistik (318.108.03)
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
IV-Stelle	Invalidenversicherungs-Stelle
IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung
MEDAS	Medizinische Abklärungsstellen der IV
Rz	Randziffer

ZAS      Zentrale Ausgleichsstelle

318.000    Bestellnummern des BBL



## 1. Zweck

- 1 Das KS GLS regelt die Erhebung von Daten, die zur Aufsicht über die Versicherung im Rahmen der IV und der AHV benötigt werden. Grundlage bilden die Art. 76 und 77 ATSG, Art. 72 AHVG, Art. 64 IVG und Art. 92<sup>bis</sup> IVV.

## 2. Anwendungsbereich

- 2 Die nachstehenden Weisungen sind anwendbar auf zugesprochene bzw. abgelehnte Leistungen in den Bereichen:
  - Anmeldungen betreffend Leistungen der IV/AHV
  - Verfügungen/Mitteilungen betreffend Eingliederungsmassnahmen der IV
  - Verfügungen/Mitteilungen an Versicherte betreffend Hilfsmittel der AHV
  - Verfügungen/Mitteilungen an Versicherte betreffend Abklärungsmassnahmen
  - Mitteilungen des Beschlusses betreffend Invalidenrente und Hilflosenentschädigung der IV
  - Mitteilung des Beschlusses betreffend Hilflosenentschädigung der AHV
  - Ablehnungen von Leistungen

## 3. Statistikbereiche

### 3.1 Anmeldungen

- 3 Die Daten werden in Form von Codizes bei der Registrierung der Anmeldung vergeben.
- 4 Im Bereich der Anmeldungen sind folgende Daten zu melden:
  - Code der zuständigen IV-Stelle
  - Elfstellige Versichertennummer
  - Anmeldedatum
  - Wohnort der versicherten Person
    - Inland = Postleitzahl
    - Ausland = Schlüsselzahl gemäss Staatenverzeichnis

- Versicherung
- Formular
- Erstmalige Anmeldung
- ALV-Taggelder bezogen (letzte 3 Jahre)

### **3.1.1 Melderhythmus, Meldung an die ZAS**

- 5 Die Meldungen erfolgen gemäss Rz 77 ff.

### **3.1.2 Definition der Daten**

#### **3.1.2.1 Anmeldung**

- 6 Eine Anmeldung liegt dann vor, wenn eines der Formulare „Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen für Versicherte vor dem 20. Altersjahr (318.532)“, „Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen für Erwachsene (318.531)“, „Anmeldung und Fragebogen für eine Hilflosenentschädigung der IV oder AHV (318.267)“, „Anmeldung für Hilfsmittel-Leistungen der AHV (318.410)“ bzw. „Anmeldung zur Übernahme der Mietkosten für einen Rollstuhl der AHV (318.411)“ bei der IV-Stelle eingereicht wird. Weiter ist die Mitteilung einer Person, die bereits früher eines der obenstehenden Formulare ausgefüllt hat, als „weitere Anmeldung“ zu erfassen. Bei schriftlichem Eingang des Nachtragsbegehrens ist das Anmeldedatum gemäss Rz 7 zu setzen. Bei anderem Eingang (z.B. telefonisch) ist der Eingang in den Akten zu vermerken und das Datum sinngemäss anzugeben.

#### **3.1.2.2 Datum des Eingangs**

- 7 Die IV-Stellen melden das Datum des Eingangs des Formulars.
- 8 Das Datum der Einreichung eines formlosen Schreibens oder eines unrichtigen Formulars gilt als Anmeldedatum, sofern die Nachfrist eingehalten wird.

### 3.1.2.3 Versicherung

- 9 Aufgrund der Versichertennummer ist es nicht möglich, Anmeldungen von Personen über 99 Jahren und von Kleinkindern zu unterscheiden. Deshalb ist die Versicherung anzugeben (AHV oder IV).

### 3.1.2.4 Formular

- 10 Hier wird die Angabe verlangt, welches der Formulare eingereicht wurde:
- „Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen für Versicherte vor dem 20. Altersjahr (318.532)“
  - „Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen für Erwachsene (318.531)“
  - „Anmeldung und Fragebogen für eine Hilflosenentschädigung der IV oder AHV (318.267)“
  - „Anmeldung für Hilfsmittel-Leistungen der AHV (318.410)“
  - „Anmeldung zur Übernahme der Mietkosten für einen Rollstuhl der AHV (318.411)“

### 3.1.2.5 Erstmalige Anmeldung

- 11 Die Frage nach einer erstmaligen Anmeldung wird in folgenden Fällen mit „Ja“ beantwortet:
- „Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen für Versicherte vor dem 20. Altersjahr (318.532)“: Feld 4.1 im Formular mit „Nein“ beantwortet und keine Vorakten in der IV-Stelle.
  - „Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen für Erwachsene (318.531)“: Feld 4.6.1 im Formular mit „Nein“ beantwortet und keine Vorakten in der IV-Stelle.
  - „Anmeldung Hilfsmittel-Leistungen der AHV (318.410)“: Feld 4 im Formular beantwortet, Feld 5 leer und keine Vorakten in der IV-Stelle.
  - „Anmeldung zur Übernahme der Mietkosten für einen Rollstuhl der AHV (318.411)“: Feld 2 im Formular mit „Nein“ beantwortet und keine Vorakten in der IV-Stelle.

