



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der IV (KSME)

Gültig ab 1. Januar 2022

Stand: 1. Januar 2025

318.507.06 d KSME

01/25

Vorwort

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in diesem Dokument nur die männliche Schreibweise verwendet. Alle Berufsbezeichnungen sind sowohl in der männlichen als auch in der weiblichen Form zu verstehen.

Per 1. Januar 2025 angepasste, ergänzte oder neue Randziffern:

Rz.	Begründung
104.2	Präzisierung
195.1	Präzisierung
278.1	Präzisierung
282.2	Präzisierung
292	Korrektur
322.1	Neu
352.1	Präzisierung
404.7	Gestrichen
462.2	Anpassung
465 – 465.1	Präzisierung
494.6	Präzisierung
1017	Präzisierung
1027	Milchpumpe
1040.1	Neu

1040.3	Gestrichen
1040.5.2	Angepasst
1205.1 – 1205.2	Präzisierung
1218.1	Neu (Mollii Suit)
1222.1	Präzisierung
Anhang 1	Gestrichen und Verweis auf Link

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	10
1. Teil.....	14
Der Anspruch auf medizinische Massnahmen der IV bei Geburtsgebrechen nach Art. 13 IVG	14
1. Kapitel.....	14
Der Anspruch auf medizinische Massnahmen gemäss Art. 3 ATSG; Art. 13 IVG.....	14
1.1 Begriff und Grundsatz	14
1.2 Abgrenzung.....	16
1.3 Beginn und Dauer des Anspruchs.....	18
1.4 Koordination mit der Krankenversicherung.....	20
1.5 Ärztliche Kontrollen	20
1.6 Sonderfälle.....	21
1.7 Kinderspitex-Leistungen nach Art. 13 IVG in Verbindung mit Art. 14 Abs. 1 Bst. b IVG.....	22
1.8 Änderungen in der GgV-EDI.....	34
2. Kapitel	35
Besonderheiten einzelner Geburtsgebrechen.....	35
2.2 Skelett.....	36
2.3 Gelenke, Muskeln und Sehnen	41
2.4 Gesicht.....	44
2.5 Lungen.....	52
2.6 Luftwege	57
2.7 Speiseröhre, Magen und Darm	57
2.8 Leber, Gallenwege und Pankreas	59
2.9 Bauchwand	59
2.10 Herz, Gefäss- und Lymphsystem	59
2.11 Milz, Blut und reticuloendotheliales System.....	60
2.12 Urogenitalsystem	63

2.13	Zentrales, peripheres und autonomes Nervensystem	66
2.14	Psychische Erkrankungen und schwere Entwicklungsrückstände	77
2.15	Sinnesorgane	82
2.16	Stoffwechsel und endokrine Organe.....	86
2.16	Fehlbildungen, bei denen mehrere Organsysteme betroffen sind	91
2.17	Weitere Gebrechen	93
2.	Teil.....	97
	Medizinische Massnahmen zur Eingliederung nach Art. 12 IVG	97
1.	Kapitel.....	97
	Die Leistungsvoraussetzungen.....	97
1.1	Grundsatz	97
1.2	Fortsetzung der medizinischen Eingliederungsmassnahmen bis zum vollendeten 25 Altersjahres (Art. 12 Abs. 2 IVG)	98
1.3	Anspruchsvoraussetzung	100
1.3.1	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Massnahmen.....	101
1.3.2	Schulfähigkeit, Erstausbildung, Erwerbstätigkeit bei Art. 12 IVG.....	101
1.3.3	Art, Dauer und Umfang der Leistung	102
1.4	Korrektur stabiler Defektzustände oder Funktionsausfälle	102
1.4.1	Allgemeines	102
1.4.2	Der sachliche Zusammenhang mit der Krankheits- oder Unfallbehandlung	103
1.4.3	Vorbeugende Eingliederungsmassnahmen	105
1.5	Zeitliche Abgrenzung gegenüber der Behandlung des Leidens an sich	106
1.5.1	Beginn der medizinischen Eingliederung.....	106
1.5.1.2	Infolge einer Krankheits- oder Unfall-behandlung.....	106
1.5.1.3	Beginn des Anspruchs bei Lähmungen im Besonderen	107
1.5.1.4	Bei nicht stabilisierten Zuständen.....	107

1.5.2	Dauer der medizinischen Eingliederung	108
1.5.2.1	Die Dauer der Eingliederungsmassnahmen bei Lähmungen und anderen motorischen Funktionsausfällen	108
1.6	Gesamtheit von Massnahmen mit überwiegendem Eingliederungscharakter.....	109
1.7	Behandlung von Unfallfolgen und von Berufskrankheiten gemäss UVG obligatorisch versicherter Personen	110
1.8	Leistungsumfang im Rahmen von Art. 12 IVG.....	110
2.	Kapitel	111
	Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen gemäss Art. 12 IVG und ihre Abgrenzungen zu Folgeständen von Krankheiten und Unfällen.....	111
2.1	Infektionen und parasitäre Krankheiten	111
2.2	Neubildungen (Tumoren) welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind	112
2.3	Allergien, Stoffwechsel – und Ernährungskrankheiten, Störungen der inneren Sekretion, welche nicht auf der GG- Liste aufgeführt sind	112
2.4	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (exkl. Neubildungen), welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind	112
2.5	Psychosen, Psychoneurosen und Persönlichkeitsstörungen	112
2.6	Krankheiten des Nervensystems, welche nicht auf der GG- Liste aufgeführt sind	114
2.6.1	Nicht angeborene (erworbene) Epilepsien	114
2.6.2	Lähmungen nach Hirnverletzungen und Erkrankungen des Gehirns oder des Rückenmarks, welche nicht auf der GG- Liste aufgeführt sind	114
2.6.3	Lähmung nach Verletzung des Rückenmarks: Paraplegie und Tetraplegie	115
2.6.3.1	Der Anspruch	115
2.6.3.2	Abgrenzung gegenüber einer Behandlung des Leidens an sich	116
2.7	Krankheiten der Sinnesorgane welche nicht auf der GG- Liste aufgeführt sind	117

2.7.1	Augenleiden welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind	117
2.7.2	Ohrleiden sofern nicht auf der GG-Liste aufgeführt	121
2.8	Krankheiten des Kreislaufsystems sofern nicht auf der GG-Liste aufgeführt	122
2.9	Krankheiten der Atmungsorgane welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind	122
2.10	Krankheiten der Verdauungsorgane welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind	122
2.11	Harn- und Geschlechtsorgane welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind	123
2.12	Krankheiten der Haut und Unterhautzellgewebe welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind	123
2.13	Krankheiten der Knochen und Bewegungsorgane welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind	124
2.13.1	Chronische Polyarthritiden (Gelenkrheumatismus).....	124
2.13.2	Coxarthrosen.....	125
2.13.3	Übrige Arthrosen, insbesondere Gonarthrose	126
2.13.4	Epiphysenlösung	126
2.13.5	Perthes'sche Krankheit	126
2.13.6	Spondylosen und Osteochondrosen mit Einschluss der Scheuermann'schen Krankheit.....	127
2.13.7	Spondylolyse und Spondylolisthesis	127
2.13.8	Idiopathische Skoliosen.....	128
2.13.9	Übrige Veränderungen an Knochen und Bewegungsorganen (Bänder, Muskeln, Sehnen)	129
3. Teil	131	
	Leistungspflicht der IV bei verschiedenen Arten von Massnahmen nach Art. 12 und 13 IVG.....	131
4. Teil	154	
4.1	Umfang und Durchführung der Massnahmen.....	154
4.2	Behandlung durch Ärzte und Ärztinnen oder medizinische Hilfspersonen	155
4.3	Abgabe von Arzneien, Mittel- und Gegenstände und Durchführung von Analysen	156

4.3.1	Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall (Off-Label-Use [OLU]-Anfragen).....	158
4.3.1.1.	Grundsätze	158
4.3.1.2.	Verfahren	159
4.4	Behandlungsgeräte	161
4.5	Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlungsmethode	163
4.6	Die Spitalbehandlung	163
4.7	Ambulante Behandlung	166
4.8	Domizilbehandlung.....	166
4.9	Durchführung medizinischer Massnahmen im Ausland .	167
4.9.1	Voraussetzungen	167
4.9.2	Umfang der Versicherungsleistungen.....	169
4.9.2.1	Behandlungskosten.....	169
4.9.2.2	Transportkosten einschliesslich Zehrgeld.....	170
4.9.2.3	Nachweis und Festsetzung der Kosten	170
4.10	Helikoptertransporte	171
Anhang 1	.....	173
	Listen der Diätmittel und Medikamente bei Stoffwechselekrankungen gemäss GgV.....	173
	Die Listen sind unter folgendem Link <(noch zu bestimmen> zu finden.	173
Anhang 2	.....	174
	Register der Kieferorthopäden und Kieferorthopädinnen SSO (Rz 208–210.3 und 218.1).....	174
	Verzeichnis der Fälle, die dem BSV zu unterbreiten sind	175
Anhang 4	.....	176
	Ziffer 404 GgV Medizinischer Leitfaden.....	176
1.	Allgemeiner Teil	176
1.1	Zuordnung des Leistungsträgers.....	176
1.2	Altersbegrenzungen	176
1.3	Anträge nach dem 9. Lebensjahr	177
1.4	Therapieobligatorium (Rz 404.3 KSME).....	178
2.	Spezieller Teil.....	178

2.1	Die Anerkennungskriterien	178
2.1.1	Störung des Verhaltens	178
2.1.2	Störungen des Antriebs	180
2.1.3	Störungen des Erfassens	180
2.1.4	Störungen der Konzentration.....	182
2.1.5	Störungen der Merkfähigkeit	183
2.1.6	Intelligenz.....	183
2.2	Differenzialdiagnose.....	184
2.3	Diagnostische Werkzeuge.....	185
Anhang 5	.....	187
Formular «OLU-Gesuche»	.....	187

Abkürzungen

Abs.	Absatz/Absätze
AB	Assistenzbeitrag
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (engl. ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder)
ADS	Aufmerksamkeitsdefizit-Störung (engl. ADD Attention Deficit Disorder)
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AL	Analysenliste
ALT	Arzneimittelliste mit Tarif
Art.	Artikel
ASS	Autismus-Spektrum-Störung
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BGE	Bundesgerichtsentscheid (in amtlicher Sammlung publiziert)
BGer	Bundesgericht
BiPAP	Biphasic Positive Airway Pressure; Beatmungsform
BPD	Bronchopulmonale Dysplasie
Bst.	Buchstabe
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure; nichtinvasive Beatmungsform

dB	Dezibel
E.	Erwägung
EDI	Eidgenössisches Departement des Inneren
EEG	Elektroencephalogramm
EFTA	Europäischen Freihandelsassoziation
FLÜB	Bundesbeschlusses über die Rechtsstellung der Flüchtlinge und Staatenlosen in der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum; Berufsverband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FZA	Freizügigkeitsabkommen
GG	Geburtsgebrechen
GG-SL	Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste
GgV	Verordnung über Geburtsgebrechen (bis 31. Dezember 2021)
GgV-EDI	Verordnung des EDI über Geburtsgebrechen (ab 01. Januar 2022)
HE	Hilflosentschädigung
IDS	Immun-Defekt-Syndrom
IPZ	Intensivpflegezuschlag
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung
KHMI	Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung

KOSEK	Nationale Koordination Seltene Krankheiten
KSBEM	Kreisschreiben über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art
KSFF	Kreisschreiben Fallführung
KSH	Kreisschreiben über Hilflosigkeit
KSVI	Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung
KV	Krankenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MiGeL	Mittel- und Gegenstandliste
MMC	Myelomeningocele
MV	Militärversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
OLU	Off-Label-Use
POS	Psychoorganisches Syndrom
RAD	Regionaler ärztlicher Dienst
Rz	Randziffer
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SL	Spezialitätenliste
SMA	Spinale Muskelatrophie
SSO	Société Suisse d'Odonto-stomatologie (Schweizerische Zahnärztegesellschaft)

SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
UVG	Unfallversicherungsgesetz
vP	versicherte Person
WH	Wachstumshormon
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit
ZGB	Zivilgesetzbuch
ZVK	Zentral Venenkatheter

1. Teil

Der Anspruch auf medizinische Massnahmen der IV bei Geburtsgebrechen nach Art. 13 IVG

1. Kapitel

Der Anspruch auf medizinische Massnahmen gemäss Art. 3 ATSG; Art. 13 IVG

1.1 Begriff und Grundsatz

- 1
1/22 Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr haben unabhängig von der Möglichkeit einer späteren Eingliederung ins Erwerbsleben Anspruch auf die gemäss Art. 14 Abs. 1 IVG zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 3 ATSG, Art. 13 Abs. 1 und 2 IVG). Ein allfälliger Rentenanspruch steht dem Anspruch auf medizinische Massnahmen gemäss Art. 13 IVG nicht entgegen.
- 2
1/22 Die IV kann jedoch nur dann Leistungen gemäss Art. 13 IVG erbringen, wenn es sich um Geburtsgebrechen handelt, die im Anhang zur GgV-EDI enthalten sind. Die Liste der Geburtsgebrechen hat abschliessenden Charakter (BGE 122 V 113 E. 3a/cc).
- 3
1/22 Jedermann kann beim BSV mittels offiziellem Formular einen dokumentierten Antrag zur Aufnahme eines Geburtsgebrechens in die GgV-EDI stellen. Bei Syndromen siehe jedoch Rz 6 und 10.
- 4 Geburtsgebrechen im Sinne der IV sind Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen. Die Geburt gilt in Anlehnung an Art. 31 Abs. 1 ZGB als vollendet, wenn der Körper des lebenden Kindes vollständig aus demjenigen der Mutter ausgetreten ist (ZAK 1967 S. 343). Die Voraussetzung ist auch dann erfüllt, wenn zwar das Geburtsgebrechen im erwähnten Zeitpunkt noch nicht als solches erkennbar ist, jedoch später behandlungsbedürftige Symptome auftreten, die den Schluss zulassen, dass bei vollendeter Geburt ein

Geburtsgebrechen bzw. die Anlage dazu vorhanden war (ZAK 1989 S. 208, BGE 122 V 113 E. 1a und Urteil des BGer 9C_639/2013 vom 21. März 2014 E. 1.1).

- 5 Gemäss Anhang zur GgV-EDI gelten Leiden nur dann als Geburtsgebrechen, wenn die wesentlichen Symptome innerhalb eines bestimmten Zeitraumes aufgetreten sind (Ziffern 282, 424 GgV-EDI). Unerheblich ist, ob die entscheidende Diagnosestellung gestützt auf diese Symptome erst später erfolgt ist. Ausnahme: Ziffer 404 GgV-EDI (AHI 1997 S. 124, AHI 2002 S. 60, siehe Urteil des BGer 8C_300/2007 vom 14. Januar 2008 E. 2 und Urteil des BGer 8C_149/2007 vom 22. Januar 2008 E. 2.2).
- 6 Leiden, die als solche keiner wissenschaftlich anerkannten Behandlung zugänglich sind, figurieren nicht in der Geburtsgebrechenliste (AHI 2003 S. 211, Art. 13 Abs. 2 Bst. e IVG bzw. Art. 3 Abs. 1 Bst. g IVV). Sie können aber gegebenenfalls Ansprüche auf andere Leistungen (berufliche Eingliederungsmassnahmen, Hilfsmittel oder Rente) begründen.
 - 6.1 Wenn indessen einzelne der Symptome, aus denen das Syndrom besteht, die Kriterien eines Geburtsgebrechens erfüllen, können diese unter der entsprechenden Ziffer übernommen werden: z.B. subvalvuläre Aortenstenose beim Smith-Magenis-Syndrom wird unter Ziffer 313 übernommen. Das Syndrom selbst stellt dagegen kein Geburtsgebrechen im Sinne der IV dar (siehe Rz 10).
 - 6.2 Die IV übernimmt die notwendigen und ärztlich angeordneten medizinischen Massnahmen, welche wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich (WZW-Kriterien) sind (Art. 14 Abs. 2 IVG). Zu den medizinischen Massnahmen der IV zählen Medikamente, chirurgische Eingriffe, Physiotherapien, Psychotherapien und Ergotherapien sowie Behandlungsgeräte, welche die oben genannten Kriterien erfüllen (Art. 14 Abs. 1 IVG).

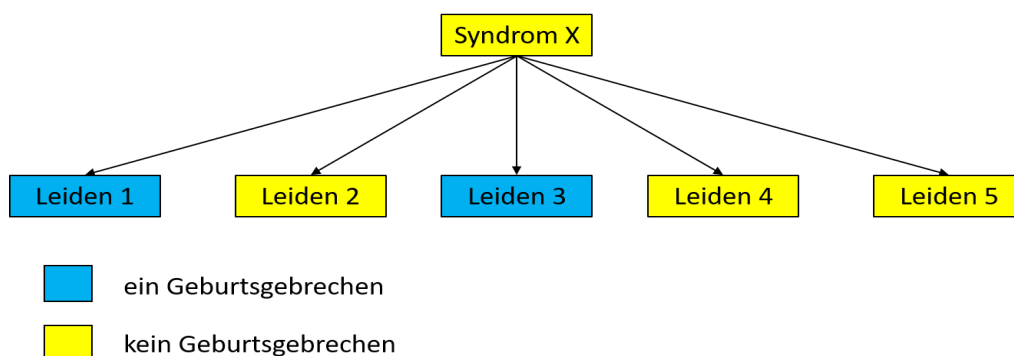
-
- 6.3 Medizinische Leistungen, welche die WZW-Kriterien nicht erfüllen, werden von der IV nicht übernommen (z.B. die Musiktherapie, siehe Rz 1026).

1.2 Abgrenzung

- 7 Kommt ein Leiden sowohl in einer angeborenen, als auch in einer erworbenen Form vor und bestehen im Einzelfall Zweifel, ob in der zu beurteilenden Situation tatsächlich ein Geburtsgebrechen vorliegt, so ist entscheidend, ob dies nach begründeter, auf die Lehrmeinung gestützter fachärztlicher Ansicht überwiegend wahrscheinlich ist.
- 8 Zur Annahme eines Geburtsgebrechens genügt es nicht, dass die gestellte Diagnose einem der im Anhang zur GgV-EDI enthaltenen Gebrechen entspricht, da verschiedene dieser Leiden, insbesondere Tumoren oder Epilepsien, auch erworben sein können. Fehlt ein entsprechender Hinweis im Arztbericht, so ist auf Grund der Anamnese, des Befundes und eventueller ergänzender Abklärungen zu prüfen, ob es sich um die angeborene Form des Gebrechens handelt.
- 9 Bei Gebrechen, die auf einer Mehrzahl von Ursachen beruhen, die z.T. schon bei vollendeter Geburt bestanden haben, z.T. jedoch erst später hinzugetreten sind, übernimmt die IV die Behandlung als Geburtsgebrechen, sofern die seit Geburt bestehenden Ursachen gegenüber äusseren Einflüssen überwiegen. Überwiegt der erworbene Anteil des Leidens, übernimmt die IV die Behandlung nicht.
- 10 Syndrome sind Entitäten, die durch eine Kombination von Symptomen, die typischerweise gleichzeitig und gemeinsam auftreten, gekennzeichnet werden (z.B. Smith-Magenis-Syndrom [Deletion 17p11.2]). Syndrome als solche sind, wie auch Chromosomenanomalien, keiner wissenschaftlich anerkannten Behandlung zugänglich und gelten daher nicht als Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG (Rz 6 und 6.1). Die IV kann aber bei Kindern, welche unter einem Syndrom (oder eine Chromosomenanomalie)

leiden, medizinische Massnahmen zur Behandlung jener Symptome in Zusammenhang mit dem Grundleiden übernehmen, bei denen es sich um ein Geburtsgebrechen im Sinne der IV handelt (z.B. Herzfehlbildungen beim Smith-Magenis-Syndrom unter Ziffer 313 GgV-EDI).

- 10.1
1/22 Die Kosten der Behandlung jener Symptome des Syndroms (bzw. der Chromosomenanomalie), die selber nicht als Geburtsgebrechen im Sinne der IV gelten, können von der IV nicht übernommen werden (z.B. Hypertelorismus oder sprachliche und motorische Entwicklungsverzögerung beim Smith-Magenis-Syndrom).



- 11 Die Behandlung von Gesundheitsschäden, die *eine Folge des Geburtsgebrechens darstellen*, geht zu Lasten der IV, wenn die pathologischen Auswirkungen in enger Beziehung zum Symptomenkreis des Geburtsgebrechens stehen und kein äusseres Ereignis bestimmend dazwischentritt. Dabei ist nicht notwendig, dass die für die Anerkennung des sekundären Leidens als Geburtsgebrechen allenfalls bestehenden besonderen Voraussetzungen (siehe Rz 18) erfüllt sind. An die Anerkennung eines qualifizierten Kausalzusammenhanges zwischen einem Geburtsgebrechen und eines sekundären Gesundheitsschadens sind dabei strenge Anforderungen zu stellen (BGE 100 V 41 E. 1a und BGE 129 V 207 E. 3.3).

Beispiele:

- Die operative Behebung einer Passagestörung des Darmes infolge eines Neurofibroms bei Ge-

burtsgeborenen Ziffer 481 GgV-EDI geht als direkte Folge des Geburtsgeborechens zu Lasten der IV. Die Korrektur einer Refraktionsanomalie, die auf Grund einer Dysostose (Ziffer 123 GgV-EDI) entstanden ist, kann unabhängig von den in Ziffer 425 GgV-EDI enthaltenen besonderen Voraussetzungen unter Ziffer 123 GgV-EDI von der IV übernommen werden.

- Zerebrale Krampfanfälle bzw. neurologische Befunde als Folge einer Hirnfehlbildung oder eines Hydrozephalus, sind nicht unter Ziffer 387 GgV-EDI bzw. unter Ziffer 390 GgV-EDI, sondern unter der betreffenden Ziffer der Grunderkrankung zu übernehmen, sprich unter Ziffer 386 GgV-EDI bzw. Ziffer 381 GgV-EDI.

- 12 Während der stationären Behandlung eines Geburtsgeborechens auftretende interkurrente Leiden, die nicht unmittelbare Folgen des Geburtsgeborechens sind, können nur dann gleichzeitig zu Lasten der IV behandelt werden, wenn und solange sie von eindeutig sekundärer Bedeutung sind.
- 13 Wird eine *Zahnbehandlung durch ein in der GgV-EDI aufgeführtes Geburtsgeborechen unmittelbar erschwert*, so können die Kosten der notwendigen Allgemeinnarkose, übernommen werden, nicht aber der Zahnbehandlung und allfälliger damit verbundener Lokalanästhesien. In der Regel ist eine Behandlung in Narkose nur unter klinischen Verhältnissen möglich (siehe Rz 403.2.)
- 13.1 Keine Kostenübernahme ist möglich, wenn eine Behandlung entsprechenden Umfangs auch beim gleichaltrigen gesunden Kind nicht ohne Vollnarkose durchführbar wäre.
1/22

1.3 Beginn und Dauer des Anspruchs

- 14 Als Behandlung eines Geburtsgeborechens gilt jede ärztliche oder ärztlich verantwortete medizinisch-therapeutische Vorkehr zur Besserung oder Erhaltung des Gesundheitszustandes, dies unter Einschluss (regelmässiger) Kontrollen.
1/22

Der Anspruch auf medizinische Massnahmen gemäss Art. 13 IVG entsteht, sobald die Diagnose gesichert oder überwiegend wahrscheinlich ist und das Geburtsgebrechen behandlungsbedürftig ist (zur Behandlung gehört auch die ärztliche Überwachung eines sicher festgestellten Geburtsgebrechens) und eine erfolversprechende Behandlungsmöglichkeit besteht. Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind (Art. 14 Abs. 2 IVG). Die zugesprochenen Leistungen müssen wirtschaftlich sein. Aus der entsprechenden Leistungsverfügung der IV-Stelle müssen das Ziel der zugesprochenen Leistungen, Art (z.B. Bobath-Physiotherapie), Umfang (Häufigkeit und Dauer der Sitzungen), sowie die voraussichtliche Dauer (Zeithorizont) der Behandlung und der Leistungserbringer ersichtlich sein.

Medizinische Massnahmen können nicht unbefristet vergütet werden. Es muss regelmässig überprüft werden, ob die Massnahmen zur Erreichung des Therapieziels beitragen und dem Eingliederungszweck dienlich sind. Wie häufig diese Überprüfung stattfinden soll, hängt von der Art der Beeinträchtigung und der Behandlung ab. Wenn eine Behandlung für einen längeren Zeitraum als mehrere Jahre zugesprochen wird, ist eine vertiefte Abklärung und Begründung notwendig. Sie sind, wenn immer möglich, mit den bisher behandelnden Ärzten zu koordinieren.

Der therapeutische Erfolg der Behandlung ist unter Miteinbezug der behandelnden Ärzte regelmässig zu überprüfen.

- 15 Der Anspruch erlischt von Gesetzes wegen ausnahmslos spätestens am Ende des Monats, in welchem die versicherte Person das 20. Altersjahr zurücklegt, selbst wenn die Behandlung über diesen Zeitpunkt hinaus fort dauert (Art. 13 Abs.1 IVG). Daher sind die Massnahmen, sofern sie nach allgemeiner Erfahrung nicht schon in einem früheren Zeitpunkt abgeschlossen werden können, auf das Ende desjenigen Monats zu befristen, in dem die versicherte Person das 20. Altersjahr zurückgelegt hat. Dabei

ist *ausdrücklich* darauf hinzuweisen, dass eine Verlängerung der Massnahme ausgeschlossen ist und eine weitere Behandlung in den Aufgabenbereich der Krankenversicherung fällt.

- 16 Wird die Behandlung vor dem vollendeten 20. Lebensjahr aus fachärztlicher Sicht als beendet eingestuft, endet auch die Leistungspflicht der IV. Weitere Massnahmen wie neue, ausserplanmässige Kontrollen können nur übernommen werden, wenn ihre Notwendigkeit in direktem kausalem Zusammenhang mit dem früher vorliegenden Geburtsgebrechen plausibel erklärt werden kann.

1.4 Koordination mit der Krankenversicherung

- 17 Die Leistungskoordination unter Sozialversicherern ist in den Artikeln 63-71 ATSG geregelt. Die Krankenversicherung ist gegenüber der IV vorleistungspflichtig, wenn die Leistungspflicht noch nicht formell geklärt ist (Art. 70 Abs. 2 Bst. a ATSG). Die Krankenkasse muss bis zum Vorliegen der IV-Verfügung für die Krankenpflegekosten Gutsprache erteilen oder Zahlungen leisten (Art. 113 KVV). Die Rückerstattung erfolgt nach Art. 71 ATSG.

1.5 Ärztliche Kontrollen

- 18 Ärztliche Kontrollen bei einem anerkannten Geburtsgebrechen, das noch nicht behandlungsbedürftig oder therapierbar ist, insbesondere bei einem Herzfehler, gehören zur Behandlung eines Geburtsgebrechens. Die Häufigkeit derartiger Überwachungskontrollen muss sich in angemessenem Rahmen halten.
- 19 Ärztliche Kontrollen während einer/oder im Anschluss an eine Behandlung sind von der IV nur solange zu übernehmen, als sie mit der Therapie des Geburtsgebrechens in engem und adäquatem Zusammenhang stehen. Bei Geburtsgebrechen, für welche die Leistungspflicht in der Liste

der Geburtsgebrechen zeitlich genau umschrieben ist, können keine Nachkontrollen über den dort bestimmten Zeitpunkt hinaus übernommen werden (siehe Beispiel Ziffer 494 GgV-EDI). Vorbehalten bleibt die Feststellung eines weiteren Geburtsgebrechens. Bei Erreichen des vollendeten 20. Altersjahres ist Art. 3ter Abs. 2 IVV anwendbar (siehe Rz 15).

Beispiel:

Bei Ziffer 494 GgV-EDI können Behandlungen inkl. Abgabe von Arzneien und ambulante/stationäre Kontrollen ab dem Tag nach dem ersten Spitalaustritt nach Hause nicht mehr übernommen werden (siehe Rz 494.3).

1.6 Sonderfälle

- 20 Bei verschiedenen Gebrechen, übernimmt die IV die Kosten lediglich dann, wenn eine bestimmte, in der Geburtsgebrechensliste genannte Sonderbehandlung (Operation, Apparaterversorgung, Gipsbehandlung oder Spitalbehandlung) notwendig ist (z.B. Ziffer 180 GgV-EDI).
- 21 Trifft dies zu, so übernimmt die Versicherung die gesamte Geburtsgebrechensbehandlung ab dem Zeitpunkt, in welchem die Sonderbehandlung eingeleitet wird. Der massgebende Zeitpunkt ist in der Verfügung festzuhalten (siehe beispielweise Rz 208–210.1.).
- 22 Dagegen ist die IV nicht leistungspflichtig für die Behandlung von Krankheiten, die schon vor der Sonderbehandlung bestanden haben, und die keinen engen kausalen Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen haben, und zwar auch dann nicht, wenn die Heilung dieses Leidens eine Voraussetzung für die Sonderbehandlung ist.

Beispiel:

Die IV ist nicht leistungspflichtig für die Behandlung von Zahnkaries vor kieferorthopädischen Massnahmen (Ziffer 207 GgV-EDI bis Ziffer 210 GgV-EDI) oder für die Behandlung einer Fussmykose vor Anlegen eines redressierenden

Gipsverbandes (Ziffer 177 GgV-EDI oder Ziffer 182 GgV-EDI).

1.7 Kinderspitex-Leistungen nach Art. 13 IVG in Verbindung mit Art. 14 Abs. 1 Bst. b IVG

- 23.1
1/22 Es besteht eine abschliessende Liste derjenigen Leistungen im Bereich der Kinderspitex, welche nach Art. 13 bzw. 14 Abs. 1 Bst. b IVG als medizinische Massnahmen von der IV übernommen werden (BGE 136 V 209). Für jede Leistung wurde auch der entsprechend maximal anrechenbare Zeitaufwand bestimmt.
- 23.2
1/22 Leistungen der psychiatrischen Spitex bei Minderjährigen werden von der IV nicht übernommen.
- 23.3
1/22 Die Liste der medizinischen Massnahmen umfasst diejenigen Massnahmen, die von einer Spitexorganisation zulasten der IV erbracht werden können, ausser die Eltern oder andere Bezugspersonen übernehmen diese Leistungen freiwillig im Rahmen ihrer Kapazitäten und Fähigkeiten.
- 23.4
1/22 Die Liste der medizinischen Massnahmen, die von einer Spitexorganisation zulasten der IV erbracht werden können, umfasst nur diejenigen Massnahmen, welche der Behandlung des Geburtsgebrechens und seiner direkten Folgen dienen. Durch die IV nicht übernommen werden Massnahmen der Grundpflege sowie Massnahmen, welche der Behandlung geburtsgebrenchenfremder Leiden dienen. Von der IV ebenfalls nicht übernommen werden können Massnahmen, die Eltern oder andere Bezugspersonen im Rahmen ihrer Kapazitäten und Fähigkeiten freiwillig übernehmen.
- 23.5
1/22 Die unter Art. 13 bzw. 14 Abs. 1 Bst. b IVG anrechenbaren medizinischen Massnahmen im Bereich Kinderspitex werden in vier Kategorien unterteilt und sind mit den dazugehörigen Zeitwerten in den nachfolgenden Tabellen enthalten.

1. Massnahmen der Abklärung und Beratung	Maximal anrechenbarer Zeitaufwand
<p>1.1 Abklärung und Dokumentation des Pflegebedarfs und des Umfeldes des Patienten (versicherte Person vP) oder der Patientin (vP) und Planung der notwendigen Massnahmen (= Pflegediagnosen und Pflegeziele) zusammen mit dem Arzt / der Ärztin und der vP und eventuell weiteren involvierten Diensten (inklusive Wiederholungsabklärung und telefonische Arztvisite).</p>	<p>Max. 8 Stunden bei neuem Pflegefall und / oder Revision</p>
<p>1.2 Beratung und Instruktion der vP sowie der nicht-beruflich an der Krankenpflege Mitwirkenden bei der Durchführung der Krankenpflege, insbesondere im Umgang mit der Erkrankung, bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Gebrauch medizinischer Geräte. Instruktion in Pflegeverrichtungen und Vornahme der notwendigen Kontrollen. Die Instruktionsleistungen sind detailliert zu dokumentieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ab Pflegebeginn zu Hause insgesamt - danach 	<p>Max.45 Stunden in den ersten 3 Monaten Max. 35 Stunden pro Jahr</p>
<p>1.3 Koordinative Massnahmen im Rahmen hochkomplexer und gleichzeitig sehr instabiler Pflegesituationen.</p> <p><i>Koordinativ bedeutet: Direkte Kontakte zwischen Pflegenden und Arzt oder medizinischen Hilfspersonen zur Koordination der medizinischen Behandlung.</i></p> <p><i>Hochkomplex bedeutet: in der Regel sind mehrere Spezialärzte involviert.</i></p> <p><i>Instabil bedeutet: Laufend bedeutende Änderung des Pflegeaufwandes.</i></p>	<p>Max. 6 Stunden pro Woche</p>

2. Massnahmen der Untersuchung und Behandlung 1	Maximal anrechenbarer Zeitaufwand
Beurteilung des Allgemeinzustandes (inkl. Vitalzeichen)	10 Minuten pro Einsatz
Entnahme von Untersuchungsmaterial zu Laborzwecken	20 Minuten (bei ZVK 40 Minuten) pro Entnahme
Massnahmen zur Atemtherapie (wie O ₂ -Verabreichung, Inhalation, einfache Atemübungen, Absaugen)	60 Minuten pro Einsatz
Einführen von Sonden und / oder Kathetern und die damit verbundenen medizinischen Massnahmen	35 Minuten pro Einsatz
Medizinische Massnahmen bei enteraler oder parenteraler Ernährung, inkl. Vorbereitung und Durchführung	enteral: 75 Minuten pro Einsatz parenteral: 165 Minuten pro Tag
Medizinische Massnahmen bei Peritonealdialyse	120 Minuten pro Einsatz
<p>Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten</p> <ul style="list-style-type: none"> • per oral, subkutan, intramuskulär, anal, transdermal, Abgabe Medikamente per Sonde • intravenös, Kurzinfusionen • Transfusionen, Virostatika, Zytostatika 	<p>45 Minuten pro Einsatz (bis 10 verschiedene Medikamente), darüber nach effektivem Aufwand pro Tag mit Begründung</p> <p>60 Minuten pro Medikament plus 45 Minuten für jedes weitere i/v Medikament</p> <p>2 Stunden pro Einsatz</p>
Hautprobleme	

<ul style="list-style-type: none"> • Überwachung und Beurteilung bei im Vordergrund stehenden komplexen Hautproblemen inkl. medizinischer Behandlung von Wunden, Körperhöhlen, Stomapflege etc. • Epidermolysis bullosa • Medizinische Massnahmen im Zusammenhang mit Therapiebädern bei komplexen Hautproblemen 	60 Minuten pro Einsatz
	120 Minuten pro Einsatz
	30 Minuten pro Einsatz
Medizinische Massnahmen bei Störungen der Blasen- oder Darmentleerung	60 Minuten pro Einsatz
Symptomkontrolle und entsprechende medizinische Massnahmen in palliativen und palliativ-terminalen Situationen	Antrag durch den behandelnden Arzt in Zusammenarbeit mit der involvierten Pflegefachperson

3. Massnahmen der Untersuchung und Behandlung 2: medizinische Kurzzeitüberwachung			Kurzzeitüberwachung (klinisches Assessment)
ORGANSYSTEM	Problematik / Risiken	Krankheitsbild; Medizinische Indikation (Auswahl)	Dauer in Stunden
ATMUNG	Drohender Atemstillstand	Atemregulationsstörung, Atemwegsobstruktion, Diffusionsstörung, Atempumpenschwäche, Thoraxwandproblematik	0.25 - 1.0 pro Tag
	Akute Atemwegsbehinderung		
	Ateminsuffizienz		
	Aspirationsgefahr		
HERZ	Herzstillstand		0.5 - 1.5 pro Tag

	Herzinsuffizienz	Rhythmusstörung, Hypoplasie, Missbildungen, Wartepatient für Transplantation oder Operation	
	Rhythmusstörung		
	Hypoxischer Zustand		
ZENTRALES UND PERIPHERES NERVENSYSTEM	Status epilepticus	Krämpfe, Atemstillstand, Rhabdomyolyse	0.5 - 1.5 pro Tag
	Therapieresistente Epilepsie	Krämpfe, Verhindern von auslösenden Faktoren	
	Dystoniekrisen	Hohes Fieber, Krämpfe, Apnoen	
	Fokale Spasmen bei CP	Atemstillstand durch Zusammenziehen des Schlundes	
	Bewusstseinstörung	Hirndruck, Tumor, Hydrozephalus, metabolische Entgleisung	
	Autonome Dysfunktion	Störung des veg. Nervensystems, zentrales Fieber, Untertemperatur, Herz- Kreislaufstörung (Blutdruck / Puls)	
STOFFWECHSEL	Metabolische Krisen (Hunger, Erbrechen, Stress)	Entgleisung, akute Krise bezgl.: Glucose (Ketose), Elekt-	0.5 - 1.5 pro Tag

		rolyte, Ammoniak, Protein, Lipide etc.	
	Endokrinologische Krisen	Akute Krise bezgl.: Nebenniere, Schilddrüse, Hypophyse	
NIERE	Akute Niereninsuffizienz	Krise bezgl.: Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	0.5 pro Tag
LEBER	Akute Leberinsuffizienz	Blutgerinnungsstörung, Leberkoma	0.5 pro Tag
IMMUNSYSTEM UND HÄMATOLOGISCHES SYSTEM	Akute Infektion	Sepsis, Pneumonie	0.5 - 1.5 pro Tag
	Akute Abstossung	Abstossungsreaktion mit Organ-dysfunktion	
	Akute Blutung	Lebens- oder organbedrohliche Blutung	
VERDAUUNG	Schwerer therapierefraktärer Reflux	Erkennen der akuten Magenfüllung (Luft, Magensaft)	0.5 pro Einsatz, maximal 6mal pro Tag
	Akute Schwere Nahrungsmittelunverträglichkeit, Resorptionsstörung, Malabsorption	Nahrungsmittelumstellungen (parenterale Teilumstellung, klinische Ernährung)	

4. Massnahmen der medizinischen Langzeitüberwachung (siehe Tabelle im IV-Rundschreiben Nr. 394)		
ORGANSYSTEM	Problematik / Risiken (Pflege-diagnose*)	Krankheitsbild; Medizinische Indikation (Auswahl)
ATMUNG	Drohender Atemstillstand	Atemregulationsstörung, Atemwegsobstruktion, Diffusionsstörung, Atempumpenschwäche, Thoraxwandproblematik
	Akute Atemwegsbehinderung	
	Ateminsuffizienz	
ZENTRALES UND PERIPHERES NERVENSYSTEM	Status epilepticus	Krämpfe, Atemstillstand, Rhabdomyolyse
	Therapierefraktäre Epilepsie	Krämpfe, Verhindern von auslösenden Faktoren
	Dystoniekrisen	Hohes Fieber, Krämpfe, Apnoen
	Fokale Spasmen bei CP	Atemstillstand durch Zusammenziehen des Schlundes
	Bewusstseinstrübung	Hirndruck, Tumor, Hydrozephalus, metabolische Entgleisung
	Autonome Dysfunktion	Störung des veg. Nervensystems, zentrales Fieber, Unter-temperatur, Herz- Kreislaufstörung (Blutdruck / Puls)
STOFFWECHSEL	Metabolische Krisen (Hunger, Erbrechen, Stress)	Entgleisung, akute Krise bezgl.: Glucose (Ketose), Elektrolyte, Ammoniak, Protein, Lipide etc.
	Endokrinologische Krisen	Akute Krise bezgl.: Nebenniere, Schilddrüse, Hypophyse
HERZ	Herzstillstand	

	Herzinsuffizienz	Rhythmusstörung, Hypoplasie, Missbildungen, Wartepatient für Transplantation oder Operation
	Rhythmusstörung	
	Hypoxischer Zustand	

*Pflegediagnose ist nicht medizinischer Diagnose gleichzusetzen. Die Pflegediagnostik ist ein Bestandteil des Pflegeprozesses und entspricht einer klinischen Beurteilung der Reaktionen eines Patienten (oder seiner Familie) auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme. Die Pflegediagnose unterscheidet sich von der ärztlichen Diagnosefindung indem letztere Krankheiten oder Organstörungen beschreibt.