- „Anmeldung und Fragebogen für eine Hilflosenentschädigung der IV oder AHV (318.267)“ AHV: Feld 1.3.2 mit „Nein“ beantwortet und keine Vorakten in der IV-Stelle.  
IV: Feld 1.4.1 mit „Nein“ beantwortet und keine Vorakten in der IV-Stelle.

- 12 Kantonale IV-Stellen, denen Grenzgängerinnen und Grenzgänger von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland zugewiesen werden, die gemäss Rz 11 noch keine IV-Leistungen bezogen haben, melden diese Fälle mit Code 2.

### **3.1.2.6 ALV-Taggeldbezug**

- 13 Der Taggeldbezug ist nur anzugeben, wenn der Antrag mit dem Formular „Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen für Erwachsene (318.531)“ gestellt wird. Weist das Feld 6.7 des Anmeldeformulars einen Taggeldbezug innerhalb der letzten drei Jahre vor der Anmeldung aus, ist die Arbeitslosigkeit anzugeben. Im Zweifelsfalle ist diese Angabe speziell zu überprüfen.
- 14 Wenn sowohl Perioden von voller und teilweiser Arbeitslosigkeit aufgeführt sind, ist Vollzeitarbeitslosigkeit anzugeben (Code 2).

### **3.2 Verfügungen/Mitteilungen für individuelle Massnahmen**

- 15 Die Daten werden in Form von Codizes bei der Ausfertigung der Verfügungen/Mitteilungen vergeben.
- 16 Im Bereich Verfügung/Mitteilung sind folgende Angaben zu melden:
- Code der zuständigen IV-Stelle
  - Verfügungsnummer
  - Elfstellige Versichertennummer
  - Datum der Verfügung/Mitteilung
  - Datum der Anmeldung

- Wohnort der versicherten Person  
Inland = Postleitzahl  
Ausland = Schlüsselzahl gemäss Staatenverzeichnis
- Nummer der Leistungen oder des Leistungserbringers
- Visum Sachbearbeitung IV-Stelle
- Gebrechenscode
- Funktionsausfallcode
- Leistungscode
- Leistung gemäss Tarif (wenn bekannt)
- NIF des Leistungserbringers (wenn bekannt)
- Gültig ab
- Gültig bis (wenn voraussehbar)
- Höchstgrenze
- Code der Gültigkeit in Bezug auf die Leistung
- Status der Verfügung

### **3.2.1 Melderhythmus, Meldung an die ZAS**

- 17 Die Meldungen erfolgen gemäss Rz 77 ff.

### **3.2.2 Codierung des Gebrechens, Funktionsausfalls und der Leistung**

- 18 Es werden die folgenden Angaben codiert:
- Die Art des Gebrechens mit einem dreistelligen Gebrechenscode (GGG)
  - die Art des Funktionsausfalls mit einem zweistelligen Funktionsausfallcode (FF)
  - die zugesprochene Leistung mit einem dreistelligen Leistungscode (LLL).
- 19 Es werden folgende Codizes vergeben:
- Verfügungen/Mitteilungen betreffend Eingliederungsmassnahmen der IV: Alle drei Codizes.
  - Verfügungen/Mitteilungen an Versicherte betreffend Hilfsmittel der AHV
  - bei erstmaliger Abgabe im AHV-Rentenalter: Nur Leistungscode.

- bei Abgabe gemäss Besitzstandsgarantie (Art. 4 HVA): Alle drei Codizes.
- Verfügungen/Mitteilungen betreffend Abklärungsmassnahmen: In der Regel nur Leistungscode. Wenn bei der Zusage der Massnahme bekannt ist, welches Gebrechen und welcher Funktionsausfall vorliegt: Alle drei Codizes.

### **3.2.3 Gebrechenscode**

#### **3.2.3.1 Grundsätzliches**

- 20 Die Liste der Gebrechenscodizes enthält in ihrem ersten Abschnitt die Codizes der Geburtsgebrechen, im zweiten diejenigen der Krankheiten und Unfälle.
- 21 Die Codizes 101 bis 499 für die Geburtsgebrechen sind identisch mit den Ziffern der Liste der Geburtsgebrechen gemäss Art. 1 Abs. 2 GgV.
- 22 Die Codizes 501–599 sind für angeborene Leiden reserviert, die nicht in der GgV enthalten sind. Sie können jedoch zur Codierung von Verfügungen/Mitteilungen für die Sonderschulung, für berufliche Massnahmen, Hilfsmittel oder für Renten und Hilflosenentschädigungen notwendig sein.
- 23 Es ist zu beachten, dass die Anwendung der Codizes für Geburtsgebrechen nicht auf Versicherte unter 20 Jahren beschränkt ist (siehe Rz 26).
- 24 Die Aufzählung der „Krankheiten und Unfälle“ im zweiten Abschnitt ist abschliessend. Bei jedem Gebrechen muss unterschieden werden, ob es krankheits- oder unfallbedingt entstanden ist. Deshalb enthält die Aufzählung eine Doppelkolonne von Codizes, wobei bewusst jedes Gebrechen mit zwei Codizes versehen wurde, obwohl gewisse Leiden nicht oder nur sehr selten unfallbedingt auftreten können.