- 23.6
1/22 Die Bezeichnung „pro Einsatz“ in den Tabellen meint die zeitlich ununterbrochene Präsenz bei der versicherten Person (von der Begrüssung bis zur Verabschiedung). Sofern medizinisch notwendig, sind auch mehrere Einsätze pro Tag möglich.
- 23.7
1/22 Bei der Bedarfserhebung soll mit Hilfe der obenstehenden Liste der effektive Zeitaufwand für diejenigen Leistungen ermittelt werden, die im vorliegenden Einzelfall aus medizinischer Sicht durch die Spitex tatsächlich erbracht werden müssen. Bei den Leistungen ist der maximal anrechenbare Zeitaufwand als Obergrenze oder als Bandbreite angegeben. Diese Werte berücksichtigen auch bereits sehr schwierige und aufwändige Pflegesituationen und dürfen nur in Ausnahmefällen mit spezieller Begründung überschritten werden. In den allermeisten Fällen sollte der effektive Pflegeaufwand unter der angegebenen Obergrenze liegen.
- 23.8
1/22 In den Zeitwerten ist der Aufwand für die Pflegedokumentation inbegriffen.
- 23.9
1/22 Es besteht in keinem Fall ein Anspruch auf pauschale Anrechnung der angegebenen Zeitwerte.

-
- 23.10
1/22 Die aufgeführten Zeiten bezeichnen den maximalen Aufwand, der pro Einzelleistung anfallen kann, wenn die Leistung alleinig durchgeführt wird. Bei der Kombination von mehreren Leistungen muss berücksichtigt werden, dass gewisse Leistungen parallel durchgeführt werden können. Die einzelnen, pro Leistung anrechenbaren Zeiten können deshalb nicht einfach addiert werden, sondern es ist unter Berücksichtigung möglicher Parallelbehandlungen die notwendige Präsenzzeit der medizinischen Fachperson zu bestimmen.
- 23.11
1/22 Die Beurteilung der Pflegeerfordernisse durch die IV-Stellen soll durch die obenstehende Liste unterstützt werden. Der erhobene Pflegeaufwand entspricht demjenigen Zeitaufwand, den die Spitex maximal in Rechnung stellen darf. Der Elternanteil wird nicht berücksichtigt, sondern im IV-Abklärungsverfahren festgehalten. Änderungen des freiwilligen Elternanteils an medizinischen Massnahmen führen zu einer Anpassung der Verfügung.
- 23.12
1/22 Die medizinische Kurzzeitüberwachung ist ein ausführliches Assessment über eine bestimmte Zeitspanne (pro Tag oder pro Woche) zur Beurteilung des Allgemeinzustandes des Kindes/Jugendlichen. Dies vor allem mit dem Ziel, dass Anzeichen einer Zustands-Verschlechterung möglichst frühzeitig erkannt und entsprechende Massnahmen sofort eingeleitet werden können. Ein Anspruch auf medizinische Kurzzeitüberwachung besteht, wenn eine oder mehrere der in der Spitex-Bedarferhebung unter Punkt «3. Massnahmen der Untersuchung und Behandlung 2: medizinische Kurzzeitüberwachung» aufgeführten Problematiken/Risiken vorliegen.
- 23.13
1/22 Unter der medizinischen Lang-Zeitüberwachung versteht man die Pflege von Kindern/Jugendlichen, bei welchen jederzeit eine lebensbedrohliche oder gesundheitsgefährdende Situation auftreten kann, welche das Intervenieren durch eine medizinische Fachperson erfordert. Ein Anspruch auf medizinische Langzeitüberwachung besteht, wenn mindestens eine relevante Pflegediagnose im Be-

reich 1 des Formulars «Einschätzung medizinische Langzeitüberwachung», die eine Gewichtung 3 hat, mit der Ausprägung «schwer» vorliegt.

23.14
1/22 Das für die Abklärung des Leistungsanspruchs verwendete Formular «Spitex-Bedarfserhebung (mit ärztlicher Spitex-Anordnung) » enthält alle unter Art. 13 bzw. 14 IVG anrechenbaren medizinischen Massnahmen im Bereich Kinder-spitex.

- Sofern der Bedarf für medizinische Langzeitüberwachung ausgewiesen ist, ermittelt die Spitex mit Hilfe des Formulars **Einschätzung medizinische Langzeitüberwachung** den Umfang der medizinischen Langzeitüberwachung und beantragt die ermittelten Stunden bei der IV-Stelle unter Beilage der Bedarfsabklärung und der individuellen Pflegeplanung.
- Damit die Anordnung von medizinischen Spitexleistungen einheitlich erfolgt, soll dafür nur das Formular **Ärztliche Spitex-Anordnung** verwendet werden, das sich am Ende des Formulars «Spitex-Bedarfserhebung» befindet.

23.15
1/22 Als Hilfestellung für die Bedarfserhebung für die medizinische Kurz- und Langzeitüberwachung gibt es das Dokument «Handbuch: Einstufung der Leistungen der medizinischen Überwachung». Es erklärt die Handhabung der Formulare und den Ablauf beim Beantragen von medizinischen Spitexleistungen. Das Handbuch ist zusammen mit der «Spitex-Bedarfserhebung» und den FAQ (Frequently Asked Questions) auf <https://sozialversicherungen.admin.ch/de/f/5634> auch für den öffentlichen Zugriff freigeschaltet.

23.16
1/22 Langzeitfälle und aufwändige Fälle sollten vor Ort abgeklärt werden, sofern die Aktenlage nicht eindeutig und klar ist. Ein Spitexeinsatz von mehr als 3 Monaten gilt als Langzeitfall und ein Spitexeinsatz von mehr als 14 Stunden pro Woche bzw. 2 Stunden pro Tag gilt als aufwändiger Fall.

-
- 23.17
1/22 Bei jeder Abklärung betreffend Hilflosenentschädigung (HE) bzw. Intensivpflegezuschlag (IPZ)-Abklärung vor Ort soll bei vorliegendem Antrag auf Spitexleistungen auch gleichzeitig eine Spitexabklärung vor Ort gemacht werden (siehe Kreisschreiben über Hilflosigkeit [KSH]). Dabei ist zu beachten, dass die gleiche Leistung nicht zweimal berücksichtigt werden darf. Konkret heisst dies, dass die Spitexleistungen von der IPZ-Zeit abgezogen werden sollen.
- 23.18
1/22 Prüfen des Antrags auf Spitexleistungen in der IV-Stelle: Die Leistungen werden mit der «Spitex-Bedarfserhebung» von der Spitex beantragt und von der IV-Stelle geprüft.
- 23.19
1/22 Die IV-Stelle prüft:
- ob der Antrag mit den offiziellen Formularen (Spitex-Bedarfserhebung) eingereicht wurde;
 - ob die beantragten Massnahmen nachvollziehbar begründet werden und konsultiert gegebenenfalls den Regionalen ärztlichen Dienst (RAD). Insbesondere bei einem Antrag auf Langzeitüberwachung ist die Begründung für diejenigen Pflegediagnosen, welche von der Spitex mit der Ausprägung «schwer» bewertet wurden, detailliert zu prüfen und es ist in der Regel der RAD zu konsultieren;
 - ob bei einem Antrag auf Langzeitüberwachung die Bedarfsabklärung und die individuelle Pflegeplanung der Spitex-Bedarfserhebung beigelegt wurden;
 - ob die Kumulationsregeln eingehalten wurden und korrigiert den Antrag ggf. entsprechend;
 - ob der Antrag Einfluss auf HE, IPZ oder Assistenzbeitrag (AB) hat.
- 23.20
1/22 Wird eine medizinische Langzeitüberwachung beantragt, sind in der Spitex-Bedarfserhebung auch die zu erbringenden «Massnahmen der Abklärung und Beratung» sowie die «Massnahmen der Untersuchung und Behandlung» (Tabelle 2) in der Spalte «Beschrieb» zu deklarieren. Können

diese während der medizinischen Langzeitüberwachung durchgeführt werden, erübrigt sich die Angabe des Zeitaufwandes. Wird bei diesen Leistungen hingegen ein Zeitaufwand angegeben, bedeutet dies, dass sie nicht während der medizinischen Langzeitüberwachung erbracht werden können. Dies muss durch die Spitex aber begründet werden, damit dieser Aufwand zusätzlich berücksichtigt werden kann.

- 23.21
1/22 Alle von der IV-Stelle nicht zugesprochenen medizinischen Leistungen, die von der Kinderspitex erbracht werden, gehen nicht zulasten der Invalidenversicherung. Solche Leistungen können aber im Rahmen der medizinischen Langzeitüberwachung erbracht werden, sofern die Überwachungstätigkeit dadurch nicht beeinträchtigt wird. Diese Leistungen haben keinen Einfluss auf den von der IV zu vergütenden Zeitaufwand, können davon also auch nicht in Abzug gebracht werden. Werden während der medizinischen Langzeitüberwachung allerdings Leistungen der Grundpflege erbracht, die einen Einfluss auf die Höhe von HE/IPZ/AB haben, sind diese Leistungen bei der Bemessung von HE/IPZ/AB zu berücksichtigen (siehe KSH).
- 23.22
1/22 Der Entscheid über die Zusprache der von der IV maximal zu bezahlenden Leistungen der Kinderspitexorganisation obliegt alleine der zuständigen IV-Stelle. Dem Antrag der Spitex ist nur soweit zu folgen, wie der Bedarf transparent und nachvollziehbar ausgewiesen, dokumentiert und begründet wurde. Bei der Zusprache der Leistungen ist die individuelle Pflegesituation angemessen zu berücksichtigen.
- 23.23
1/22 In der Verfügung bzw. Mitteilung an die Versicherten ist der von der IV zu übernehmende Aufwand für «Abklärung und Beratung» sowie «Untersuchung und Behandlung, inkl. Kurz- und Langzeitüberwachung» separat anzugeben. Bei «Abklärung und Beratung» wird der Aufwand für die gesamte Verfügungsdauer aufgeführt. Alle anderen Massnahmen sind pro Kalenderwoche zu verfügen (Systematik: siehe ärztliche Spitex-Anordnung). Bei der Rechnungskontrolle ist darauf zu achten, dass diese beiden Kategorien

ebenfalls separat ausgewiesen und mit der jeweils richtigen Tarifziffer abgerechnet werden.

- 23.24 Die Leistungen der Abklärung und Beratung werden mit
1/22 der Tarifziffer 53301 «a) Massnahmen der Abklärung und Beratung, IV-Versicherte, pro 5 Minuten» abgerechnet.

Die Leistungen der «Untersuchung und Behandlung 1», der «Untersuchung und Behandlung 2: medizinische Kurzzeitüberwachung» sowie die «Massnahmen der medizinischen Langzeitüberwachung» werden mit der Tarifziffer 53303 «b) Massnahmen der Untersuchung und Behandlung, IV-Versicherte, pro 5 Minuten» abgerechnet.

Bei der Verrechnung von Verbrauchsmaterial gelten die Höchstansätze der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) im Anhang 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung des KVG.

- 23.25 Die im Rahmen der HE und des IPZ anrechenbaren Leistungen sind im KSH aufgeführt. Dazu zählt insbesondere
1/22 die dauernde persönliche Überwachung (Kapitel 4.4 und 5.3.3 KSH bzw. Art. 39 Abs. 3 IVV), für welche es kein medizinisches Fachpersonal braucht und die somit nicht als medizinische Kurz- oder Langzeitüberwachung gilt.

1.8 Änderungen in der GgV-EDI

- 24.1 Allfällige Änderungen in der Verordnung über Geburtsgebrechen erfolgen in der Regel jeweils auf einen 1. Januar. Werden neue Gebrechen in die GgV-EDI aufgenommen, so können Leistungen vom Zeitpunkt des Inkrafttretens der jeweiligen Verordnungsänderung übernommen werden.
- 24.2 Bei Geburtsgebrechen, die aus der GgV-EDI gestrichen
1/22 werden oder einschränkende Kriterien erfahren, instruiert das BSV die IV-Stellen im Vorfeld über die praktische Umsetzung.

2. Kapitel

Besonderheiten einzelner Geburtsgebrechen

102 Pterygien

102.1 1/22 Unter Ziffer 102 GgV-EDI sind zu verstehen die Pterygien des Halses (Faltenhals), der Achsel (Achselfalten), des Ellbogens und des Knies.

102.2 1/22 Das Pterygium des Auges (dreieckige Bindehautfalte im Lidspaltenbereich) ist indessen ein erworbenes degeneratives Leiden.

102.3 1/22 Die komplexen und vollständigen Syndaktylien gehören neu zur Ziffer 177 GgV-EDI. Kutane Syndaktylien entsprechen keinem Geburtsgebrechen.

103 Angeborene Dermoidzysten mit Ausdehnung in die Orbita oder mit intrakranieller Ausdehnung, sofern eine Operation notwendig ist

103.1 1/22 Die Beschränkung auf bestimmte Lokalisationen erlaubt, Dermoidzysten von geringfügiger Bedeutung auszuschliessen.

103.2 1/22 Die Dermoidzysten der Ovarien und Hoden sind den Teratomen (Ziffer 486 GgV-EDI) zuzuordnen.

104 Dysplasia ectodermalis

104.1 1/22 Die ektodermale Dysplasie umfasst eine heterogene Gruppe von Erbkrankheiten, die durch eine Entwicklungsfehlbildung von mindestens zwei ektodermalen Strukturen gekennzeichnet ist.

104.2 1/25 Patienten mit ektodermale Dysplasie leiden häufig an einer Oligodontie. Zudem sind Form- und Strukturveränderungen der Zähne häufig. Wird eine ektodermale Dysplasie zweifelsfrei fachärztlich diagnostiziert, übernimmt die IV die notwendige Behandlung der betroffenen Zähne.

-
- 109 Naevus congenitus, sofern zur Entfernung mehrere Operationen oder eine Lasertherapie notwendig sind**
- 109.1 Der Naevus muss bereits bei Geburt vorhanden sein. Unter diese Ziffer fallen auch die Naevi flammei. Sowohl die chirurgische Exzision in zwei oder mehr Etappen, als auch eine unerlässliche Laserbehandlung bei einem Feuermal gelten nicht als einfache Exzision.
- 109.2 Eine Entfernung eines Naevus mittels einer Exzision in einer einzelnen Operation gilt als «einfach» und erfüllt die Kriterien der Ziffer 109 GgV-EDI nicht.
- 113 Die Ziffer existiert in der neuen GgV-EDI nicht mehr.
- Die Amastie und Athelie entsprechen keinem Geburtsgebrechen im Sinne der IV. Treten sie aber im Rahmen des Poland-Syndroms als Folge einer Aplasie des Brustmuskels auf, werden sie neu der Ziffer 190 GgV-EDI zugeordnet.

2.2 Skelett

- 122 Angeborene Hemihypertrophie/Hemiatrophie des Gesichts und/oder des Schädels, aber ohne progrediente Gesichtasymmetrien (wie hemimandibuläre Hyperplasie, hemimandibuläre Elongation, "condylar hyperplasia")**
- 122.1 Die Enchondromatose wird neu der Ziffer 124 GgV-EDI zugeordnet.
- 122.2 Die nicht als Geburtsgebrechen geltenden progredienten Gesichtasymmetrien (wie hemimandibuläre Hyperplasie, hemimandibuläre Elongation oder "condylar hyperplasia") sind krankheitsbedingt bzw. erworben und entsprechen somit einer Krankheit im Sinne von Art. 17 Bst. f Ziff. 3 KLV.

-
- 123 Angeborene Dysostosen**
- 1. Kraniosynostosen, sofern Operation notwendig ist, und Kraniofaziale Dysostosen**
 - 2. Dysostosen mit vorwiegendem Befall des Achsenskeletts**
 - 3. Dysostosen mit vorwiegendem Befall der Extremitäten**
- 123.1 Die kraniofacialen Dysostosen wie Dysostosis mandibulofacialis, Dysostosis mediofacialis, Dysostosis otomandibularis (= hemifacial microsomia), Apert-Syndrom etc. lassen sich hier einordnen.
- 123.2 Dysostosen mit vorwiegendem Befall des Achsenskeletts weisen einen Somiten- respektive Wirbelkörperniveau-Befall von mehr als 10 auf (radiologischer Befund).
1/22
- 123.3 Kraniosynostosen (bisher Ziffer 142 GgV werden neu unter Ziffer 123 GgV-EDI erfasst, sofern eine Operation notwendig ist).
1/22
- 123.4 Plagiozephalus siehe Rz 395.3.
1/22
- 124 Disorganised development of skeletal components wie angeborene multiple kartaliginäre Exostosen, fibröse Dysplasie, Enchondromatose [exklusive isolierte Exostosen], angeborene Knochentumoren), sofern eine Operation notwendig ist**
- 124.1 Die Enchondromatose (bisher Ziffer 122 GgV-EDI) und die Fibröse Dysplasie (ehemalige Ziffer 128 GgV-EDI) gehören neu zur Ziffer 124 GgV-EDI.
1/22
- 125 Angeborene Hemihypertrophien (exklusive Gesicht bzw. Schädel), sofern Operation notwendig ist**
- 125.1 Die angeborene Hemihypertrophie und die angeborene Hemiatrophie des Gesichts bzw. des Schädels sind neu unter Ziffer 122 GgV-EDI zu beurteilen.
1/22

-
- 141 Angeborene Schädeldefekte wie Ossifikationsstörungen, sofern eine Operation notwendig ist**
- 141.1 Reine Weichteildefekte sind unter Ziffer 101 GgV-EDI zu beurteilen.
1/22
- 152 Angeborene Wirbelfehlbildungen (hochgradige Keilwirbel, Blockwirbel wie Klippel-Feil, aplastische Wirbel, hochgradig dysplastische Wirbel)**
- 152.1 Die Spina bifida occulta (Offenbleiben eines oder mehrerer Wirbelbogen ohne gleichzeitige Fehlbildung des zentralen Nervensystems und seiner Häute) ist kein Geburtsgebrechen, sondern eine postnatale Störung der Verknöcherung der Wirbelbogen. Als reine Bogenschlussanomalie gehört sie insbesondere auch nicht zur Ziffer 381 GgV-EDI.
- 163 Angeborene Trichterbrust und kombinierte Thoraxwanddeformitäten, sofern eine Operation notwendig ist**
- 163.1 Ob bei einer Trichterbrust eine Operation notwendig ist, muss aus naturwissenschaftlich-medizinischer Sicht eines für den betreffenden Eingriff befähigten Spezialarztes beurteilt werden [Urteil (des Eidg. Versicherungsgerichts) I 693/02 vom 10. Februar 2003].
- 163.2 Die Behandlung der Trichterbrust durch Vakuumtherapie mit Saugglocke wird von der IV nicht übernommen, weil die Therapie keine Operation ist. Zudem ist die Wirksamkeit der Behandlung nicht nachgewiesen und nur für leicht Fälle vorgesehen.
- 164 Diese Ziffer existiert in der neuen GgV-EDI nicht mehr.
- 167 Diese Ziffer existiert in der neuen GgV-EDI nicht mehr.
- 171 Diese Ziffer existiert in der neuen GgV-EDI nicht mehr.

-
- 172 Angeborene Pseudarthrosen inklusive Pseudarthrosen als Folge einer Coxa vara congenita, sofern eine Operation notwendig ist**
- 172.1 Die Pseudarthrose der Clavicula ist eine Dysostose und kann unter Ziffer 123 GgV-EDI übernommen werden.
- 176 Diese GG-Ziffer existiert in der neuen GgV-EDI nicht mehr. Die entsprechenden Fehlbildungen an den Extremitäten sind neu unter Ziffer 177 GgV-EDI zu beurteilen.
- 177 Angeborene knöcherner Defekte und knöcherner Fehlbildungen der Extremitäten (wie Amelie, Phokomelie, Dymelien, komplexe vollständige Syndaktylien), sofern mehrere Operationen, repetitive Gipsversorgungen oder Apparateversorgung notwendig sind**
- 177.1 Nicht als Geburtsgebrechen gelten unbedeutende anatomische Skelettvarietäten wie Os naviculare cornutum, Os tibiale externum, Os vesalianum etc., unabhängig davon, ob eine Operation wegen periostalen Reizungen ausgeführt wird oder nicht. Ebenfalls nicht als Geburtsgebrechen gelten Achsenfehlstellungen (siehe Rz 738/938.3) und Leiden wie Digitus superductus, Hallux valgus (siehe Rz 737/938.4), Kamptodaktylie etc., da letztere teils als geringfügig, erworben oder primär als Weichteilaffektionen gelten. Der Längenausgleich (Epiphysiodese) von Extremitäten ist als medizinische Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 IVG (siehe Rz 1013) zu beurteilen.
- 177.2 Unter Apparatebehandlung im Sinne von Ziffer 177 GgV-EDI ist die Anwendung orthopädischer Behelfe zu verstehen, welche in der Wirkung mit einem Gipsverband verglichen werden können und bei besonderer Indikation an dessen Stelle verordnet werden müssen. Für nicht gehfähige Säuglinge ist in der Regel der Gipsverband die einfache und zweckmässige Massnahme.
- 177.3 Schuheinlagen jeder Art gelten nicht als orthopädische Apparate im Sinne der Ziffer 177 GgV-EDI. Nach erfolgter Be-

handlung durch Operation, Apparateversorgung oder Gipsverband können jedoch Schuheinlagen abgegeben werden, sofern sie eine wesentliche Ergänzung zur medizinischen Massnahme bilden.

- 177.4 Eine Patelladysplasie (Typus Wiberg etc.) oder eine Patella alta und andere Lageanomalien der Kniescheibe sowie eine Dysplasie des Condylus femoris lateralis fallen nicht unter die Ziffer 177 GgV-EDI. Sie stellen kein Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG dar und können auch nicht gestützt auf Art. 12 IVG übernommen werden.
- 177.5 Knochenzysten und aseptische Knochennekrosen (wie z.B. Morbus «Köhler») sind keine Geburtsgebrechen, sondern Knochenkrankheiten, die weder gestützt auf Art. 12 IVG, noch Art. 13 IVG von der IV zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt die Ziffer 461 GgV-EDI.
- 177.6 Angeborene Gebrechen, die an sich unter ein anderes Gebrechen dieses Kapitels fallen (Anhang zur GgV-EDI, Kapitel II), den erforderlichen Schweregrad jedoch nicht erreichen, können auch nicht unter Ziffer 177 GgV-EDI übernommen werden.
- 177.7 Komplexe vollständige Syndaktylien entsprechen dem Zusammenwachsen des knöchernen Teils der Finger bis zum (distalen) Endgelenk.
1/22
- 177.8 Ausschliesslich häutige Verwachsungen (kutane Syndaktylien) bei sonst unauffälligen Fingern, welche einer einfachen Syndaktylie entsprechen und partielle Syndaktylien, bei welchen die Verschmelzung nicht bis zum Endgelenk reicht, dürfen nicht mit komplexen und vollständigen Syndaktylien gleichgesetzt werden und stellen keine Geburtsgebrechen im Sinne der IV dar.
1/22
- 177.9 Reine Achsenfehlstellungen (wie Genua valga, Genua vara, Metatarsus varus) stellen keine Geburtsgebrechen im Sinne der IV dar (siehe Rz 738/938.3.1).
1/22

2.3 Gelenke, Muskeln und Sehnen

180 Angeborene Fehlstellungen der Füße wie Z-Fuss, Talus verticalis, sofern eine Operation, eine Apparateversorgung oder repetitive Gipsversorgungen notwendig sind. Exklusive angeborene Klumpfuss (Pes equinovarus congenitus, Ziffer 182)

180.1 Die Notwendigkeit einer Operation, einer Apparateversorgung oder einer Behandlung mit Gipsverbänden während einer Dauer von mindestens 12 Monaten ist ein Indikator für den Schweregrad. Wird die Fehlstellung mit einem einmaligen Gipsverband behandelt, so entspricht diese keinem GG im Sinne des Art. 13 Abs. 2 IVG.

180.2 Der kongenitale Plattfuss (Talus verticalis) ist eine seltene, meist einseitige Fehlbildung, welche bereits im Neugeborenenalter deutlich ausgeprägt ist. Er ist vom erworbenen Knickplattfuss/Knicksenkfuss (Talus valgus; Pes plano valgus) abzugrenzen, der kein Geburtsgebrechen im Sinne der IV darstellt. In der Regel ist der kongenitale Plattfuss bereits bei der Geburt fixiert und bedarf eines redressierenden Gipsverbandes und anschliessender Behandlung durch Nachtschienen und Einlagen. Oft sind operative Eingriffe an den Weichteilen unumgänglich.

Zur Anerkennung eines angeborenen Plattfusses (Talus verticalis) unter der Ziffer 180 GgV-EDI ist deshalb erforderlich:

1. Diagnose in der Regel innerhalb der ersten Lebenswochen, spätestens innerhalb des ersten Lebensjahres.
2. Dokumentation der Talusfehlstellung und der Subluxation im Talonavikulargelenk durch einen Röntgenstatus.

182 Pes equinovarus congenitus

182.1 Ein «reiner» Sichelfuss (Pes adductus) stellt keine Variante des Klumpfusses (Pes equinovarus) dar und kann nicht unter dieser Ziffer übernommen werden.

- 182.2 Im Rahmen der Behandlung können Schuheinlagen als Behandlungsgeräte abgegeben werden. Betreffend orthopädischer Schuhe siehe Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (KHMI).
- 183 Dysplasia coxae congenita sowie Luxatio coxae congenita, sofern eine Apparateversorgung oder eine Operation notwendig ist**
- 183.1 Die Diagnose der angeborenen Hüftdysplasie und Hüftluxation wird heutzutage immer häufiger sonographisch gestellt, wobei sich die Standardebene und Typeneinteilung nach Graf bewährt haben. Die Verifizierung eines klinischen Befundes mit anderen bildgebenden Methoden ist in der Regel nicht notwendig.
- 183.2 Typeneinteilung nach Graf
- I: Normale Hüfte
 - Ila+: Reifeverzögerung
 - Ila-: Dysplasie: Reifungsdefizit im Alter von weniger als 3 Monaten
 - Ilb: Verknöcherungsdefizit im Alter von mehr als 3. Monaten
 - Ilc: Dysplasie: Dezentrierungsgefährdet
 - D: Dysplasie: Beginnende Dezentrierung
 - III: } Hüftluxation
 - IV: }
- 183.3 Das Geburtsgebrechen Ziffer 183 GgV-EDI ist ausgewiesen, wenn eine Hüftdysplasie Typ D oder eine Hüftluxation Typ III oder Typ IV vorliegt und eine Indikation zur Behandlung (Apparateversorgung oder zur Operation) gestellt wird. Allein der Umstand, dass eine Therapie indiziert ist und durchgeführt wird, wie dies heute bereits bei einer Reifungs- oder Verknöcherungsverzögerung (Typ Ila- bzw. Typ Ilb) sowie bei einer Dezentrierungsgefährdung (Typ Ilc) der Fall ist, erfüllt die Kriterien nach Art. 13 IVG noch nicht.

-
- 183.4
1/22 Als Apparateversorgung gelten Therapiemittel wie die Tübinger Schiene oder die Pavlik-Bandage. Der Apparateversorgung gleichgestellt ist eine Versorgung mittels Extensionsbehandlung oder Becken-Bein-Gips.
- 183.5
1/22 Die IV kann die Kosten der Ultraschall-Untersuchungen erst ab jener Kontrolle übernehmen, bei der eine Hüftdysplasie Typ D oder eine Hüftluxation Typ III oder Typ IV diagnostiziert und die Indikation für die Apparateversorgung oder die Operation gestellt wurde. Ist die Leistungspflicht der IV ausgewiesen, sind bei der Kostenübernahme der Ultraschall-Untersuchungen folgende Grundsätze zu beachten:
- Die erste postnatale Ultraschall-Untersuchung erfolgt in der Regel als Screening-Untersuchung. Es werden immer beide Hüftgelenke kontrolliert. Screening-Untersuchungen gehen nicht zu Lasten der IV, es sei denn, anlässlich einer Screening-Untersuchung wird eine Hüftdysplasie Typ D oder eine Hüftluxation Typ III oder Typ IV diagnostiziert und die Indikation zur Apparateversorgung oder zur Operation gestellt.
 - Ab Beginn der Leistungspflicht der IV können beidseitige Ultraschall-Untersuchungen nur vergütet werden, wenn beide Hüften betroffen sind.
- 183.6 Ist kein Geburtsgebrechen der Ziffer 183 GgV-EDI ausgewiesen, sind die Ultraschall-Untersuchungen als Screening einzustufen und nicht von der IV zu vergüten. Ihre Kostenübernahme erfolgt dann nach den Vorgaben des KVGs.
- 184 Angeborene Myopathien und angeborene Myasthenie (auch Kongenitale myasthenes Syndrom)**
- 184.1 Myoatonia congenita und Dystrophia myotonica können ebenfalls unter dieser Ziffer eingereicht werden.

184.2 Die adynamia episodica hereditaria, die bisher unter Ziffer
1/22 192 GgV versichert war, ist neu unter Ziffer 184 GgV-EDI
eingeorndet.

184.3 Antidekubitusmatratzen können als Behandlungsgerät
1/22 übernommen werden.

190 Aplasie und hochgradige Hypoplasie von Skelettmuskeln, sofern funktionelle Einschränkung besteht

190.1 Eine umschriebene Hypoplasie des Musculus transversus
1/22 abdominis im Bereiche der Fovea medialis als Durchtrittsstelle der als erworben zu betrachtenden medialen Leistenhernie (Hernia inguinalis medialis) gilt ebensowenig als Geburtsgebrechen wie eine Lücke oder Schwäche in der Linea alba, die zu einer Rektusdiastase oder zu einer Hernia epigastrica führen kann.

191 Diese Ziffer existiert in der neuen GgV-EDI nicht mehr.

193 Diese Ziffer existiert in der neuen GgV-EDI nicht mehr. Der kongenitale Plattfuss wird neu unter Ziffer 180 GgV-EDI eingeorndet.

195 Angeborene nicht-entzündliche Gelenkskrankheiten (wie hyaline Fibromatose, progressive pseudorheumatoide Dysplasie [PPRD])

195.1 Die angeborene Patellaluxation gilt nicht mehr als Geburtsgebrechen im Sinne der IV. Sie kann daher auch nicht unter Ziffer 194 GgV-EDI von der IV übernommen werden.
1/25

2.4 Gesicht

201– Merkblatt «Information für Zahnärztinnen und Zahnärzte
218.1 über die Eidgenössische Invalidenversicherung (IV)»: Die Ausführungen in diesem Merkblatt sind ebenfalls zu beachten. Sie gelten als Bestandteil dieses Kreisschreibens.

201– *Beginn der Leistungspflicht Ziffern 208-210 GgV-EDI*
218.2

Hängt die Anerkennung eines Geburtsgebrechens von der kephalometrischen Beurteilung ab (Ziffer 208-210 GgV-EDI), so beginnt die Leistungspflicht der IV von dem Moment an, wo die entsprechenden Winkelwerte kephalometrisch ausgewiesen sind.

- 201– *Behandlung nach dem 20. Altersjahr*
218.3 Nach vollendetem 20. Altersjahr ist die Krankenversicherung für die Behandlung zuständig (Art. 19a KLV).
- 201– *Extraktion von Weisheitszähnen*
218.4 Die Extraktion von Weisheitszähnen wird von der IV übernommen, wenn sie in ursächlichem Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung von Geburtsgebrenchen steht. Dieser Zusammenhang ist vom kieferorthopädischen Behandler vorgängig auf den individuellen Fall bezogen zu begründen.
1/22
- 201– *Alignerbehandlungen*
218.5 Aligner sind durch spezialisierte Firmen hergestellte Serien individuell angefertigter, semi-rigider Kunststoffschienen, welche Fehlstellungen von Zähnen schrittweise in eine «ideale» Zahnbogenform führen (z.B. Invisalign®, CA®, Clear Aligner, orthocaps®, etc). Aligner werden in zunehmendem Masse als Behandlungsmittel für kieferorthopädische Behandlungen auch von Zahnärzten ohne Ausbildung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie verwendet, teilweise schon am Milchgebiss. Demgegenüber steht der fehlende wissenschaftliche Nachweis als geeignete, wirtschaftliche Behandlungsmethode zur Therapie komplexer, typischerweise die IV betreffender Situationen. Daher werden Aligner-Behandlungen von der IV nicht übernommen (Ausnahme siehe Rz 205.8).
1/22
- 201– *Zahnpflege bei kieferorthopädischen Behandlungen*
218.6 Ist die tägliche Zahnpflege bei festsitzenden Apparaten nur in ungenügendem Masse möglich, gehören die Zahnreinigung und das Entfernen von Zahnstein zur Behandlung und können pro Jahr maximal viermal in Rechnung gestellt werden.

-
- 201– *Behandlung von Karies*
218.7 Die Behandlung von Karies wird von der IV nicht übernom-
1/22 men.
- 205 Angeborene Dysplasien der Zähne, sofern mindestens 12 Zähne der zweiten Dentition nach Durchbruch hochgradig befallen sind; bei der Odontodysplasie (ghost teeth) genügt der Befall von zwei Zähnen in einem Quadranten. Die Diagnose muss durch eine Vertreterin oder einen Vertreter der Schweizerischen Zahnärztesellschaft (SSO) die oder der von der IV für diese spezifische Abklärung anerkannt ist, überprüft werden.**
- 205.1 Bei angeborenen Dysplasien ist der Befall in der Regel bi-
1/22 lateral symmetrisch bei mindestens einer Zahngruppe, meist bei allen Zähnen einer oder beider Dentitionen.
- 205.2 Unter Ziffer 205 GgV-EDI fallen beispielsweise die Amelo-
1/22 genesis imperfecta, die Dentinogenesis imperfecta und die Dentindysplasie.
- 205.3 Mit einer Amelogenesis imperfecta oft verwechselt wird die
1/22 Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation (MIH), welche einzelne Zähne oder Zahngruppen betrifft und bei vorläufig unbekannter Genese nicht als Geburtsgebrechen im Sinne der IV gelten kann.
- 205.4 Als hochgradiger Befall ist eine Dysplasie in einem Aus-
1/22 mass zu verstehen, welches die Integrität und/oder Funktion der Zähne in Frage stellt durch:
- a) absehbaren Substanzverlust (Abrasion/Frakturen) infolge...
- grossflächig bzw. flächendeckend durch kleine Grübchen reduzierter Dicke des Zahnschmelzes oder
 - ungenügender Mineralisation des Zahnschmelzes (Amelogenesis imperfecta) oder
 - fehlerhafter Bildung des Dentins (Dentinogenesis imperfecta);

b) ausgeprägte Verfärbungen der Zähne

- opak weisslich-gelb bis bräunlich infolge generalisierter Mineralisationsstörung des Zahnschmelzes oder
- hartnäckiger Pigmentierung bei sehr rauem Zahnschmelz (Amelogenesis imperfecta) bzw.
- opaleszierend bräunlicher Verfärbung infolge Fehlbildung des Dentins (Dentinogenesis imperfecta);

c) generalisiert irreguläre Wurzelbildung bei Dentindysplasie;

d) massive Entwicklungsstörung von Zahnschmelz, Dentin und Pulpa (Odontodysplasie, 'ghost teeth').

- 205.5
1/22 Fehlende Zahnanlagen der zweiten Dentition sind wie befallene Zähne zu rechnen.
- 205.6
1/22 Die Übernahme der Kosten der Behandlung von Karies durch die IV ist ausgeschlossen.
- 205.7
1/22 Bei Dysplasien der Zähne mit übermässiger Zahnsteinbildung können die Tarifziffern 4.1100, 4.1105, 4.1110 und 4.1120 der IV pro Jahr maximal viermal in Rechnung gestellt werden.
- 205.8
1/22 Bei Zahndysplasien, welche Ausmass und Schweregrad der Ziffer 205 GgV-EDI erfüllen, kann im Einzelfall eine Alignerbehandlung an Stelle von Systemen, bei denen Brackets auf die Zähne aufgeklebt werden, für eine kieferorthopädische Behandlung sinnvoll sein, wenn dadurch der bereits geschädigte Zahn geschont werden kann. Deshalb kann die IV in solchen Fällen die Kosten einer Behandlung mit einem Aligner-System ausnahmsweise übernehmen (Rz 201–218.5). Folgende vier Voraussetzungen müssen dazu aber erfüllt sein:
1. Es liegt eine Anerkennung der Leistungspflicht der IV für Ziffer 205 GgV-EDI vor;

2. Die zu behandelnde kieferorthopädische Problematik muss eine direkte Folge der unter Ziffer 205 GgV-EDI versicherten Zahndysplasie sein (Rz 11);
3. Eine Kostenübernahme von Alignerbehandlungen unter Ziffer 205 GgV-EDI ist grundsätzlich nur ab vollendetem 13. Lebensjahr möglich;
4. Bei der IV-Stelle sind vor dem Behandlungsbeginn einzureichen (a-c):
 - a. Eine fallbezogene Begründung für die Wahl dieser Behandlungsmethode durch den kieferorthopädischen Behandler;
 - b. Eine Kostenschätzung für zahnärztliche Leistungen und eine separate Kostenschätzung für Laborkosten (allfällige Rabatte des Herstellers sind hier aufzuführen und in der Abrechnung an den Kostenträger weiterzugeben);
 - c. Die Angabe der Summe der bereits aufgelaufenen Kosten für die kieferorthopädische Behandlung im vorliegenden Fall.

205.9 Zusammen mit dem ausgefüllten Formular «zahnärztliche Beurteilung» sind einzureichen: Röntgenbilder sowie Mund-Fotos, die *alle* vorhandenen Zähne zeigen. Die Fotos müssen mit dem Namen der versicherten Person und dem Datum der Aufnahme versehen sein.

205.10 Die Diagnose von Ziffer 205 GgV-EDI muss durch eine Vertreterin oder einen Vertreter der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft (SSO), die oder der von der IV für diese spezifische Abklärung anerkannt ist, überprüft werden. Dazu müssen die Unterlagen (siehe Rz 205.9) bei der zuständigen IV-Stelle eingereicht werden, die diese zusammen mit den medizinischen Unterlagen an die von der SSO bestimmte Stelle weiterleitet.

207 **Hyperodontia congenita, sofern der oder die überzähligen bleibenden Zähne eine intramaxilläre oder intra-
mandibuläre Deviation verursachen, welche eine appa-
rative Behandlung verlangt. Odontome gelten nicht als
überzählige Zähne.**

207.1 Mit der Anerkennung dieses Geburtsgebrechens über-
nimmt die IV auch die der apparativen Behandlung voraus-
gehende Extraktion des bzw. der überzähligen Zähne.

207.2 Weisheitszähne werden zur Beurteilung der Leistungs-
1/22 pflicht für Ziffer 207 GgV-EDI nicht berücksichtigt.

207.3 Odontome gelten nicht als überzählige Zähne, sondern als
1/22 Tumore und fallen unter KLV Art. 17c 1.

208– **Micrognathia inferior (Ziffer 208 GgV-EDI), Mordex**
210 **apertus aut clausus (Ziffer 209 GgV-EDI) und Proгна-**
 thia inferior (Ziffer 210 GgV-EDI)

208– Diese Gebrechen können als angeborene Anomalien oder
210.1 auch als Entwicklungsleiden auftreten. Als Geburtsgebre-
 chen können sie nur anerkannt werden, wenn extreme ver-
 tikale oder sagittale Abweichungen im Kiefer-Skelettaufbau
 vorliegen. Die Leistungspflicht der IV beginnt ab dem Zeit-
 punkt, wo die Kriterien der Winkelwerte erfüllt sind.

208– Für die Abklärungen dieser Anomalien sind ausschliesslich
210.2 zuständig:
 – die Kieferorthopädischen Abteilungen der Zahnärztlichen
 Universitätsinstitute sowie
 – die im Spezialistenregister eingetragenen Fachzahn-
 ärzte/-innen für Kieferorthopädie (siehe Homepage der
 SSO: <https://www.sso.ch/>).