### **3.2.3.2 Bestimmung des Gebrechenscodizes**

- 25 Jede Verfügung/Mitteilung muss den Code jenes Gebrechens enthalten, das für die Zusprechung der jeweiligen Leistung entscheidend ist.
- 26 Die Codizes für Geburtsgebrechen sind auch für Erwachsene anzuwenden, die als Versicherte unter 20 Jahren für die entsprechenden Gebrechen Leistungen der IV erhalten haben. Wird jedoch eine Leistung für ein Geburtsgebrechen, das in der GgV enthalten ist, erstmals einem Erwachsenen zugesprochen, so ist immer ein Code aus dem 2. Abschnitt der Liste der Gebrechenscodizes (Krankheiten und Unfälle) zu wählen. Beispiele zur richtigen Bestimmung der Codizes siehe im Anhang.

### **3.2.4 Funktionsausfallcode**

- 27 Es ist möglich, dass bei einer Leistung keine Funktionsstörung vorliegt (häufig bei der Behandlung von Geburtsgebrechen). In diesen Fällen ist der Code 00 zu wählen. Beispiele zur richtigen Bestimmung der Codizes siehe im Anhang.

### **3.2.5 Leistungscode**

- 28 Der Code der Grundleistung schliesst allfällige akzessorische Leistungen ein. Werden letztere separat verfügt, so sind sie gleich zu codieren wie die Grundleistung, zu der sie gehören. Dies gilt insbesondere für
- Reise-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten im Zusammenhang mit Eingliederungsmassnahmen (siehe aber Rz 29)
  - Reparatur- und evtl. Mietkosten für Hilfsmittel
  - Kosten für den Betrieb und den Unterhalt von Hilfsmitteln (Art. 7 Abs. 3 HVI)
  - Zubehör und Anpassungen bei Hilfsmitteln
  - Gebrauchstraining für Hilfsmittel (Art. 7 Abs. 1 HVI)

- Kosten für die Haltung eines Blindenführhundes (Art. 7 Abs. 4 HVI)
- 29 Nicht als akzessorische, sondern als eigenständige Leistungen gelten:
- Transportkosten (Taxi, Privatauto, öffentliches Verkehrsmittel) sowie Kostgeldbeitrag für den Besuch der Volksschule (651–652);
  - Transportkosten für die Überwindung des Arbeitsweges (Code 009 = Dienstleistungen Dritter.) Stellen diese Kosten jedoch im Zusammenhang mit einer erstmaligen Ausbildung einen Bestandteil der notwendigen Ausbildungskosten dar, so sind sie mit dem Code der Ausbildungsart (401–440) zu versehen.
- 30 Wird für die Anordnung von Abklärungsmassnahmen eine Verfügung/Mitteilung an die versicherte Person verwendet, so ist diese mit Code 299 zu versehen. Als Abklärungsmassnahmen gelten insbesondere:
- Abklärungen im Zusammenhang mit der Abgabe eines Hilfsmittels
- 31 Ausnahmen von Rz 30:
- MEDAS-Aufenthalte Code 290
  - BEFAS-Aufenthalte Code 295
  - Abklärungen im Zusammenhang mit der Berufsberatung Code 400 (s. Rz 35)
  - Die medizinischen Abklärungsmassnahmen (Arzt/Ärztinnenbericht), die ohne Verfügung/Mitteilung an die versicherte Person erfolgen, sind der ZAS mit einer Verfügung mit Leistungscode 299 zu melden.
- 31.1 Wenn für die IV-Stelle feststeht, dass MEDAS- oder BEFAS-Abklärungen durchgeführt werden müssen, ist sofort zu verfügen, auch wenn noch kein Termin feststeht.
- 31.2 Bei MEDAS- und BEFAS-Abklärungen sind immer Gebrechens- und Funktionsausfallcode anzugeben.

### **3.2.6 Bestimmung des Leistungscodizes**

#### **3.2.6.1 Medizinische Massnahmen**

- 32 Bei allen Leistungen, die auf der Grundlage von Art. 11, 12, 13 und 14 IVG bewilligt werden, ist der Code 300 einzusetzen. Dazu gehören neben den ärztlichen Verrichtungen insbesondere auch
- medikamentöse und diätetische pharmazeutische Spezialitäten und Diätmittel (inkl. Pauschalbeiträge)
  - Physio-, Ergo- und Psychotherapie
  - Sehschulung (Behandlung durch Occlusion, pleoptische und orthoptische Behandlung)
  - Logopädie/Orthophonie in Berufsbildung
  - Psychomotorische Therapie für Versicherte unter 20 Jahren, die an einem Gebrechen der Ziffern 381, 384, 386, 387, 390, 401 oder 404 GgV leiden
  - Behandlungsgeräte
- 33 Ausnahmen von Rz 32:
- Das Cochlea-Implantat ist mit Code 330 zu codieren.
- 34 Die in Art. 21 Abs. 1 IVG erwähnten Hilfsmittel Zahnprothesen und Schuheinlagen sind bei Abgabe an Versicherte unter 20 Jahren als Behandlungsgeräte mit Code 300, bei Erwachsenen jedoch als Hilfsmittel mit dem entsprechenden Code gemäss Liste zu versehen.

#### **3.2.6.2 Massnahmen beruflicher Art**

- 35 Abklärungen und Schnupperlehren im Rahmen der Berufsberatung mit externem Leistungserbringer mit dem Ziel, Eingliederungsmöglichkeiten (z.B. Berufsrichtung, Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit, Einschränkungen) einer eingliederungsfähigen versicherten Person aufzuzeigen, sind mit 400 zu codieren. Abklärungen mit dem Ziel, die Eingliederungsfähigkeit festzustellen, sind jedoch mit 299 zu codieren.