208– Sprechen sich behandelnder Zahnarzt oder Zahnärztin in
210.3 ihrer Beurteilung für das wahrscheinliche Vorliegen eines
 Geburtsgebrechens aus, überweisen sie die versicherte
 Person direkt zur Abklärung an eine der obgenannten Stel-
 len. Das Original der «Zahnärztlichen Beurteilung» geht an

die IV-Stelle mit der entsprechenden Rechnung, eine weitere Kopie, gegebenenfalls versehen mit weiteren Unterlagen (Fotos, eventuell Studienmodelle) an die kieferorthopädische Abklärungsstelle. Diese erstattet sodann der IV-Stelle Bericht mit dem Formular «Kieferorthopädische Abklärung» und stellt dafür Rechnung einschliesslich für die allenfalls angefertigten Fernröntgenbilder. Fernröntgenbilder können auch bei Doppelausfertigung von der IV *nur einmal* vergütet werden. Ausnahme: Falls bei Prognathia inferior Primärkontakte eine Zwangsbissführung verursachen, so muss für die Beurteilung des Winkels ANB zusätzlich ein FR in Retrusionskontakstellung der Mandibula (Hinge axis) aufgenommen werden. In diesem Spezialfall werden beide Bilder einzeln vermessen und für den Winkel ANB das arithmetische Mittel aus den beiden gemessenen Werten eingesetzt (siehe Ziffer 208-210 GgV-EDI in «Merkblatt «Information für Zahnärztinnen und Zahnärzte über die Eidgenössische Invalidenversicherung (IV)»). In dieser Situation werden beide Bilder vergütet.

- 208–
210.4 Bei den Kombinationen (ANB- und Kieferbasenwinkel) bedarf es zur Anerkennung einer Ziffer 210 GgV-EDI nicht zusätzlich zweier Antagonistenpaare der zweiten Dentition in frontaler Kopf-Kreuzbissrelation bzw. für Ziffer 209 GgV-EDI keines frontal offenen Bisses.
- 208–
210.5 Vor und während dem Frontzahnwechsel wird die Kontur der Kiefer und damit die Lage der Referenzpunkte A und B durch die Anlagen der bleibenden Schneidezähne beeinflusst. Daher sollen IV-Abklärungen erst nach dem Frontzahnwechsel vorgenommen werden. Prinzipiell sollen die Frontzähne durchgebrochen sein, zwingend ist der Durchbruch der Zähne 11 und 21 und ihrer Antagonisten.
- 208–
210.6 Die myofunktionelle Therapie gilt nicht als wissenschaftlich anerkannte Massnahme zur Behandlung von Kieferanomalien.

- 214 Macro- und Microglossia congenita, sofern Operation der Zunge notwendig ist. Die Notwendigkeit einer Operation ist gegeben:**
- 1. wenn die vergrösserte Zunge beim Säugling Atem- oder Schluckstörungen verursacht;**
 - 2. bei Sprachstörungen, sofern diese im Zusammenhang mit der Zungengrösse stehen und ein Gutachten einer Fachärztin oder eines Facharztes für Oto-Rhino-Laryngologie mit Schwerpunkt Phoniatrie vorliegt, das diesen Zusammenhang vor der Durchführung der Operation bestätigt; oder**
 - 3. bei Okklusionsstörungen, sofern diese im Zusammenhang mit der Zungengrösse stehen und vor der Durchführung der Operation ein Gutachten einer Fachzahnärztin oder eines Fachzahnarztes, die oder der von der IV für kieferorthopädische Abklärungen anerkannt ist, vorliegt, das diesen Zusammenhang bestätigt**
- 214.1 Die Indikation zur Operation ist beim Säugling nur gegeben, wenn die vergrösserte Zunge Atem- oder Schluckstörungen verursacht. Die Diagnose dieser Störungen erfolgt unter Einbezug der entsprechenden Fachdisziplinen (wie Neonatologie, pädiatrische Pneumologie, Neuropädiatrie, Kinderchirurgie) in einer Kinderklinik.
1/22
- 214.2 Bilden Sprachstörungen die Operationsindikation, ist vor der Durchführung einer Operation ein phoniatisches Gutachten (idealerweise durch einen pädiatrischen ORL-Facharzt mit Schwerpunkt Phoniatrie) zwingend einzuholen.
1/22
- 214.3 Bilden Okklusionsstörungen die Operationsindikation, ist vor der Durchführung einer Operation ein kieferorthopädisches Gutachten (bei einem von der IV anerkannten Fachzahnarzt für Kieferorthopädie) zwingend einzuholen.
1/22
- 214.4 Hinsichtlich der kieferorthopädischen Abklärung sind Rz 208–210.2 und Rz 208–210.3 anwendbar.
1/22

218 **Angeborene Retention oder Ankylose von Zähnen, sofern mehrere Molaren oder mindestens zwei nebeneinanderliegende Zähne im Bereich der Prämolaren und Molaren (ohne Weisheitszähne) der zweiten Dentition betroffen sind; fehlende Anlagen (ohne Weisheitszähne) sind retinierten und ankylosierten Zähnen gleichgestellt. Die Diagnose muss durch einen von der IV für diese spezifische Abklärung anerkannten Fachzahnarzt für Kieferorthopädie gestellt werden, die oder der von der IV für diese spezifische Abklärung anerkannt ist.**

218.1
1/22 Die Diagnose hat durch eine kieferorthopädische Abklärungsstelle zu erfolgen. Bei einer Überweisung an eine solche Stelle kann das Formular «Zahnärztliche Beurteilung» je einmal vergütet werden. Eine kephalometrische Abklärung und somit das Ausfüllen eines Formulars «Kieferorthopädische Abklärung» ist zur Feststellung eines Geburtsgebrechens Ziffer 218 GgV-EDI nicht notwendig und wird von der IV nicht vergütet.

218.2 Ist ein Geburtsgebrechen Ziffer 218 GgV-EDI ausgewiesen, geht auch die Behandlung allfällig betroffener Schneide- und Eckzähne zu Lasten der IV (diese sind aber nicht massgebend zur Anerkennung eines Geburtsgebrechens Ziffer 218 GgV-EDI).

2.5 Lungen

241 **Angeborene Fehlbildung der Bronchien wie Bronchomalazie, Bronchialstenose, Aplasie oder Dysplasie der Bronchialknorpel, angeborene Bronchiektasen, bronchogene Zysten**

241.1 Ein radiologischer Nachweis ist erforderlich.

241.2
1/22 Angeborene Stenosen der Bronchien, die sich meistens durch ein lobäres Emphysem äussern, können unter diese Ziffer eingereiht werden.

243 Angeborene partielle Agenesie oder Hypoplasie der Lungen

243 Die Impfung mit Synagis® geht nicht zulasten der IV, sondern zulasten der KV (Urteil des BGer 8C_590/2011 vom 13. Juni 2012).

245 Angeborene Lungensequestrierung und die Congenital Pulmonary Airway Malformation (CPAM), sofern eine interventionelle Therapie (z.B. Chirurgie) notwendig ist

245.1 Eine angeborene Lungensequestrierung ist anzunehmen, wenn deren Symptome im ersten Lebensjahr manifest werden, oder wenn das Leiden die unmittelbare Folge einer angeborenen Herzfehlbildung ist (in letzterem Fall wäre eine Einordnung auch unter Ziffer 313 GgV-EDI möglich).

245.2 Später auftretende idiopathische Lungensequestrierungen
1/22 sind keine Geburtsgebrechen im Sinne der IV.

245.3 Die Lungenzysten gehören zu dieser Ziffer.
1/22

246 Angeborene Formen der “Children Interstitial Lung Disease” (ChILD) sind:

1. angeborene Störungen der Lungenentwicklung (wie Congenital Acinar Dysplasia, Congenital Alveolar Dysplasia oder Alveolar Capillary Dysplasia); oder

2. angeborene Störungen der Surfactant-Funktion mit nachgewiesenem genetischen Defekt (wie angeborene Formen der Pulmonary Alveolar Proteinosis oder ABCA3-Mutation

246.1 Unter Ziffer 246 GgV-EDI sind nur die angeborenen Formen der ChILD versichert. Jene Formen des ChILD und andere interstitielle Lungenerkrankungen, welche die Folge einer übergeordneten Erkrankung (wie Systemerkrankungen, Autoimmunerkrankungen, Infektionen, Herzerkrankungen, andere Lungenerkrankungen) sind, gelten nicht als Geburtsgebrechen im Sinne der IV, es sei denn, das der
1/22

entsprechenden interstitiellen Lungenerkrankung zu Grunde liegende Leiden stellt selber ein Geburtsgebrechen im Sinne der IV dar (wie angeborene Herzvitien). In diesem Fall ist die entsprechende interstitielle Lungenerkrankung direkt unter dem jeweiligen Geburtsgebrechen versichert (so sind z.B. interstitielle Lungenveränderungen bei der zystischen Fibrose (CF) unter Ziffer 480 GgV-EDI versichert).

246.2
1/22 Das klinische Bild eines primären Surfactantmangels (historisch als Hyaline Membranenkrankheit bezeichnet) entspricht nicht einer angeborenen Störung der Surfactant-*Funktion*. Hier besteht keine Leistungspflicht der IV. Eine angeborene Störung der Surfactant-Funktion muss genetisch nachgewiesen werden: Eine Leistungspflicht der IV für eine angeborene Störung der Surfactant-Funktion besteht erst, wenn die zu Grund liegende Genmutation nachgewiesen wird.

247 Moderate und schwere bronchopulmonale Dysplasien (BPD), sofern eine Therapie (medikamentös, Sauerstoffsubstitution, Atemhilfe) notwendig ist

247.1
1/22 Das Atemnotsyndrom des Neugeborenen als Folge eines primären Surfactantmangels (früher auch als Hyaline Membranenkrankheit bezeichnet und bis 31.12.2021 unter der dann gültigen Ziffer 247 GgV versichert) oder als Folge eines sekundären Surfactantmangels (Surfactantverbrauch/-zerstörung beispielsweise bei einer Mekonium- oder Blutaspilation oder bei einer Infektion) sowie alle anderen Formen eines Atemnotsyndroms beim Neugeborenen (wie Wet Lung, neonatale Pneumonie oder Pneumothorax), die bis 31.12.2021 unter der dann gültigen Ziffer 497 GgV versichert waren, entsprechen keinem Geburtsgebrechen im Sinne der IV.

247.2
1/22 Die Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) ist der Folgezustand von verschiedenen prä-, peri- und postnatalen Faktoren, welche auf die noch in Entwicklung befindliche und unreife Lunge des Fetus und des kleinen Frühgeborenen einwirken.

- 247.3
1/22 Die Definition der BPD wurde seit der Einführung 1967 durch Northway et al. immer wieder angepasst, da sich einerseits das Gestationsalter der in der Neonatologie behandelten Frühgeborenen über die Jahre immer weiter nach unten verschoben hat, und sich andererseits die prä- und postnatalen Behandlungsmöglichkeiten der Schwangeren und der Neugeborenen stark verändert haben. Die IV lehnt sich in ihrer Definition der BPD an den Vorschlag des National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), des National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) und des Office of Rare Diseases (ORD) an, welche im Jahr 2000 die aktuell überwiegend gebräuchliche Definition der BPD des National Institutes of Health (NIH consensus) erarbeitet haben¹. Darin wird neu eine Unterteilung in Schweregrade eingeführt (leichte, moderate und schwere BPD). Als diagnostische Kriterien werden neben dem Erfüllen der Grunddiagnose einer BPD (definiert als Sauerstoffbedarf während mindestens 28 Lebenstagen) je nach Gestationsalter bei Geburt der Therapiebedarf im Alter von 36 Schwangerschaftswochen bzw. im Alter von 56 Lebenstagen verwendet. Auch wenn diese Definition international breite Anwendung findet, ist man sich in Fachkreisen bewusst, dass sie aus verschiedenen Gründen weiterhin keine optimale Lösung darstellt. Mangels besser geeigneter Alternativen, die ihrerseits auch eine breite Anwendung finden würden, verwendet die Invalidenversicherung für Ziffer 247 GgV-EDI diese etablierte Definition in einer leicht vereinfachten Version (siehe Rz 247.4).
- 247.4
1/22 Die von der IV verwendete Definition der Diagnose «Bronchopulmonale Dysplasie» und ihre Einteilung in die drei Schweregrade «leicht», «moderat» und «schwer» basiert auf einer von den Westschweizer Neonatologen und Kinderpneumologen 2014 publizierten vereinfachten Variante²

¹ Jobe AH, Bancalari E: *Bronchopulmonary dysplasia. Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1723-1729.

² Mornand A, Roth-Kleiner M, Hafen G, Barazzone C, Rochat I: *Ancien prématuré avec dysplasie bronchopulmonaire: quelle prise en charge en 2014? Rev Med Suisse* 2014; 10: 430-434.

der aktuell überwiegend gebräuchliche Definition der BPD des National Institutes of Health (NIH consensus):

Diagnostische Kriterien Bronchopulmonalen Dysplasie (BPD)		
	Gestationsalter bei Geburt	
	Geburt < 32 SSW	≥ 32 SSW
1. Diagnose BPD	Sauerstoffgabe während <i>mindestens</i> 28 Lebenstagen	
	plus	
2. Schweregrad BPD	Zusatzkriterien	
leicht	Raumluft (FiO ₂ 21 %) bei 36 SSW	Raumluft (FiO ₂ 21 %) am 56. Lebenstag
moderat	FiO ₂ < 30% bei 36 SSW	FiO ₂ < 30 % am 56. Lebenstag
schwer	FiO ₂ ≥ 30 % oder Atemunterstützung (CPAP oder High Flow) bei 36 SSW	FiO ₂ ≥ 30 % oder Atemunterstützung (CPAP oder High Flow) am 56. Lebenstag

SSW = Schwangerschaftswochen; Geburt = 1. Lebenstag; FiO₂ = Sauerstoffkonzentration der zugeführten Luft

- 247.5
1/22 Um eine Leistungspflicht für das Geburtsgebrechen Ziffer 247 GgV-EDI geltend machen zu können, muss der behandelnde Arzt das Vorliegen einer BPD sowie den Schweregrad plausibel begründen und dokumentieren können. Bleiben die Angaben unklar oder sind nicht nachvollziehbar, müssen vom RAD die notwendigen Unterlagen (Hospitalisationsberichte, allenfalls Protokolle) vom behandelnden Spital verlangt werden. Es muss die fortbestehende Notwendigkeit einer Therapie (medikamentös, Sauerstoffsubstitution, Atemhilfe) nachgewiesen und dokumentiert werden.
- 247.6
1/22 Die Leistungspflicht der IV für Ziffer 247 GgV-EDI kann definitionsgemäss frühestens ab einem Gestationsalter von

36 0/7 Schwangerschaftswochen bzw. ab dem 56. Lebens-
tag beginnen (siehe Rz 247.4). Voraussetzung ist neben
dem Erfüllen der diagnostischen Kriterien (Rz 247.4) die
Notwendigkeit für eine fortbestehende Therapie (wie medi-
kamentös, Sauerstoffsubstitution, Atemhilfe).

- 247.7 Die Impfung mit Synagis® geht hier zulasten der IV, nicht
zulasten der KV (Urteil des BGer 9C_190/2013 vom 23.
April 2013. Siehe Rz 1023.1).

2.6 Luftwege

251 **Angeborene Fehlbildungen des Larynx und der Trachea wie kongenitale Trachealstenose, tracheo-la- ryngo-ösophageale Fisteln und Spalten**

- 251.1 Die Laryngo-/Tracheomalazie beim Neugeborenen und
1/22 Säugling ist unter Ziffer 252 GgV-EDI zu beurteilen.

- 251.2 Tracheo-oesophageale Fisteln können je nach der im Vor-
1/22 dergrund stehenden Grundfehlbildung unter Ziffer 251
GgV-EDI oder Ziffer 271 GgV-EDI eingeordnet werden.

252 **Laryngo- und Tracheomalazie, sofern eine Heimbeat- mung (CPAP, BiPAP oder ähnlich) oder eine chirurgi- sche Intervention notwendig ist**

- 252.1 Die Laryngo-/Tracheomalazie beim Neugeborenen und
1/22 Säugling gilt nur als Geburtsgebrechen im Sinne der IV,
sofern eine Heimbeatmung oder eine chirurgische Inter-
vention notwendig ist.

2.7 Speiseröhre, Magen und Darm

271 **Angeborene Stenose und Atresie des Ösophagus so- wie oesophagotracheale Fistel**

- 271.1 Oesophago-tracheale Fisteln können je nach der im Vor-
1/22 dergrund stehenden Grundfehlbildung unter Ziffer 251
GgV-EDI oder Ziffer 271 GgV-EDI eingeordnet werden.

276 Darmlageanomalien (inklusive Volvulus) ohne Coecum mobile

276.1 Der Analprolaps und Hernien gelten nicht als Darmlageanomalien.
1/22

277 Diese Ziffer existiert in der neuen GgV-EDI nicht mehr.

278 Aganglionose und Ganglienzell-Anomalien des Dick- und Dünndarms inklusive primäre chronische intestinale Pseudoobstruktion (CIPO)

278.1 Wird bei einem Neugeborenen mit Aganglionose oder Ganglienzell-Anomalie präoperativ eine diätetische Behandlung mit Frauenmilch durchgeführt, so können die Kosten für Miete/Kauf einer Milchpumpe gemäss den Vorgaben der MiGeL übernommen werden (siehe Rz 1027). Zur Stillberatung siehe Rz 1041.
1/25

279 Diese Ziffer existiert in der neuen GgV-EDI nicht mehr.

280 Der Inhalt dieser Ziffer wurde geändert.

281 Angeborene Zwerchfellfehlbildungen

281.1 Die Impfung mit Synagis® geht nicht zulasten der IV, sondern zulasten der KV (Urteil des BGer 8C_590/2011 vom 13. Juni 2012).

282 Nekrotisierende Enterocolitis beim Neugeborenen, sofern eine chirurgische Intervention (Drainage, Laparotomie) notwendig ist

282.1 Fälle, in denen ein Verdacht auf eine nekrotisierende Enterokolitis besteht, oder bei denen nur konservative Massnahmen wie Nahrungskarenz und Antibiotikatherapie durchgeführt werden, erfüllen die Kriterien der Ziffer 282 GgV-EDI nicht.
1/22

282.2 Wird bei einem Neugeborenen mit einer nekrotisierenden Enterokolitis eine diätetische Behandlung mit Frauenmilch durchgeführt, so können die Kosten für Miete/Kauf einer
1/25

Milchpumpe gemäss den Vorgaben der MiGeL übernommen werden (siehe Rz 1027). Zur Stillberatung siehe Rz 1041.

2.8 Leber, Gallenwege und Pankreas

292 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Gallenwege, sofern eine chirurgische Intervention notwendig ist

292.2 Die biliäre und hepatische Komponente des Watson-
1/25 Alagille-Syndroms bzw. Alagille-Syndroms fällt unter Ziffer 292 GgV-EDI (siehe Rz 10).

2.9 Bauchwand

302 Omphalozele und Laparoschisis

302 Die Omphalozele und die Laparoschisis sind schwere Fehl-
1/22 bildungen im Bereich der Bauchdecke. Sie sind nicht identisch mit einem Nabelbruch (Nabelhernie) oder einer Rektusdiastase, welche nicht als Geburtsgebrechen im Sinne der IV gelten.

303 Diese Ziffer existiert in der neuen GgV-EDI nicht mehr.

2.10 Herz, Gefäss- und Lymphsystem

311 Angeborene Hämangiome, sofern eine komplexe Therapie (mehrere Laser- oder Kryotherapien oder Operationen mit oder ohne medikamentöser Vorbehandlung) notwendig ist

311 Hämangiome, welche ausschliesslich medikamentös (wie
1/22 mittels Gabe von Beta-Blockern) behandelt werden, gelten nicht als Geburtsgebrechen im Sinne der IV.

313 Angeborene Herz- und Gefässmissbildungen, sofern eine Therapie (beispielsweise medikamentös, katheterinterventionell oder operativ) oder regelmässige fachärztliche Kontrollen notwendig sind

313.1 Versicherte, bei denen ein Geburtsgebrechen im Sinne von Ziffer 313 GgV-EDI diagnostiziert wurde, das aber noch keiner Therapie bedarf, haben Anspruch auf eine Kostenübernahme der notwendigen fachärztlichen Kontrollen.

313.2 Die primäre pulmonale Hypertonie kann nicht als Geburtsgebrechen anerkannt werden.

313.3 Eine Endocarditisprophylaxe geht nicht zulasten der IV.

313.4 Die Impfung mit Synagis® geht zulasten der IV, nicht zulasten der KV (Urteil des BGer 9C_530/2010 vom 31. Mai 2011, Urteil des BGer 9C_411/2015 vom 19. Februar 2016) (siehe Rz 1023.1).

314 Angeborene Kardiomyopathien und Rhythmusstörungen, sofern eine Therapie (medikamentös, katheterinterventionell oder operativ) notwendig ist

314
1/22 Unter dieser neuen Ziffer fallen angeborene obstruktive Kardiomyopathien, angeborene dilatative Kardiomyopathien und angeborene Reizleitungsstörungen, wie Romano-Ward, Jerwell-Langue-Nielsen, Wolff-Parkinson-White.

2.11 Milz, Blut und reticuloendotheliales System

322 Angeborene hypo- und aregeneratorische Anämien, Leuko- und Thrombopenien

322.1
1/25 Bei der Anämie des Frühgeborenen handelt es sich nicht um eine angeborene hypo- oder aregeneratorische Anämie. Ätiologisch handelt es sich um eine Kombination aus einer im Vergleich zum Termingeborenen geringeren Hämoglobin-Konzentration und geringeren Eisenspeichern bei

Geburt, einer unzureichenden plazentaren Transfusion, iatrogenem Blutverlust (u.a. Blutentnahmen), einer postnatal verminderten Erythropoietinausschüttung, einer verminderten Erythropoietinsensitivität der erythrozytären Vorläuferzellen sowie einer relativen Mangelernährung. Hinzu kommt ein Verdünnungseffekt durch das schnelle Wachstum mit ansteigendem Blutvolumen bei konstant bleibendem Gesamthämoglobin.

323 Angeborene haemolytische Anaemien (Erythrozyto-, Enzymo- und Haemoglobinopatien)

323.1 Die Methaemoglobinaemia enzymopenica congenita wird Ziffer 323 GgV-EDI zugeordnet.

324 Angeborene Koagulopathien und Thrombozytopathien (Hämophilien und andere Defekte von Gerinnungsfaktoren)

324.1 Das Schweizerische Rote Kreuz organisiert Ferienlager für Kinder mit Hämophilie. Gemäss Vereinbarung mit dem BSV übernimmt die IV einen Teil der Kosten, sofern eine Verfügung für den Einzelfall erlassen wurde.

324.2 Bei versicherten Personen mit Hämophilie können Gelenkschoner als Hilfsmittel übernommen werden (siehe Ziffer 15.09 HVI).

325 Diese Ziffer existiert in der neuen GgV-EDI nicht mehr.

326 Angeborenes Immun-Defekt-Syndrom (IDS) sofern eine Therapie notwendig ist

326.1
1/22 Die Diagnose eines angeborenen Immundefektes muss von einem Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie an einem Universitärem Spital bestätigt werden.

326.2
1/22 Angeborene Immundefekte im Sinne des Art. 13 IVG sind z.B. kombinierte Immundefekte respektive kombinierte B- und T-Zell- Defekte (definiert durch CD3-T-Zellen-Lymphopenie) wie retikuläre Dysgenese, hämophagozytäre Lymphohistiozytose oder septische Granulomatose.

-
- 326.3
1/22 Eine genetische Prädisposition (respektive genetische Veranlagung) zur einer Störung der Immunabwehr entspricht keinem Geburtsgebrechen (z.B. autoimmunhämolytische Anämie).
- 326.4
1/22 Autoimmun- und Autoentzündungskrankheiten sowie erworbene polygene Formen von Immundefekten gelten nicht als angeborene Fehler des Immunsystems und damit auch nicht als Geburtsgebrechen im Sinne der IV.
- 326.5 Sekundäre Immundefekte z.B. bei exsudativen Enteropathien, malignen Prozessen, Infektionskrankheiten etc. gelten nicht als angeboren.
- 326.6 Die kongenitalen qualitativen Anomalien der neutrophilen Granulozyten gehören unter die Ziffer 326 GgV-EDI.
- 326.7 Angeborene HIV-Infektionen fallen unter die Ziffer 490 GgV-EDI.
- 326.8
1/22 Das typische hämolytische urämische Syndrom (HUS) ist eine erworbene Krankheit und gilt nicht als Geburtsgebrechen im Sinne des Art. 13 IVG.
- 326.9
1/22 Das atypische hämolytische urämische Syndrom (aHUS) ist eine primäre bzw. angeborene Krankheit und gilt bei Vorliegen folgender Elementen (kumulativ) als Geburtsgebrechen:
- Beginn im Kleinkindalter,
 - Keine assoziierte Krankheit, insbesondere keine Kriterien für Shigatoxin-HUS (Stuhlkultur und PCR für Shiga-Toxine; Serologie für Anti-Lipopolysaccharid-Antikörper),
 - Keine Kriterien für thrombotische thrombozytopenische Purpura,
 - Untersuchung des Komplementsystems (C3-, C4-, Faktor H- und Faktor I-Plasmakonzentration, MCP-Expression auf Leukozyten und Anti-Faktor H-Antikörper; genetisches Screening zur Identifizierung von Risikofaktoren) mit Nachweis entsprechender Genmutationen.

2.12 Urogenitalsystem

341 Angeborene Glomerulo- und Tubulopathien

- 341.1 Darunter fallen unter anderem die hereditäre Nephritis (z.B. beim Alport-Syndrom), das kongenitale nephrotische Syndrom vom finnischen Typ, die Nephronophthie, das familiäre nephrotische Syndrom, sofern die Betroffenen Verwandte 1. Grades sind (Eltern, Geschwister), der nephrogene Diabetes insipidus, die renaltubulären Azidosen, die Störungen des renalen Natrium-Kalium-Kalzium-Magnesium- und Phosphattransportes sowie die Störungen des Aminosäuretransportes.
- 341.2 *Keine Geburtsgebrechen* nach Ziffer 341 GgV-EDI sind die Lipidnephrosen (nephrotisches Syndrom mit Minimalveränderungen der Glomeruli, ausgenommen die familiäre Form nach Abs. 1), die benignen Hämaturien (z.B. die benigne familiäre Hämaturie, isolierte Hämaturie), die transitorischen Tubulopathien, die toxisch bedingten Tubulopathien, die mässige asymptomatische Hypercalzämie ohne Steinbildung (Hämaturie allein genügt nicht) etc.
- 341.3 Bei renalem Kleinwuchs kann die Wachstumshormonbehandlung nur bis zu einer allfälligen Nierentransplantation übernommen werden. (Transplantierte Kinder sprechen schlecht oder nicht auf die WH-Behandlung an).
- 341.4 An die durch das Kinderspital Zürich durchgeführten Dialysenlager leistet die IV gemäss den Abmachungen zwischen dem BSV und dem Kinderspital einen Beitrag, vorausgesetzt, dass für den Einzelfall eine Verfügung erlassen wurde. Das Kinderspital stellt den IV-Stellen in den betreffenden Fällen gemäss Kostenvereinbarung mit dem BSV Rechnung.

343 Angeborene Nierentumoren und Nierenzysten (ohne einfache solitäre Zysten), sofern eine Operation oder medikamentöse Therapie notwendig ist

-
- 343.1
1/22 Die einfachen solitären Zysten sind ultrasonographisch definiert: rund, dünnwandig, echoleer, ohne Septen und mit unauffälligem Nierenparenchym. Da diese nicht behandlungsbedürftig sind, gelten sie nicht als Geburtsgebrechen im Sinne der IV.
- 343.2
1/22 Anders verhält es sich bei komplexen solitären Zysten mit malignitätsverdächtigen Zeichen im Ultraschall (d.h. mit soliden Anteilen, verdickten Wänden, Septen, Kalzifikationen und verstärkter Durchblutung bei der Doppler-Untersuchung). Diese Art von solitären Zysten bedarf weiterführenden Untersuchungen und je nach Diagnose einer spezifischen Therapie.
- 346 Angeborener vesicoureteraler Reflux (VUR) ab Grad III oder sofern eine interventionelle Behandlung (endoskopisch oder chirurgisch) notwendig ist**
- 346.1
1/22 Der vesicoureterale Reflux bis Grad II stellt kein Geburtsgebrechen im Sinne der IV dar, sofern nicht eine interventionelle Behandlung (endoskopisch oder chirurgisch) notwendig ist.
- 352 Hypospadie, sofern eine Operation notwendig ist**
- 352.1
1/25 Die Hypospadie ist die häufigste angeborene urologische Fehlbildung beim Knaben. Eine internationalen Standards entsprechende medizinische Versorgung dieser Patienten ist auf Grund der Zahl verfügbarer Fachärzte und Behandlungszentren gewährleistet. Die Unmöglichkeit eine adäquate Behandlung in der Schweiz durchführen zu lassen (Art. 23^{bis} Abs. 1 IVV) kann folglich nicht geltend gemacht werden. Auch können keine wesentlichen medizinischen Vorteile einer Behandlung im Ausland im Sinne beachtenswerter Gründe gemäss Art. 23^{bis} Abs. 3 IVV geltend gemacht werden. Motive wie andere Operationsmethoden, vorhauerhaltende Operationstechniken oder tiefere Komplikationsraten entsprechen keinen beachtlichen Gründen im Sinne der Rechtsprechung (BGE 8C_782/2021 vom 03.05.2022 E 5.3).

355 Beidseitiger Kryptorchismus sowie Hodenagenesie und -dysplasie inklusive intraabdomineller Hoden, sofern mehr als ein Eingriff oder eine hormonelle Behandlung notwendig ist

355.1 Eine, vorgängig der Operation durchgeführte Hormon-Behandlung geht nicht zu Lasten der IV.

355.2 Wird intraoperativ ein hoher Kryptorchismus festgestellt, übernimmt die IV allfällige Gonadotropinjektionen.

358 Angeborene Fehlbildungen der inneren und äusseren weiblichen Sexualorgane, sofern die Diagnose durch ein DSD-Team bestätigt wurde und eine Operation und/oder eine hormonelle Therapie notwendig ist

358.1 1/22 DSD bedeutet disorders/differences of sex development; es handelt sich dabei um Variationen respektive Störungen der *biologischen* Geschlechtsentwicklung.

358.2 1/22 Der Begriff «DSD Team» ist international nicht verbindlich geregelt. Die IV versteht darunter aber ein spezialisiertes, interdisziplinäres und interprofessionelles Team mit Fachärztinnen/Fachärzten und Spezialistinnen/Spezialisten aus Disziplinen wie pädiatrische Endokrinologie, Urologie, Kinder- und Jugendgynäkologie, Kinderchirurgie, Adoleszentenmedizin, Genetik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie, welches an einem Kinderspital oder einem universitären Zentrum als spezialisierte Einheit eine professionelle Begleitung und Betreuung von Kindern mit einer Variation oder einer Störung der *biologischen* Geschlechtsentwicklung (DSD) gewährleisten.

359 Angeborene Entwicklungsfehlbildung der Gonaden [Ovar und Testis] (wie Gonadendysgenese, Gonadaplasie, Ovotestis), sofern die Diagnose durch ein DSD-Team bestätigt wurde

359.1 1/22 DSD bedeutet disorders/differences of sex development; es handelt sich dabei um Variationen respektive Störungen der *biologischen* Geschlechtsentwicklung.

359.2 Zur Definition des DSD-Teams siehe Rz 358.2.
1/22

2.13 Zentrales, peripheres und autonomes Nervensystem

381 Fehlbildungen des Nervensystems:

- 1. Zentralnervensystem (wie Schizencephalie, Lissenzephalie) und seiner Häute (wie Encephalocoele, Myelomeningocoele, Hydromyelia, Meningocoele, Diastematomyelia und Tethered Cord)**
- 2. Peripheres Nervensystem und vegetatives Nervensystem (wie familiäre Dysautonomie, Analgesia congenita)**

381.1 Die Spina bifida occulta und der Sacralporus fallen nicht unter Ziffer 381 (siehe Ziffer 152 GgV-EDI). Es handelt sich dabei nicht um Geburtsgebrechen im Sinne der IV.

381.2 Die in Klammern aufgeführten Leiden bilden keine abschliessende Liste. Die Ziffer umfasst sowohl Fehlbildungen des Zentralnervensystems (z.B. Chiari-Anomalie), als auch seiner Häute.

381.3 Zerebrale Fehlbildungen (wie z.B. Corpus-callosum-Agenesie oder Lissenzephalie) fallen unter Ziffer 381 GgV-EDI.

382 Kongenitales zentrales Hypoventilationssyndrom (CCHS) (auch Ondine-Syndrom, Undine-Syndrom)

382.1 Das Apnoe-Bradykardie-Syndrom des Neugeborenen sowie Apparent Life Threatening Events (ALTE) bei Säuglingen gehören nicht zur Ziffer 382 GgV-EDI und sind kein Geburtsgebrechen im Sinne der IV.
1/22

383 Heredo-degenerative Erkrankungen des Nervensystems (wie Friedreichsche Ataxie, Leukodystrophien und progrediente Erkrankungen der grauen Substanz, spinale und neurale Muskelatrophien, Rett-Krankheit)

- 383 **Kostenübernahme von Spinraza® (Nusinersen):** Die IV übernimmt die Kosten für das Präparat Spinraza® (Nusinersen) bei präsymptomatischen spinale Muskelatrophie(SMA)-Patienten sowie SMA-Patienten mit Typ I, II oder III zum Preis (Publikumspreis) von CHF 90'063.70 pro Flasche (Durchstechflasche mit 12mg/5ml Abgabekategorie A). Die Behandlung umfasst im ersten Jahr 6 Injektionen, ab dem folgenden Jahr 3 Injektionen. Die Behandlung, insbesondere bei Patienten mit SMA Typ I, bei präsymptomatischen Patienten sowie neu diagnostizierten Patienten mit SMA Typ II sollte rasch erfolgen, weshalb die IV-Stellen ersucht werden, entsprechende Gesuche prioritär zu behandeln. Folgende Bedingungen (Limitatio) müssen für eine Behandlung berücksichtigt werden und sind den behandelnden Fachärzten mitzuteilen:

Einschlusskriterien

Spinraza® darf nur in Spital-basierten, spezialisierten neuromuskulären Zentren des Netzwerks Myosuisse (siehe z.B. www.fsrm.ch/projekte/netzwerk-myosuisse) von einem Facharzt der Neurologie/Neuropädiatrie verschrieben und verabreicht werden. Das behandelnde medizinische Personal muss zwingend Erfahrung mit der Diagnostik und der Behandlung von Patienten mit spinaler Muskelatrophie und in der Durchführung von intrathekalen Anwendungen durch Lumbalpunktion haben.

Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, die erforderlichen Daten laufend im Schweizer Register für neuromuskuläre Erkrankungen SwissReg-NMD (<https://www.swiss-reg-nmd.ch/>) zu erfassen.

Nach Kostengutsprache durch die IV-Stelle nach vorgängiger Konsultation des regionalärztlichen Dienstes (RAD).

Ein spezifischer Antrag für Verlängerung der Behandlung nach 12 Monaten ist vom behandelnden Arzt zu erstellen und der IV-Stelle erneut vorzulegen.

Zur Behandlung der 5q-assoziierten spinalen Muskelatrophie (SMA) bei pädiatrischen Patienten mit Diagnosestellung vor dem 20. Geburtstag (für Patienten über 20 Jahren siehe GGML).

Dokumentierung von homozygoter Deletion, homozygoter Mutation oder komplexer Heterozygotie (z.B. Deletion von SMN1 exon 7 [Allel 1] und Mutation von SMN1 [Allel 2] mit mindestens 2 Kopien des SMN2 Gens).

Bei präsymptomatischen Patienten:

- SMN2-Kopien ≥ 2 .

Bei SMA-Typ I (infantile Form):

- SMN2-Kopien ≥ 2 .
- Beginn der Symptome und der klinischen Zeichen ≤ 6 Monate (180 Tage).

Bei SMA mit späterem Krankheitsbeginn (Typ II und III):

- SMN2-Kopien ≥ 2 .
- Beginn der Symptome > 6 Monaten.

Alle mit Spinraza® behandelten Patienten werden vom behandelnden Facharzt im spezialisierten Zentrum regelmässig nach den Beurteilungsparameter bzw. nach dem Ansprechen auf das Präparat untersucht, dabei werden dem Alter und motorischen Fähigkeiten entsprechend Assessments durchgeführt (u.a. CHOP-INTEND, HINE, HFMSE, RULM, 6MWT) und die Lungenfunktion beurteilt.

Ausschlusskriterien

- Ausgeschlossen sind SMA-Typ 0 und IV sowie alle spinalen und neuralen Muskelatrophien, die nicht auf eine Gendeletion oder -mutation auf Chromosom 5q zurückzuführen sind;
- Ausgeschlossen sind Patienten, bei welchen eine intrathekale Anwendung durch Lumbalpunktion wegen Gesundheitsgefährdung oder technischer Schwierigkeiten (z.B. Status nach Wirbelsäulenversteifung) nicht möglich ist;
- Spinraza® darf nicht vor, nach oder zusammen mit einer für SMA spezifischen Gentherapie angewendet werden. Spinraza® darf nicht zusammen mit einer anderen auf die Expression der SMN-Proteine einwirkende medikamentöse Behandlung der spinalen Muskelatrophie (SMA) verabreicht werden.

Abbruchkriterien

- Gesamtverschlechterung der motorischen Funktion, bestätigt durch 2 aufeinanderfolgende Messungen, ohne alternative Begründung für die Verschlechterungen:
 - Reduktion von mehr als 2 auf der Skala für horizontales Treten oder 1 auf anderen HINE-Scores ohne freiwilligen Griff;
 - Rückgang von mehr als 4 Punkten auf der der Children's Hospital of Philadelphia Infant Test of Neuromuscular Disorders scale (CHOP-Intend);
 - Rückgang von mehr als 3 Punkten auf der Revised Hammersmith-Skala (HFMSE).
- Dauerbeatmung (16 oder mehr Stunden pro Tag an 21 aufeinander folgenden Tagen, wenn keine akute reversible Infektion vorliegt) oder Notwendigkeit einer permanenten Tracheostomie bei gleichzeitiger Verschlechterung der motorischen Funktionen;
- Nichteinhaltung des Behandlungsplans.

Bei allfälligen Fragen zur Limitatio steht das BSV zur Verfügung.

386 Hydrocephalus congenitus und posthämorrhagische Hydrozephalie nach perinataler Blutung oder perinatalem Insult

386.1 Perinatal bezieht sich auf der perinatalen Periode welche mit 22 vollendeten Wochen (154 Tagen) der Schwangerschaft beginnt und sieben vollendete Tage nach der Geburt endet.
1/22

386.2 Neben dem angeborenen Hydrozephalus gilt auch ein posthämorrhagischer Hydrozephalus als Geburtsgebrechen im Sinne der IV, sofern die dafür verantwortliche Hirnblutung oder der dafür verantwortliche Insult perinatal (also gemäss WHO bis zum vollendeten 7. Lebenstag; Geburt = 1. Lebenstag) nachgewiesen werden konnte.
1/22

387 Angeborene (primäre) Epilepsie (exklusive Formen, bei denen eine anti-krampflösende Therapie nicht oder nur während eines Anfalls notwendig ist)

387.1 Primäre Epilepsien sind idiopathischen Epilepsie gleichzusetzen.
1/22

A) Umschreibung der angeborenen Epilepsie

387.2 Epilepsie im Sinne der GgV-EDI ist grundsätzlich ein klinisch-elektroenzephalographischer Begriff. Formen wo keine Behandlung notwendig ist oder nur während eines Anfalls, können nicht als Geburtsgebrechen anerkannt werden.

387.3 Die latente oder bioelektrische Epilepsie (im EEG spikes und waves oder entsprechende Komplexe) ohne körperliche und/oder psychische Begleiterscheinungen ist keine behandlungsbedürftige Krankheit und demnach kein Gebrechen im Sinne der GgV-EDI.
Lässt sich bei einer Epilepsie keine eindeutige postnatale Ursache nachweisen, kann sie als angeboren betrachtet werden.

-
- 387.4 Darunter fallen:
- Epilepsien im engeren Sinne mit *rezidivierenden Anfällen* oder mit wenigen Anfällen und anschliessend erfolgreicher Anfallsprophylaxe. Interiktal kann dabei das EEG normal sein.
- 387.5 – Epilepsien *ohne Anfälle, aber mit psychopathologischen Symptomen*, die mit elektroenzephalographisch eindeutig nachweisbaren epileptischen Erscheinungen im Sinne zahlreicher, klarer spike-wave-Komplexe während der psychopathologischen Auffälligkeiten (also ikтал) und im Intervall in Beziehung gebracht werden können (larvierte oder maskierte Epilepsie). Ob ein Zusammenhang zwischen EEG-Befund und psychopathologischen Erscheinungen ausgewiesen oder wahrscheinlich sei, ist fachärztlich zu entscheiden (Rz 7).
- 387.6 Als solche psychopathologischen Symptome (Äquivalente) fallen in Betracht: Sprach-, Sprech-, Lern- und Verhaltensstörungen.
- Da solche psychischen Besonderheiten vieldeutig sind und auch auf anderen Ursachen beruhen können, ist der Nachweis eindeutig epileptischer EEG-Veränderungen ikтал und im Intervall unerlässlich (in einem EEG mehrere klare spike-wave-Komplexe, die sich von der Hintergrundaktivität deutlich abheben). Eine Epilepsie darf nur angenommen werden, wenn andere Ursachen gestützt auf überzeugende kinderpsychiatrische Angaben ausgeschlossen werden können.
- 387.7 In der Regel verursachen nur gravierende und deshalb relativ leicht nachweisbare exogene postnatale Einflüsse eine *erworbene* symptomatische Epilepsie.
- 387.8 *Photosensible Epilepsien ohne spontane Anfälle* sind dann als Geburtsgebrechen der GgV-EDI zu werten, wenn die durch Lichtreize (Lichtblitze im EEG-Labor, Fernsehen u.a.) ausgelösten EEG-Paroxysmen die Stimulation zeitlich überdauern und/oder sogar in einen epileptischen Anfall ausmünden.

**B) EEG-Übernahme durch die IV, Wiederholungen;
Beendigung medizinischer Massnahmen der IV**

- 387.9 Ein EEG (allenfalls mit Schlaf- oder Schlafentzugs-EEG) ist von der IV zu übernehmen, wenn *begründbarer* Verdacht auf eine Epilepsie mit Anfällen besteht oder psychopathologische Symptome vorliegen, die in den Rahmen einer larvierten Epilepsie gehören könnten.
- 387.10 Wenn eine klinische Epilepsie nachgewiesen und unter der Ziffer 387 GgV-EDI von der IV anerkannt worden ist, sind die Kontroll-EEG nach ärztlicher Anordnung zu übernehmen. Bei nicht hospitalisierten Versicherten sollen häufige EEG-Kontrollen ärztlich begründet werden. In stabilen Krankheitsphasen sind EEG-Kontrollen eher in längeren Abständen sinnvoll, in instabilen Phasen jedoch sind sie in kürzeren Abständen für Diagnose und Therapie wichtig; Säuglinge und Kleinkinder bedürfen häufigerer EEG-Kontrollen als Schulkinder und Erwachsene. Ferner sind häufigere Kontrollen zu Beginn einer antiepileptischen Behandlung, bei unerwünschten Nebenwirkungen und bei einigen besonderen Epilepsiesyndromen notwendig.
- 387.11 Wenn ohne antiepileptische Medikation während zweier Jahre Anfallsfreiheit besteht bzw. psychopathologische Auffälligkeiten im Sinne von Rz 387.3 und 387.4 verschwunden sind und ein von Epilepsiepotentialen freies EEG vorliegt, sind weitere medizinische Massnahmen und auch EEG-Kontrollen nicht mehr von der IV zu übernehmen – es sei denn, es werde ein Rezidiv der Epilepsie vermutet.
- 387.12 Für Schlaf- und Schlafentzugs-EEG gelten Rz 387.8–387.10 sinngemäss.

C) Epilepsie in Verbindung mit anderen neuropsychiatrischen Geburtsgebrechen

- 387.13 Hat die IV den Anspruch auf medizinische Massnahmen nach Ziffer 404 GgV-EDI abgelehnt (wegen Fehlens der kumulativ nötigen Symptome, wegen Diagnosestellung

oder Behandlungsbeginn erst nach dem 9. Lebensjahr), und wird dieselbe versicherte Person der IV mit Verdacht auf eine angeborene Epilepsie angemeldet, so ist den Anforderungen im Sinne von Rz 387.3 und 387.4 besonderes Gewicht beizumessen.

- 387.14 Ähnliches gilt sinngemäss, wenn die IV medizinische Massnahmen unter der Ziffer 403 GgV-EDI abgewiesen hat und eine Neuanschuldung wegen Verdachts auf Epilepsie erfolgt.

D) Vorgehen bei unklaren und strittigen Fällen

- 387.15 Wenn das Vorliegen einer angeborenen Epilepsie im Sinne der GgV-EDI unklar oder strittig ist, können die IV-Stellen eine fachärztliche (epileptologische) Begutachtung anordnen. Im Einzelfall wird sich nach medizinischer Beurteilung ergeben, ob die Akten genügen oder ob eine weitere Abklärung notwendig ist. Die Expertenstelle entscheidet über Anfertigung weiterer Hirnstrombilder (EEG). Die IV-Stelle kann danach, wenn aus Versicherungssicht notwendig, diese weiteren Untersuchungen anordnen oder verfügen.
- 387.16 Die IV-Stelle ist berechtigt das Original-EEG einzusehen oder für ein Gutachten zur Verfügung zu stellen.

E) Neuropsychologische Abklärungen bei Epilepsie

- 387.17 Die neuropsychologische Untersuchung gehört nicht zu den Standardabklärungen bei Epilepsien. Sie ist von einem Neuropädiater, Pädiater oder Epileptologen anzuordnen, und es muss eine klare Fragestellung vorliegen. Zwecks Festlegung der medikamentösen Therapie können in der Regel keine neuropsychologischen Abklärungen von der IV übernommen werden.

390 Angeborene infantile Zerebralparese (spastisch, dyskinetisch, ataktisch)

- 390.1
1/22 Die angeborene infantile Zerebralparese (oft auch als zerebrale Bewegungsstörung oder Zerebralparese (CP) bezeichnet) stellt kein einheitliches Krankheitsbild dar, sondern bildet einen Symptomenkomplex, der eine Gruppe von statischen Enzephalopathien zusammenfasst. Diese sind gekennzeichnet durch:
- eine neurologisch klar definierbare Störung,
 - je nach Form vorherrschend Spastizität, Dyskinesie oder Ataxie,
 - eine Entstehung vor dem Ende der Neonatalperiode,
 - das Fehlen einer Progredienz des zugrundeliegenden Prozesses,
 - häufig *assoziierten* auftretenden zusätzliche Störungen wie Lernbehinderung, geistiger Behinderung, Sehstörungen, Epilepsie als Folge derselben Ursache.

Als Geburtsgebrechen Ziffer 390 GgV-EDI anzuerkennen sind demzufolge nur angeborene spastische, ataktische und/oder dyskinetische Bewegungsstörungen. Die zusätzlich assoziierten Störungen, wie oben aufgeführt, sind *nicht eine Folge der Zerebralparese, sondern einer gemeinsamen übergeordneten Ursache* (Enzephalopathie), die ihrerseits nicht einem Geburtsgebrechen im Sinne der IV entspricht. Demzufolge sind diese *assoziierten* Störungen nicht unter Ziffer 390 GgV-EDI versichert (siehe Rz 10).

- 390.1.1 Zur Diagnose einer spastischen Bewegungsstörung muss eine Hyperreflexie vorliegen, ein erhöhter Widerstand der von der Störung betroffenen Muskeln gegen passive Bewegungen (erhöhter Muskeltonus) sowie pathologische Reflexe (gesteigerte Muskeleigenreflexe, Babinskizeichen) und abnorme Haltungs- und Bewegungsmuster.
- 390.1.2 Ataktische Bewegungsstörungen betreffen Teile der Fein- und/oder der Körpermotorik. Die ataktische Störung der Feinmotorik ist durch folgende Befunde definiert: Intention- oder Aktionstremor (ein die Handbewegung begleitendes Zittern), und eine Dysmetrie (Fehler im Mass der

Bewegung im Sinne eines Danebengreifens). Begleitend finden sich nicht selten Synkinesien (überschiessendes Öffnen der Hand beim Loslassen manipulierter Gegenstände) und im Neurostatus eine Hypotonie, eine Dysdiadochokinese und/oder ein positives Rebound-Phänomen. Die ataktische Störung der Körpermotorik ist durch die Rumpfataxie definiert.

- 390.1.3 Dyskinesien sind von unwillkürlichen Bewegungen gekennzeichnete Störungen der Motorik, welche weiter von abnormalen Haltungs- und Bewegungsmustern geprägt werden. Zu den dyskinetischen Bewegungsstörungen gehören unter anderem Chorea und Athetosen.
- 390.2 Eine isolierte muskuläre Hypotonie ohne andere neurologische Auffälligkeiten begründet versicherungsmedizinisch kein Geburtsgebrechen unter Ziffer 390 GgV-EDI. Hypotonien sind aber nicht selten Frühsymptome einer cerebralen Bewegungsstörung und können deshalb ein Geburtsgebrechen unter Ziffer 395 GgV-EDI begründen, wenn keine andere Ätiologie als wahrscheinlicher gelten muss. Zur muskulären Hypotonie im Alter bis zum vollendeten 2. Lebensjahr siehe Rz 395.
- 390.3 Hippotherapie stellt eine anerkannte medizinische Massnahme zur Behandlung der unter Ziffer 390 GgV-EDI genannten angeborenen zerebralen Lähmung dar. Die Kosten können übernommen werden (Details siehe Rz 1021).
- 390.4 Die Kosten für diagnostische Untersuchungen zur Ursachensuche einer zerebralen Bewegungsstörung (z.B. genetische Screeninguntersuchungen) gehen nicht zu Lasten der IV.
- 390.5 Bei zerebralen Bewegungsstörungen im Vorschulalter, bei denen eine wirksame ambulante Therapie wegen grosser Entfernung von der nächstgelegenen Behandlungsstelle, wegen Überbelastung des Kindes oder wegen der häuslichen Verhältnisse nicht gewährleistet ist, kann eine intensive stationäre Therapie in besonderen Behandlungszen-

tren erfolgen. Von dieser Intensivbehandlung muss ein wesentlicher und nachhaltiger Erfolg zu erwarten sein (Rz 1221ff.).

Die Dauer derartiger Aufenthalte darf in Fällen mit guten Erfolgsaussichten (Schulbildungsfähigkeit auf der Stufe der Normal- oder Hilfsschule, keine oder nur Hilflosigkeit leichteren Grades) höchstens 180 Tage im Verlaufe von 2 Jahren, in allen übrigen Fällen höchstens 90 Tage im Verlaufe von 2 Jahren betragen.

- 390.6 Die Behandlung mit Botulinumtoxin (Botox®) kann übernommen werden (siehe Rz 1208).
- 390.7 Die Therapie mit der Roboterunterstützten Gangorthese Lokomat® kann im Rahmen einer intensiven physiotherapeutischen Behandlung übernommen werden. Zu verfügen sind jeweils zwanzig Sitzungen mit einer Behandlungsfrequenz von mindestens drei Sitzungen pro Woche.
- 390.8
1/22 «Physiotherapeutisches Schwimmen» kann nur übernommen werden, wenn es durch eine anerkannte physiotherapeutische Fachkraft erteilt wird.

- 395 Neuromotorische Symptome im Sinne eindeutig pathologischer Bewegungsmuster (asymmetrische Bewegungsmuster, eingeschränkte Variabilität der Spontanmotorik [Stereotypien]) oder weitere, im Verlauf als zunehmend dokumentierte Symptome (asymmetrisches Haltungsmuster, Opisthotonus, persistierende Primitivreaktionen sowie ausgeprägte qualitative Auffälligkeiten des Muskeltonus [Rumpfhypotonie bei erhöhtem Tonus im Bereiche der Extremitäten]), welche in den ersten zwei Lebensjahren auftreten, als mögliche Frühsymptome einer zerebralen Lähmung gelten und therapiebedürftig sind. Ein motorischer Entwicklungsrückstand und ein Plagiocephalus gelten nicht als Geburtsgebrechen im Sinne der Ziffer 395**
- 395.1
1/22 Medizinische Massnahmen im Rahmen der Ziffer 395 EDI-GgV können maximal bis zum vollendeten 2. Lebensjahr übernommen werden. Bestehen zu diesem Zeitpunkt weiterhin behandlungsbedürftige Befunde, ist die Kostenübernahme der Behandlung unter einer anderen Ziffer der GgV zu prüfen, beispielsweise Ziffer 390 EDI-GgV. Die für die betreffende Ziffer geltende Kriterien sind einzuhalten.
- 395.2
1/22 Die muskuläre Hypotonie vor dem vollendeten 2. Lebensjahr kann ein Frühsymptom einer infantilen Bewegungsstörung darstellen und ist deshalb unter Ziffer 395 GgV-EDI einzuordnen, sofern zunächst keine andere Ätiologie wie eine Stoffwechselstörung oder eine chromosomale Störung als wahrscheinlicher gelten muss. Nach vollendetem 2. Lebensjahr begründet eine isolierte muskuläre Hypotonie dagegen versicherungsmedizinisch kein Geburtsgebrechen unter Ziffer 390 GgV-EDI.
- 395.3
1/22 Ein Entwicklungsrückstand (insbesondere auch ein rein motorischer Entwicklungsrückstand) gilt nicht als Geburtsgebrechen im Sinne der IV. Eine Physiotherapie mit dem Ziel der Entwicklungsförderung oder der Behandlung eines Entwicklungsrückstandes kann folglich nicht von der IV übernommen werden.

395.4
1/22 Ein Plagiozephalus kann verschiedenen Ursachen haben: Die häufigste Ursache ist ein sogenannter lagebedingter Plagiozephalus, der in der Regel erworben ist. Seltener sind ein frühzeitiger Schädelnahtverschluss (Kraniosynosthose), eine Tortikollis (Schiefhals) oder andere (z.B. neurologische) Ursachen für einen Plagiozephalus. Die Behandlung eines Plagiozephalus (wie Physiotherapie, Orthese/Helm) geht nur dann zu Lasten der IV, wenn die Ursache des Plagiozephalus eine direkte Folge eines als Geburtsgebrechen anerkannten Leidens ist.

397 Angeborene Paralysen und Paresen

397.1 Für Augenmuskeln siehe Rz 428.

2.14 Psychische Erkrankungen und schwere Entwicklungsrückstände

403 Schwere Verhaltensstörungen bei Menschen mit einer angeborenen Intelligenzminderung, sofern eine Therapie notwendig ist. Die Intelligenzminderung selbst stellt kein Geburtsgebrechen im Sinne der IV dar.

403.1
1/22 Jede Intelligenzminderung gilt als angeboren, wenn aus der Anamnese nicht hervorgeht, dass als Säugling oder Kleinkind (entscheidende Entwicklungsphase des Gehirns) eine Encephalomeningitis oder ein schweres Schädel-Hirn-Trauma durchgemacht wurde.

403.2
1/22 Fehlt bei einer angeborenen Intelligenzminderung eine schwere Verhaltensstörung, so kann letzteres *während der Dauer von Zahnbehandlungen* angenommen werden. Die Leistungen der IV beschränken sich in diesen Fällen auf die Übernahme der Kosten der Vollnarkose (siehe Rz 13).

403.3
1/22 Eine angeborene Intelligenzminderung liegt auch dann vor, wenn sie bloss ein Begleitsymptom eines Geburtsgebrechens darstellt, das als solches keiner Behandlung zugänglich ist und deshalb in die Geburtsgebrechenliste nicht aufgenommen werden konnte (wie z.B. Smith-Magenis-

Syndrom). Voraussetzung für eine Übernahme unter Ziffer 403 GgV-EDI ist aber auch in diesen Fällen das Vorliegen einer schweren Verhaltensstörung.

403.4
1/22 Von der IV übernommen werden ausschliesslich anerkannte, einfache und zweckmässige medizinische Behandlungen, die sich spezifisch und ausschliesslich gegen die Verhaltensstörung richten. Die Subsumierung unter Ziffer 404 GgV-EDI ist nicht zulässig (siehe Rz 403.7).

403.5
1/22 Psychotherapie stellt bei Intelligenzminderung keine wirksame und zweckmässige Therapie dar.

403.6
1/22 Oft sind diese Versicherten auch in ihrer motorischen Entwicklung retardiert. Eine allenfalls durchgeführte Therapie dieser Entwicklungsstörung dient dabei nicht der Behandlung der Verhaltensstörung und kann keine Leistungspflicht für Ziffer 403 GgV-EDI begründen.

403.7
1/22 Eine gleichzeitige Anerkennung von Ziffer 403 GgV-EDI und Ziffer 404 GgV-EDI ist ausgeschlossen, zumal Ziffer 404 GgV-EDI eine normale Intelligenz voraussetzt. Eine gleichzeitige Anerkennung von Ziffer 403 GgV-EDI und Ziffer 405 GgV-EDI ist nur in Ausnahmefällen und nur mit nachvollziehbarer fachärztlicher (kinderpsychiatrischer) Begründung möglich.

404 Angeborene Störungen des Verhaltens bei Kindern ohne Intelligenzminderung mit kumulativen Nachweis von:

- 1. Störungen des Verhaltens im Sinne einer krankhaften Beeinträchtigung der Affektivität oder der Kontaktfähigkeit,**
- 2. Störungen des Antriebes,**
- 3. Störungen des Erfassens (perzeptive Funktionen),**
- 4. Störungen der Konzentrationsfähigkeit**
- 5. Störungen der Merkfähigkeit.**

Die Diagnosestellung und der Beginn der Behandlung müssen vor der Vollendung des 9. Lebensjahres erfolgt sein

-
- 404.1 Eine gleichzeitige Anerkennung von Ziffer 403 GgV-EDI und Ziffer 404 GgV-EDI ist ausgeschlossen, zumal Ziffer 404 GgV-EDI eine normale Intelligenz voraussetzt. Eine gleichzeitige Anerkennung von Ziffer 404 GgV-EDI und Ziffer 405 GgV-EDI ist nur in Ausnahmefällen und nur mit nachvollziehbarer fachärztlicher (kinderpsychiatrischer) Begründung möglich.
- 404.2 Die Störung muss zwingend vor dem vollendeten 9. Lebensjahr als solche diagnostiziert, dokumentiert und auch behandelt worden sein. Erworbene Störungen müssen sicher ausgeschlossen sein (Urteil des BGer 9C_418/2016 vom 4. November 2016) (siehe Anhang 4).
- 404.3 Kongenitale Hirnstörungen, die erst nach Vollendung des 9. Lebensjahres tatsächlich behandelt werden, sind wie andere psychische Störungen von Kindern im Lichte von Art. 12 IVG (siehe Rz 645–647.1ff.) zu beurteilen. Ebenso wenig darf ein Geburtsgebrechen angenommen werden, wenn ausschliesslich geltend gemacht wird, die Behandlungsbedürftigkeit habe schon vor Vollendung des 9. Altersjahres bestanden (AHI 1997 S. 124; AHI 2002 S. 60, Urteil des BGer 9C_418/2016 vom 4. November 2016) (siehe Rz 404.2).
- 404.4 Die «9 Jahres-Grenze» gilt nur für die medizinischen Leistungen der IV unter Art. 13 IVG, Ziffer 404 GgV-EDI, nicht aber für andere mögliche Vorkehren (z.B. berufliche Massnahmen). Für diese Leistungsarten gelten andere Kriterien.
- 404.5 Wenn bis zum 9. Geburtstag nur einzelne der im Titel erwähnten Symptome ärztlich festgestellt werden, sind die Voraussetzungen für Ziffer 404 GgV-EDI nicht erfüllt. In diesen Fällen ist aus medizinischer Sicht sorgfältig zu überprüfen, ob die geforderten Kriterien gemäss dem medizinischen Leitfaden zur Ziffer 404 GgV-EDI (Anhang 4) effektiv erfüllt sind. Die IV-Stelle entscheidet danach, ob allenfalls weitere (externe) Experten beizuziehen sind.

-
- 404.6 Erstmalige Abklärungen sind nicht von der IV anzuordnen oder vorzunehmen, da die adäquate Behandlung eine bereits korrekt gestellte Diagnose voraussetzt. Die Behandlungskosten können erst nach Anerkennung des Geburtsgebrechens, das heisst: ab gemäss Anhang 7 nachvollziehbar gestellter Diagnose, übernommen werden. Bis zu einer sicheren Diagnosestellung ist die Kostenträgerin notwendiger medizinischer Massnahmen die KV. Erst im Zeitpunkt der sicheren Diagnosestellung fällt die für den Zeitraum umstrittener Leistungspflicht geltende Vorleistungspflicht der KV dahin. Da der Fall erst ab jenem Zeitpunkt von der IV übernommen wird, hat diese nur die Vorleistung ab diesem Zeitpunkt zurückzuerstatten (Urteil des BGer 9C_16/2014 vom 25. Juni 2014 E. 3.3).
- 404.7 Gelöscht
1/25
- 404.8 Bei Kindern vor Vollendung des 9. Altersjahres sind in Zweifelsfällen die ärztlichen Feststellungen aus medizinischer Sicht sorgfältig zu überprüfen und allenfalls durch eine von der IV-Stelle angeordnete spezialärztliche Untersuchung zu ergänzen. Siehe dazu auch den medizinischen Leitfaden zur Ziffer 404 GgV-EDI (Anhang 4).
- 404.9 Lehnt die IV-Stelle die Übernahme der Behandlung ab, ist lediglich der Arztbericht zu vergüten.
- 404.10 Ein neurologisch-hirnorganisches Geburtsgebrecen (z.B. eine Epilepsie) schliesst die gleichzeitige Anerkennung von Ziffer 404 GgV-EDI als selbständiges Geburtsgebrecen nicht aus.

In selteneren Fällen können jedoch kongenitale Hirnstörungen zum Symptomenkreis neurologisch-hirnorganischer Geburtsgebrecen gehören. In diesen Fällen sind sie nicht selbständig unter Ziffer 404 GgV-EDI einzuordnen, sondern gemäss den Rz 11 und 1037 unter die Ziffer des ursächlichen Geburtsgebrecens zu subsumieren. So ist z.B. eine Verhaltensstörung im Rahmen eines schweren, tiefgreifenden Entwicklungsrückstandes nicht unter Ziffer 403

GgV-EDI, zu behandeln, sondern unter Ziffer 387 GgV-EDI. Die Behandlung solcher Folgezustände kann somit im zeitlichen Rahmen von Art. 13 IVG auch dann übernommen werden, wenn das ursächliche Gebrechen nicht mehr behandlungsbedürftig ist.

404.11 Die Verfügung einer Behandlung ist regelmässig im Hinblick auf den Erfolg, die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit zu überprüfen. Eine Verlängerung ist nur aufgrund spezialärztlich nachvollziehbarem ausgewiesenem und bestätigtem Erfolg und Nutzen der Behandlung möglich und sinnvoll.

404.12 Eine EEG-Untersuchung bedarf vorgängig der Einwilligung der IV und kann nur in begründeten Fällen übernommen werden.

405 **Autismus-Spektrum-Störungen, sofern die Diagnose durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, einen Facharzt für Pädiatrie mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder einen Facharzt für Pädiatrie mit Schwerpunkt Entwicklungspädiatrie bestätigt worden ist**

405.1 Eine gleichzeitige Anerkennung von Ziffer 403 GgV-EDI und / oder Ziffer 404 GgV-EDI und Ziffer 405 GgV-EDI, ist nur in Ausnahmefällen und nur mit nachvollziehbarer fachärztlicher (kinderpsychiatrischer) Begründung möglich.

405.2 Die IV übernimmt die Kosten für die Methode «Packing» nicht, da die Packing-Methode keine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode ist.

406 Diese Ziffer existiert in der neuen GgV-EDI nicht mehr.

2.15 Sinnesorgane

Ophthalmologische Geburtsgebrechen

411–
428.1 Wird die Anerkennung als Geburtsgebrechen von einem bestimmten Grad der Visusverminderung abhängig gemacht, so ist der entsprechende Wert nach erfolgter bester optischer Korrektur massgebend.

411–
428.2 Sofern der Visus nicht messbar ist, ist dem Visus von 0,3 oder weniger die Tatsache gleichzustellen, dass das betreffende Auge nicht zentral fixieren kann (Ziffern 416, 418, 419, 423, 425, 427 GgV-EDI).

411–
428.3 Ist die für die Anerkennung als Geburtsgebrechen erforderliche Visusverminderung (nach Korrektur) nachgewiesen, übernimmt die IV die Brille als Behandlungsgerät, sofern sie der Behandlung des unter der betreffenden Ziffer versicherten Leidens dient. Die Kostenübernahme erfolgt nur solange eine Leistungspflicht für medizinische Massnahmen ausgewiesen ist (siehe Rz 16 f und Rz 425.2 und Rz 425.3).

411–
428.4
1/20 Das Angebot der auf dem Markt erhältlichen «Überbrillen» oder Solarclips ist relativ breit (z. B. <https://www.lunetta.ch/ki/Sonnenbrillen1/Ueberbrillen1.html>). Die meisten Modelle weisen einen 100 %igen UV-400 Schutz (d. h. 100 % der UV-Strahlen bzw. der UVA- und UVB-Strahlen werden gefiltert) auf und sind mit dem CE-Zeichen gekennzeichnet. Der Schutz durch «Überbrillen» oder Solarclips ist gleichwertig mit demjenigen einer Sonnenbrille. Nur «Überbrillen» oder Solarclips können von der IV übernommen werden (mit Ausnahme von Ziffer 418 GgV-EDI).

Eine Rückerstattung der Kosten für korrigierende Sonnenbrillen kann jedoch in Betracht gezogen werden, wenn die Form der üblichen Korrekturbrille das Hinzufügen von «Überbrillen» oder Sonnenclips nicht zulässt. Der Antrag zur Kostenübernahme ist jedoch in einem solchen Fall ordnungsgemäss zu dokumentieren.

413 Aplasie der Tränenwege

413.1 Eine Stenose der Tränenwege, bei der die Durchlässigkeit mit Spülungen und Sondierungen erreicht werden kann, ist nicht als Geburtsgebrechen der Ziffer 413 GgV-EDI anzuerkennen.

416 Angeborene Trübungen der Cornea mit Visusverminderung auf 0,3 oder weniger (mit Korrektur) oder sofern eine Operation notwendig ist

416.1 Sofern eine Operation indiziert ist, müssen die Visuskriterien nicht erfüllt sein, weil eine Operation auch bei einer Visusverminderung von < 0.5 angezeigt sein kann, insbesondere, wenn mit einer Operation eine Verbesserung des Visus auf > 0.5 erreicht werden kann.

418 Angeborene Anomalien der Iris und der Uvea, mit Visusverminderung auf 0,3 oder weniger an mindestens einem Auge (mit Korrektur) oder Visusverminderung an beiden Augen auf 0,4 oder weniger (mit Korrektur)

418.1 Muss bei einem Iriskolobom (Lücke in der Regenbogenhaut) wegen verstärktem Lichteinfall eine Sonnenbrille getragen werden, so kann diese als Behandlungsgerät übernommen werden (siehe Rz 411–428.4).

419 Angeborene Linsen- oder Glaskörpertrübung und Lageanomalien der Linse mit Visusverminderung auf 0,3 oder weniger an mindestens einem Auge (mit Korrektur) oder Visusverminderung an beiden Augen auf 0,4 oder weniger (mit Korrektur)

419.1 Sind Kontrollen und Brillenversorgung nach einer Kataraktoperation weiterhin notwendig, gehen diese Kosten zur Lasten der IV (siehe Rz 661/861.10 und 661/861.11).

420 Frühgeborenenretinopathie (ROP)

420.1
1/22 Als ROP (=Retinopathy of prematurity, Retinopathia praematurorum, retrolentale Fibroplasie) im Sinne der Ziffer 420

GgV gilt eine ROP ab Stadium 1. Eine noch unreife Netzhaut gilt dagegen nicht als ROP.

420.2 Ein Morbus Coats gilt nicht als Geburtsgebrechen im Sinne der IV.

425 Angeborene Refraktionsanomalien mit Visusverminderung auf 0,3 oder weniger an mindestens einem Auge (mit Korrektur) oder Visusverminderung an beiden Augen auf 0,4 oder weniger (mit Korrektur)

425.1 Unter Ziffer 425 GgV-EDI ist ein Augenleiden einzureihen, wenn die Refraktionsanomalie (z.B. hochgradige Myopie, hochgradiger Astigmatismus) als Ursache der Sehschwäche bezeichnet wird.

425.2 Die Behandlung ist prinzipiell bis zum vollendeten 11. Lebensjahr zu übernehmen. Liess sich der Visus bis zu diesem Zeitpunkt nicht oder nur unwesentlich verbessern, muss von einer Therapieresistenz ausgegangen werden. In diesen Fällen kann die IV Brillen und ophthalmologische Kontrollen auch nach dem vollendeten 11. Lebensjahr übernehmen, sofern die Visuskriterien zur Anerkennung eines Geburtsgebrechens weiterhin erfüllt sind, jedoch maximal bis zum vollendeten 20. Altersjahr. Die Vorgaben von Rz 425.2 gelten auch für Ziffer 427 GgV-EDI.

425.3 Werden medizinische Massnahmen über das vollendete 11. Lebensjahr beantragt und sind die Kriterien zur Anerkennung eines Geburtsgebrechens nicht mehr erfüllt, so ist die Verlängerung zu begründen.

425.4 Kontaktlinsen können abgegeben werden, wenn

- eine Anisometropie von mindestens 4 Dioptrien vorliegt
- oder*
- mit Kontaktlinsen eine um mindestens zwei Zehntel bessere Sehschärfe erzielt wird als mit Brillengläsern.

Maximal können von der IV folgende Kontaktlinsen pro Auge und Jahr vergütet werden:

1. und 2. Lebensjahr bis zu 12

3. Lebensjahr	bis zu 6
4. bis 11. Lebensjahr	bis zu 4
12. und mehr Lebensjahre	bis zu 2

427 Strabismus und Mikrostrabismus monolateralis, wenn eine Amblyopie mit Visusverminderung von 0,3 oder weniger (mit Korrektur) vorliegt

427.1 Darunter fällt jedes einseitige Begleitschielen, wenn das Schielauge einen verminderten Visus von 0,3 oder weniger mit Korrektur aufweist.

Wird eine *einseitige* kongenitale Amblyopie angegeben, ist von einem Mikrostrabismus auszugehen, es sei denn, für die Sehschwäche ist eine Refraktionsanomalie oder ein anderer Grund anzunehmen.

Dauer der Leistungspflicht siehe Rz 425.2 und 3.

Allfällige Schieloperationen können auch noch nach dem vollendeten 11. aber maximal bis zum zwanzigsten Lebensjahr übernommen werden, ohne dass zum Operationszeitpunkt die Kriterien zur Anerkennung eines Geburtsgebrechens noch erfüllt sein müssen.

427.2 Der Strabismus alternans und der Strabismus intermittens stellen kein Geburtsgebrechen im Sinne der GgV-EDI dar.

427.3 Liegt *beidseits* eine Sehschwäche von 0,3 oder weniger vor, ist an ein anderes Geburtsgebrechen zu denken wie z.B. Ziffer 422 GgV-EDI oder Ziffer 423 GgV-EDI.

428 Angeborene Paresen der Augenmuskeln sowie Duane-Syndrom, sofern Prismen, Operation oder orthoptische Behandlung notwendig sind
1/22

428.1 Unter diese Ziffer fällt der Strabismus paralyticus congenitus. Dieser ist nicht mit dem unter die Ziffer 427 GgV-EDI fallenden Strabismus concomitans zu verwechseln.

443 Angeborene Spalte im Ohrbereich, Mittelohrfisteln und angeborene Trommelfelldefekte. Ohranhängsel sind kein Geburtsgebrechen im Sinne der IV
1/22

- 443.1 Eine präauriculäre Fistel stellt kein Geburtsgebrechen im Sinne der GgV-EDI dar, es sei denn, es liegt eine Mittelohrbeteiligung vor.
- 444
1/22 **Angeborene Mittelohrfehlbildungen mit ein- oder doppelseitiger Schwerhörigkeit mit einem Hörverlust im Reintonaudiogramm von mindestens 30 dB bei 2 Messwerten der Frequenzen von 500, 1 000, 2 000 und 4 000 Hz.**
- 444.1 Die angeborene Fixation des Steigbügels oder anderer Gehörknöchelchen gehört zu Ziffer 444 GgV-EDI, wenn die genannten audiometrischen Kriterien erfüllt sind.
- 444.2 Beim Säugling und Kleinkind sind in der Regel spezielle pädoaudiologische Abklärungen notwendig, die fachärztlich anzuordnen sind. Die Untersuchung erfordert häufig eine kurze Hospitalisation in einer Spezialklinik.
- 444.3 Bei knochenverankerten Hörgeräten wird zwischen einer internen (= medizinische Massnahme) und einer externen (= Hilfsmittel nach Art. 21 IVG) Komponente unterschieden. Gleiches gilt für die Soundbridges (System Symphonix).
- 445 Diese Ziffer existiert in der neuen GgV-EDI nicht mehr. Angeborene Taubheit gehört neu zur Ziffer 446 GgV-EDI.

2.16 Stoffwechsel und endokrine Organe

- 451-
470
1/22 Netzwerke und Referenzzentren sind für die Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten zuständig. Die SAMW respektive die KOSEK definiert Referenzzentren als Kompetenzzentren für bestimmte Krankheitsgruppe. Diese sind nicht krankheitsübergreifend, sondern krankheitsspezifisch ausgerichtet. Das Netzwerk umfasst alle für die Krankheitsgruppe wichtigen Institutionen, Spezialisten und Unterstützungsangebote: Referenzzentren, weitere Spitäler, wie auch ambulante Leistungserbringer (ärztliche wie nicht-ärztliche) und Patientenorganisationen.

Kompetenzzentren: <https://www.kosekschweiz.ch/versorgung/zentren-seltenen-krankheiten>

- 451**
1/22 **Angeborene Störungen des Kohlenhydrat-Stoffwechsels, sofern die Diagnose in einem medizinisch-genetischen Zentrum oder im Stoffwechselreferenznetzwerk gestellt wurde und die Behandlung vom Stoffwechselnetzwerk geleitet wird**
- 451.1 Die bei *Galaktosämie* von der IV zu übernehmenden Massnahmen bestehen aus ärztlichen Kontrollen, Laboranalysen und diätetischen Präparaten (siehe Anhang 1).
- 451.2
1/22 Nach dem heutigen wissenschaftlichen Kenntnisstand liegt dem angeborenen Diabetes ein genetischer Defekt zugrunde, der vor dem 6. Monat diagnostiziert wird.
- 452**
1/22 **Angeborene Störungen des Aminosäure- und Eiweiss-Stoffwechsels inklusiv Harnstoffzyklus und Organazidurie, sofern die Diagnose in einem medizinisch-genetischen Zentrum oder im Stoffwechselreferenznetzwerk gestellt wurde und die Behandlung vom Stoffwechselnetzwerk geleitet wird**
- 452.1 Phenylketonurie: Phenylalaninarme Diät (siehe Diätmittelliste, Anhang 1).
- 459**
1/22 **Angeborene Störungen der Pankreasfunktion (primäre Pankreasinsuffizienz [wie beim Shwachman-Syndrom])**
- 459.1 Die bisher unter Ziffer 459 GgV-EDI versicherte Zystische Fibrose (Mukoviszidose) wird neu unter Ziffer 480 GgV-EDI geführt.
- 459.2 Die IV übernimmt die medikamentöse Behandlung der Pankreasinsuffizienz (Substitutionstherapie) sowie die in der Diätmittelliste (siehe Anhang 1) aufgeführten diätetischen Nahrungsmittel. Sie leistet jedoch keinerlei Beiträge an allenfalls entstehende weitere Mehrkosten einer Diät.

**461
1/22** **Angeborene Störungen des Knochen-Stoffwechsels
(wie Hypophosphatasie, Vitamin D-resistente Rachitis-
Formen)**

Bei Skeletterkrankungen siehe Ziffer 121–127 GgV-EDI.

**462
1/22** **Angeborene Störungen der hypothalamohypophysären
Funktion (hypophysärer Kleinwuchs, Diabetes insipi-
dus, entsprechende Funktionsstörungen beim Prader-
Willi-Syndrom und beim Kallmann-Syndrom)**

462.1 Der nephrogene Diabetes insipidus fällt unter die Ziffer 341
GgV-EDI.

462.2
1/25 Der Nachweis des Wachstumshormonmangels muss lege
artis und im längeren Verlauf nachvollziehbar erfolgen.
Eine Behandlung mit Wachstumshormonen kann nur bei
nachgewiesenem Wachstumshormon-Mangel übernom-
men werden (Urteil des BGer 9C_403/2009 vom 10. No-
vember 2009 E. 5.1).

Zur Beurteilung von Peak-GH (Growth Hormone)-Werten
bei GH Stimulationstestungen zur Diagnostik des Wachs-
tumshormonmangels im Kindesalters gilt folgendes:

- Bei angeborener (idiopathischer) Wachstumshor-
monstörung, bei welcher die auxologischen Kriterien
erfüllt sind und die Provokationsteste grenzwertige
Resultate zeigen (zw. 8 und 10 µg/L), wird ein Be-
handlungsversuch für 18 Monaten gewährleistet.
- Nach dieser Zeitspanne muss der behandelnde Arzt
in einem Bericht die Wirksamkeit der Behandlung
mit Wachstumshormonen nachweisen, insbeson-
dere muss ein Aufholwachstum mittels signifikanter
Verbesserung der Wachstumsgeschwindigkeit
(>P50) und der Länge (mittels Grössenmessung
SDS und Knochenalterbestimmung) erwiesen wer-
den. Wird die Wirksamkeit der Therapie so erwie-
sen, kann die Wachstumshormon-Therapie für die

Dauer des Restwachstums beantragt/fortgesetzt werden.

Beim Prader-Willi-Syndrom gilt ein Wachstumshormonmangel bei genetisch gesicherter Diagnose als belegt. Die Therapie wird durch ein auf die Behandlung des PWS spezialisiertes Zentrum eingeleitet und kontrolliert.

462.3
1/22 Neugeborene, deren Geburtsgewicht und/oder Geburtslänge unter -2 Standardabweichungen (SD; 2,33. Perzentile) liegt, werden als «small for gestational age» (SGA) bezeichnet. Rund 6 % der SGA-Kinder zeigen während der ersten 2 Jahre kein oder ein ungenügendes Aufholwachstum (Länge und/oder Gewicht), weshalb sie in den pädiatrisch-endokrinologischen Zentren der Schweiz in bestimmten Fällen mit Wachstumshormonen behandelt werden. Bei diesen Kindern besteht aber **kein** Wachstumshormonmangel. Wird kein Wachstumshormonmangel nachgewiesen, kann die Therapie mit Wachstumshormonen auch nicht von der IV übernommen werden.

**465
1/25 Angeborene funktionelle und strukturelle Störungen der Nebennieren (adrenogenitales Syndrom), sofern die Diagnose durch ein DSD-Team bestätigt wurde**

465.1
1/25 In Fällen von nicht-klassischem adrenogenitalem Syndrom ist der Einbezug eines DSD-Teams bei der Diagnosestellung nicht notwendig. Eine Bestätigung der Diagnose von einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Endokrinologie oder einem Facharzt für Endokrinologie ist in dieser Situation ausreichend.