- 36 Die Massnahmen für erstmalige berufliche Ausbildung oder Umschulung sind gemäss der in Aussicht genommenen Bildungsstufe zu codieren (siehe Rz 37–41), ausgenommen wenn es sich um die Vorbereitung auf eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstätte (440 oder 490), oder um die Wiedereinschulung in den gleichen Beruf (500) handelt.
- 37 Höhere Ausbildung (Code 401 oder 451)
- Universitäten und andere Hoch- und Fachschulen
  - Schulen und Ausbildungsstätten, die eine abgeschlossene Mittelschule oder eine Berufslehre voraussetzen und auf einen höheren Abschluss, wie z. B. Meisterprüfung, Eidg. Buchhalterdiplom, höhere kaufmännische Abschlüsse wie HFW, Sozialarbeiterin und -arbeiter usw. vorbereiten.
- 38 Mittelschulen (Code 402 oder 452)
- Maturitätsschulen
  - Diplommittelschulen
- 39 Berufslehre und gleichgestellte Ausbildung (Code 410 oder 460)
- Alle eidgenössisch oder kantonal anerkannten Berufslehren, einschliesslich Lehrlingsausbildungen der Swisscom, Post, SBB und der SWISS.
  - Vollzeitliche Berufsausbildungen in privaten oder öffentlichen Schulen und Ausbildungsinstituten wie z.B. Handelsschulen, paramedizinische und soziale Berufsschulen (Laborant/in, Arzt- und Zahnarztgehilfin, Krankenschwester und -pfleger, Masseur/Masseuse u.ä.), landwirtschaftliche Schulen usw.
- 40 Anlehre gemäss Berufsbildungsgesetz (Code 420 oder 470) eidgenössisch oder kantonal anerkannte Anlehren.
- 41 Übrige (Code 430 oder 480)  
Alle Ausbildungen, für die nicht die Rz 37–40 angewendet werden können.
- 41.1 Bei Kapitalhilfen ist Code 510 zu setzen. Für selbstamortisierende Darlehen Code 010: vgl. Rz 48.1.

- 41.2 Wenn IV-Stellen-intern eine Berufsberatung verfügt/mitgeteilt wird, so ist Code 530 zu setzen.
- 41.3 Bei der Gewährung eines Taggeldes während der Einarbeitungszeit (Art. 20 IVV) ist Code 540 zu setzen. Das wurde früher teilweise falsch mit 480 „übrige Umschulung“ codiert.
- 41.4 Bei Arbeitsvermittlung ist Code 550 zu setzen.

### **3.2.6.3 Massnahmen für die besondere Schulung**

- 42 Mit 600 werden sämtliche Leistungen nach Art. 8–8<sup>quater</sup> IVV codiert und zwar unabhängig davon, ob diese von der Sonderschule selbst oder durch Drittpersonen/-stellen durchgeführt werden und unabhängig davon, ob diese mit einer einzigen oder mit mehreren Verfügungen zugesprochen werden. Es betrifft dies also den eigentlichen Sonderschulunterricht und die zusätzlich zu diesem notwendige auswärtige Unterkunft und Verpflegung, Massnahmen pädagogisch-therapeutischer Art, Transporte von und zur Sonderschule. Nicht unter diesen Code fallen zusätzlich zum Sonderschulunterricht gewährte Massnahmen medizinischer Art. Diese sind immer mit 300 zu codieren.
- 43 Mit 610, 620 oder 630 sind jene Massnahmen zu codieren, die bei versicherten Personen durchgeführt werden, die keine Sonderschule besuchen und zwar ab Geburt bis Ende der obligatorischen Schulzeit. Werden diese Massnahmen nach dem obligatorischen Schulbesuch durchgeführt, sind sie mit 300 zu codieren, da es sich um Massnahmen nach Art. 13 resp. 12 IVG handelt (s. Rz 14–17 KS über die Behandlung von Sprachgebrechen in der IV). Ebenfalls mit 300 sind medizinische Massnahmen (wie Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, psychomotorische Therapie) zur Unterstützung der Sprachheilbehandlung zu codieren (s. Rz 13 KS über die Behandlung von Sprachgebrechen in der IV).
- 44 Mit 640 sind nur Heilpädagogische Früherziehungsmassnahmen zu codieren. Legasthenietherapie, Sprachheilbehand-

lung und Hörtraining / Ableseunterricht im vorschulpflichtigen Alter sind mit 610 resp. 620 resp. 630 zu codieren.

- 45 Die Codizes 651 und 652 sind nur zu verwenden, wenn der Schulunterricht nicht in einer Sonderschule besucht wird.

#### **3.2.6.4 Hilfsmittel der IV**

- 46 Die Codizes der IV-Hilfsmittel sind von den Ziffern im Anhang HVI abgeleitet.
- 47 Amortisationsbeiträge an Hilfsmittel, die Versicherte selbst angeschafft haben, werden wie das entsprechende Hilfsmittel codiert.
- 48 Der Code 070 wird nur verwendet, falls bei der Beschlussfassung noch nicht entschieden ist, ob Brillen oder Kontaktlinsen nötig sind.
- 48.1 Selbstatmortisierende Darlehen anstelle eines Hilfsmittels sind mit Code 010 zu codieren.