**466
Angeborene Störungen der Gonadenfunktion (Androgen- und Östrogen-Synthesestörung, Androgen- und Östrogenrezeptor Resistenzen), sofern die Diagnose durch ein DSD-Team bestätigt wurde**

466.1
Behandlungen der Störungen der Gonadenfunktion und des Wachstums beim Turner-Syndrom fallen unter die Ziffer 488 GgV-EDI.

-
- 466.2 Zur Definition des DSD-Teams siehe Rz 358.2.
1/22
- 467 Angeborene molekulare Defekte, die zu multisystemischen komplexen Krankheiten führen, sofern die Diagnose in einem medizinisch-genetischen Zentrum oder im Stoffwechselreferenz-netzwerk gestellt wurde und die Behandlung vom Stoffwechselnetzwerk begleitet wird**
- 467.1 Enzymdefekte des intermediären Stoffwechsels fallen neu unter die Ziffern 451 – 457 GgV-EDI.
1/22
- 467.2 Die Ziffer beinhaltet neu die angeborenen multisystemischen komplexen Krankheiten. Es handelt sich um (sehr) seltene Krankheiten handelt, welche mit der entsprechenden Gen-Mutation bezeichnet werden, z.B. Neurotransmitterdefekte wie GABA-Transaminase-Mangel oder 3-Phosphoglyceratdehydrogenase-Mangel.
1/22
- 469 Angeborene Tumoren der Nebennierenrinde**
- 469.1 Die Tumoren von ektopem Nebennierenrinde-Gewebe gehören ebenfalls dazu.
1/22
- 480 Cystische Fibrose (Mucoviszidose), sofern die Diagnose in einem Zentrum für Cystische Fibrose gestellt wurde**
- 480.1 Die IV übernimmt die medikamentöse Behandlung der als Folge einer cystischen Fibrose (CF) auftretenden exokrinen und endokrinen Pankreasinsuffizienz (Substitutions-therapie) sowie die im Anhang 1 aufgeführten diätetischen Nahrungsmittel. Sie leistet jedoch keinerlei Beiträge an allenfalls entstehende weitere Mehrkosten einer Diät.
1/22
- 480.2 Die Behandlung von Nasenpolypen geht zu Lasten der IV, sofern sie im Zusammenhang mit der Ziffer 480 GgV-EDI stehen.
1/22
- 480.3 Die Diagnose wird in einem akkreditierten CF-Zentrum gestellt. Die Liste aller CF-Zentren ist unter folgendem Link zu
1/22

finden: <http://www.sgpp-sspp.ch/de/cf-betreuung-schweiz.html>.

- 480.4
1/22 Die IV übernimmt die ärztlich verordneten Behandlungsgeräte, sofern sie einfach und zweckmässig sind. Nicht dazu gehören Sportgeräte wie Trampoline. Der Einsatz von Zweitgeräten (z.B. bei Ferienwohnungen) stellt in der Regel nicht eine einfache und zweckmässige Massnahme dar.
- 480.5
1/22 «Physiotherapeutisches Schwimmen» kann nur übernommen werden, wenn es durch eine anerkannte physiotherapeutische Fachkraft erteilt wird.
- 480.6
1/22 An die durch die Schweizerische Gesellschaft für cystische Fibrose durchgeführten Ferienlager für Mucoviscidose-Kinder leistet die IV gemäss den Abmachungen zwischen dem BSV und dieser Gesellschaft einen Beitrag, vorausgesetzt, dass für die versicherte Person eine Verfügung erlassen wurde.

2.16 Fehlbildungen, bei denen mehrere Organsysteme betroffen sind

- 485
1/22 Angeborene Dystrophien des Bindegewebes (wie beim Marfan-, Ehlers-Danlos- oder Loeys-Dietz -Syndrom, Cutis laxa congenita, Pseudoxanthoma elasticum)**
- 485.1
1/22 Bei den erwähnten Krankheiten sind nur die in Verbindung mit der Bindegewebe-Dystrophien stehenden Manifestationen versichert.
- 485.2 Das Marfan-Syndrom ist oft mit einer Linsenluxation oder Subluxation vergesellschaftet. Die im Zusammenhang mit einer Linsenverlagerung abgegebenen optischen Hilfsmittel gehen zu Lasten der IV. Bei Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr kommt die IV auch für die Linsenextraktion (ev. in Kombination mit Implantation einer Kunststofflinse) auf.

485.3 Eine konstitutionelle Bindegewebeschwäche stellt kein Geburtsgebrechen dar und kann nicht unter diese Ziffer subsumiert werden.

489 Trisomie 21 (Down-Syndrom)

489.1 Die Trisomie 21 (Down-Syndrom) wurde per 1. März 2016 in die Liste der Geburtsgebrechen im Anhang der Verordnung über Geburtsgebrechen aufgenommen. Damit übernimmt die Invalidenversicherung die notwendigen medizinischen Behandlungen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die einen ursächlichen Zusammenhang mit einer Trisomie 21 haben. Es soll beachtet werden, dass die Trisomie 21 eine – politisch gewollte – Ausnahme darstellt, da an sich aus der Rechtsprechung hervorgeht, dass Leiden, welche als solche gar keiner wissenschaftlich anerkannten medizinischen Behandlung zugänglich sind, auch nicht als Geburtsgebrechen gelten können (BGE 114 V 22 E. 2c).

489.2 Die verschiedenen Komponenten der Trisomie 21 laufen nicht mehr unter einem eigenen Code (z.B. Herzfehler Ziffer 313), sondern sind alle unter der Ziffer 489 zusammengefasst.

489.3 Ergotherapie wird bei einer Trisomie 21 von der IV übernommen, sofern ein therapiebedürftiger klinischer Befund im Sinne von Rz 1014.3 nachvollziehbar belegt ist.

489.4 Physiotherapie wird bei einer Trisomie 21 von der IV übernommen, sofern ein therapiebedürftiger klinischer Befund im Sinne von Rz 1035.2 nachvollziehbar belegt ist.

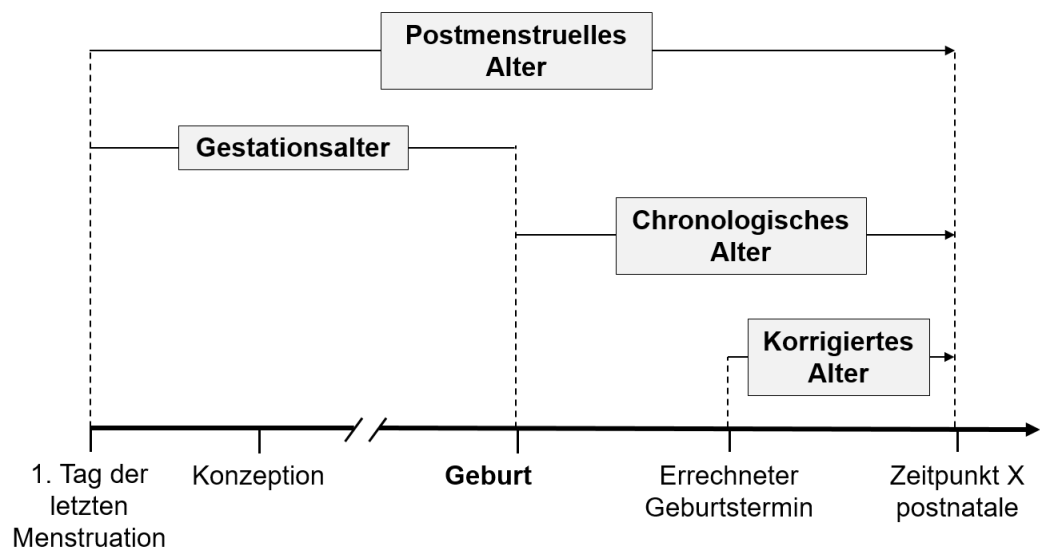
489.5 Hippotherapie wird bei einer Trisomie 21 von der IV übernommen, sofern ein therapiebedürftiger klinischer Befund im Sinne von Rz 1021 nachvollziehbar belegt ist. Dagegen werden die Kosten für die verschiedenen Formen von Therapeutischem Reiten nicht von der IV übernommen (siehe Rz 1021.8).

2.17 Weitere Gebrechen

- 490** **Folgen von angeborenen Infektionskrankheiten (wie**
1/22 **HIV, Lues congenita, Toxoplasmose, Zytomegalie, kongenitaler viraler Hepatitis) inklusive zugehörige Embryo- und Fetopathien**
- 490.1 Unter Ziffer 490 GgV-EDI sind manifeste direkte Folgen einer nachgewiesenen angeborenen Infektionskrankheit versichert, wie beispielsweise Hörstörungen oder Herzfehlbildungen im Rahmen einer kongenitalen Rötelninfektion.
1/22
- 490.2 Nicht unter Ziffer 490 GgV-EDI versichert sind Behandlungen nachgewiesenen kongenitalen Infektionen selbst und Behandlungen von neonatalen Infektionen (Early-onset-Infektion, Sepsis etc.), da es sich um Akutbehandlungen handelt, welche zeitlich befristet sind und damit die Kriterien von Art. 13 IVG nicht erfüllen.
1/22
- 490.3 Besondere Massnahmen bei der Geburt sowie eine medikamentöse Prophylaxe mit antiviralen Wirkstoffen in den ersten Lebenswochen gelten nicht als Behandlung einer Infektion mit HIV, so lange diese nicht zweifelsfrei nachgewiesen worden ist.
1/22
- 490.4 Sind bei zwei aufeinanderfolgenden Untersuchungen von Virusgenom durch PCR (polymerase chain reaction) und Antigen p24 mindestens 3 der 4 Tests positiv (z.B. PCR einmal positiv, Antigen p24 zweimal positiv) kann eine HIV-Infektion angenommen werden.
1/22
- 490.5 Mütterliche Antikörper gegen HIV können bis zum 15. Lebensmonat persistieren. Ein Antikörpernachweis ist somit frühestens ab diesem Zeitpunkt aussagekräftig.
- 490.6 Liegt eine HIV-Infektion eindeutig vor, kann auch bei noch asymptomatischer Erkrankung ein Geburtsgebrechen anerkannt werden (siehe Rz 16).

494 1/22 **Neugeborene mit einem Gestationsalter bei Geburt unter 28 0/7 Schwangerschaftswochen bis am Tag des ersten Spitalaustritts nach Hause**

494.1 1/22 Für die Beurteilung der Leistungspflicht unter Ziffer 494 GgV-EDI massgeblich ist das Gestationsalter. Als Gestationsalter wird die Dauer zwischen dem ersten Tag der letzten normalen Menstruation und dem Tag der Geburt bezeichnet. Das Gestationsalter bei Geburt bezeichnet also vereinfacht ausgedrückt die Dauer der Schwangerschaft und gibt Auskunft über den Reifegrad des Kindes bei Geburt. In der Neonatologie wird nach der Geburt neben dem chronologischen Alter (Alter ab Geburt) die Zählung der Schwangerschaftswochen gemäss Gestationsalter als Indikator des Reifefortschritts fortgesetzt (postmenstruelles Alter). Manche Krankheitsdefinitionen und Therapieentscheidungen beziehen sich beim Neugeborenen auf das postmenstruelle Alter, andere auf das chronologische Alter.



Graphische Darstellung der Altersdefinitionen (modifiziert nach American Academy of Pediatrics Policy Statement. Committee on Fetus and Newborn. Pediatrics 2004)

Die Angabe des Gestationsalters erfolgt in Wochen und Tagen. Die Tage werden heute in der Neonatologie meist in Form eines Bruchs angegeben. Beispiel:

Wird ein Kind mit 24 ²/₇ Schwangerschaftswochen geboren, beträgt das Gestationsalter 24 Wochen und 2 Tage. Das Kind ist somit in der 25. Schwangerschaftswoche geboren.

- 494.2
1/22 Frühgeborene unter 28 Schwangerschaftswochen werden nach der Geburt in hochspezialisierten neonatologischen Zentren betreut. Werden sie nicht bereits an einem Zentrumsspital geboren, erfolgt postnatal die Verlegung dorthin. Je nach den medizinischen Problemen des Neugeborenen und der spitalinternen Organisation kann es zu Verlegungen zwischen verschiedenen Kliniken/Abteilung desselben Zentrumsspitals kommen. Am Ende erfolgt der Austritt nach Hause. Manche Kinder werden allerdings auch nach der Phase der Stabilisierung unter Berücksichtigung der noch vorliegenden medizinischen Bedürfnisse aus Platzgründen oder aus familiären Gründen aus dem Zentrumsspital in ein peripheres Spital verlegt (“heimnahe Verlegung”), wo die weitere Betreuung bis zum Austritt nach Hause erfolgt. Diese Hospitalisation gilt ebenfalls noch als Teil der unter Ziffer 494 erwähnten ersten Hospitalisation, sofern sie nicht der Behandlung einer neuen, nicht einem Geburtsgebrechen im Sinne der IV betreffenden Krankheit betrifft.
- 494.3
1/22 Die Leistungspflicht der IV für Ziffer 494 GgV-EDI endet mit dem Tag des ersten Spitalaustritts. Ambulante Therapien, Nachkontrollen oder Weiterbehandlungen gehen nur zu Lasten der IV, sofern sie nicht unter Ziffer 494 GgV-EDI, aber im Rahmen eines anderen Geburtsgebrechens im Sinne der IV erfolgen.
- 494.4
1/22 Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Frühgeburtlichkeit gehen nicht zu Lasten der IV.
- 494.5
1/22 Werden bei Kindern, welche in der Neonatalperiode unter Ziffer 494 GgV-EDI versichert waren, zu einem späteren Zeitpunkt Leiden geltend gemacht, die ursächlich auf die Frühgeburtlichkeit zurückgeführt werden, kann ihre Behandlung nicht unter Ziffer 494 GgV-EDI übernommen werden, da die Leistungspflicht der IV für Ziffer 494 GgV-EDI

mit dem ersten Spitalaustritt endet und die Frühgeburtlichkeit per se kein Geburtsgebrechen im Sinne der IV darstellt. Die Behandlung dieser neu diagnostizierten Krankheiten kann nur dann Leistungen durch die IV übernommen werden, wenn diese Leiden einem anderen Geburtsgebrechen im Sinne der IV als Ziffer 494 GgV-EDI entsprechen (wie infantile Zerebralparese Ziffer 390 GgV-EDI, Bronchopulmonale Dysplasie Ziffer 247 GgV-EDI). Werden neu diagnostizierte Leiden als Folge der Frühgeburtlichkeit eingeordnet, sind aber ihrerseits nicht in der Liste der Geburtsgebrechen der IV aufgeführt, besteht dagegen keine Leistungspflicht der IV für deren Behandlung.

- 494.6 Die Ernährung junger Frühgeborener erfolgt soweit möglich vorzugsweise über Frauenmilch. Daher können die Kosten für Miete/Kauf einer Milchpumpe gemäss den Vorgaben der MiGeL übernommen werden (siehe Rz 1027). Die Kosten können unter Ziffer 494 GgV-EDI längstens bis zum ersten Spitalaustritt nach Hause übernommen werden. Zur Stillberatung siehe Rz 1041.
- 1/25

2. Teil

Medizinische Massnahmen zur Eingliederung nach Art. 12 IVG

1. Kapitel

Die Leistungsvoraussetzungen

1.1 Grundsatz

30
1/22

Versicherte haben bis zum 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung in die Schule (Regel-, Sonder- oder Privatschule), in die berufliche Erstausbildung, ins Erwerbsleben (erster und zweiter Arbeitsmarkt) oder den Aufgabenbereich gerichtet sind. (Art. 12 Abs. 1 IVG; Art. 2^{ter} IVV; siehe Rz 34).

Die medizinischen Eingliederungsmassnahmen müssen geeignet sein, die Schul-, Ausbildungs- oder Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, *dauerhaft und wesentlich* zu verbessern oder eine solche Fähigkeit vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Der Anspruch besteht nur, wenn die behandelnde Fachärztin oder der behandelnde Facharzt unter Berücksichtigung der Schwere des Gebrechens der versicherten Person eine günstige Prognose stellt (Art. 12 Abs. 3 IVG).

Günstig ist eine Prognose im Sinne der Rechtsprechung (siehe. I 302/05 vom 31.10.2005 E. 3.2) dann, wenn spezialärztlich festgestellt wird, dass von einer weiteren Behandlung erwartet werden darf, dass der drohende Defekt mit seinen negativen Auswirkungen auf die Berufsbildung und Erwerbsfähigkeit ganz oder in wesentlichem Ausmass verhindert werde, im Einzelfall also mit hinlänglicher Zuverlässigkeit eine günstige Prognose gestellt werden kann.

Die Prognose muss mithin zwei Aussagen enthalten: Zunächst muss erstellt sein, dass ohne die vorbeugende Behandlung in naher Zukunft eine bleibende Beeinträchtigung eintreten würde; gleichzeitig muss ein ebenso stabiler Zustand herbeigeführt werden können, in welchem vergleichsweise erheblich verbesserte Voraussetzungen für die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit bestehen. Daraus folgt, dass eine therapeutische Vorkehr, deren Wirkung sich in der Unterdrückung von Symptomen erschöpft, nicht als medizinische Massnahme im Sinne des Art. 12 IVG gelten kann, selbst wenn sie im Hinblick auf die schulische und erwerbliche Eingliederung unabdingbar ist. Denn sie ändert am Fortdauern eines labilen Krankheitsgeschehens nichts und dient dementsprechend nicht der Verhinderung eines stabilen pathologischen Zustandes. Deswegen genügt auch eine günstige Beeinflussung der Krankheitsdynamik allein nicht, wenn eine spontane, nicht kausal auf die therapeutische Massnahme zurückzuführende Heilung zu erwarten ist (siehe AHI 2003 S. 106 Erw. 4a), oder wenn die Entstehung eines stabilen Defekts mit Hilfe von Dauertherapie lediglich hinausgeschoben werden soll.

- 31 Art. 12 IVG ist als gesetzliche Abgrenzungsnorm gegenüber dem Aufgabenbereich der sozialen Kranken- und Unfallversicherung zu verstehen. Das Unterscheidungskriterium ist deshalb in erster Linie rechtlicher und nicht medizinischer Natur.

1.2 Fortsetzung der medizinischen Eingliederungsmassnahmen bis zum vollendeten 25 Altersjahres (Art. 12 Abs. 2 IVG)

- 31.1
1/22 Versicherte, die im Zeitpunkt der Vollendung ihres 20. Altersjahres an Massnahmen beruflicher Art teilnehmen, haben bis zum Ende dieser Massnahmen, höchstens aber bis zum vollendeten 25. Altersjahr, Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen, die unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben gerichtet sind (Art. 12 Abs. 2 IVG).

31.2 Die Vergütung der medizinischen Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 Abs. 2 IVG kann über das 20. Altersjahr hinaus fortgesetzt werden. Voraussetzung dafür ist, dass die vP im Zeitpunkt der Vollendung ihres 20. Altersjahres an Massnahmen beruflicher Art nach den Artikeln 15–18c IVG teilnimmt, diese Massnahme noch nicht beendet ist und die medizinische Massnahme für den Eingliederungserfolg notwendig ist.

Gemäss Art. 2^{bis} IVV gelten Massnahmen beruflicher Art nach den Artikeln 15–18c IVG als noch nicht beendet, wenn vor Abschluss der vorangegangenen Massnahme beruflicher Art die nachfolgende Massnahme beruflicher Art nach den Artikeln 15–18c IVG bereits zugesprochen wurde (Art. 2^{bis} Abs. 1 Bst. a IVV).

31.3 Die Fortsetzung der Vergütung der medizinischen Eingliederungsmassnahmen ist auch dann möglich, wenn die nächste berufliche Eingliederungsmassnahme noch nicht zugesprochen worden ist. Dies dürfte namentlich bei Abbruch einer beruflichen Eingliederungsmassnahme der Fall sein. Für eine Vergütung der medizinischen Eingliederungsmassnahme muss die IV-Stelle eine weitere berufliche Massnahme als absehbar ansehen, wobei das Eingliederungspotential der versicherten Person noch nicht erschöpft sein darf (Art. 2^{bis} Abs. 1 Bst. b IVV). Weiter muss die medizinische Massnahme für den Eingliederungserfolg notwendig sein und die Dauer zwischen den beiden beruflichen Massnahmen darf sechs Monate nicht übersteigen (Art. 2^{bis} Abs. 2 IVV).

31.4 Wird keine Massnahme beruflicher Art innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss oder Abbruch der letzten Massnahme beruflicher Art zugesprochen, werden die Kosten für medizinische Eingliederungsmassnahmen während längstens sechs Monaten nach Abschluss oder Abbruch der letzten Massnahme beruflicher Art übernommen. Zeichnet sich bei Abschluss bzw. Abbruch der letzten Massnahme beruflicher Art ab, dass keine weitere Massnahme der beruflichen Art folgen wird, weil beispielsweise die vP kein Interesse an einer Fortführung der Eingliederung

zeigt, dann ist die Kostenübernahme der medizinischen Eingliederungsmassnahmen auf das Ende des Abbruchs folgenden Monats zu beenden.

1.3 Anspruchsvoraussetzung

32 Eine medizinische Eingliederungsmassnahme muss *vor*
1/22 *Beginn der Behandlung* bei der zuständigen IV-Stelle be-
antragt werden (Art. 2 Abs. 3 IVV). Art. 48 IVG bleibt vorbe-
halten.

Eine medizinische Eingliederungsmassnahme gemäss Art. 12 IVG ist nie auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet, sondern hat nach Erreichen eines stabilisierten Gesundheitszustandes unmittelbar die Verbesserung der Eingliederungsfähigkeit zum Ziel und wird erst nach Abschluss der Behandlung eingesetzt, wenn der Gesundheitszustand sich mittels medizinischer Behandlungen nicht mehr wesentlich verbessern lässt (Art. 2 Abs. 1 IVV).

Die IV vergütet Massnahmen gemäss Art. 12 IVG nur, wenn die günstige Prognose der behandelnden Fachärztin oder des behandelnden Facharztes vor Beginn der medizinischen Eingliederungsmassnahme bei der zuständigen IV-Stelle eintrifft. Bei Differenzen über die Kostentragung gilt die Vorleistungspflicht der Krankenkasse gemäss Art. 70 Abs. 2 Bst. a ATSG weiterhin (Art. 2 Abs. 3 IVV). Bei der Anwendung von Art. 12 IVG sind zudem folgende (summativen) Kriterien zu beachtenden:

Es muss eine Invalidität vorhanden oder wahrscheinlich sein (siehe Art. 8 IVG).

Es dürfen keine schwerwiegenden Nebenfunde vorliegen, die ihrerseits die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen (werden) (AHI 2000 S. 297; siehe Urteil des BGer 9C_695/2009 vom 1. Dezember 2009 E. 2.1).

1.3.1 Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Massnahmen

- 33.1
1/22 Die Massnahmen müssen grundsätzlich die Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit erfüllen (Art. 14 Abs. 2 IVG).
- 33.2
1/22 Es besteht die Möglichkeit, die Vergütung einer medizinischen Eingliederungsmassnahme auch dann vorzunehmen, wenn eines dieser drei Kriterien (noch) nicht erfüllt ist, und wenn sie von der IV im Hinblick auf die Eingliederung in einem grösseren Umfang oder unter anderen Bedingungen als von der OKP übernommen werden. So ist eine Kostenübernahme beispielsweise auch dann möglich, wenn die Wirksamkeit noch nicht vollständig belegt und weitere Erfahrungen notwendig sind. Kumulativ muss eine besonders hohe Eingliederungswahrscheinlichkeit vorliegen, wobei die möglichen Einsparungen dank der Eingliederung den Mehraufwand der Behandlung übersteigen. Die Wirtschaftlichkeit misst sich in diesen Fällen nicht allein am medizinischen Nutzen hinsichtlich der körperlichen oder psychischen Verbesserungen, sondern auch an den erwarteten Einsparungen durch die Eingliederung (Art. 2 Abs. 2 IVV).
- 33.3
1/22 Entspricht die geplante medizinische Eingliederungsmassnahme nicht den WZW-Kriterien ist dies durch den Behandler der IV-Stelle vorgängig anzuzeigen. Die IV-Stelle prüft, ob die Voraussetzungen gemäss Art. 2 Abs. 2 IVV erfüllt sind. Im Falle von aussergewöhnlichen Behandlungsmassnahmen kann die IV-Stelle vor einer Zusprache das BSV konsultieren.

1.3.2 Schulfähigkeit, Erstausbildung, Erwerbstätigkeit bei Art. 12 IVG

- 34
1/22 Unter den Begriff Schulfähigkeit fallen sowohl Regel-, Sonder- oder Privatschule, zu den Erstausbildungen gehören auch solche, die nicht von der IV finanziert werden und un-

ter den Begriff Erwerbstätigkeit ist auch der zweite Arbeitsmarkt (z.B. geschützte Arbeitsplätze) zu subsummieren. (Art. 2^{ter} IVV).

1.3.3 Art, Dauer und Umfang der Leistung

- 35.1
1/22 Die zugesprochenen Leistungen können nicht unbefristet vergütet werden. Art (z.B. Art des Eingriffs), Dauer (Zeithorizont) und Umfang (Intensität / Frequenz, Anzahl und Dauer der Sitzungen) sowie die Leitungserbringerin oder der Leistungserbringer werden in der Leistungszusprache festgehalten (Art. 2 Abs. 4 IVV).
- 35.2
1/22 Es muss regelmässig überprüft werden, ob die Massnahmen zur Erreichung des Therapieziels beitragen und die Eingliederungsfähigkeit tatsächlich stärken. Die Häufigkeit dieser Überprüfung hängt von der Art der Beeinträchtigung und der Behandlung ab, sie muss aber mindestens alle zwei Jahre erfolgen (Art. 2 Abs. 4 IVV und Rz 1035 KSFF). Die Massnahmen sind, wenn immer möglich, mit den bisher behandelnden Ärzten zu koordinieren.
- 35.3
1/22 Es muss ein vernünftiges und vertretbares Verhältnis zwischen Aufwand und Erfolg bestehen. Der Eingliederungserfolg für sich allein stellt im Rahmen von Art. 12 IVG kein taugliches Abgrenzungskriterium dar.

1.4 Korrektur stabiler Defektzustände oder Funktionsausfälle

1.4.1 Allgemeines

- 38 Die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der IV sind nicht auf die Behandlung des Leidens an sich ausgerichtet, sondern streben durch die Korrektur stabiler Funktionsausfälle oder Defekte die berufliche Eingliederung an. Sie bezwecken, Beeinträchtigungen der Körperbewegung bzw. des Bewegungsapparates, der Sinneswahrnehmung oder der Kontaktfähigkeit zu mildern bzw. zu beheben und damit

die Erwerbsfähigkeit oder die Berufsbildung oder die Fähigkeit im Aufgabenbereich tätig zu sein dauernd und wesentlich zu beeinflussen.

- 39 Eine Übernahme medizinischer Massnahmen gemäss Art. 12 IVG setzt somit eine abgeschlossene Kranken- oder Unfallbehandlung voraus, die einen stabilen Defekt hinterlassen hat (ZAK 1988 S. 86; siehe AHI 1999 S. 127).
- 40.1 Nicht zu den medizinischen Eingliederungsmassnahmen, sondern zur sogenannten Behandlung des Leidens an sich gehören alle Vorkehren, die der kausalen oder symptomatischen Behandlung von Verletzungen, Infektionen sowie inneren und parasitären Krankheiten dienen, ferner Massnahmen zur Erhaltung des Lebens oder der Gesundheit, sowie allgemein solche, die in engem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit der Behandlung primärer Unfall- oder Krankheitsfolgen stehen.
- 40.2 Ebenso zur Leidensbehandlung gehören prophylaktische Vorkehren zur Verhinderung stabiler Defektzustände. Eine umfassende medizinische Invaliditätsprophylaxe ist dem IVG – ausgenommen im Bereich von Art. 3 ATSG, Art. 13 IVG und von Rz 54 – fremd (ZAK 1983 S. 445, siehe BGE 102 V 38 E. 2).
- 41 Die Ursache des Leidens ist unerheblich. Gegen labiles pathologisches Geschehen gerichtete Massnahmen gehören daher auch dann zur Behandlung des Leidens an sich, wenn das Gebrechen auf einen Tatbestand zurückgeht, der früher gemäss Art. 3 ATSG, Art. 13 oder 12 IVG Ansprüche begründet hat (ZAK 1971 S. 276).

1.4.2 Der sachliche Zusammenhang mit der Krankheits- oder Unfallbehandlung

- 42 Ein enger sachlicher Zusammenhang mit der Krankheits- oder Unfallbehandlung spricht für das Vorliegen einer Behandlung des Leidens an sich.

-
- 43 Die Beurteilung des sachlichen Zusammenhanges hat nach medizinischen Gesichtspunkten zu erfolgen, wobei der Zeitpunkt der Entstehung des Defektes und nicht der Zeitpunkt der Diagnosestellung oder der Durchführung der Massnahme entscheidend ist.
- 44 Um Leidensbehandlung geht es beispielsweise in folgenden Fällen:
- Massnahmen, die schon während der Krankheits- oder Unfallbehandlung als voraussichtlich notwendig erkennbar waren. Dies ist beispielsweise bei der Beurteilung der Kostenübernahme einer Physiotherapie zu berücksichtigen. Bei Lähmungen siehe indessen Rz 60ff.
 - Bei der Psychotherapie handelt es sich in der Regel um eine Leidensbehandlung.
 - Behandlung von stabilen Einzelsymptomen bei einem weiterhin aktiven und labilen Grundleiden.
 - Physiotherapie bei Lähmungen kann solange nicht übernommen werden, als künstliche Beatmung oder internistische Behandlungen von Thrombosen oder Lungenembolien durchgeführt werden müssen. Bei Physiotherapie von unbestimmter Dauer siehe Rz 65.1.
 - Dient eine Amputation der Entfernung eines infektiösen Herdes, einer Gangrän oder eines Tumors, liegt Leidensbehandlung vor. Drängt sich indessen eine Amputation nach Ausheilung des primären Gesundheitsschadens auf, weil die Gliedmassen funktionsuntüchtig geworden sind, liegt eine Eingliederungsmassnahme vor, sofern die Amputation primär im Hinblick auf die Ausübung des Berufs- oder des Aufgabenbereichs notwendig wird.
 - Eine sekundäre Nervennaht nach unfallbedingter Nervendurchtrennung gehört mit der dazugehörigen notwendigen Physiotherapie zur Unfallbehandlung.
- 50 Werden gleichzeitig verschiedene medizinische Massnahmen durchgeführt, ist die überwiegende Zweckbestimmung massgebend (siehe Rz 44 und 76) (ZAK 1976 S. 400).

-
- 51 Eine Übernahme medizinischer Massnahmen gemäss Art. 12 IVG setzt eine Situation voraus, in der die Behandlung des Leidens abgeschlossen ist, der Gesundheitszustand sich mittels medizinischer Massnahmen nicht mehr wesentlich verbessern lässt und die medizinischen Massnahmen hauptsächlich der Verbesserung der Eingliederungsfähigkeit dienen. Der Fokus der medizinischen Eingliederungsmassnahme liegt somit bei der Verbesserung der Eingliederungsfähigkeit, was aber nicht gänzlich ausschliesst, dass sie untergeordnet zur Verbesserung des Gesundheitszustandes beitragen kann.
- 52 Werden in der Zeit, während welcher eine Spitalpflege vorwiegend der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen dient, Vorkehren notwendig, die zur Behandlung des Leidens an sich gehören und nicht auf später verschoben werden können, so übernimmt die IV auch diese.
- 53 Bei verschiedenen *aufeinanderfolgenden* Massnahmen, beispielsweise zur Behandlung mehrerer Leiden, ist der erforderliche rechtliche Zusammenhang auch dann nicht gegeben, wenn die vorangehende Behandlung für eine spätere Eingliederungsmassnahme unerlässlich ist.

1.4.3 Vorbeugende Eingliederungsmassnahmen

- 54 Die IV kann medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG ausnahmsweise auch übernehmen, wenn noch nicht stabilisierte Zustände bestehen, nämlich dann, wenn die auszuführenden Massnahmen mit hinlänglicher Zuverlässigkeit erwarten lassen, dass damit einem später drohenden stabilen, nur schwer korrigierbaren Defekt vorgebeugt werden kann, der sich wesentlich auf die Erwerbstätigkeit oder Berufsbildung auswirken würde (Art. 8 Abs. 2 ATSG, Art. 5 Abs. 2 IVG). Ein Gesundheitsschaden muss aber vorhanden sein. Eigentliche Krankheitsprophylaxe sowie Vorkehren, die lediglich das Entstehen eines stabilisierten Zustandes hinausschieben, sind indessen ausgeschlossen. Hinsichtlich der Dauer dieser Massnahme siehe Rz 63 (ZAK 1981 S. 547).

Beispiel:

Bei der beginnenden Epiphysenlösung des Schenkelkopfes kann die operative Fixierung des Kopfes schon zu Beginn des Prozesses als Eingliederungsmassnahme der IV anerkannt werden.

1.5 Zeitliche Abgrenzung gegenüber der Behandlung des Leidens an sich

1.5.1 Beginn der medizinischen Eingliederung

- 55 Bei Gebrechen, für die der Zeitpunkt des Beginns der medizinischen Eingliederungsmassnahmen nicht generell festgelegt ist, ist der Beginn des Anspruchs nach Massgabe der Verhältnisse des konkreten Einzelfalles zu bestimmen.

1.5.1.2 Infolge einer Krankheits- oder Unfallbehandlung

- 56 Der zeitliche Zusammenhang mit der Unfall- oder Krankheitsbehandlung wird erst unterbrochen, wenn der Defekt ohne Behandlung während längerer Zeit, in der Regel während eines Jahres, stabil war und die versicherte Person im Rahmen der noch vorhandenen Arbeitsfähigkeit tätig sein konnte.

Beispiele:

Anspruch auf medizinische Eingliederung besteht

- 57 – für eine Tympanoplastik nach Mittelohreiterung, wenn während mindestens eines Jahres ohne ärztliche Behandlung kein Ohrausfluss mehr bestand. Eine Tympanoplastik zur Heilung einer chronischen Mittelohreiterung oder eines Cholesteatoms ist dagegen immer zur Behandlung des Leidens an sich zu zählen;
- 58 – für eine Arthrodesenach schlecht verheilter Knöchelfraktur, wenn zwischen Abschluss der Frakturbehandlung und Notwendigkeit einer Gelenkversteifung ein schmerzfreies Intervall von mindestens einem Jahr bestand;

-
- 59 – nicht für eine gelenkversteifende Operation 10 Monate nach einer das Gelenk betreffenden Fraktur. Diese Operation gehört zur Unfallbehandlung.

1.5.1.3 Beginn des Anspruchs bei Lähmungen im Besonderen

- 60 Bei irreversiblen Lähmungen und anderen motorischen Funktionsausfällen, bei denen der Übergang von der Leidensbehandlung zur Eingliederungsphase fließend ist, sind medizinische Massnahmen von dem Zeitpunkt an zu gewähren, in dem nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft im allgemeinen die Behandlung des ursächlichen Gesundheitsschadens als abgeschlossen gilt oder untergeordnete Bedeutung erlangt hat. Bei erwachsenen Versicherten dürfte in der Regel eine Situation gemäss Rz 65 vorliegen.
- 61 Bei Querschnittlähmung des Rückenmarks und Poliomyelitis gilt dieser Zeitpunkt in der Regel nach Ablauf von vier Wochen seit Beginn der Lähmung als eingetreten. Abweichungen hiervon sind zulässig, wenn die Eingliederungsphase infolge besonders günstiger Verhältnisse offensichtlich früher einsetzt oder wenn die Schwere des Krankheitsbildes den Beginn der Eingliederungsphase erheblich verzögert. Solange Lähmungen regredient sind, liegt Leidensbehandlung vor. Bezüglich unfallbedingter Querschnittslähmung siehe Rz 77. Bei therapeutischen Vorkehren von unbestimmter Dauer siehe Rz 65.

1.5.1.4 Bei nicht stabilisierten Zuständen

- 62 Bei solchen Gebrechen ist der Zeitpunkt des Beginns der
1/22 medizinischen Eingliederungsmassnahmen mit dem Ziel der Vermeidung später drohender stabiler, nur schwer korrigierbarer Defekte massgebend. *Beispiel:*
Anspruch auf medizinische Eingliederung besteht bei der mittelschweren idiopathischen juvenilen Skoliose von dem Zeitpunkt an, da der Orthopäde oder die Orthopädin das

dauernde Tragen eines redressierenden Apparates (z.B. 3-Punkte-Korsett) während mindestens eines Jahres verordnet (Rz 737/937.2) und bei der schweren idiopathischen juvenilen Skoliose ab dem Zeitpunkt der Operation (Rz 81; Rz 737/937.3).

1.5.2 Dauer der medizinischen Eingliederung

- 63.1 Die medizinischen Eingliederungsmassnahmen gemäss Art. 12 IVG sind in der Regel einmalige oder während begrenzter Zeit bis höchstens zum vollendeten 25. Altersjahr durchgeführte Vorkehren. Sie dürfen jedoch nicht Dauercharakter haben d.h. zeitlich nicht unbegrenzt erforderlich sein.
- 63.2 Bei nicht erwerbstätigen Versicherten können die Massnahmen zur Verhütung oder Verzögerung einer Defektheilung oder eines sonst wie stabilisierten Zustandes wohl eine gewisse Zeit andauern, sie dürfen jedoch nicht Dauercharakter tragen d.h. zeitlich nicht unbegrenzt erforderlich sein (siehe Rz 54) (ZAK 1981 S. 547 betr. Augenleiden; ZAK 1991 S. 176 betr. Insulintherapie; ZAK 1984 S. 501 betr. Status nach Meningoenzephalitis; Urteil des BGer 9C_430/2010 vom 23. November 2010 betr. Psychotherapie).

1.5.2.1 Die Dauer der Eingliederungsmassnahmen bei Lähmungen und anderen motorischen Funktionsausfällen

- 65 Sind therapeutische Vorkehren dauernd notwendig um Rezidiven (Nachlassen der Leistungsfähigkeit) vorzubeugen und den Status quo einigermaßen zu bewahren, so liegt ein im Sinne der Rechtsprechung stationärer, nicht aber stabiler Zustand vor. In diesem Fall kann Physiotherapie nicht als medizinische Eingliederungsmassnahme im Sinne von Art. 12 IVG qualifiziert werden (ZAK 1973 S. 86; ZAK 1976 S. 400; ZAK 1988 S. 86; AHI 1999 S. 125).

- 65.1
1/22 Bei Lähmungen und anderen motorischen Funktionsausfällen, die im Rahmen Art. 12 IVG übernommen werden können, sind physiotherapeutische Massnahmen (nicht aber Massnahmen gegen sekundäres Geschehen, wie Nieren- und Blasenaffektionen, Kontrakturen) so lange zu gewährleisten, als dadurch nach bewährter Erkenntnis eine Verbesserung der Muskelfunktionen zu erwarten ist. Die damit angestrebte Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, in einem bestimmten Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig zu sein, muss voraussichtlich wesentlichen und dauernden Charakter haben (siehe Rz 30 und 65).
- 65.2
1/22 Bei Lähmungen ist ein wesentlicher Einfluss auf die Erwerbstätigkeit dann anzunehmen, wenn die im Erwerbsleben oder im übrigen Aufgabenbereich erforderliche Funktionstüchtigkeit der Muskulatur durch Physiotherapie offensichtlich verbessert oder erhalten werden kann (siehe Rz 65).

1.6 Gesamtheit von Massnahmen mit überwiegendem Eingliederungscharakter

- 76 Handelt es sich um einen Komplex von Massnahmen *verschiedener Art*, deren vorwiegender Eingliederungszweck ohne *gleichzeitig* durchgeführte akzessorische medizinische Behandlung gefährdet wäre, kann auch die medizinische Behandlung als Eingliederungsmassnahme gewertet werden. So geht z.B. begleitende Psychotherapie ausnahmsweise zulasten der IV, sofern nur dadurch der Erfolg erreicht oder gesichert werden kann. Dient die Psychotherapie dagegen vorwiegend der Behandlung beispielsweise einer neurotischen Entwicklung, so entfällt eine Kostenübernahme. Siehe die Rz 645–647.1ff.