#### **3.2.6.5 Hilfsmittel der AHV**

- 49 Bei erstmaliger Abgabe im AHV-Alter ist der entsprechende Leistungscode der AHV zu verwenden.
- 50 Bei Besitzstandsfällen von ehemaligen IV-Versicherten gemäss Art. 4 HVA sind sowohl für Gebrechen und Funktionsausfall wie auch für die Leistung diejenigen Codizes zu verwenden, die dem seinerzeitigen Anspruch gegenüber der IV entsprechen.
- 51 Für die von der AHV mietweise abgegebenen Rollstühle ist der Code 791 vorgesehen. Beispiele zur richtigen Bestimmung der Codizes siehe im Anhang.

### 3.2.6.6 Daten zur Rechnung

- 52 Die Rechnungstellernummer NIF der ZAS für die/den Leistungserbringerin/Leistungserbringer ist anzugeben, wenn bekannt.
- 53 Ist zum Zeitpunkt der Verfügung klar, was eine Massnahme kostet, so ist der Betrag in der Verfügung anzugeben.
- 54 Die Definition der weiteren Angaben erfolgt durch die ZAS.

### 3.2.7 Verfahren

#### 3.2.7.1 Allgemeines

- 55 Die IV-Stelle ist für die Codierung verantwortlich.
- 56 Bei teilweiser Änderung eines früheren Beschlusses durch Erweiterung der Leistung oder Verlängerung der Geltungsdauer ist die entsprechende Verfügung/Mitteilung wie bei einem erstmaligen Erlass zu codieren.
- 57 Jede Verfügung/Mitteilung für individuelle Massnahmen erhält eine eindeutige 14-stellige Nummer:  
 IIIJJJNNNNNNP  
 III Nummer der IV-Stelle.  
 JJJJ Jahr der Verfügung/Mitteilung  
 NNNNNN Fortlaufende Nummerierung der Verfügung / Mitteilung  
 P Prüziffer
- 58 Die Prüziffer wird gemäss Definition der ZAS berechnet.

### 3.2.8 Verfügungen/Mitteilungen betreffend Abklärungsmassnahmen

- 59 Wenn bei der Zusprache der Abklärungsmassnahme bekannt ist, welches Gebrechen und welcher Funktionsausfall vor-

liegt, werden diese codiert. Wenn die Angaben nicht bekannt sind, wird nur der Leistungscode eingesetzt.

### **3.2.9 Hilflosenentschädigungen und Intensivpflegezuschläge für Minderjährige**

- 59.1 Hilflosenentschädigung und Intensivpflegezuschläge für Minderjährige sind als individuelle Massnahmen zu codieren.
- 59.2 Beim Zusammenfallen von Hilflosenentschädigung und Intensivpflegezuschlag ist mit einem speziellen, hierfür vorgesehenen Code zu verfügen.

### **3.3 Beschlüsse betreffend Renten und Hilflosenentschädigungen für Volljährige**

#### **3.3.1 Mitteilungen eines Beschlusses betreffend Renten oder Hilflosenentschädigungen für Volljährige an die ZAS**

- 60 Die Daten über Renten und Hilflosenentschädigungen für Volljährige werden in Form von Codizes bei der Ausfertigung des Beschlusses vergeben.
- 61 Im Bereich des Beschlusses betreffend Renten oder Hilflosenentschädigungen für Volljährige werden folgende Codizes vergeben:
- Code der zuständigen IV-Stelle
  - Elfstellige Versichertennummer
  - Datum des Beschlusses
  - Datum der Anmeldung
  - Wohnort der versicherten Person
    - Inland = Postleitzahl
    - Ausland = Schlüsselzahl gemäss Staatenverzeichnis
  - Gebrechenscode
  - Funktionsausfallcode
  - Revisionscode
  - IV-Grad

- Hilflosigkeitsgrad
- Invaliditätsbemessung
- Beitragsart
- Monat und Jahr des Anspruchsbeginns
- Monat und Jahr des Anspruchsbeginns der ersten Rente bzw. der ersten Hilflosenentschädigung
- Zuständige Ausgleichskasse
- Zweigstelle

### **3.3.2 Melderhythmus, Meldung an die ZAS**

62 Die Meldungen erfolgen gemäss Rz 77 ff.

### **3.3.3 Definition der Daten**

63 Für die Vergabe der Gebrechens- und Funktionsausfallcodizes gelten Rz 20 ff.

64 Der IV-Grad ist in ganzen Prozenten anzugeben.

65 Bei jeder Mitteilung des Rentenbeschlusses an die AK erfolgt die Meldung des Anspruchsbeginns der ersten Rente.

66 Bei jeder Mitteilung des HE-Beschlusses an die AK erfolgt die Meldung des Anspruchsbeginns der ersten HE.

67 Allfällige Unterbrechungen des Renten- bzw. HE-Bezuges spielen keine Rolle. Auch bei einer Unterbrechung des Rentenbezugs von über 3 Jahren (IVV 29<sup>bis</sup>) ist das Datum des ersten Bezugs anzugeben.

67.1 Beitragsart: Es ist diejenige Beitragsart anzugeben, die vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens massgebend war.

67.2 Invaliditätsbemessung und Beitragsart sind nur bei Rentenbeschlüssen anzugeben.

### **3.3.4 Verfügungen über Renten und Hilflosenentschädigungen für Volljährige**

- 68 Für die Meldungen an das zentrale Rentenregister gilt die Wegleitung über die Renten (RWL 318.104.01). Die Ausgleichskassen entnehmen die Angaben betreffend Invalidität und Hilflosigkeit der Beschlussesmitteilung der IV-Stelle.

### **3.4 Ablehnungen und Abschluss des Verfahrens**

- 69 Die Daten der Ablehnungen werden in Form von Codizes bei der Ausfertigung der Verfügung bzw. des Beschlusses vergeben.
- 70 Es sind folgende Angaben zu melden:
- Code der zuständigen IV-Stelle
  - Elfstellige Versichertennummer
  - Datum der Verfügung
  - Datum der Anmeldung
  - Wohnort der versicherten Person
    - Inland = Postleitzahl
    - Ausland = Schlüsselzahl gemäss Staatenverzeichnis
  - Ablehnungscode

#### **3.4.1 Melderhythmus, Meldung an die ZAS**

- 71 Die Meldungen erfolgen gemäss Rz 77 ff.

#### **3.4.2 Definition der Daten**

- 72 Eine Ablehnung liegt dann vor, wenn eine ablehnende Verfügung erlassen wird.
- 73 Eine Ablehnung liegt nicht vor, wenn mittels Verfügung/Mitteilung eine teilweise Zusprechung des Begehrens erfolgte und keine ablehnende Verfügung erlassen wird. Eine ablehnende Verfügung darf nur dann erlassen werden, wenn die versi-

cherte Person die abgelehnte Leistung ausdrücklich beantragt hat. Beispiel: Wenn eine halbe Rente zugesprochen wird, darf die ganze Rente nur dann abgelehnt werden, wenn die versicherte Person ausdrücklich eine ganze Rente verlangt hat.

- 74 Ablehnungen im Bereich der AHV (HE und der Hilfsmittel) sind sinngemäss zu codieren.

### **3.4.3 Anderer Abschluss des Verfahrens**

- 74.1 Bei einem Rückzug des Gesuchs durch die versicherte Person ist Code 18 zu setzen.
- 74.2 Bei einer Übergabe eines Dossiers an eine andere IV-Stelle ist Code 25 zu setzen.
- 74.3 Kann ein offenes Dossier nicht mit Verfügung/Mitteilung oder Beschluss abgeschlossen werden, so kann es mit Code 30 abgeschlossen werden. Dieser Code wurde auf Wunsch der EDV geschaffen, damit z. B. alte Fälle abgeschlossen werden können. Es versteht sich von selbst, dass dieser Code nur sehr zurückhaltend verwendet werden soll.

### **3.4.4 Mehrfache Ablehnungen**

- 75 Gibt es mehrere Ablehnungscodizes, so sind diese in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit anzugeben.

### **3.5 Branchen/Tätigkeiten**

- 74 Die Daten Branchen/Tätigkeiten werden in Form von Codizes parallel zur Ausfertigung der Verfügung bzw. des Beschlusses vergeben.
- 75.2 Es sind folgende Angaben zu melden:  
– Code der zuständigen IV-Stelle

- Elfstellige Versichertennummer
- Datum der Anmeldung
- Wohnort der versicherten Person
  - Inland = Postleitzahl
  - Ausland = Schlüsselzahl gemäss Staatenverzeichnis
- Branche
- Funktion
- Ausgeübter Beruf
- Höchste abgeschlossene Ausbildung

### **3.5.1 Melderhythmus, Meldung an die ZAS**

75.3 Die Meldungen erfolgen gemäss Rz 77 ff.

### **3.5.2 Definition der Daten**

- 75.4 Bei erstmaligen Zusprachen bzw. Ablehnungen von Renten und bei der Zusprache von beruflichen Massnahmen sind Branchen/Tätigkeiten zu erfassen.
- 75.5 Die Angaben werden nur für Personen erhoben, die bei ihrer Invalidierung einen Wohnsitz in der Schweiz haben oder als GrenzgängerInnen in der Schweiz versichert sind.
- 75.6 Als Branche wird die Branche des letzten Arbeitgebers in den drei letzten Jahren vor der Anmeldung codiert. Mit anderen Worten: Bei mehreren Arbeitgebern wird die Branche des letzten Arbeitgebers codiert; falls die letzte ausgeübte Tätigkeit mehr als 3 Jahre her ist, wird „Private Haushalte“ codiert.
- 75.7 Als Funktion wird die Funktion beim letzten Arbeitgeber in den drei letzten Jahren vor der Anmeldung codiert. Mit anderen Worten: Bei mehreren Arbeitgebern wird die Funktion beim letzten Arbeitgeber codiert ; falls die letzte ausgeübte Tätigkeit mehr als 3 Jahre her ist, wird „Private Haushalte“ codiert.

- 75.8 Als ausgeübter Beruf wird der ausgeübte Beruf beim letzten Arbeitgeber in den drei letzten Jahren vor der Anmeldung codiert. Mit anderen Worten: Bei mehreren Arbeitgebern wird der beim letzten Arbeitgeber ausgeübte Beruf codiert; falls die letzte ausgeübte Tätigkeit mehr als 3 Jahre her ist, wird „Private Haushalte“ codiert.
- 75.9 Wenn eine versicherte Person bei der letzten Erwerbstätigkeit verschiedene Arbeitgeber hatte, so sind die Angaben für die Branche/Tätigkeit zu codieren, in der die versicherte Person das höchste Einkommen erzielt hat.
- 75.10 Bei Ausbildungen im Ausland ist analog den schweizerischen Ausbildungen zu codieren.