Medizinische Vorkehren, die Art. 12 IVG nicht zugänglich sind, können nicht unter dem Leistungstitel der beruflichen Eingliederungsmassnahmen übernommen werden; dies auch dann nicht, wenn die medizinische Vorkehr (wie insbesondere Psychotherapie) die berufliche Massnahme (wesentlich) ergänzt.

1.7 Behandlung von Unfallfolgen und von Berufskrankheiten gemäss UVG obligatorisch versicherter Personen

- 77 Keine Leistungspflicht der IV für medizinische Eingliederungsmassnahmen besteht, soweit sie von der obligatorischen Unfallversicherung zu gewähren sind. Dies trifft insbesondere auch bei Unfällen mit Lähmungsfolgen zu. Zu beachten ist ferner, dass die Unfallversicherung grundsätzlich auch für Rückfälle und Spätfolgen aufzukommen hat, selbst wenn kein enger zeitlicher Zusammenhang mit der primären Unfall- oder Krankenbehandlung mehr besteht (Art. 11 UVG).
- 78 Hinsichtlich der Abklärungen ist das Kreisschreiben über das Verfahren in der IV (KSVI) zu beachten.
- 80 Bei nicht obligatorisch gegen Unfall Versicherten wird indessen die IV leistungspflichtig, sobald der enge zeitliche Zusammenhang mit der Unfallbehandlung unterbrochen ist. Bei irreversiblen Lähmungsfolgen ist in diesen Fällen die IV gemäss Rz 60ff. leistungspflichtig.

1.8 Leistungsumfang im Rahmen von Art. 12 IVG

- 81 Bei Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG muss immer vorausgesetzt werden, dass eine wesentliche und dauernde Verbesserung der Erwerbsfähigkeit vernünftigerweise möglich ist, oder eine unmittelbar drohende Verminderung der Erwerbsfähigkeit verhindert werden kann. Auf jeden Fall muss davon ausgegangen werden, dass die Untersuchungen soweit vollständig und wesentliche Ergänzungen nicht mehr notwendig sind, bevor sich überhaupt die Frage einer Anmeldung an die IV stellen kann. Daraus lässt sich schliessen, dass die Leistungspflicht der IV, hat sie eine stationär durchzuführende Operation als medizinische Eingliederungsmassnahme anerkannt, *in der Regel mit dem Eintritt in die Klinik* beginnt. Die Kostenübernahme der med. Eingliederungsmassnahme muss aber vor deren Beginn bei der IV beantragt werden.

Eine Ausnahme bilden dabei diejenigen zum (bereits verfügbaren) Eingriff gehörenden Massnahmen, die aus organisatorischen oder irgendwelchen andern Gründen nicht stationär durchgeführt werden. Es sind zum Beispiel die internistischen Untersuchungen in Zusammenhang mit der Operation (Abklärung der Operabilität).

- 82 Bei ambulant durchgeführten Operationen kann auch die unmittelbar (in der Regel 1–3 Tage) vor dem Eingriff durchgeführte Kontrolle, die zur durchzuführenden Operation im direkten Zusammenhang steht, übernommen werden.

2. Kapitel

Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen gemäss Art. 12 IVG und ihre Abgrenzungen zu Folgezuständen von Krankheiten und Unfällen

Das in diesem Kapitel verwendete Ordnungsprinzip basiert auf demjenigen der Gebrechensstatistik der IV, das bei Geburtsgebrechen den Gebrechensziffern im Anhang der GgV-EDI entspricht.

2.1 Infektionen und parasitäre Krankheiten

- 601– Infektionskrankheiten und parasitäre Leiden stellen grundsätzlich labiles pathologisches Geschehen im Sinne der
604/
801– Rechtsprechung dar und ihre Behandlung stellt somit keine
804 medizinische Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 IVG dar.

Poliomyelitis

- 603 Sind physiotherapeutische Massnahmen voraussichtlich
1/22 dauernd nötig, weil nur so der Zustand einigermaßen im Gleichgewicht gehalten werden kann, so sind sie als Behandlung des Leidens an sich zu bewerten und sind somit keine medizinischen Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG (Siehe Rz 65).

2.2 Neubildungen (Tumoren) welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind

- 611– Medizinische Massnahmen bei Tumoren stellen eine Leidenbehandlung dar und sind somit keine medizinischen
613/
811– Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG. Auch die
813 nach einer Tumorentfernung nötigen plastischen Eingriffe gehören zur Tumorbehandlung, unabhängig vom Zeitpunkt ihrer Durchführung.

2.3 Allergien, Stoffwechsel – und Ernährungskrankheiten, Störungen der inneren Sekretion, welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind

- 621– Diese Leiden stellen labiles pathologisches Geschehen dar
625/
821– und ihre Behandlung stellt keine medizinische Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 IVG dar.
825

2.4 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (exkl. Neubildungen), welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind

- 631/831 Medizinische Vorkehren im Zusammenhang mit Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe gehören immer zur Behandlung des Leidens an sich und sind somit keine medizinischen Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12.

2.5 Psychosen, Psychoneurosen und Persönlichkeitsstörungen

Psychosen

- 641– Schizophrenie, manisch-depressives Kranksein (Zyklothymie), organische Psychosen und Leiden des Gehirns stellen labiles pathologisches Geschehen dar und ihre Behandlung stellt keine medizinische Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 IVG dar.
644/
841–
844

Psychopathien, Neurosen und Suchtkrankheiten

- 645– Psychopathien und Neurosen (Verhaltensstörungen) sind
647/ keine stabilisierten Zustände und ihre Behandlung stellt
845– keine medizinische Eingliederungsmassnahme nach Art.
847.1 12 IVG dar.
- 645– Die Behandlung von konstitutionell mitbedingten Neurosen
647/ und Suchtkrankheiten (inkl. Alkoholismus und Toxikoma-
845– nien 647–847 und 648–848) gilt als Behandlung des Lei-
847.2 dens an sich, und sind somit keine medizinischen Einglie-
derungsmassnahmen nach Art. 12 IVG.
- 645– Das Vorliegen von Krankheiten und Defekten, die nach
647/ heutiger Erkenntnis der Medizin ohne *dauernde* Behand-
845– lung nicht gebessert werden können (z.B. Schizophrenien,
847.4 manisch-depressive Psychosen) schliessen medizinische
Massnahmen der IV aus (siehe Rz 641–644/841–844).
Dies gilt auch für Leiden, die einer Therapie zumindest
über längere Zeit hinweg bedürfen, und ohne dass sich
eine zuverlässige Prognose stellen lässt (z.B. hyperkineti-
sche Störungen (AHI 2003 S. 103), Anorexien (AHI 2000
S. 63).
- 645– Die Voraussetzungen zur Kostenübernahme einer Psycho-
647/ therapie sind ausnahmsweise gegeben (siehe Urteil des
845– BGer 9C_354/2016 vom 18. Juli 2016):
847.5
- wenn nach intensiver fachgerechter Behandlung von ei-
nem Jahr Dauer keine genügende Besserung erzielt
wurde und gemäss spezialärztlicher Feststellung bei ei-
ner weiteren Behandlung erwartet werden kann, dass
der drohende Defekt mit seinen negativen Wirkungen auf
die Berufsausbildung und Erwerbsfähigkeit zu einem
grossen Teil verhindert wird. Vor Erteilung der Kosten-
gesprache zur psychotherapeutischen Behandlung wird
vom behandelnden Leistungserbringer zwecks Beurtei-
lung der Indikation und der Angemessenheit ein Bericht
eingeholt. Dieser enthält Angaben zur Diagnose, zu den
Befunden mit Auswirkung auf Arbeit oder Schule, zum

- bisherigen Verlauf, zur vorgesehenen Behandlungsmethode, zum Ziel und zum Zweck sowie zur geplanten Dauer der Behandlung (Anzahl Sitzungen) beinhaltet. Die medizinische Nachvollziehbarkeit und Relevanz dieser Angaben sind sorgfältig zu überprüfen. Die IV Stelle verfügt danach, ob die Kostenübernahme ab dem 2. Behandlungsjahr erfolgen soll oder nicht. Die Psychotherapie ist dabei jeweils für maximal 2 Jahre zu verfügen.
- Psychotherapeutische Massnahmen gehen *nicht* zu Lasten der IV, wenn die Prognose unbestimmt ist und/oder die Behandlung eine medizinische Vorkehr von zeitlich unbegrenzter Dauer darstellt.

2.6 Krankheiten des Nervensystems, welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind

2.6.1 Nicht angeborene (erworbene) Epilepsien

- 654/854 Erworbene Epilepsien z.B. als Folge einer Meningoencephalitis oder eines Hirntraumas stellen labiles pathologisches Geschehen dar. Sie bedürfen meist langjähriger Behandlung; welche keine medizinische Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 IVG darstellt.

2.6.2 Lähmungen nach Hirnverletzungen und Erkrankungen des Gehirns oder des Rückenmarks, welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind

- 655– Lähmungen nach Hirnverletzungen und Hirnerkrankungen
657/ (inkl. zerebrovaskuläre Erkrankungen) rechtfertigen Ein-
855– gliederungsmassnahmen der IV, sobald die Behandlung
857.1 des Grundleidens abgeschlossen und ein stabiler Zustand eingetreten ist. Dies kann frühestens 6 Wochen nach Wiedererlangen des vollen Bewusstseins beurteilt werden. Vorher sind Massnahmen der IV ausgeschlossen. Eingliederungsmassnahmen können frühestens 4 Wochen nach Erlangen des vollen Bewusstseins zugesprochen werden. Die Rehabilitationsmassnahmen können auch eine neuropsychologische Therapie umfassen (siehe Rz 65).

655– Bei zerebrovaskulären Erkrankungen sind Rehabilitations-
657/ massnahmen nur möglich, wenn der pathologische Pro-
855– zess lokalisiert ist, nicht aber, wenn eine generalisierte Ar-
857.2 teriosklerose angenommen werden muss. Eine solche ist
zu vermuten, wenn die Lähmung fortschreitend ist oder
sich schubweise verschlimmert. Bei Gefässverschlüssen
(Embolien, Thrombosen) ist kein stabiler Defekt anzuneh-
men, solange eine prophylaktische medikamentöse Thera-
pie (Antikoagulantien, Thrombozytenaggregationshemmer)
durchgeführt wird (siehe Rz 65).

655– Die Gewährung medizinischer Massnahmen zur Behand-
657/ lung des Grundleidens wie auch der Lähmungsfolgen ist
855- ausgeschlossen bei:
857.3

- generalisierter Arteriosklerose
- Embolien der Hirnarterien, solange antikoaguliert
oder mit Thrombozytenaggregationshemmern behandelt
wird.
- Encephalitis lethargica
- Hydrocephalus soweit nicht in der GG-Liste aufgeführt
- ischämischem Hirninfarkt
- Status nach palliativer Operation von Hirntumoren soweit
nicht in der GG-Liste aufgeführt
- amyotrophischer (myatrophischer) Lateralsklerose
- multipler Sklerose, Encephalomyelitis disseminata
- Syringomyelie
- Thrombosen der Hirnarterien, solange antikoaguliert
oder mit Thrombozytenaggregationshemmern behandelt
wird.

2.6.3 Lähmung nach Verletzung des Rückenmarks: Pa- raplegie und Tetraplegie

2.6.3.1 Der Anspruch

856.1 Als Querschnittsgelähmte mit Anspruch auf IV-Leistungen
gelten alle versicherten Personen mit irreversiblen vollständigen
oder partiellen Lähmungen nach Verletzungen des

Rückenmarks, die durch einen *Unfall* oder durch eine *Operation* verursacht sind. Rz 77ff. über die Leistungspflicht der obligatorischen Unfallversicherung sind zu beachten. Nach heute allgemein anerkannten medizinischen Grundsätzen ist die Rehabilitation von Querschnittgelähmten nur in speziell eingerichteten Zentren mit entsprechend ausgebildetem Personal optimal möglich.

- 856.3 Solange Querschnittsgelähmte nicht in einem dieser Zentren behandelt werden, dürfte die Behandlung des Leidens an sich überwiegen.
- 856.4 Erfolgt die Rehabilitation von Querschnittsgelähmten in einem dieser Zentren, so übernimmt die IV die *Kosten der medizinischen Eingliederung in der Regel nach der 4. Woche* seit Eintritt der Lähmung
- 856.5 Drängt sich nach erfolgter Wiedereingliederung erneut eine Behandlung in einem Zentrum auf, so ist der Anspruch auf Massnahmen nach Art. 12 IVG erneut zu prüfen, wobei die Rz 65 zu beachten ist.
- 856.6 Sind bei Beginn des Aufenthaltes in einem Paraplegikerzentrum die Möglichkeiten einer beruflichen Eingliederung fraglich, kann versuchsweise eine medizinische Rehabilitation von 3 Monaten angeordnet werden. Sie kann verlängert werden, sofern ein Erfolg überwiegend wahrscheinlich geworden ist.

2.6.3.2 Abgrenzung gegenüber einer Behandlung des Leidens an sich

- 856.7 *Kein Anspruch* auf medizinische Eingliederungsmassnahmen der IV nach Art. 12 IVG besteht bei folgenden Massnahmen:
- Unfallbehandlungen ausserhalb der Zentren.
 - Behandlung sekundärer Leiden wie Blaseninfektionen, Dekubitus, Gelenkveränderungen etc., vor oder nach der medizinischen Rehabilitation zulasten der

- IV, oder wenn während der Rehabilitation eine Behandlung in einer Spezialklinik nötig wird, die einen stationären Aufenthalt von mehr als 24 Stunden erfordert.
- Ärztliche Kontrollen und Überwachung der sekundären Krankheiten nach Austritt aus dem Paraplegikerzentrum.
 - bei Physiotherapie von unbestimmter Dauer bzw. wenn eine Verschlechterung des Zustandes nur so verhindert werden kann.

2.7 Krankheiten der Sinnesorgane welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind

2.7.1 Augenleiden welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind

Grüner Star – Netzhautablösung Keratokonus – Keratoglobus – Hornhautnarben

- 661/
861.1 Eine Keratoplastik gilt nur dann nicht als Behandlung des Leidens an sich, wenn damit eine narbig veränderte Hornhaut oder eine getrübe Keratokonusspitze, welche nachweisbar den Visus vermindert, ersetzt wird. Dies muss ärztlicherseits ausdrücklich bestätigt sein. Ist die Operationsindikation dagegen nur wegen einer zu starken Hornhautwölbung gegeben, die das Tragen von Kontaktlinsen beeinträchtigt, besteht keine Leistungspflicht gemäss Art. 12 IVG.
- 661/
861.2 Herpes gilt als labiles pathologisches Geschehen, auch wenn die Hornhaut irreversibel getrübt ist (Rezidivneigung des Herpes; zudem ist mit einer sehr hohen Eintrübungsrate des Transplantates zu rechnen). Die Dauerhaftigkeit des Eingliederungserfolges ist in einem solchen Fall nicht gegeben.
- 661/
861.3 Sind aufgrund des Eingriffs Kontaktlinsen und/oder Brillen notwendig geworden, so gehen diese (inkl. Ersatzbrille) zu Lasten der IV, solange das Eingliederungsziel damit erreicht oder sichergestellt werden kann. Haben Versicherte schon vor der Keratoplastik eine Brille benötigt und haben

sich durch den Eingriff die Refraktionsverhältnisse geändert, so wird von der IV die Brillenversorgung einmalig übernommen.

Katarakt – Grauer Star, Nachstar

- 661/
861.4
1/22 Eine «clear lens extraction» ist keine Katarakt-Operation. Es handelt sich nicht um eine medizinische Eingliederungsmassnahme der IV nach Art. 12 IVG (siehe Rz 661/861.19).
- 661/
861.5 Die Kataraktoperation bildet eine medizinische Eingliederungsmassnahme der IV nach Art. 12 IVG. Gleiches gilt für die Entfernung von Nachstarmembranen (Cataracta secundaria). Die Ursache der Katarakt ist unmassgeblich. Bei einer traumatischen Katarakt sind IV-Leistungen jedoch nur möglich, wenn die Linse nicht bereits während der eigentlichen Unfallbehandlung entfernt werden muss oder eine Linsenkapselverletzung nicht bereits zu diesem Zeitpunkt belegt war, da sonst noch von Massnahmen im Zusammenhang mit dem Unfall auszugehen ist.
- 661/
861.6 Das Grundleiden selber oder Nebenbefunde können jedoch die Dauerhaftigkeit und Wesentlichkeit des Eingliederungserfolges (Rz 30) entscheidend in Frage stellen. Dies kann *unter anderem* der Fall sein bei
- Myopie (insbesondere maligne Form),
 - diabetischer Retinopathie (speziell proliferative Form)
 - Glaucoma simplex (vor allem Spätstadien).
- 661/
861.7 Eine kombinierte Katarakt-Glaukomoperation kann eine medizinische Eingliederungsmassnahme der IV nach Art. 12 IVG darstellen, sofern die Katarakt bereits so weit fortgeschritten ist, dass sie auch ohne Glaukom zu diesem Zeitpunkt hätte operiert werden müssen. Dies ist bei einem Visus von 0,5 und mehr in der Regel (u.a. abhängig von der beruflichen Tätigkeit oder Ausbildung) nicht der Fall.

-
- 661/
861.8 Das Entfernen eines Nachstars bildet eine eigenständige Massnahme. Es ist jeweils zu prüfen, ob die Voraussetzungen zur Anwendung von Art. 12 IVG weiterhin gegeben sind.
- 661/
861.9 Bei Linsenimplantationen wird die vorausgehende Biometrie ebenfalls übernommen.
- 661/
861.10 Versicherte nach einer Staroperation haben Anspruch auf eine Bifokalbrille oder eine Brille für die Nähe und (sofern nötig) eine Brille für die Ferne sowie eine Ersatzbrille. Wurde keine Linse implantiert handelt es sich um Stargläser.
- 661/
861.11 Bei einseitiger Staroperation *ohne* Linsenimplantation kann an Stelle einer Bifokalstarbrille oder einer Starbrille für die Nähe und einer für die Ferne auch eine Kontaktlinse (Kontaktschale, Haftglas) und eine Nahbrille abgegeben werden.
- Benötigen einseitig Staroperierte für das nicht operierte Auge eine optische Elimination (Occlusion), werden die notwendigen Ausgleichsgläser von der IV übernommen.
- 661/
861.12 Die Regelung gemäss Rz 661/861.9 ist auch bei *beidseitiger* Staroperation *ohne* Linsenimplantation anwendbar, sofern für die Kontaktlinsen eine besondere augenärztliche Indikation wie hochgradig irregulärer Astigmatismus oder Einäugigkeit gegeben ist. Kontaktlinsen sind ebenfalls abzugeben im Hinblick auf die Berufsausübung oder auf die Ausbildung oder wenn bereits nach der ersten Kataraktoperation Kontaktlinsen getragen wurden.
- 661/
861.13 Benötigen einseitig Staroperierte für das nicht operierte Auge schon vor der Operation eine optische Korrektur, werden Gläser für dieses Auge und die Brillengestelle, sofern sie nach der Operation nicht mehr verwendet werden können, *einmalig* übernommen.

-
- 661/
861.14 Nachimplantationen von Kunststofflinsen sind nur zu übernehmen, wenn die geltend gemachte Unverträglichkeit von Kontaktlinsen objektiv nachgewiesen werden kann.
- 661/
861.15 Probebrillen, die sofort nach der Staroperation abgegeben werden, werden von der IV nicht gesondert vergütet.
- 661/
861.16 Die Art der Gläser (z.B. Gleitsichtgläser) oder die Qualität der Gläser (Tönung) ist auf dem Brillenrezept anzugeben. Entsprechende Mehrkosten gehen zu Lasten der IV, wenn sie ärztlich stichhaltig begründet sind.
- 661/
861.17 Müssen die abgegebenen Brillen oder Kontaktlinse ersetzt werden, übernimmt die IV diese Kosten ebenfalls, sofern damit das konkrete Eingliederungsziel weiterhin erreicht bzw. sichergestellt werden kann.
- 661/
861.18 Treten Refraktionsänderungen von mehr als $\pm 0,5$ Dioptrien auf, übernimmt die IV die Kosten für die zu ersetzenden Brillen oder Kontaktlinsen, ungeachtet der bisherigen Tragdauer. Dasselbe gilt, wenn Unverträglichkeit einen anderen Kontaktlinsentyp erforderlich macht.
- 661/
861.19 Die Kosten für die Ersatzbrille (Reservebrille) übernimmt die IV im Rahmen dieser Rz nur, wenn eine Refraktionsänderung dies erforderlich macht. Dagegen werden die Kosten für eine Reservebrille mit gleicher Korrektur nicht übernommen.

Netzhautablösungen, welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind

- 661/
861.20 Eine wegen Netzhautablösung (Amotio retinae) notwendige Operation stellt in der Regel eine Behandlung des Leidens an sich dar (Ausnahmen siehe Rz 54).

Refraktionsanomalien, welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind

- 661/
861.21 Bei *Refraktionsanomalien* stellen augenärztliche Kontrollen, die zur Abgabe einer Brille oder Kontaktlinsen führen

könnten, keine medizinische Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 IVG dar.

- 661/
861.22 Refraktiv chirurgische Massnahmen (Excimerlaser, Implantation von Myopie-Linsen, Iris-Claw-Linsen, clear lens extraction etc.) stellen keine medizinische Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 IVG dar.

Linsenverlagerung (Subluxation, Luxation), welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind

- 661/
861.23 Bei einer Linsenverlagerung liegt ein labiles pathologisches Geschehen vor und die Behandlung stellt somit keine medizinische Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 IVG.

2.7.2 Ohrleiden sofern nicht auf der GG-Liste aufgeführt

- 671/
871.1 Das nicht angeborene Cholesteatom stellt keinen stabilisierten Zustand im Sinne der Rechtsprechung dar. Eine Operation zur Entfernung desselben ist immer eine Behandlung des Leidens an sich. Eine wegen der Cholesteatom-Operation notwendige Tympanoplastik gehört zur Behandlung des Leidens an sich und ist keine medizinische Eingliederungsmassnahme der IV nach Art. 12 IVG (siehe Rz 57).
- 671/
871.2 Ein *Cochlea-Implantat* (CI) kann von der IV im Rahmen von Art. 12 IVG übernommen werden. Die externe Komponente (äussere Teile wie Sprachprozessor etc.) fällt in den Hilfsmittelbereich.
- 671/
871.3 Ein knochenverankertes Hörgerät ist analog dem CI (siehe Rz 671/871.4) zu behandeln. Knochenverankerung bzw. implantierte Teile können unter Art. 12 IVG übernommen werden. Die externe (äussere) Komponente fällt in den Hilfsmittelbereich (Art. 21 IVG).
- 671/
871.4 Bei einer Soundbridge (System-Symphonix) ist ebenfalls zwischen interner und externer (Art. 21 IVG) Komponente

zu unterscheiden. Die Hauptindikation stellt die Unmöglichkeit, konventionelle Hörgeräte zu tragen, dar. Art. 12 IVG ist wie beim CI und den knochenverankerten Hörgeräten anwendbar.

2.8 Krankheiten des Kreislaufsystems sofern nicht auf der GG-Liste aufgeführt

Herzerkrankungen welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind

- 682/
882.1 Die Behandlung einer Herzerkrankung, insofern diese nicht ein Geburtsgebrechen im Sinne Art. 13 IVG entspricht, stellt eine Behandlung des Leidens an sich dar. Sie ist daher keine medizinische Eingliederungsmassnahme im Sinne von Art. 12 IVG.

Periphere Zirkulationsstörungen

- 683–
685 Periphere Zirkulationsstörungen und Lymphödeme stellen
883– labiles pathologisches Geschehen dar und die Behandlung
885 stellt somit keine medizinische Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 IVG.

2.9 Krankheiten der Atmungsorgane welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind

Infektionen der Atemwege

- 691/891 Es liegt eine Leidensbehandlung vor. Sie ist daher keine medizinische Eingliederungsmassnahme im Sinne von Art. 12 IVG.

2.10 Krankheiten der Verdauungsorgane welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind

- 701/901 Die Velopharynxplastik stellt eine medizinische Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 IVG dar, sofern damit eine

schwere Sprachstörung behoben werden kann, die die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt.

2.11 Harn- und Geschlechtsorgane welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind

Krankheiten der Niere und der Harnwege welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind

711/911 Infektionen der Harnwege, auch als sekundäre Folgen einer Paraplegie, sind eindeutig labiles pathologisches Geschehen. Ihre Behandlung stellt eine Therapie des Leidens an sich dar, und die Behandlung stellt somit keine medizinische Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 IVG.

Hodentorsion

712/912 Die Hodentorsion ist kein stabilisierter Zustand nach Art. 12 IVG. Ihre Behandlung kann deshalb nicht von der IV übernommen werden. Auch die Fixation der Gegenseite nach einseitiger Torsion kann die IV als prophylaktischen Eingriff gegen eine bloss mögliche Schädigung nicht übernehmen.

2.12 Krankheiten der Haut und Unterhautzellgewebe welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind

Veränderungen der Haut und des Unterhautzellgewebes (betreffend Tumoren und Allergien siehe Rz 611–613/811–813 und 621–625/821–825).

721/
921.1 Die Korrektur von ästhetisch oder funktionell störenden Narben kann die IV nur übernehmen, wenn dadurch eine wesentliche und dauernde Verbesserung der Erwerbsfähigkeit erzielt wird, und sofern die Voraussetzungen von Rz 38ff. erfüllt sind (siehe Rz 1029ff.).

721/
921.2 Die Behandlung sich entwickelnder Keloide ist keine IV-Leistung, dagegen können alte, stabile Narbenwucherungen unter den erwähnten Voraussetzungen Anlass zu Eingliederungsmassnahmen geben.

2.13 Krankheiten der Knochen und Bewegungsorgane welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind

- 731– Am Bewegungsapparat sind *stabile Defekte* nur im Bereich
738/ des *knöchernen Skeletts* anzunehmen, nicht aber an Seh-
931– nen, Bandscheiben, Bändern oder dem Knorpel. Nur die
938.1 Korrektur von stabilen Defekten des knöchernen Skeletts
kann als Massnahme nach Art. 12 IVG anerkannt werden,
nicht aber alle Massnahmen, die den pathologischen Be-
wegungsablauf in einem Gelenk korrigieren.
- 731– Bei den orthopädisch technischen Massnahmen ist indes
738/ auch zu prüfen, ob diese als Hilfsmittel (Art. 21 IVG) über-
931– nommen werden können.
938.2
- 731– Grundsätzlich fällt die Behandlung der Folgen eines Un-
738/ falls, ungeachtet der Dauer des Leidens, in erster Linie in
931– die Zuständigkeit der UV (siehe Urteil des BGer
938.3 8C_203/2016 vom 12. August 2016).
- 731– Knochenerkrankungen wie Zysten, M. Jaffé-Lichten-stein,
738/ etc.. rechtfertigen keine Eingliederungsmassnahmen der
931– IV, da der Prozess als Ganzes labiles pathologisches Ge-
938.2 schehen darstellt. Dass einzelne Symptome stabil sind, ist
unerheblich.

2.13.1 Chronische Polyarthritiden (Gelenkrheumatis- mus)

- 731/ Bei der juvenilen chronischen Arthritis (JCA) kann die IV im
931.1 Sinne einer vorbeugenden Massnahme (siehe Rz 54), die
einen späteren stabilen Defekt verhindert, Vorkehren über-
nehmen, sofern nicht bereits Defekte bestehen, die eine
Eingliederung beeinträchtigen. Zu diesen Vorkehren gehö-
ren Physiotherapie, orthopädiotechnische Behandlungsge-
räte, Synovektomien sowie orthopädische Operationen.
- 731/ Das Einsetzen von Gelenksendoprothesen ist keine Ein-
931.2 gliederungsmassnahme der IV, ebenso wenig wie die Ab-

gabe von auf die Grundkrankheit einwirkenden Medikamenten. Ist eine Rollstuhlabhängigkeit eingetreten, so sind die Kriterien nach Art. 12 IVG meist nicht mehr erfüllt.

2.13.2 Coxarthrosen

- 732/
932.1 Arthrosen sind degenerative Leiden und stellen als solche labiles pathologisches Geschehen dar. Die Behandlung durch konservative Massnahmen (Badekuren, Physiotherapie, medikamentöse Vorkehren) ist eine Behandlung des Leidens an sich und kann nicht von der IV übernommen werden.
- 732/
932.2 Badekuren bei Coxarthrose können durch die IV nur vergütet werden, wenn sie als eine Ergänzung eines operativen Eingriffes, der von der IV als Eingliederungsmassnahme anerkannt ist, durchgeführt werden (siehe Rz 1004ff.).
- 732/
932.3 Bei den Coxarthrosen stellen in der Regel nur gelenkversteifende Operationen Massnahmen nach Art. 12 IVG dar. Dies ist aber nur bei einseitiger Erkrankung an Coxarthrose und intakter Funktion der Wirbelsäule der Fall. Es ist zudem vorauszusetzen, dass trotz versteifter Hüfte eine geeignete Ausbildung oder Erwerbstätigkeit voraussichtlich weiter ausgeübt werden kann.
- 732/
932.4 Der Arzt muss alle Begleit- oder Folgeerkrankungen melden, die die Erwerbsfähigkeit oder die Berufsausbildung beeinträchtigen können, insbesondere solche, die die für die Fortbewegung entscheidenden Bewegungssegmente betreffen, aber auch generalisierte Erkrankungen. Auch der zu erwartende Eingliederungserfolg ist mit zu berücksichtigen.
- 732/
932.5 Das Einsetzen von Endoprothesen stellt unabhängig vom Alter der Versicherten angesichts der gegenwärtigen Erfahrungen bezüglich der Dauerhaftigkeit des Erfolges keine medizinische Eingliederungsmassnahme dar. Dies gilt auch für die neue Generation der zementfrei verankerten Prothesen.

2.13.3 Übrige Arthrosen, insbesondere Gonarthrose

733/
933.1 Diese sind nach denselben Grundsätzen zu behandeln wie die Coxarthrose (Rz 732/932ff.).

733/
933.2 Unfallbedingte Arthrosen siehe Rz 41ff.

2.13.4 Epiphysenlösung

734/
934.1 Medizinische Massnahmen bei Epiphysenlösungen, die nach Unfällen aufgetreten sind oder zum ersten Mal Beschwerden machten, sind keine IV-Leistungen.

734/
934.2 Nicht unfallbedingte Epiphysenlösungen des Oberschenkels können Anlass zu Massnahmen der IV geben. Es muss indes von einer günstigen Prognose ausgegangen werden können. Bei der Femurkopf-Epiphysenlösung, welche nach dem 10. Altersjahr auftritt, wird die nicht unfallbedingte Ätiologie als gegeben betrachtet, es sei denn, die Diagnose werde unmittelbar im Anschluss an ein adäquates Trauma gestellt.

734/
934.3 Unter den gleichen Voraussetzungen kann die prophylaktische Fixierung des Schenkelkopfes bei Beginn des Abgleitens durch einen operativen Eingriff als IV-Leistung im Sinne einer frühen Intervention zur Verhinderung eines schweren und dauerhaften Defektes anerkannt werden (Rz 54).

2.13.5 Perthes'sche Krankheit

735/935 Die Behandlung der Perthes'schen Krankheit ist eine Leidenstherapie. Werden bei Versicherten Osteotomien durchgeführt, ist deren Übernahme nach Art. 12 IVG zu prüfen.

2.13.6 Spondylosen und Osteochondrosen mit Einchluss der Scheuermann'schen Krankheit

- 736/
936.1 Spondylosen, Osteochondrosen und die Scheuermannsche Krankheit (nicht angeborene Wirbelsäulenverkrümmung bei Jugendlichen, Adoleszentenkyphose) stellen labiles pathologisches Geschehen dar. Massnahmen zu ihrer konservativen Behandlung (Lagerung, Gymnastik und Massage, Badekuren) sind keine IV-Leistungen.
- 736/
936.2 Droht bei Versicherten ein schwerer stabiler Defekt nach Rz 54 zu entstehen, so übernimmt die IV die Behandlung inkl. korrigierende Apparate. Ein solcher Defekt ist anzunehmen, wenn mit einem erheblichen Fortschreiten des Prozesses zu rechnen ist, keilförmige Deformierungen mehrerer Wirbelkörper bestehen, die zu einem versteiften Rundrücken führen, und ärztlich das dauernde Tragen eines korrigierenden Apparates (z.B. Dreipunktkorsett, Aufrichtekorsett) während mindestens eines Jahres verordnet ist.
- 736/
936.3 Die IV übernimmt die ganze Behandlung vom Zeitpunkt der Abgabe des korrigierenden Apparates an, solange dieser dauernd getragen werden muss.
- 736/
936.4 Eine versteifende Operation bei Spondylose und Spondylarthrose ist ein vorwiegend der beruflichen Eingliederung oder der Berufsbildung dienender Eingriff.
- 736/
936.5 Eine *Diskushernie* stellt ein labiles pathologisches Geschehen dar. Deren operative Behandlung geht nicht zu Lasten der IV, auch wenn eine Hemilaminektomie und eine allfällige Spanfixation durchgeführt werden müssen.
- 736/
936.6 Unfallbedingte Spondylose und Spondylarthrose siehe Rz 43ff.

2.13.7 Spondylolyse und Spondylolisthesis

- 736/
936.7 Versteifende Operationen bei Spondylolyse oder Spondylolisthesis (ventrale oder dorsale Spondylodese) dienen bei

jugendlichen Versicherten vorwiegend der beruflichen Eingliederung, wenn die sekundären degenerativen Erscheinungen nur im Bereich des geschädigten Wirbelsäulenabschnittes aufgetreten sind und erst in den Anfangsstadien stehen. Ist neben der Spondylolyse oder Spondylolisthesis eine ausgedehnte Spondylarthrose vorhanden, sind versteifende Operationen einzelner Segmente keine Eingliederungsmassnahme.

2.13.8 Idiopathische Skoliosen

- 737/
937.1
1/22 Konservative Massnahmen bei idiopathischer (nicht angeborener) Skoliose (Gymnastik, Physiotherapie) stellen eine Behandlung des Leidens an sich dar und werden von der IV nicht übernommen (Ausnahme siehe Rz 737/937.2 und Rz 737/937.3).
- 737/
937.2 Bei mittelschweren Skoliosen (Cobb-Winkel 20°-40°/50°) wird die Behandlung gestützt auf Rz 54 übernommen, sobald und solange ein schwerer Defekt droht. Dies ist von dem Zeitpunkt an anzunehmen, da der Orthopäde oder die Orthopädin das dauernde Tragen eines redressierenden Apparates (z.B. 3-Punkte-Korsett) während mindestens eines Jahres verordnet. Die Leistungspflicht der IV endet, sobald der Apparat nicht mehr getragen werden muss. Die Kosten einer begleitenden Physiotherapie werden solange übernommen, wie die Korsettbehandlung notwendig ist (siehe Rz 76 und Rz 737/937.1).
- 737/
937.3 Operative Behandlungen (z.B. Spondylodese [Versteifung], Aufrichtung, Growing rods, VEPTR, inkl. folgenden Verlängerungsoperationen) die voraussichtlich die berufliche Ausbildung ermöglichen oder die Erwerbstätigkeit wesentlich und dauernd verbessern, sind in schweren Fällen (Cobb-Winkel ab 40°, Fortschreiten der Skoliose, Wachstumsalter) als medizinische Eingliederungsmassnahme anzuerkennen (Rz 54). Physiotherapie im Anschluss an einer Operation wird nur so lange als medizinische Eingliederungsmassnahme übernommen wie sie der Behandlung

der unmittelbaren Operationsfolgen dient (wie Mobilisation). Eine länger als 3 Monate dauernde Physiotherapie (siehe Rz 1004) entspricht einer Leidensbehandlung und stellt keine Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 IVG dar (siehe Rz 737/937.1). Ausnahme sind zu begründen.

737/
937.4 Bei EOS (early onset scoliosis) ist die Gipsredressionsbehandlung, als Vorbereitung der Korsettbehandlung, IV-Leistungspflichtig.

737/
937.5 Zu Lasten der IV geht auch die einer vorgesehenen Versteifungsoperation unmittelbar vorangehende Distraktionsbehandlung.

2.13.9 Übrige Veränderungen an Knochen und Bewegungsorganen (Bänder, Muskeln, Sehnen)

Exostosen welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind

738/
938.1 Die IV übernimmt, wenn die Voraussetzungen gemäss Rz 38ff. erfüllt sind, das Abtragen von Exostosen, die funktionelle Behinderungen verursachen oder das Aussehen entstellen.

Pseudarthrosen welche nicht auf der GG-Liste aufgeführt sind

738/
938.2 Medizinische Massnahmen bei verzögerter oder ausgebliebener Heilung eines unfallmässig entstandenen Knochenbruchs gehören zur Unfallbehandlung und stellen somit keine medizinische Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 IVG dar.

Achsenfehlstellungen wie O-Beine (Genua vara inklusive Crura vara) sowie X-Beine (Genua valga)

738/
938.3.1
1/22 Achsenfehlstellungen wie O-Beine (Genua vara inklusive Crura vara) oder X-Beine (Genua valga) sind keine Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG.

738/
938.3.2
1/22 Operationen, wie die Osteotomie sind bei O-Beinen und X-Beinen bei jugendlichen im Berufsbildungsalter stehenden Versicherten eine medizinische Eingliederungsmassnahme der IV nach Art. 12 IVG, wenn in absehbarer Zeit mit einem schwer korrigierbaren Defekt (Arthrose) zu rechnen wäre und vermutet werden darf, dass mit dem Eingriff ein Fortschreiten des arthrotischen Prozesses verhindert werden kann (siehe Rz 54).

738/
938.3.3
1/22 Nur aus ästhetischen Gründen ausgeführte Operationen sind keine medizinischen Eingliederungsmassnahmen der IV nach Art. 12 IVG.

Hallux valgus

738/
938.4 Diese Zehenanomalie ist nicht durch einen stabilen Defekt des knöchernen Skeletts verursacht, sondern durch Sehnen- oder Bänderveränderungen (Kontrakturen, Bandinsuffizienzen). Alle bei diesem Leiden vorgenommenen Operationen richten sich gegen sekundäres labiles pathologisches Geschehen (schmerzhafte Entzündungen etc..) und sind deshalb keine medizinischen Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG.

Habituelle Luxationen

738/
938.5.1 Unfallmässig entstandene habituelle Luxationen siehe Rz 43ff. Angeborene Luxationen siehe Ziffer 194 GgV-EDI.

738/
938.5.2 Sind habituelle Luxationen durch einen stabilisierten Defekt des Skeletts verursacht, so kann die Behandlung der Skelettanomalie als Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 IVG übernommen werden (Albee-Knochenkeil bei Hypoplasie des lateralen Femurcondylus, Spanplastik bei Hypoplasie des Labrum glenoidale im Schultergelenk).

738/
938.5.3 Plastische Operationen, die vorwiegend den pathologischen Bewegungsablauf in einem Gelenk korrigieren, stellen eine Leidensbehandlung dar und sind nicht von der IV

zu übernehmen (z.B. Operationen nach Roux, Gocht, Krogius am Kniegelenk, nach Putti-Pratt am Schultergelenk und vergleichbare Eingriffe).

- 738/
938.5.4 Eine Chondropathia patellae bei Luxation oder Subluxation der Patella ist kein relativ stabilisierter Zustand, der Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen begründen könnte.

3. Teil

Leistungspflicht der IV bei verschiedenen Arten von Massnahmen nach Art. 12 und 13 IVG

Einleitung: Versicherungsmässige Voraussetzungen (siehe KSVI, Teil 2)

- 999.1
1/22 Eine Person muss während der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen und medizinischen Massnahmen in der IV versichert sein (Art. 9 Abs. 1^{bis} IVG). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen und medizinischen Massnahmen entsteht somit frühestens mit der Unterstellung unter die obligatorische oder die freiwillige Versicherung und endet spätestens mit dem Ende der Versicherung (siehe KSVI, Prüfung der Versicherteneigenschaft).