#### **4. Meldung der Daten an die ZAS**

- 76 Die „Codizes zur Gebrechens- und Leistungsstatistik“ (318.108.04) und die „Technischen Weisungen für den Datenaustausch mit der ZAS im EDV-Verfahren“ (318.106.04) erscheinen als Separatdrucke und bilden einen integrierenden Bestandteil des KS GLS.

##### **4.1 Melderhythmus**

- 77 Die Meldungen erfolgen täglich.

##### **4.2 Meldung an die ZAS**

- 78 Die Daten sind der ZAS im Rahmen der „Technischen Weisungen für den Datenaustausch mit der ZAS im EDV-Verfahren“ (318.106.04) zu melden.
- 79 Die der ZAS im Rahmen der „Technischen Weisungen für den Datenaustausch mit der ZAS im EDV-Verfahren“ übermittelten Angaben sind während mindestens achtzehn Monaten so abzusichern, dass die Meldungen wenn nötig wie-

derholt werden können (Verlust oder Beschädigung des Datenträgers, Fehlmanipulationen usw.).

#### **4.3 Verarbeitung von Rückmeldungen der ZAS**

- 80 Die ZAS plausibilisiert die Daten beim Eingang.
- 81 Weisen die mit einem Datenträger übermittelten Angaben Fehler auf, so meldet die ZAS den Fall auf einer Fehlerliste an die zuständige IV-Stelle.
- 82 Die IV-Stelle stellt den Fehler in ihren Unterlagen richtig und meldet die Korrektur im Rahmen der „Technischen Weisungen für den Datenaustausch mit der ZAS im EDV-Verfahren“ (318.106.04) an die ZAS.

#### **5. Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen**

- 83 Das geänderte KS GLS tritt am 1. Januar 2005 in Kraft. Es ist auf alle in diesem Zeitpunkt hängigen Geschäfte in den IV-Stellen anwendbar.

## 6. Anhang

Nachstehend wird die Codierung anhand von Beispielen erläutert. Es empfiehlt sich, die aufgeführten Codizes mit den Codelisten zu vergleichen.

1. Ein Kind wird unmittelbar nach der Geburt wegen einer lumbalen Myelomeningocele (Ziff. 381 GgV) der IV gemeldet. Die Missbildung muss operiert werden. Genaue Angaben über Funktionsausfälle liegen nicht vor bzw. können nicht gemacht werden. Die IV-Stelle spricht medizinische Massnahmen zu mit 381 + 00.300. Im Alter von zwei Jahren wird bei diesem Kind ein Hydrocephalus operiert. Angaben über Funktionsausfälle sind nur unbestimmt gemacht worden. Die IV-Stelle bewilligt wieder medizinische Massnahmen mit 386 + 00.300.  
 Mit drei Jahren werden Beiträge für hilflose Minderjährige zugesprochen, wofür die Myelomeningocele ausschlaggebend war: 381 + 91.660. Mit sechs Jahren werden Beinapparate abgegeben unter 381 + 03.011.  
 Wegen der Lähmungen und einer Oligophrenie mit Verhaltensstörungen müssen Beiträge in einer Sonderschule für geisteschwache Jugendliche bewilligt werden mit 386 + 91.600.  
 Bei späterer Zusprechung von Rente und Hilflosenentschädigung wäre kein Leistungscode zu setzen. Für das Gebrechen müsste 381 oder 386 gewählt werden, je nachdem, ob die Myelomeningocele oder der Hydrocephalus dazu geführt hätte. Für den Funktionsausfall wäre sicher 91 richtig.
  
2. Ein Kind wird wegen eines Kryptorchismus gemeldet. Die Medizinische Massnahme (Operation) werden mit 355 + 00.300 zugesprochen.  
 Zwei Jahre später stellt der Arzt einen Hydrocephalus congenitus fest, der operiert werden muss, wofür medizinische Massnahmen mit 386 + 00.300 zugesprochen werden.  
 Als Folge des Hydrocephalus tritt ein schweres Schielen auf, das zu operieren ist. Die Schielbehandlung wird unter Angabe von 386 + 28. 300 bewilligt.  
 Später erfolgt Sonderschulung (386 + 91. 600), und nachfolgend ist die erstmalige berufliche Ausbildung in Form einer Anlehre unter 386 + 91. 420 zuzusprechen. Ein ausserdem abgegebener

Rollstuhl wird mit 386 + 03.091 codiert. Später würden Rente und Hilflosenentschädigung mit 386 + 91 zugesprochen.

3. Einer erwachsenen Person wird eine Arthrodeese bei Coxarthrose bewilligt mit Angabe von 732 + 03.300.

Später werden Krückstöcke unter 732 + 03.121 abgegeben. Die gleichen Gebrechens- und Funktionsausfallcodizes würden für alle weiteren in Betracht kommenden Massnahmen gebraucht, solange einzig die Gehbehinderung wegen der Coxarthrose Anlass dazu gäbe.

Tritt postoperativ eine massive Lungenembolie auf, die die IV nach Artikel 11 IVG behandeln müsste, wäre die Abgabe eines Beatmungsapparates als Behandlungsgerät unter 693 + 70.300 möglich.