Diese Voraussetzung muss grundsätzlich von der betroffenen Person selber erfüllt sein. Nur im Falle von unter 20-jährigen Kindern von im Ausland lebenden Familien gibt es Erleichterungen, wenn das Kind selber nicht versichert ist, jedoch mindestens ein Elternteil freiwillig oder während einer Erwerbstätigkeit im Ausland obligatorisch versichert ist (Art. 9 Abs. 2 IVG).

- 999.2
1/22 Schweizerische Staatsangehörige sowie Personen im Geltungsbereich des FZA bzw. EFTA-Übereinkommens, die aufgrund des Gleichbehandlungsgebotes den schweizerischen Staatsangehörigen gleichgestellt sind, müssen nur diese Grundvoraussetzung erfüllen.

Eine vP aus diesem Personenkreis kann folglich mit einem Gesundheitsschaden in die Schweiz einreisen und ab Versicherungsunterstellung die versicherungsmässigen Voraussetzungen für Eingliederungsmassnahmen erfüllen.

999.3 Ausländische Staatsangehörige ausserhalb des Geltungsbereiches des FZA bzw. EFTA-Übereinkommens müssen zusätzliche Voraussetzungen erfüllen:

- Ausländische Staatsangehörige im Geltungsbereich eines zweiseitigen Sozialversicherungsabkommens müssen bei Invaliditätseintritt je nach Abkommen ([Grundlagen & Abkommen \(admin.ch\)](#)) entweder ein Beitragsjahr aufweisen oder der Beitragspflicht unterstellt sein. Kinder bis 20 Jahre müssen entweder den gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz seit einem Jahr oder ununterbrochen seit Geburt gehabt haben, oder in der Schweiz invalid geboren sein, bevor die Massnahme erstmals in Betracht kommt.
- Vergleichbare Regelungen gelten gemäss Art. 2 FlÜB für anerkannte Flüchtlinge und Staatenlose im Geltungsbereich des FlÜB.
- Personen aus Nichtvertragsstaaten müssen gemäss Art. 6 Abs. 2 IVG bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet, oder sich ununterbrochen während 10 Jahren in der Schweiz aufgehalten haben. Kinder und Jugendliche aus diesen Staaten bis 20 Jahre müssen entweder selbst diese Bedingung erfüllen oder gemäss Art. 9 Abs. 3 IVG in der Schweiz invalid geboren sein oder bei Eintritt der Invalidität ununterbrochen gewöhnlichen Aufenthalt in der Schweiz seit mindestens einem Jahr oder seit Geburt gehabt haben; und der Vater oder die Mutter muss bei Eintritt der Invalidität ein Beitragsjahr aufweisen oder sich während 10 Jahren ununterbrochen in der Schweiz aufgehalten haben.

999.4 Auf eine Massnahme, die schon vor der Einreise in die Schweiz objektiv erstmals in Betracht kam, besteht also kein Anspruch.

Bei Eingliederungsmassnahmen ist die betroffene Person seit dem Zeitpunkt als invalid zu betrachten, in welchem zum ersten Male offensichtlich wird, dass der Gesundheitsschaden nach den gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen die Gewährung einer Leistung rechtfertigt.

- 999.5
1/22 Mit Ende der Versicherungsunterstellung, zum Beispiel aufgrund der Aufgabe des Wohnsitzes in der Schweiz, endet der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Gleiches gilt für Personen, die in der Schweiz, ohne hier Wohnsitz zu haben, eine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben und diese aufgeben. Erfolgte die Aufgabe der Erwerbstätigkeit gesundheitsbedingt und handelt es sich um Schweizerische Staatsangehörige oder Personen im Geltungsbereich des FZA/EFTA-Übereinkommens, so sind diese in Bezug auf den Anspruch von Eingliederungsmassnahmen jedoch unter bestimmten Bedingungen weiterhin versichert (siehe «Nachversicherung», Rz 1011ff. KSBIL).
- 999.6
1/22 Eintritt der Invalidität bei sich in Abständen folgenden Leistungen gleicher Art:
Bei sich folgenden Massnahmen gleicher Art, die in engem Zusammenhang miteinander stehen, ist für den Eintritt der Invalidität auf die erste Massnahme abzustellen. Sind demnach bei der erstmaligen Notwendigkeit medizinischer Massnahmen oder der erstmaligen Abgabe eines bestimmten Hilfsmittels die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt, können auch mit dem entsprechenden Leiden im Zusammenhang stehende Massnahmen, die später notwendig werden, nicht gewährt werden. Wird z. B. bei einer versicherten Person ein chirurgischer Eingriff vorgenommen, bevor sie versichert war, kann eine spätere Korrekturoperation, die durch die erste bedingt ist, nicht zu Lasten der IV gehen, selbst wenn im Moment, in welchem die zweite Operation angezeigt ist, die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt sind.
- 999.7
1/22 Hingegen ist bezüglich Eingliederungsmassnahmen bzw. medizinische Massnahmen bei einem neuen Leiden/Geburtsgebrechen, das mit dem früheren in keinem sachlichen Zusammenhang steht, ein neuer Versicherungsfall

anzunehmen, auf dessen Eintritt die versicherungsmässigen Voraussetzungen neu zu überprüfen sind.

Akupunktur

1000 siehe Rz 1212.

Amputation

1001.1 Amputationen, die wegen unmittelbaren Unfallfolgen, wegen Zirkulationsstörungen, Infektionen oder Tumoren (so weit nicht als Geburtgebrechen eingeordnet) notwendig sind, gehören zur Leidensbehandlung und sind nicht medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG.

1001.2 Die operative Abtragung von Fingern oder Fingergliedern, die in funktionell schlechter Stellung fixiert sind (angeborene Fehlbildung, Krankheits- oder Unfallfolgen), gilt als Eingliederungsmassnahme, wenn diese Finger oder deren Teile die versicherte Person in ihrer Berufstätigkeit hindern und die Operation vorwiegend eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und damit der Erwerbsmöglichkeiten zum Ziele hat nach Art. 12 IVG.

Arthrodesen – Gelenkversteifung

1003 Für Unfallfolgen siehe Rz 43 und 55ff.
Für Arthrose siehe Rz 732/932.1ff.

Badekuren

1004.1 *Als Ergänzung von operativen Eingliederungsmassnahmen (z.B. Arthrodesen) der IV* sind Badekuren zu bewilligen, wenn sie innerhalb von 6 Monaten nach dem Eingriff durchgeführt werden. Ambulante Physiotherapie während 3 Monaten nach der Operation durchgeführt, ist einer stationären Badekur gleichzusetzen.

1004.2 Badekuren, die vorwiegend der Verbesserung des allgemeinen Befindens dienen, stellen keine medizinische Eingliederungsmassnahme der IV dar.

-
- 1004.3 Badekuren sind in einer unter ärztlicher Leitung stehenden schweizerischen Bäderheilstätte durchzuführen. Sie müssen neben der üblichen Hydrotherapie auch physikalisch-therapeutische Massnahmen und aktive Heilgymnastik umfassen.
- 1004.4 Die Vergütung erfolgt bei Behandlung in einer Heilstätte, die mit dem BSV eine Tarifvereinbarung abgeschlossen hat, auf Grund direkter Rechnungsstellung an die IV. In allen anderen Fällen wird die Behandlung als ambulante Massnahme gemäss den entsprechenden Tarifvereinbarungen vergütet. Hinsichtlich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung siehe Rz 1227.

Dekompressionsoperationen an peripheren Nerven, Neurolysen

- 1010 Dekompressionsoperationen bei Nervenkompressionssyndrom (z.B. bei Carpal-tunnelsyndrom, Dekompression des Nervus facialis im Mittelohr oder des Nervus peroneus am Fibulaköpfchen) sind keine medizinischen Eingliederungsmassnahmen der IV.

Dialysen – Hämodialysen

- 1011 Die Behandlung mit einer künstlichen Niere ist keine medizinische Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 IVG.

Eigenblutspenden

- 1012 Werden in einem Spital operative Eingriffe zulasten der IV gemäss Art. 12 und 13 IVG in Bezug auf Art. 3 ATSG, vorgenommen, und wird vorgängig ambulant Eigenblut der versicherten Person zur Reinfusion während des Eingriffes abgenommen, so gehört dieses als «Eigenblutspende» bekannte Verfahren zum operativen Eingriff. Die in der Regel separat in Rechnung gestellte Leistung ist der ZAS zur Bezahlung weiterzuleiten.

Epiphysiodese

- 1013 Bei Wachstumsstörungen, insbesondere an einer unteren Gliedmasse, gilt eine Epiphysiodese am längeren Glied, die einen Längenausgleich bezweckt, der nicht auf einfachere Weise (z.B. durch Veränderung der Schuh-Absatzhöhe) behoben werden kann, als medizinische Eingliederungsmassnahme der IV. Die Ursache der Wachstumsstörung ist dabei unerheblich, jedoch muss der Charakter der Operation als Vorbeugung gegen einen schweren korrigierbaren Defekt deutlich sein (siehe Rz 1035) nach Art.12 IVG.

Ergotherapie Art. 12 IVG und Art. 13 IVG

- 1014.1a Bei Geburtsgebrechen im Rahmen von Art. 13 IVG kann die Ergotherapie eine notwendige Ergänzung der Physiotherapie wie auch eine eigenständige medizinische Massnahme sein.
- 1014.1b Ergotherapie kann als zeitlich befristete medizinische Eingliederungsmassnahme zur Behandlung einer wesentlichen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit im Sinne von Art. 12 IVG dienen. Sie wird erst zu einer solchen, wenn sie sich deutlich vom eigentlichen Behandlungsplan des primären Leidens abhebt, wenn sie sich gegen stabilisierte krankhafte Zustände und unmittelbar auf die berufliche Eingliederung richtet (siehe Rz 60, 65).
- 1014.2 Ergotherapie im Rahmen von medizinischen Massnahmen gemäss Art. 13 IVG ist nach den Vorgaben von Rz 14 zu verfügen. Ergotherapie im Rahmen von medizinischen Eingliederungsmassnahmen gemäss Art. 12 IVG ist nach den Vorgaben von Rz 35ff zu verfügen.
- 1014.3. Die Ergotherapie muss ärztlich verordnet sein. Die Indikation zur Therapie muss durch neurologisch oder neuropsychologisch fassbare Störungen begründet sein, die mit entsprechenden Befunden dokumentiert sein müssen und

welche sich auf den Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten auswirken. Aus dem Antrag zur Ergotherapie müssen die Ziele der Behandlung hervorgehen.

- 1014.4 Der verordnende Arzt muss gegenüber der IV-Stelle das Therapieziel, den Therapieinhalt, den Umfang (Häufigkeit und Dauer der Sitzungen) sowie die voraussichtliche Dauer (Zeithorizont) der Behandlung dokumentieren und begründen.
- 1014.5 Die medizinischen Massnahmen können nicht für unbestimmt lange Dauer verfügt werden. Die Zusprachedauer für Ergotherapie bei Geburtsgebrechen nach Art. 13 IVG richtet sich nach Rz 14 und für medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG nach Rz 35.2. Sie sind, wenn immer möglich, mit den bisher behandelnden Ärzten zu koordinieren.
- 1014.6 Bei Domizilbehandlungen muss eine Begründung des verordnenden Arztes verlangt werden. Die Kosten können nur übernommen werden, wenn ein medizinisch relevanter Grund in direktem Zusammenhang mit dem von der IV anerkannten Leiden eine Behandlung zu Hause erfordert. Mehrkosten für eine Domizilbehandlung durch krankheitsfremde Gründe gehen nicht zu Lasten der IV.
- 1014.7 Anträge zur Verlängerung der Ergotherapie sind aufgrund der vom Arzt im Verlauf erhobenen detaillierten Befunde, deren Auswirkungen im Alltag und eines ausführlichen Therapieberichts zu prüfen. Dabei ist auf eine nachvollziehbare Therapieplanung zu achten, aus der auch die Ziele der Behandlung hervorgehen.
- 1014.8 Bei psychischen Erkrankungen bildet die Ergotherapie einen wesentlichen Teil des Gesamtbehandlungsplanes dieser Kranken und ist ein Teil der Leidensbehandlung, also keine medizinische Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 IVG.

Ernährungsberatung

- 1015.1 Auf ärztliche Anordnung hin wird die Ernährungsberatung von der Invalidenversicherung bei Geburtsgebrechen übernommen. Die Invalidenversicherung übernimmt höchstens sechs vom behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin angeordnete Sitzungen. Bedarf es weiterer Sitzungen, so kann die ärztliche Anordnung wiederholt werden. Soll die Ernährungsberatung nach einer Behandlung, die zwölf Sitzungen umfasst hat, zu Lasten der Invalidenversicherung fortgesetzt werden, so muss der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin einen begründeten Vorschlag über die Fortsetzung der Therapie an den zuständigen regionalen ärztlichen Dienst der IV-Stelle richten.
- 1015.2 Die Ernährungsberatung gilt nicht als medizinische Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 IVG.

Eurhythmie – Heileurhythmie

- 1016 Eurhythmie und Heileurhythmie gelten in der IV nicht als medizinische Massnahme (Art. 12 und 13 IVG).

Geburtsbedingte Verletzungen

- 1017
1/25 Geburtsbedingte Verletzungen wie z.B. Milz-, Leber-, Nierenrupturen, Kephalhämatome, Frakturen entsprechen seit dem Inkrafttreten der revidierten Geburtsgebrechen-Verordnung keinem Geburtsgebrechen mehr. Ziffer 499 GgV wurde gestrichen und entsprechend rechtfertigen Geburtsbedingte Verletzungen nicht mehr die Gewährung medizinischer Massnahmen unter Art. 13 IVG.

Genetische und mitochondrische Abklärungen gemäss Art. 13 IVG

- 1020.1 Wenn Beschwerden des Kindes, sowie klinische und laborchemische Untersuchungen auf ein Geburtsgebrechen hinweisen, eine eindeutige Diagnose jedoch nur mit genetischen Testverfahren gesichert werden kann, so kann die IV auf fachärztliche Indikation im Einzelfall die Kosten für genetischen Abklärungen übernehmen. Hingegen sind genetische Beratungen von der Invalidenversicherung nicht zu übernehmen, es sei denn, sie wurden von dieser angeordnet.
- 1020.2 Die IV kann die Kosten für genetische Abklärungen auf fachärztliche Indikation im Einzelfall auch dann übernehmen, wenn das Geburtsgebrechen bereits bekannt ist, sofern die Bestätigung der eindeutigen bzw. präziseren Diagnose eine notwendige Voraussetzung für die Behandlung des Kindes darstellt. Hingegen sind genetische Untersuchungen bei bereits bekanntem Geburtsgebrechen nicht von der IV zu übernehmen, wenn die eindeutig diagnostizierte Gesundheitsstörung nicht behandelbar, und somit nur von akademischem Interesse für den behandelnden Arzt ist (Art. 3^{novies} Abs. 2 Bst. b IVV).

Hippotherapie

- 1021.1 Hippotherapie ist ein tiergestütztes, physiotherapeutisches Verfahren, bei dem speziell ausgebildete Pferde eingesetzt werden. Sie wird in allen Altersgruppen bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems eingesetzt.
- 1021.2 In der IV wird die Hippotherapie als eine anerkannte Behandlungsmethode bei infantiler Zerebralparese (Rz 390.3) und bei Trisomie 21 (Rz 489.5) betrachtet. Bei Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr kann sie auch bei *erworbenen* neuromotorischen Störungen übernommen werden, sofern Art. 12 IVG anwendbar ist.

-
- 1021.3
1/22 Die Hippotherapie muss ärztlich verordnet sein. Die Indikation zur Therapie muss durch neurologisch oder neuropsychologisch fassbare Störungen begründet sein, die mit entsprechenden Befunden dokumentiert sein müssen, und welche sich auf den Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten auswirken. Aus dem Antrag zur Hippotherapie müssen die Ziele der Behandlung hervorgehen.
- 1021.4
1/22 Der verordnende Arzt muss gegenüber der IV-Stelle das Therapieziel, den Therapieinhalt, den Umfang (Häufigkeit und Dauer der Sitzungen) sowie die voraussichtliche Dauer (Zeithorizont) der Behandlung dokumentieren und begründen (Rz 14).
- 1021.5
1/22 Die medizinischen Massnahmen können nicht für unbestimmt lange Dauer verfügt werden. In der Regel sollte eine Kostengutsprache für jeweils längstens 2 Jahren erfolgen. Sie sind, wenn immer möglich, mit den bisher behandelnden Ärzten zu koordinieren (Rz 14).
- 1021.6
1/22 Anträge zur Verlängerung der Hippotherapie sind aufgrund der vom Arzt im Verlauf erhobenen detaillierten Befunde, deren Auswirkungen im Alltag, und eines ausführlichen Therapieberichtes zu prüfen, wobei auf eine nachvollziehbare Therapieplanung zu achten ist, aus der auch die Ziele der Behandlung hervorgehen.
- 1021.7 Hinsichtlich der Leistungen der IV und der Anforderungen an das Personal ist Folgendes zu beachten:
- Bei der Hippotherapie als besonderer Form der Physiotherapie übt der Patient oder die Patientin im Gegensatz zum therapeutischen Reiten keine aktive Einwirkung auf das Pferd aus.
 - Von der IV sind diejenigen Hippotherapie-K-Stellen anerkannt, die auf der Liste der Schweizer-Gruppe für Hippotherapie-K aufgeführt sind. Die Liste findet sich im Internet unter folgendem Link: <http://hippotherapie-k.org/index.php?id=64>.

Diese Hippotherapie-K-Stellen rechnen die erbrachten Leistungen mit dem Physiotherapietarif ab.

- 1021.8 Jede andere Form der Reittherapie wie insbesondere das Therapeutische Reiten oder das Heilpädagogische Reiten, stellt nach wie vor keine medizinische Massnahme der IV nach Art. 13 IVG oder medizinische Eingliederungsmassnahme der IV nach Art. 12 IVG dar. Die Kosten solcher Therapien werden nicht übernommen (siehe Rz 1043).

Hornhautübertragung (Keratoplastik)

- 1022 siehe Rz 661/861.2.

Impfungen

- 1023 Impfungen werden von der IV grundsätzlich nicht übernommen, auch wenn diese einen «therapeutischen» Charakter haben.

- 1023.1 Der Impfstoff Synagis® ist zu Beginn der RSV-Saison in
1/22 folgenden Fällen zu übernehmen:
Ziffer 247 GgV-EDI:

- Bei Kindern unter zwölf Monaten mit bronchopulmonaler Dysplasie (BPD), die eine medizinische Behandlung (Sauerstoff, Diuretika, Kortikoide) erfordert, wird die Impfung mit Synagis® übernommen. Die Interdisziplinäre Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Pädiatrischen Infektiologie Gruppe der Schweiz (PIGS), der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (SGPP), der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderkardiologie (SGK) und der Schweizerischen Gesellschaft für Neonatologie (SGN) empfiehlt die Impfung nur bei Kindern die unter einer **schweren** BPD gemäss Definition von Jobe

et al 2011³ leiden. Bei Abweichungen von diesen Empfehlungen muss der behandelnde Arzt die Notwendigkeit der Impfung mit Synagis® begründen.

Ziffer 313 GgV-EDI:

- Bei Kindern bis zwei Jahren, die an einer nicht korrigierten Herzfehlbildung leiden, die hämodynamisch signifikant und mit Risikofaktoren verbunden ist (cyanogene Missbildung, schwere pulmonale Hypertonie als sekundäre Folge einer Kardiopathie, manifeste Herzinsuffizienz). Verschreibung nur durch den Kinderarzt oder den Kardiologen.

- 1023.2 1/22 Der Impfstoff Synagis® ist derzeit von Swissmedic nicht für andere Geburtsgebrechen im Sinne der IV zugelassen. Eine Anwendung des Impfstoffs Synagis® etwa bei einer angeborenen partiellen Agenesie oder Hypoplasie der Lungen (Ziffer 243 GgV-EDI) bzw. bei angeborenen Zwerchfellfehlbildungen (Ziffer 281 GgV-EDI), bei angeborenen Immundefekten (Ziffer 326 GgV-EDI) oder anderen Geburtsgebrechen im Sinne der IV gilt als OLU-Anwendung und muss entsprechend geprüft werden (siehe Rz 1214 ff).
- 1023.3 1/22 Die Kosten werden nur übernommen, wenn die Invalidenversicherung die Rückvergütung vorgängig gutgeheissen hat.

Komplementärmedizin (wie Akupunktur, Homöopathie, etc.)

- 1024 siehe Rz 1212

Laminektomie

- 1025 Die wegen einer Diskushernie (Bandscheibenvorfall) ausgeführte Laminektomie und die sie ergänzende Spanoperation gehören zur Behandlung des Leidens an sich und gehen somit nicht zu Lasten der IV (siehe Rz 736/ 936.4

³ Jobe AH, Bancalari E. Bronchopulmonary dysplasia. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163: 1723-9.

und 5) (ZAK 1963 S. 450; ZAK 1969 S. 449; siehe BGE 104 V 77).

Logopädie (Sprachheilbehandlung, Legasthenie- / Dyskalkulie-Therapie, verbo-tonale Methode des Sprachunterrichts nach Tomatis)

- 1026 Pädagogisch-therapeutische Massnahmen gehen seit Inkraftsetzung der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen dem Bund und den Kantonen (NFA) vom 1. Januar 2008 zu Lasten der Kantone. Zu den pädagogischen Massnahmen zählen u.a. die schulische und klinische Heilpädagogik, die Logopädie, die Psychomotorik, die Früherziehung, sozialpädagogische und sonderschulische Massnahmen.

Milchpumpe, Mutter-/Frauenmilchernährung

- 1027 Die Ernährung von Neugeborenen und Säuglingen erfolgt trotz Vorhandensein zahlreicher qualitative hochstehender Milchpulverpräparate soweit möglich vorzugsweise über Frauenmilch. Bei bestimmten Patientengruppen und Krankheitsbildern ist eine Ernährung mit Frauenmilch aus medizinisch relevanten Gründen zu bevorzugen. Daher übernimmt die IV bei bestimmten Geburtsgebrechen (siehe Rz 278, Rz 282.2 und Rz 494.6), aber auch bei allen anderen Geburtsgebrechen, bei denen aus nachvollziehbaren medizinischen Gründen eine Ernährung mit Frauenmilch zu bevorzugen ist, die Kosten dieser Ernährung. Die Kostenübernahme für Miete/Kauf einer Milchpumpe ist in der MiGeL geregelt. Zur Stillberatung siehe Rz 1041.

Musiktherapie

- 1028 Die Musiktherapie stellt keine wissenschaftlich anerkannte medizinische Massnahme dar (ZAK 1988 S. 461).

Plastische und rekonstruktive Operationen (Art. 12 IVG) und Narben (Art. 13 IVG)

-
- 1029.1 Plastische Operationen die zur Beseitigung einer wesentlichen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führen würden (Invalidität, Art. 8 IVG), können als medizinische Eingliederungsmassnahmen der IV gemäss Art. 12 IVG übernommen werden, wenn sie einen stabilisierten Defektzustand beseitigen (Rz 721/ 921f.).
- 1029.2 Vorab ist das Vorliegen einer medizinisch wesentlichen Beeinträchtigung in geeigneter Weise (z.B. mittels Fotografien oder persönlicher Vorladung) festzustellen (Rz 33).
- 1029.3 Plastische Operationen an der Mamma sind keine Massnahmen nach Art. 12 IVG (ZAK 1977 S. 111).
- 1029.4 Plastische Operationen zur Korrektur von Narben als Folge von Eingriffen unter Art. 12 und 13 vorgenommen, welche von der IV übernommen wurden, gehen zur Lasten von der IV.

Pädagogisch-therapeutische Massnahmen

- 1030 Pädagogisch-therapeutische Massnahmen (wie u.a. Früherziehung, Heilpädagogik) gehen seit Inkraftsetzung der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen dem Bund und den Kantonen (NFA) vom 1. Januar 2008 zu Lasten der Kantone (siehe Rz 1026).

Organtransplantationen

- 1031.1 Organtransplantationen dienen ausschliesslich der Erhaltung des Lebens und werden von der IV nicht übernommen, es sei denn, sie dienen der Behandlung Versicherter bis zum vollendeten 20. Lebensjahr mit einem Geburtsgebrechen. Die Wissenschaftlichkeit der Massnahme muss ausgewiesen sein (Rz 1218).
- 1031.2.1 Die bei Lebendspendern anfallenden Kosten der Transplantatentnahme sind von der IV ebenfalls im Rahmen von Art. 3 ATSG, Art. 13 IVG zu übernehmen.

-
- 1031.2. Die IV übernimmt eine Entschädigung für den gesamten
2 Erwerbsausfall des Lebendspenders. Es handelt sich dabei
nicht um ein Taggeld, und eine IV-Anmeldung des Spen-
ders ist nicht notwendig.
- 1031.2. Die IV übernimmt weiter eine angemessene Entschädigung
3 für anderen Aufwand des Lebendspenders, wie Reisekos-
ten, die Kosten der Abklärungen betreffend die Eignung als
Spender, sowie die Kosten für den notwendigen Beizug
entgeltlicher Hilfen, namentlich Haushaltshilfen oder Hilfen
für die Betreuung von Personen (Art. 14 Transplantations-
gesetz, Art. 12 Transplantationsverordnung).
- 1031.2. Bei Lebendorganspenden im Zusammenhang mit einem
4 Geburtsgebrechen übernimmt die IV die Kosten für die
Nachverfolgung des Gesundheitszustands des Spenders
bis zum vollendeten 20. Altersjahr des Empfängers.

Osteosynthesen

- 1032 Die Osteosynthese bei Frakturen, auch bei verzögerter
Heilung oder Pseudoarthrose, stellt einen Teil der Unfallbe-
handlung dar und ist keine Eingliederungsmassnahme der
IV gemäss Art. 12 IVG.

Osteotomie inklusive Korrekturosteotomie

- 1033.1 Bei Vorliegen einer erheblichen Beinlängendifferenz als
Folge von Wachstumsstörungen (insbesondere der unteren
Extremitäten) kann eine Osteotomie, die den Ausgleich ei-
nes erheblichen Längenunterschiedes bezweckt, eine me-
dizinische Eingliederungsmassnahmen der IV nach Art. 12
IVG darstellen (siehe Rz 1013), jedoch nur, wenn keine
einfachere Massnahme (z.B. Absatzerhöhung) zum glei-
chen Ziel führt.
- 1033.2 Osteotomien zur Verbesserung von O-Beine (Genua vara
inklusive Crura vara) sowie X-Beine (Genua valga): siehe
Rz 738/938.3.

-
- 1033.3 Korrekturosteotomien stellen in der Regel keine medizinische Eingliederungsmassnahme der IV nach Art. 12 IVG dar (siehe Rz 733/933.1ff.).

Physiotherapie nach Art. 12 IVG und Art. 13 IVG

- 1035.1 Die Physiotherapie kann als zeitlich befristete medizinische Eingliederungsmassnahme zur Behandlung einer wesentlichen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit im Sinne von Art. 12 IVG dienen. Sie wird erst zu einer solchen, wenn sie sich deutlich vom eigentlichen Behandlungsplan des primären Leidens abhebt, und unmittelbar auf die berufliche Eingliederung richtet (siehe Rz 60, 65).
- 1035.2 Physiotherapie im Rahmen von medizinischen Massnahmen gemäss Art. 13 IVG ist nach den Vorgaben von Rz 14 zu verfügen. Physiotherapie im Rahmen von medizinischen Eingliederungsmassnahmen gemäss Art. 12 IVG ist nach den Vorgaben von Rz 35ff zu verfügen. In diesem Fall soll für die Physiotherapie wie für die anderen medizinischen Massnahmen eine Kostengutsprache erteilt werden.
- 1035.3 Die Physiotherapie muss ärztlich verordnet sein. Die Indikation zur Therapie muss durch neurologisch und motorisch fassbare Störungen begründet sein, die mit entsprechenden Befunden dokumentiert sein müssen und welche sich auf die Verbesserung oder den Erhalt von Fähigkeiten und Fertigkeiten auswirken. Aus dem Antrag zur Physiotherapie müssen die Ziele der Behandlung hervorgehen.
- 1035.4 Der verordnende Arzt muss gegenüber der IV-Stelle das Therapieziel, den Therapieinhalt, den Umfang (Häufigkeit und Dauer der Sitzungen) sowie die voraussichtliche Dauer (Zeithorizont) der Behandlung dokumentieren und begründen (Rz 14).
- 1035.5 Die medizinischen Massnahmen können nicht für unbestimmt lange Dauer verfügt werden. Die Zusprachedauer für Physiotherapie bei Geburtsgebrechen nach Art. 13 IVG richtet sich nach Rz 14 und für medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG nach Rz 35.2. Sie

sind, wenn immer möglich, mit den bisher behandelnden Ärzten zu koordinieren (Rz 14).

- 1035.6 Bei Domizilbehandlungen muss eine Begründung des verordnenden Arztes verlangt werden. Die Kosten können nur übernommen werden, wenn ein medizinisch relevanter Grund in direktem Zusammenhang mit dem von der IV anerkannten Leiden eine Behandlung zu Hause erfordert. Mehrkosten für eine Domizilbehandlung durch krankheitsfremde Gründe gehen nicht zu Lasten der IV.
- 1035.7 Anträge zur Verlängerung der Physiotherapie sind aufgrund der vom Arzt im Verlauf erhobenen detaillierten Befunde, deren Auswirkungen im Alltag, und eines ausführlichen Therapieberichtes zu prüfen, wobei auf eine nachvollziehbare Therapieplanung zu achten ist, aus der auch die Ziele der Behandlung hervorgehen.
- 1035.8 Physikalische Therapie bei Unfallbehandlung stellt einen Teil der Unfallbehandlung dar und ist keine medizinische Eingliederungsmassnahme.
- 1035.9 Physiotherapie bei progredienten Leiden des zentralen Nervensystems (multiple Sklerose, Syringomyelie u.a.) stellt einen Teil der Leidensbehandlung dar und geht nicht zu Lasten der IV.
- 1035.10 «Physiotherapeutisches Schwimmen» kann nur übernommen werden, wenn es durch eine anerkannte physiotherapeutische Fachkraft erteilt wird. Es gelten dieselben Vorgaben wie unter Rz 1035.4.

Psychomotorik-Therapie

- 1036 Die Psychomotorik-Therapie als pädagogisch-therapeutische Massnahme wird von der IV nicht übernommen (Art. 14 Abs. 3 IVG).

Psychotherapie

- 1037.1 1/22 Die Psychotherapie kann als zeitlich befristete medizinische Eingliederungsmassnahme zur Behandlung einer wesentlichen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit im Sinne von Art. 12 IVG dienen. Sie wird erst zu einer solchen, wenn sie sich deutlich vom eigentlichen Behandlungsplan des primären Leidens abhebt, und unmittelbar auf die berufliche Eingliederung richtet.
- 1037.2 Die IV übernimmt die Psychotherapie als Medizinische Massnahme im Rahmen von Art. 13 IVG, wenn die psychischen Störungen Symptome oder eine direkte Folge eines Geburtsgebrechens sind (siehe Rz 11).
- 1037.3 Psychotherapie im Rahmen von medizinischen Massnahmen gemäss Art. 13 IVG ist nach den Vorgaben von Rz 14 zu verfügen. Psychotherapie im Rahmen von medizinischen Eingliederungsmassnahmen gemäss Art. 12 IVG ist nach den Vorgaben von Rz 35ff zu verfügen.
- Bei erworbenen psychischen Leiden siehe Rz 76 und 645–647/845–847.3ff.
- 1037.4 Die Psychotherapie muss ärztlich verordnet sein. Die Indikation zur Therapie muss durch fassbare Störungen begründet sein, die mit entsprechenden Befunden dokumentiert sein müssen. Aus dem Antrag zur Psychotherapie müssen die Ziele der Behandlung hervorgehen.
- 1037.5 Der verordnende Arzt muss gegenüber der IV-Stelle das Therapieziel, den Therapieinhalt, den Umfang (Häufigkeit und Dauer der Sitzungen) sowie die voraussichtliche Dauer (Zeithorizont) der Behandlung dokumentieren und begründen (Rz 14).
- 1037.6 Die medizinischen Massnahmen können nicht für unbestimmt lange Dauer verfügt werden. Die Zusprachedauer für Psychotherapie bei Geburtsgebrechen nach Art. 13 IVG richtet sich nach Rz 14 und für medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG nach Rz 35.2. Sie

sind, wenn immer möglich, mit den bisher behandelnden Ärzten zu koordinieren (Rz 14).

- 1037.7 Anträge zur Verlängerung der Psychotherapie sind aufgrund der vom Arzt im Verlauf erhobenen detaillierten Befunde, deren Auswirkungen im Alltag, und eines ausführlichen Therapieberichtes zu prüfen, wobei auf eine nachvollziehbare Therapieplanung zu achten ist, aus der auch die Ziele der Behandlung hervorgehen.
- 1037.8 Ist im Rahmen der Psychotherapie gemäss Art. 13 IVG eine Eltern- bzw. Erzieherberatung nötig, die nicht während der eigentlichen Therapie – also ohne Dabeisein der versicherten Person – erfolgt, so kann diese der IV ebenfalls verrechnet werden. Dieser Therapieanteil darf in der Regel 20 % (d.h. 1 auf 5 Sitzungen) nicht übersteigen. Ausnahmen sind zu begründen.
- 1037.9 Die Eltern können im Rahmen des Familiensettings bei den kinderpsychiatrischen Behandlungen gemäss Art. 13 IVG der betroffenen Kinder anwesend sein, wobei die IV für die Eltern keine separaten Kosten übernehmen kann. Von der IV vergütet werden nur die Kosten für die medizinischen Massnahmen des Kindes im Rahmen der kinderpsychiatrischen Behandlungen.
- 1037.10 Die IV übernimmt im Rahmen des Familiensettings nur die Kosten für medizinische Massnahmen, d.h. die Psychotherapie, Ergotherapie oder Physiotherapie. Diese werden von den entsprechenden Therapeutengruppen mit einem in der Schweiz anerkannten Aus- und Weiterbildungsdiplom ausgeführt. Dagegen übernimmt die IV keine Kosten für sonder- und sozialpädagogische Leistungen.

Sekundärnaht

- 1038 Sekundärnaht von Nerven und Sehnen, die nach unfallmässigen Durchtrennungen oder nach Geschwulstentfernung nötig werden, bilden mit der ersten Behandlung eine

Einheit und gehören somit zur Unfall- bzw. Tumorbehandlung und sind keine Eingliederungsmassnahmen der IV (Rz 43ff.).

Spondylodese

- 1039.1 Eine lumbosakrale Versteifungsoperation (zwischen Kreuzbein und unterer Lendenwirbelsäule vorgenommene Operation) kann eine medizinische Eingliederungsmassnahme darstellen.
- 1039.2 Bei ausgedehnten degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule stellt die Spondylodese eine Leidensbehandlung und keine Eingliederungsmassnahme der IV dar.

Spezielle Medikamente / Arzneimittel

- 1040.1 Die Kostenübernahme von Sirolimus für die Behandlung von Gesichtsangiofibromen bei Patienten mit tuberöser Sklerose kann neu in Betracht gezogen werden. Es handelt sich jedoch weiterhin um eine Off-Label-Anwendung.

Diacomit® (Stiripentol)

- 1040.2 Diacomit® ist indiziert als Zusatztherapie für die Anwendung zusammen mit Clobazam und Valproat bei refraktären generalisierten tonisch-klonischen Anfällen bei Patienten mit schwerer myoklonischer Epilepsie im Kindesalter (SMEI, Dravet-Syndrom, Ziffer 387 GgV-EDI), deren Anfälle mit Clobazam und Valproat nicht angemessen kontrolliert werden können. Die IV übernimmt Kosten für Diacomit® (Stiripentol) wenn dieses im Rahmen der zugelassenen Indikation eingesetzt wird wie folgt:

	Fabrikabgabepreis	Publikumspreis
250 mg Kaps/Sachets 60 Stk	Fr. 186.60	Fr. 230.60
500 mg Kaps/Sachets 60 Stk	Fr. 373.20	Fr. 444.85

1040.4 1/22 Circadin® (Melatonin): Basierend auf der aktuellen Kenntnislage, kann Melatonin (Magistralrezeptur) bzw. Circadin® im Rahmen von Geburtsgebrechen (Art. 13 IVG) bis auf weiteres durch die IV übernommen werden:

- wenn die Schlafstörung umfassend abgeklärt wurde (mind. umfassende Anamnese, ev. Schlafprotokolle) und trotz schlafhygienischen und -edukativen Massnahmen weiterhin bestehen bleibt,
- nämlich im Rahmen neurodegenerativer Erkrankungen (wie z.B. GG-Ziffer 383), bei kongenitalen Epilepsien (GG-Ziffer 387), Hirnfehlbildungen (GG-Ziffer 381), Kindern mit schwerer Sehbehinderungen, welche eine frei laufende innere Uhr aufweisen (z.B. GG-Ziffer 415), bei tuberöser Hirnsklerose (GG-Ziffer 487) sowie den GG-Ziffern 404 und 405.

Es ist zu beachten, dass es sich dabei um Off-Label-Anwendungen handelt und entsprechend die Akten der Versicherten vom RAD im Einzelfall geprüft werden müssen, bevor eine Verfügung erlassen wird.

In allen anderen Fällen als die oben erwähnten, kommt die Vorlagepflicht gemäss den gültigen Weisungen (nach Prüfung und Bewertung durch RAD) zur Anwendung.

1040. 5.1 1/22 Cannabis, Cannabidiol (CBD) und THC-Präparate:

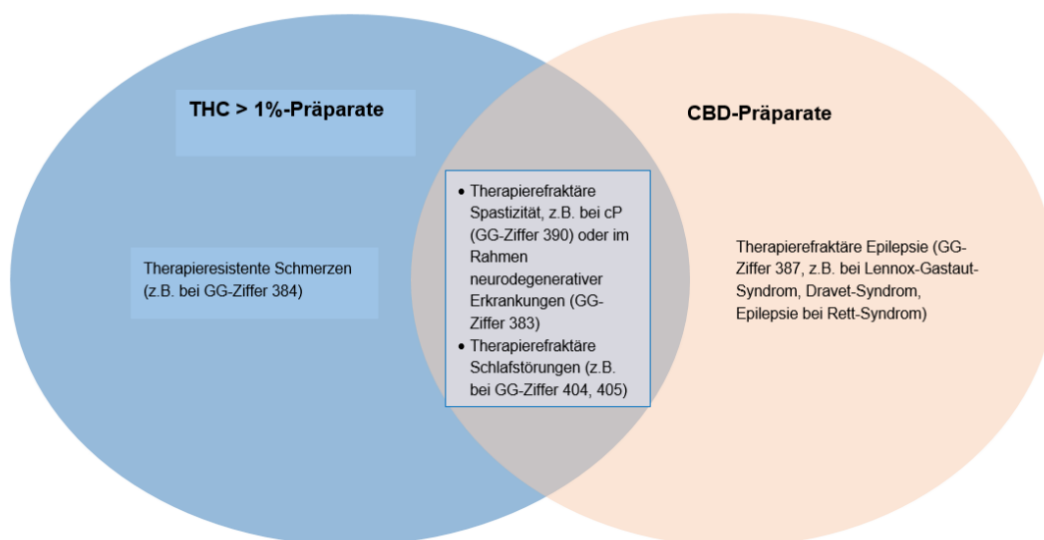
Als Cannabisarzneimittel werden alle verwendeten Cannabisprodukte (Blüten, Pulver, Extrakte in Öl-Form etc.) verstanden. Es gilt dabei zwischen Cannabidiol (CBD)- und THC (Tetrahydrocannabinol)-haltigen Präparaten zu unterscheiden.