Im AHV-Alter erhält sie einen Beitrag an ein Hinterohrgerät. Die entsprechende Mitteilung wird nur mit dem Leistungscode 757 versehen.

4. Die IV-Stelle spricht einer erwachsenen Person medizinische Massnahmen für eine Starbehandlung mit 661 + 28.300 zu. Die Behandlung von Komplikationen nach Artikel 11 IVG (z.B. sekundäres Glaucom, Netzhautablösung) wäre mit gleicher Codierung zu übernehmen, hingegen wäre für die Abgabe von Brillen oder Kontaktlinsen die Codierung 661 + 28.071 bzw. 661 + 28.072 richtig (siehe Rz 48).

Wäre sie als Jugendlicher wegen einer Cataracta cong. operiert worden, so hätte 419 + 28.300 codiert werden müssen (Rz 34).

Der Gebrechenscode 419 müsste in diesem Falle auch nach dem zwanzigsten Altersjahr beibehalten werden (Rz 23).

5. Einer erwachsenen Person, die als Kind Massnahmen der IV für eine Muskeldystrophie (z.B. GgV 184) erhalten hat, werden auch als volljährige die in Betracht kommenden Massnahmen unter Angabe von Code 184 für das Gebrechen bewilligt (Rz 23). Der Code für den Funktionsausfall richtet sich nach der zugesprochenen Massnahme, z.B. 184 + 03.091 bei Abgabe eines normalen Rollstuhls, jedoch 184 + 04.092 wenn es sich um einen Elektrorollstuhl handelt.

Wird die gleiche Muskeldystrophie erst im Erwachsenenalter er-

kannt, so ist für das Gebrechen Code 738 zu setzen, die anderen Codizes bleiben gleich.

6. Die IV behandelt den angeborenen Diabetes mellitus (GgV 451) eines Kindes. Alle entsprechenden Massnahmen werden lebenslang mit Gebrechenscode 451 bewilligt.  
Für die Funktionsausfälle ist, solange die medikamentöse Behandlung der Stoffwechselstörung im Vordergrund steht, 00 anzugeben; wird eine Cataracta diabetica operiert, ist Code 22 richtig. Wird ein Bein amputiert, ist die Prothese mit Code 451 + 03.011 zuzusprechen. Ein Rentenbeschluss würde 81 für den Funktionsausfall rechtfertigen.  
Wäre der Diabetes nach der 4. Lebenswoche manifest geworden, wäre immer Gebrechenscode 623 einzusetzen und die Funktionsausfälle wären wie beim Geburtsgebrehen zu codieren.
7. Einer Person mit Paraplegie werden medizinische Massnahmen, soweit sie zu Lasten der IV gehen, nach Artikel 12 mit 856 + 01.300 zugesprochen. Anschliessend wird sie unter Angabe von 856 + 01.480 auf eine kaufmännische Hilfstätigkeit umgeschult; Amortisationsbeiträge an ein Auto werden mit 856 + 01.104 codiert. Änderungen an diesem Auto fallen unter 856 + 01.105.  
Eine Hilflosenentschädigung wäre mit Codizes 856 + 01 (ohne Leistungscode) zuzusprechen, solange die Paraplegie als überwiegende Ursache der Invalidität angesehen werden muss. Eine Rente wegen terminaler Niereninsuffizienz wäre mit 911 + 72 zuzusprechen.
8. Für die Kollagenosen gibt es keinen Gebrechenscode. Liegen ausschliesslich oder überwiegend Gelenkveränderungen vor, so ist 731 für das Gebrechen richtig. Der Funktionsausfallcode ist nach der jeweiligen Leistung der IV auszuwählen, z.B. bei einer Synovektomie der Fingergelenke 02.300, für einen Rentenbeschluss 08, für einen Rollstuhl 03.091.  
Äussert sich die Kollagenose in der Form des Chauffard-Ramon-Still-Syndroms mit überwiegender Erkrankung der Augen, ist für das Gebrechen 661, für die Funktion 22 zu wählen.  
Eine Sklerodermie wird mit 721 für das Gebrechen codiert. Der Funktionsausfallcode richtet sich nach der gewährten IV-Leis-

tung; in der Regel ist es eine Rente, für die 81 richtig wäre. Ein Rollstuhl wäre mit 731 + 03.091 und ein Elektrorollstuhl mit 731 + 04.092 zuzusprechen.

Der Lupus erythematodes visceralis müsste nach seiner Lokalisation beurteilt werden. Bei cardialer Lokalisation wäre für das Gebrechen 682 einzusetzen, für die Periarteriitis nodosa generalisata 684. Die Funktionsausfallcodizes müssten, wie immer, auf die entsprechende IV-Leistung ausgerichtet werden.

9. Eine durch Unfall erblindete Person wird von der IV auf Physiotherapie umgeschult, die entsprechende Verfügung/Mitteilung mit 861 + 21.460 codiert. Sie kann eine rentenausschliessende Tätigkeit ausüben.

Bei einem erneuten Verkehrsunfall zieht sie sich eine Wirbelfraktur mit konsekutiver hoher Paraplegie zu. Die medizinischen Massnahmen, soweit sie zu Lasten der IV gehen, erhalten die Codizes 938 + 01.300.

Später zeigt sich, dass sie nicht weiterarbeiten kann. Die Rente würde mit 938 + 01 zugesprochen.