1040. In der Schweiz sind derzeit folgende Präparate verfügbar,
5.2 die Cannabinoide beinhalten (siehe Tabelle Cannabisprä-
1/25 parate):

Tabelle: Cannabispräparate

Cannabispräparate		
	THC > 1 %	CBD (mit < 1 % THC)
Rezeptpflichtig	Ja	Ja
	Produkte: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sativex®</i> • <i>Dronabinol (Magistral)</i> • <i>Cannabis-Öl</i> • <i>Sativa- Öl</i> • <i>Cannabis-Tinktur</i> 	Produkte: <ul style="list-style-type: none"> • <i>CBD-Öl 2,5%</i> • <i>CBD-Tinktur</i> • <i>Epidyolex®</i>

1040. Basierend auf der aktuellen Kenntnislage⁴, wonach eine
5.3 Wirksamkeit von Cannabisprodukten bei chronischen
1/25 Schmerzen, Spastizität und therapierefraktärer Epilepsie
als wahrscheinlich angesehen werden kann (die Wirkung
wurde mit mässiger Evidenz gezeigt), können die in der



⁴ Whiting PF, Wolff RF et al. Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2015 Jun 23-30;313(24):2456-73.

Tabelle aufgeführte Präparate wie folgt durch die IV übernommen werden:

1040.
5.4
1/22

Es handelt sich dabei weiterhin um Off-Label-Use-Anwendungen, weshalb die Akten der Versicherten vom RAD im Einzelfall geprüft werden, bevor eine Verfügung erlassen wird.

1040.
5.5
1/22

In allen anderen Fällen als die oben erwähnten, kommt die Vorlagepflicht gemäss den gültigen Weisungen (nach Prüfung und Bewertung durch RAD) zur Anwendung.

Stillberatung

1041

Die (nichtärztliche) Stillberatung ist Bestandteil der Leistungen, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung bei Mutterschaft erbringt. Stillberaterinnen gelten gemäss Fachkommission für Fragen der medizinischen Eingliederung bei der IV nicht als medizinische Hilfspersonen im Sinne von Art. 26^{bis} IVG (AHI 2003 S. 211; siehe BGE 136 V 209).

Sympathektomie

1042

Die Resektion von Teilen des vegetativen Nervensystems kann nicht als IV-Massnahmen gelten, weil sie sich immer gegen labiles pathologisches Geschehen richtet, sei es eine periphere Zirkulationsstörung oder eine Causalgie.

Therapeutisches Reiten inklusive Heilpädagogisches Reiten, Ponytherapie etc.

1043
1/22

Unter dem Überbegriff „Therapeutisches Reiten“ werden verschiedene Therapieformen zusammengefasst wie beispielsweise auch „Heilpädagogisches Reiten“, bei denen ein Reittherapeut pädagogische, psychologische, psychotherapeutische, rehabilitative und sozialintegrative Massnahmen umsetzt. Zielgruppe sind Kinder, Jugendliche oder Erwachsene mit körperlichen, seelischen und sozialen Entwicklungsstörungen oder körperlichen Behinderungen.

“Therapeutisches Reiten” ist eine pädagogisch-therapeutische Massnahme, welche nicht als Medizinische Massnahme im Sinne von Art. 14 IVG gilt. Die Kosten dieser Therapieformen werden von der IV nicht übernommen. Therapeutisches Reiten mit seinen Formen ist von der Hip-
potherapie abzugrenzen (siehe Rz 1021).

Tympanoplastik

- 1044 In seltenen Fällen kann eine Tympanoplastik als IV-Massnahme übernommen werden, wenn kein zeitlicher oder sachlicher Zusammenhang mit einer Krankheit oder einem Unfall besteht und die Massnahme geeignet ist, das Hörvermögen und damit die Erwerbsmöglichkeit des Versicherten gemäss Art. 12 IVG wesentlich zu verbessern.

4. Teil

4.1 Umfang und Durchführung der Massnahmen

- 1200 Die medizinischen Massnahmen der IV umfassen gemäss
1/22 Art. 14 Abs. 1 IVG
- a. die Behandlungen und die dazugehörenden Untersuchungen, die ambulant oder stationär, sowie die Pflegeleistungen, die in einem Spital durchgeführt werden von:
 1. Ärzten oder Ärztinnen,
 2. Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen,
 3. medizinische Hilfspersonen gemäss Rz 1202, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin beziehungsweise eines Chiropraktors oder einer Chiropraktorin medizinische Leistungen erbringen (Art. 14 Abs. 1 Bst. a Ziff. 3 IVG);
 - b. die ärztlich oder von Chiropraktoren oder Chiropraktorinnen verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände;
 - c. die ärztlich durchgeführten oder angeordneten Massnahmen der medizinischen Rehabilitation;

- d. den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung;
- e. die Leistung der Apotheker und Apothekerinnen bei der Abgabe von nach Buchstabe c verordneten Arzneimitteln;
- f. die medizinisch notwendigen Transportkosten.

4.2 Behandlung durch Ärzte und Ärztinnen oder medizinische Hilfspersonen

- 1201 Zur Durchführung medizinischer Massnahmen der IV sind zugelassen:
- Ärzte/-innen und Zahnärzte/-innen mit einem eidgenössischen Diplom oder mit einem von der FMH/SSO anerkannten äquivalenten ausländischen Diplom.
 - Personen, denen ein Kanton auf Grund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Ausübung des ärztlichen Berufes erteilt hat, jedoch nur für Vorkehren, zu deren Durchführung sie auf Grund der Bewilligung befugt sind.
 - Chiropraktoren und Chiropraktorinnen (gemäss Art. 44 der Verordnung über die Krankenversicherung).
- 1202 Medizinische Hilfspersonen mit einem anerkannten Diplom in Krankenpflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung oder Psychotherapie, welche die kantonalen Vorschriften betreffend die Berufsausübung erfüllen, sind – sofern eine ärztliche Anordnung vorliegt – ebenfalls zur Durchführung medizinischer Massnahmen ermächtigt.
- 1203 Soweit die Behandlung einer selbständig tätigen medizinischen Hilfsperson übertragen wird, ist eine schriftliche Anordnung des/der die betreffenden Massnahmen überwachenden Arztes / Ärztin notwendig, in welcher Beginn, Dauer, Art und Umfang der durchzuführenden Massnahmen festgelegt sein müssen, mit dem Hinweis, dass die angeordneten Massnahmen Leistungen der IV betreffen.

Bei *unselbständig tätigen medizinischen Hilfspersonen* tragen die verordnenden Ärzte/-innen die Verantwortung bezüglich der fachgerechten Durchführung der Massnahme.

- 1204 Die IV-Stellen haben sich in jedem Fall zu vergewissern, ob die vorgeschlagene medizinische Hilfsperson eine von der kantonalen Behörde ausgestellte Bewilligung zur Berufsausübung besitzt.

4.3 Abgabe von Arzneien, Mittel- und Gegenstände und Durchführung von Analysen

- 1205.1
1/25 Bezüglich der Mittel und Gegenstände sowie der Laboranalysen beziehen sich die IV-Stellen auf die für die Krankenversicherung geltenden Listen (MiGeL und AL, Anhänge 2 und 3 der Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV]), um die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) der Leistungen zu beurteilen, wenn kein Tarifvertrag vorliegt.
- 1205.2
1/25 Bei Rückerstattungsanträgen für Mittel und Gegenstände sowie Laboranalysen, die nicht in den Listen aufgeführt sind, oder wenn die dort vorgesehenen Begrenzungen oder Preise nicht eingehalten werden, kann die Leistung als medizinisch indiziert gelten, sofern eine fachärztliche Verordnung vorliegt (z. B. im Bereich Pneumologie). Bei Mittel und Gegenständen betrifft das sowohl Dienstleistungen (wie z. B. 24 Stunden-ganztägiger Pikettdienst) als auch Geräte (z. B. zur Therapie mit hohem Sauerstoff-Fluss), Zweitgeräte (Notfallhilfe bei Ausfällen) und Verbrauchsmaterial. Die IV-Stelle prüft im Einzelfall, ob es eine gleichwertige Alternative nach den Bestimmungen der MiGeL oder der AL gibt und ob die verordnete Leistung den WZW-Kriterien entspricht. Gegebenenfalls kann die IV-Stelle die Übernahme der Leistungen aufgrund von Artikel 27bis IVG verweigern. Bevor die IV-Stelle einen solchen Entscheid fällt, räumt sie der versicherten Person eine Übergangsfrist ein, während der die Leistungen weiter vergütet werden.

Diese Regel gilt insbesondere für jene Mittel und Gegenstände, die in der IV weder als Hilfsmittel, noch als Behandlungsgeräte eingestuft werden.

- 1206 Die Versicherung übernimmt Arzneimittel und pharmazeutischen Spezialitäten, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben.
- 1207 Bei Arzneimitteln und pharmazeutischen Spezialitäten, die auf der für die Krankenversicherung massgebenden Listen aufgeführt sind (Arzneimittelliste mit Tarif [ALT], Spezialitätenliste (SL), sowie GG-SL (Geburtsgebrechen-Spezialitätenliste) gelten die obgenannten Voraussetzungen als erfüllt.
- 1209 Die Abgabe von Arzneien und die Durchführung von Analysen bedarf einer schriftlichen Anordnung durch eine diplomierte Ärztin oder einen diplomierten Arzt unter Angabe von Name und AHV-Nummer der betroffenen Person und dem Vermerk «Betrifft IV».
- 1210 Nahrungsmittel, Diätetika, Kraftweine und Elixiere, Spirituosen, Mineralwasser, Frischhefepräparate, Kosmetika und dergleichen werden, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, von der IV nicht übernommen (Ausnahme siehe Diätmittelliste).
- 1211 Hinsichtlich der in der SL und GG-SL enthaltenen Beschränkungen (Limitationen) der Medikamentenabgabe gilt in der IV folgendes:
1. Mengenmässige Beschränkungen (Beschränkungen der Packungsgrösse oder der Punktzahl für ein bestimmtes Produkt oder eine Produktgruppe) sind nicht zu berücksichtigen.
 2. Beschränkungen auf bestimmte Indikationen sind in der Regel zu beachten.
 3. In der SL vereinzelt vorgesehene besondere Kostengutsprachen sind in der IV nicht erforderlich.

- 1212 Nachfolgend aufgeführte komplementärmedizinische Verfahren werden unter den gleichen Bedingungen und Auflagen wie sie in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP bzw. in der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV definiert sind (gültig ab dem 1.8.2017), auch von der Invalidenversicherung übernommen: Akupunktur, Antroposophische Medizin, Arzneimitteltherapie der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM), Ärztliche Klassische Homöopathie, Phytotherapie und Störfeldtherapie (Neuraltherapie nach Huneke).
- 1213 Voraussetzung für eine Kostenübernahme durch die IV ist, dass die beantragte komplementärmedizinische Therapie gemäss OKP bzw. KLV akzeptiert ist und durch Ärztinnen und Ärzte mit einer in der KLV definierten Weiterbildung im entsprechenden komplementärmedizinischen Fachgebiet und Anerkennung durch die entsprechende Fachgesellschaft ausgeführt wird.

4.3.1 Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall (Off-Label-Use [OLU]-Anfragen)

4.3.1.1 Grundsätze

- 1214.1 Es ist möglich, dass ein Arzneimittel, das in der Schweiz nicht zugelassen und nicht in der SL bzw. der GG-SL gelistet ist, oder ausserhalb der zugelassenen Indikation oder der SL- bzw. GG-SL- Limitation verwendet wird, ausnahmsweise vergütet wird, sofern die Voraussetzungen für eine Vergütung im Einzelfall erfüllt sind.
- 1214.2 Zur Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall (im Rahmen von OLU-Anwendungen) finden die Ausführungsbestimmungen zum KVG über die Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall sinngemäss Anwendung (Art. 14^{ter} Abs. 3 IVG i.V.m. Art. 3^{decies} IVV). Somit werden im Bereich des IVG dieselben Regeln angewendet wie im KVG (Art. 71a^{bis} 71d KVV).

- 1214.3 Zur Prüfung der Akten gelten die Voraussetzungen nach Art. 71a Abs. 1 KVV (für Off-label-use/Off-Limitation-Use); 71b KVV (für Hors-liste-Arzneimittel); Art. 71c KVV (für Unlicensed-use) sowie Art. 71d KVV, d.h.:
- Vom Einsatz des Arzneimittels wird ein grosser therapeutischer Nutzen gegen eine Krankheit erwartet, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen kann, und wegen fehlender therapeutischer Alternativen keine andere wirksame und zugelassene Behandlungsmethode verfügbar ist.
 - Die zu übernehmenden Kosten müssen in einem angemessenen Verhältnis zum therapeutischen Nutzen stehen.
- 1214.4 Sämtliche Geburtsgebrechen nach Art. 13 IVG gelten als Krankheiten, die für die versicherte Person tödlich verlaufen oder schwere und chronische gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen können. Die im Art. 71a Abs. 1 Bst. b KVV erwähnten Kriterien gelten somit generell für alle Geburtsgebrechen nach Art. 13 IVG als erfüllt und werden nicht weiter geprüft.
- 1214.5 Bei Arzneimitteln, die nur für Erwachsene zugelassen sind, fokussiert die Prüfung der Vergütung im Einzelfall primär auf die Frage der Sicherheit des Arzneimittels bei Kindern.

4.3.1.2. Verfahren

- 1215.1 Für die Vergütung von Arzneimittel im Einzelfall füllt der gesuchstellende Arzt zwingend das Anmeldeformular «Gesuch für die Kostenübernahme von Off-Label-Use-Medikamenten durch die IV» aus (siehe Anhang 5 / Internetseite).
- 1215.2 Zur Nutzenbewertung von OLU-Medikamenten muss in der Regel das Nutzenbewertungsmodell «OLUtool NonOnko» bzw. «OLUtool Onko» der Schweizerischen Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte benutzt werden

(<https://www.vertrauensaeerzte.ch/expertcom/71kvv/upd-may18/>). Dabei sind sowohl die aus der Literatur verfügbaren klinischen Studien (auch bei seltenen Krankheiten), wie auch den Einzelfall selber zu berücksichtigen. Anhand dieses Tools wird in einem ersten Schritt über ein Studienrating (Bestimmung des Scores und Verfeinerung mit Bonus- oder Maluspunkten) der klinische Benefit respektive die Nutzenkategorie (A bis D) bestimmt. In einem zweiten Schritt wird die individuelle Patientensituation beurteilt, und allenfalls das Grading angepasst. Die zur Nutzenbewertung verwendeten Begriffe sind unter folgendem Link zu finden: SGV - Glossar wichtiger Begriffe bei onkologischen Studien (www.vertrauensaeerzte.ch/expertcom/olunconco-glossar.html).

- 1215.3
1/22 Alle Anfragen sind als Einzelfall durch den zuständigen RAD zu beurteilen. Als Arbeits- respektive Entscheidungshilfe dient die vom BSV geführte interne Liste (siehe Rz 1215.5) mit allen bisherigen Empfehlungen. Auf dieser internen Liste sind die Anfragen, die regelmässig vorgelegt werden, speziell gekennzeichnet.
- 1215.4
1/22 Die Akten von Off-Label-Use-Medikamenten⁵, von Off-limitation-Use-Medikamenten⁶, Hors-Liste-Arzneimitteln⁷, sowie von wichtigen Unlicensed-Use-Präparaten⁸, müssen – nachdem diese vom RAD geprüft und bewertet wurden (siehe Rz 1215.2) – dem BSV unterbreitet werden. Das BSV bestimmt die Höhe der Vergütung, die dem Nutzen entspricht, in Absprache mit der Zulassungsinhaberin und erstellt eine Empfehlung bzgl. Übernahme oder Ablehnung der Vergütung des Arzneimittels zu Handen der IV-Stelle.

⁵ Art. 71a Abs. 1 KVV: Das Arzneimittel ist in der Schweiz zugelassen, die Anwendung liegt aber ausserhalb der Swissmedic-Zulassung (andere Indikation, Dosierung etc.)

⁶ Art. 71a Abs. 1 KVV: Das eingesetzte Arzneimittel ist in der SL gelistet und mit einer Limitation versehen. Die Anwendung erfolgt ausserhalb dieser Limitation.

⁷ Art. 71b Abs.1 KVV: Das eingesetzte Arzneimittel ist in der Schweiz zugelassen, aber nicht in der SL gelistet und wird innerhalb oder ausserhalb der Fachinformation von Swissmedic angewendet.

⁸ Art. 71c KVV. Das eingesetzte Arzneimittel ist in der Schweiz noch nicht oder nicht mehr zugelassen, kann aber als verwendungsfertiges Arzneimittel aus dem Ausland importiert werden, in welchem es für die entsprechende Indikation bereits zugelassen ist.

1215.5 1/22 Das BSV führt eine Liste mit allen bisherigen Empfehlungen. Auf dieser Liste werden folgende Parameter erfasst:

- GG-Ziffern,
- Diagnose/Indikation,
- Empfehlung z.H. IV-Stelle,
- Allfällig festgesetzte Preise (je nach Vereinbarung der Vertraulichkeit mit der Zulassungsinhaberin ev. auch nur Angabe, dass es ein Preismodell gibt).

1215.6 1/22 Von der Vorlagepflicht ans BSV ausgenommen sind:

- Die Beurteilung von OLU-Anfragen bei Arzneimitteln bei jährlichen Kosten von maximal 5'000 Franken.

Alle zur Ablehnung vorgesehenen Entscheide müssen dem BSV vorgelegt werden.

1215.7 1/22 Um die Gleichbehandlung weiterhin sicherzustellen, sind die IV-Stellen jedoch verpflichtet, sämtliche OLU-Entscheide, die in ihre eigene Zuständigkeit gefallen sind und nicht dem BSV vorgelegt wurden, aufzulisten und jährlich dem BSV per 31.12. zuzustellen. Das BSV gibt den IV-Stellen bekannt, welche Elemente auf dieser Liste zu führen sind.

4.4 Behandlungsgeräte

1216 Wird im Zusammenhang mit einer seitens der IV zugeprochenen medizinischen Massnahme der Einsatz von Behandlungsgeräten (z.B. Inhalationsapparate, Korrekturbrillen bei Geburtsgebrechen des Auges, Vernebelungsgeräte, Destillationsapparate und Schaumgummikissen bei Mucoviscidose, Therapiebälle und -matten sowie Haverich-Dreiräder z.B. bei schweren Bewegungsstörungen wie beispielsweise zerebralen Lähmungen) erforderlich, gehen die dadurch entstehenden Kosten im Rahmen der Art. 12 und Art. 13 IVG, zu Lasten der IV.

- 1217 Gegenstände, die im Körperinnern eingesetzt werden, gelten als Bestandteil der ärztlichen Behandlung und werden nach Massgabe der bestehenden Tarifverträge durch die IV übernommen, wenn die betreffende ärztliche Behandlung selbst als medizinische Eingliederungsmassnahme im Sinne von Art. 12 und Art. 13 IVG zu werten ist.
- 1218 Der Einsatz von Behandlungsgeräten erfolgt auf ärztliche Anordnung, gegebenenfalls ist ein ärztlich visierter Kostenvoranschlag einzureichen. Die Abgabe hat in einfacher und zweckmässiger Ausführung zu erfolgen. Ist die Weiterverwendung eines Behandlungsgerätes möglich und zumutbar, erfolgt die Abgabe leihweise. Geräte, die voraussichtlich nur während kurzer Zeit zum Einsatz gelangen, sind nach Möglichkeit mietweise zu übernehmen. Die Bestimmungen betreffend die Abgabe von Hilfsmitteln finden sinngemäss Anwendung (z.B. Eigentumsverhältnisse, kostspieligere Ausführung, Miete, Weiterverwendung etc.). Atemgeräte sind bei einer kantonalen Liga der Schweiz. Vereinigung gegen Tuberkulose und Lungenkrankheiten zu mieten. Wenn der Gebrauch voraussichtlich 3 Jahre und mehr beträgt, können die Geräte auch zum Eigentum abgegeben werden.
- 1218.1 Mollii®-Suit: Die bis anhin verfügbaren wissenschaftlichen
1/25 Daten lassen keinen Rückschluss auf eine allfällige Wirksamkeit der Mollii®-Kombination zu. Methodik und Design der vorhandenen Studien sind von mittlerer Qualität (Fallserien, keine Therapievergleiche). Die einzige verfügbare randomisierte Studie kommt zu dem Schluss, dass die Mollii®-Kombination keine Veränderung der Spastizität und des passiven Bewegungsumfangs bewirkt hat. Die Wirkung der Kombination auf die Ataxie wurde nicht untersucht.

Es handelt sich daher um eine Therapie, die sich noch im Versuchsstadium befindet und für die Wirksamkeit nicht belegt ist resp. die WZW-Kriterien nicht erfüllt sind.

4.5 Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlungsmethode

- 1219
1/22 Die medizinischen Massnahmen der IV müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 14 Abs.1 IVG). Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein, d.h. der Nutzen und das Nutzen-Schaden-Verhältnis müssen in reproduzierbarer Weise in klinischen Studien nachgewiesen worden sein. Im Fall von seltenen Krankheiten wird dabei die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit berücksichtigt. Im Falle von medizinischen Eingliederungsmassnahmen siehe aber Rz 33.2.ff.

4.6 Die Spitalbehandlung

- 1220.1 Als Spitalbehandlung (stationärer Aufenthalt) gilt die in einer mit den erforderlichen medizinischen Einrichtungen ausgerüsteten Institution von einem Arzt oder einer Ärztin, einer medizinischen Hilfsperson sowie genügendem fachgemäss ausgebildetem Krankenpflegepersonal durchgeführte medizinische Massnahme von in der Regel mehr als 24 Stunden Dauer (siehe Rz 1232).
- 1220.2 Beim Entscheid über die Gewährung von Behandlung in Spital- oder Hauspflege ist auf den Vorschlag des behandelnden Arztes oder Ärztin und auf die persönlichen Verhältnisse der versicherten Person in gerechter Weise Rücksicht zu nehmen (Art. 14 Abs. 4 IVG). Die persönlichen Verhältnisse sind nicht ausschlaggebend.
- 1220.3 Die Übernahme der Kosten eines Aufenthaltes in einem Spital oder einer Rehabilitationsklinik fällt nicht in Betracht, wenn die eigentliche Behandlung ebenso gut ambulant durchgeführt werden könnte. Die tägliche Grundpflege stellt, da ihr kein therapeutischer Charakter zukommt, keine Behandlungsmassnahme dar (BGE 136 V 209 ff.).

- 1220.4 Dient der Aufenthalt in einem Spital oder einer Rehabilitationsklinik gleichzeitig der Durchführung sowohl medizinischer als auch anderer Massnahmen der Invalidenversicherung (wie beispielsweise der Pflege hilfloser Versicherter), übernimmt die IV die tarifgemässen Kosten der Hospitalisierung ausschliesslich dann, wenn die medizinische Behandlung, und sei sie auch nur ein Teil dieser Massnahme, nur in einer Heilanstalt erfolgen kann.

Beispiele:

Ein schwer hilfloses Kind, das dauernd nur in Spitalverhältnissen durchführbarer Massnahmen bedarf (z.B. intravenöser Infusionen), hat Anspruch auf Übernahme der vollen Kosten der Hospitalisierung.

Andererseits hat eine zerebral gelähmte versicherte Person, die in einem Kinderspital untergebracht ist und neben dem vollen Schulunterricht täglich während 40 Minuten physiotherapeutisch behandelt wird, lediglich Anspruch auf die als ambulante Massnahme zu vergütende physiotherapeutische Behandlung.

- 1220.5 Übernehmen die Eltern im Rahmen der medizinischen Behandlung die Funktion von Hilfspersonen, und sind sie aus beachtlichen Gründen (z.B. Krankheit, ärztlich angeordnete Entlastung) an der Pflege verhindert, so können die Kosten einer vorübergehend notwendigen ambulanten Behandlung oder Hospitalisation von der IV übernommen werden. Eine Kostenübernahme fällt jedoch ausser Betracht, wenn sich die von den Eltern übernommene Pflege in der altersentsprechenden üblichen Betreuung und Überwachung erschöpft.
- 1220.6 Kommen bei einer Behandlung, sowohl die Krankenkasse wie auch die IV als Kostenträger in Frage, dann ist zur Beurteilung der Kostenträger massgebend, welcher Teil der Behandlung ursächlich für die Behandlung als Ganze zu betrachten ist.

Beispiel: Ein Kind wird in einem Spital geboren und verbringt anschliessend einige Tage in der Wochenbettstation, bis es mit der Mutter nach Hause austritt. Pränatal wurde

eine Nierendysplasie (Ziffer 342 GgV-EDI) vermutet. Eine Abdomensonographie am 3. Lebenstag bestätigt den Befund. Dieser ist im weiteren Verlauf kontrollbedürftig, erfordert aber während der aktuellen Hospitalisation keine weiteren Massnahmen. Die Hospitalisation geht nicht zu Lasten der IV, auch wenn ein Geburtsgebrechen im Sinne der IV diagnostiziert worden ist. Die Hospitalisation erfolgt hier wegen der Geburt. Im Vordergrund steht die normale Betreuung eines Neugeborenen und seiner Mutter, wie sie auch ohne Geburtsgebrechen erfolgen würde.

- 1220.7 Eine Aufteilung ist allenfalls in zeitlicher Hinsicht möglich, indem die IV z.B. die Kosten der Behandlung des Geburtsgebrechens von dem Zeitpunkt an übernimmt, in welchem die Behandlung einer nicht als Geburtsgebrechen eingeordneten Krankheit abgeschlossen oder in den Hintergrund getreten ist.
- 1220.8 Wird die Behandlung einer Krankheit oder eines Unfalls durch ein Geburtsgebrechen erschwert oder verlängert, gehen allfällige Mehrkosten nicht zu Lasten der IV (siehe aber auch Rz 13). Die Frage der Zuständigkeit ist nach der in Frage stehenden medizinischen Massnahme zu beantworten. Im Fall der Heilbehandlung einer Krankheit oder eines Unfalls und nicht (direkt) des Geburtsgebrechens ist die IV nicht leistungspflichtig.
- 1220.9 Bedarf eine versicherte Person einer intensiven, ärztlich überwachten Behandlung, die ambulant von ihrem Wohnort aus nicht durchgeführt werden kann, hält sich dabei aber nicht in einem eigentlichen Spital oder einer Rehabilitationsklinik, sondern beispielsweise in einem Hotel oder in einer Elternwohneinrichtung des Spitals auf, vergütet die Versicherung ein Zehrgeld gemäss Art. 90 Abs. 4 IVV. Die Kosten von Begleitpersonen werden nicht vergütet. Hinsichtlich der Behandlungskosten siehe Rz 1009.
- 1220.10 Beim Aufenthalt in einem Spital oder einer Rehabilitationsklinik übernimmt die IV grundsätzlich nur die Kosten für die Behandlung der versicherten Person im Rahmen der Tarife der *allgemeinen Abteilung*. Für Begleitpersonen werden

keine Aufenthaltskosten übernommen. Wird die Behandlung in einer Privatabteilung vorgenommen, so hat die versicherte Person lediglich Anspruch auf Kostenrückerstattung im Rahmen des Tarifs für die allgemeine Abteilung.

- 1220.11 Ist ein Spital oder eine Rehabilitationsklinik aus betrieblichen Gründen (z.B. mangels eines Isolierzimmers) ausserstande, die Behandlung in einer allgemeinen Abteilung vorzunehmen, so gehen die Mehrkosten weder zu Lasten der IV noch zu Lasten des Versicherten.
- 1220.12 Sofern mit einem Spital oder einer Rehabilitationsklinik eine Tarifvereinbarung besteht und diese keine anderslautende Bestimmung enthält, darf angenommen werden, dieser Betrieb verfüge über eine allgemeine Abteilung.
- 1220.13 Ist bei Institutionen ohne Tarifvereinbarung ungewiss, ob die vorgesehene Unterbringung der versicherten Person als Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung gilt, ist vorgängig der Beschlussfassung eine Rückfrage erforderlich. In Zweifelsfällen sind die Akten zur Stellungnahme dem BSV zu unterbreiten.
- 1220.14 Hinsichtlich eines Beitrages der versicherten Person an die Kosten von Unterkunft und Verpflegung bei Abklärungs- oder Eingliederungsmassnahmen von mehr als 90 Tagen Dauer siehe KSH.

4.7 Ambulante Behandlung

- 1221.1 Eine ambulante medizinische Behandlung in einem Spital oder einer Rehabilitationsklinik liegt vor, wenn die versicherte Person die Nacht vor und nach der Massnahme zu Hause verbringt (siehe Rz 1220.1).

4.8 Domizilbehandlung

- 1221.1
1/22 Eine Domizilbehandlung (wie eine Physiotherapie am Wohnort der versicherten Person oder ein Einsatz der Spitex)

muss ärztlich verordnet werden. Die Verordnung muss einen medizinisch relevanten Grund für die Notwendigkeit einer Behandlung am Wohnort enthalten. Praktische Gründe wie das Fehlen eines Transportmittels zu einer geeigneten Durchführungsstelle oder Probleme der Familienorganisation sind gebrechensfremd und reichen nicht aus, um eine Kostenübernahme der Domizilbehandlung zu begründen.

- 1221.2 Werden medizinische Massnahmen ambulant durchgeführt, so vergütet die IV neben den Kosten für Behandlung und Arzneien, die Aufwendungen für Pflegepersonal, soweit diese infolge Durchführung medizinischer Massnahmen der IV zur Sicherstellung der Hauspflege notwendig sind. Parenterale Ernährung zuhause (PEH) kann übernommen werden (siehe Rz 23.4, Tabelle Pkt. 2. Massnahmen der Untersuchung und Behandlung 1; IV-Rundschreiben Nr. 308, Kinderspitex-Leistungen nach Art. 13 IVG in Verbindung mit Art. 14 IVG).
- 1221.3 Ist eine versicherte Person auf pflegerische Leistungen Dritter am Behandlungsort selbst (z.B. Arztpraxis) angewiesen, gilt diese Leistung als Bestandteil der medizinischen Massnahme als solche und kann nicht gesondert in Rechnung gestellt werden.

4.9 Durchführung medizinischer Massnahmen im Ausland

4.9.1 Voraussetzungen

- 1222.1 Die medizinischen Massnahmen für in der Schweiz wohnhafte Versicherte sind in der Schweiz und nur in Ausnahmefällen im Ausland durchzuführen. Diese Fälle sind dem BSV zur Prüfung zu unterbreiten (s. auch Anhang 3). Vorbehalten bleiben Massnahmen für im Ausland wohnhafte, durch die IV versicherte Schweizerbürger/-innen, im Ausland wohnhafte, freiwillig durch die IV versicherte Ausländer sowie besondere staatsvertragliche Regelungen.

-
- 1222.2 Die Gewährung von Versicherungsleistungen fällt ausnahmsweise in Betracht (Art. 23^{bis} IVV) wenn:
- 1222.3 – wegen der Besonderheit oder Seltenheit der Massnahme in der Schweiz keine entsprechende Behandlungsstelle oder keine Fachpersonen vorhanden sind;
- 1222.4 – sich die Massnahme anlässlich eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes der versicherten Person notfallmässig aufdrängt. Einem derartigen Auslandsaufenthalt dürfen jedoch keine medizinischen Gründe entgegenstehen. Medizinische Eingliederungsmassnahmen aufgrund von Art. 12 IVG (Rz 30ff.) sind – da es sich dabei um stabilisierte Endzustände handelt – nie notfallmässig durchzuführen.
- 1222.5 – *beachtliche Gründe* für die Durchführung medizinischer Massnahmen im Ausland sprechen. Solche liegen insbesondere vor, wenn die Fortsetzung oder der Abschluss einer begonnenen Behandlung durch den gleichen Arzt nur im Ausland möglich ist oder bei einem längeren Arbeits- oder Ausbildungsaufenthalt (z.B. Sprachaufenthalt, «Austauschjahr») im Ausland.
- 1222.5.1 Rechtsprechungsgemäss sind beachtliche Gründe im Sinne von Art. 23^{bis} Abs. 3 IVV lediglich solche von erheblichem Gewicht, was prognostisch zu beurteilen ist (BGE 143 V 190 E. 7.2; 110 V 99 E. 2).
- So führt beispielsweise bei Vornahme einer komplizierten Operation der Umstand, dass eine spezialisierte Klinik im Ausland über mehr Erfahrung auf dem betreffenden Gebiet verfügt, für sich allein noch nicht zu einer Anwendung von Art. 23^{bis} Abs. 3 IVV.
- 1222.5.2 Wenn eine besonders seltene Krankheit vorliegt, mit welcher ein in der Schweiz tätiger Spezialist noch kaum konfrontiert wurde, und deren Behandlung eine genaue Diagnose erfordert, ist Art. 23^{bis} Abs. 3 IVV hingegen praxisgemäss anwendbar (SVR 2007 IV Nr. 12 S. 43, I 120/04).

Das beinhaltet u.a. die grenzüberschreitende Zusammenarbeit spezialisierter Zentren in Fällen von seltenen Krankheiten.

Beachtliche Gründe können sodann vorliegen, wenn die vorangegangenen, im Inland verfügbaren Therapien erfolglos waren (SVR 2007 IV Nr. 12 S. 43, I 120/04 E. 4.2.1).

- 1222.5.3 Für die Gewährung einer Auslandbehandlung wird vorausgesetzt, dass vorgängig von dem für die Behandlung der versicherten Person verantwortlichen Arzt eine begründete Empfehlung vorliegt.
- 1222.6 Die medizinischen Eingliederungsmassnahmen im Ausland müssen wirksam, zweckmässig, wirtschaftlich und in der Schweiz wissenschaftlich anerkannt sein (Art. 23^{bis} Abs. 1 IVV).

4.9.2 Umfang der Versicherungsleistungen

4.9.2.1 Behandlungskosten

- 1223 Bei Massnahmen welche in der Schweiz nicht verfügbar sind (Rz 1222.2) und bei Notfallbehandlungen im Sinne Art. 23^{bis} Abs. 2 IVV gewährt die IV grundsätzlich volle Kostendeckung.
- 1224 In Fällen gemäss Rz 1222.5 beschränkt sich die Leistung der IV auf die Kosten, welche bei der Behandlung in der allgemeinen Abteilung des nächstgelegenen Kantonsspitals, bei schwierigen Eingriffen der nächstgelegenen Universitätsklinik (bzw. einem vergleichbaren Kinderspital), entstanden wären. Bei ambulanten Behandlungen sind die in der Schweiz gültigen Tarifansätze als Höchstgrenze anzuwenden.

4.9.2.2 Transportkosten einschliesslich Zehrgeld

- 1225 Die Kosten für notwendige Transporte mit einem dem Zustand der versicherten Person entsprechenden Transportmittel sind zu vergüten. Bei notfallmässiger Behandlung sind die Kosten der ohnehin notwendigen Rückreise in die Schweiz angemessen zu berücksichtigen.
- 1226 In Fällen von Rz 1222.5 können lediglich die notwendigen Kosten, die der Durchführung in der nächstgelegenen Behandlungsstelle der Schweiz entsprechen, vergütet werden.
- 1227 Die Höhe der Vergütung der Transportkosten sowie der Kosten des allfälligen Aufenthaltes von Angehörigen wird auf Antrag der IV-Stelle nach Massgabe der Verhältnisse des Einzelfalles vom BSV festgelegt. Die Aufenthaltskosten werden in der Regel nach Art. 90 Abs. 4 IVV abgegolten.

4.9.2.3 Nachweis und Festsetzung der Kosten

- 1228 Es obliegt den Versicherten, alle für die Festsetzung der IV-Leistungen erforderlichen Unterlagen, wie Zeugnisse, Berichte, detaillierte Rechnungen etc. zu beschaffen und bei der IV-Stelle einzureichen.
- 1229 Die einzelnen Kostenanteile (Spital, ambulante Behandlung, Transport, Zehrgeld) müssen jeder für sich berechnet werden. Eine Vergütung über die für jeden Anteil belegten Kosten hinaus ist ausgeschlossen.

Beispiel:

Eine versicherte Person mit gesetzlichem Wohnsitz in Thalwil wurde im Universitätsspital Zürich wegen eines Hydrocephalus internus (Ziffer 386 GgV-EDI) behandelt. Das eingesetzte Spitz-Holter-Ventil muss ausgewechselt werden, und der Arzt, der das Ventil eingesetzt hat, arbeitet jetzt in einer Klinik in den USA. Die Eltern der versicherten Person wünschen dringend, dass die Nachoperation

vom gleichen Operateur durchgeführt wird. Die IV kann bei Durchführung in den USA wie folgt vergütet:

1. Pro Spitalaufenthaltstag die DRG-Baserate des Universitätsspital Zürich.
2. Eventuelle ambulante Konsultationen vor und nach dem Spitalaufenthalt.
3. Reisekosten wie sie bei der Durchführung in der Schweiz entstanden wären.

4.10 Helikoptertransporte

1230.1 Die IV kann die Kosten von Helikoptertransporten in folgenden Situationen übernehmen:

- wenn eine medizinische Notwendigkeit zur Verlegung von einem peripheren in ein zentrales Spital im Zusammenhang mit einer von der IV zu übernehmenden Behandlung besteht, und der Transport mittels eines Ambulanzfahrzeuges aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.
- wenn wegen drohender Lebensgefahr oder der Gefahr der irreversiblen Hirnschädigung die kürzest mögliche Transportzeit einzuhalten ist und diese mit dem Helikopter (gegenüber anderen Transportmitteln) sicher gewährleistet ist.
- Bei Neugeborenen sind Strassentransporte von mehr als einer halben Stunde Dauer für die einfache Fahrt in der Regel zu belastend, weshalb hier der Einsatz eines Helikopters nachvollziehbar ist. Beträgt die Transportdauer für das Neugeborene vom Ausgangsspital ins Zielspital voraussichtlich höchstens eine halbe Stunde, so ist ein Ambulanzfahrzeug einzusetzen. Ausnahmen sind zu begründen.
- Bei Rückverlegungen von einem Zentrumsspital in ein peripheres Spital, insbesondere sogenannten «heimnahen Verlegungen», übernimmt die IV in der Regel nur die Kosten eines Ambulanztransportes, da es sich nicht um Notfalltransporte handelt. Ausnahmen sind zu begründen.

- 1230.2 Der Helikoptertransport muss gegenüber der IV begründet werden: Grund des Transportes, Verlauf und durchgeführte Massnahmen bis zur Anforderung des Transportes. Es muss eine medizinisch nachvollziehbare Begründung vorgelegt werden, wieso kein anderes Transportmittel in Frage kommt.
- 1230.3 Die Kosten der «Mit»-Verlegung eines von der «Schwere» der Beschwerden im Sinne der IV nicht betroffenen Mehrlings (Zwilling, Drilling etc.) bzw. die Kosten der Verlegung der Mutter vom Geburtsspital in die Frauenklinik/-abteilung des die Behandlung übernehmenden Zielspitals des Kindes werden von der IV nicht übernommen.

Anhang 1

1/25

Listen der Diätmittel und Medikamente bei Stoffwechselerkrankungen gemäss GgV

Die Listen sind unter folgendem Link <https://datawrap-per.dwcdn.net/QK4ub> zu finden.

Folgende eiweissarme Spezialnahrungsmittel (Lebensmittel) werden bei angeborenen Aminosäuren-Stoffwechselerkrankungen, speziell Phenylketonurie, vergütet:

- Aproten (Mehl, Griess, Teigwaren),
- Daminmehl eiweissarm (Firma Maizena),
- Dosenbrot, Waffelbrot, Teigwaren, Mehl, Biscuits (Firma Hammermühle),
- Finax (eiweissarme Mehlmischung),
- Loprofinprodukte der Firma SHS,
- Zwieback, Biscuits (Firma Plasmon Dietetici).

Anhang 2

Register der Kieferorthopäden und Kieferorthopädinnen SSO (Rz 208–210.3 und 218.1)

Die Liste der von der IV anerkannten Fachzahnärzte und Fachzahnärztinnen für Kieferorthopädie (Rz 208–210.3 und 218.1) ist auf der Homepage der SSO (<http://www.sso.ch>) publiziert und wird regelmässig aktualisiert.

Anhang 3

Verzeichnis der Fälle, die dem BSV zu unterbreiten sind

Die nachfolgende Liste ist nach Randziffern geordnet.
Der Unterbreitung sind in jedem Falle die für die Prüfung der Sachlage notwendigen Akten des Versicherten beizulegen.

Randziffer

1215ff Off-Label-Use-Medikamente i.w.S.

1222ff Massnahmen im Ausland nach Art. 23^{bis} IVV
bei in der Schweiz wohnhaften Versicherten

Anhang 4

Ziffer 404 GgV Medizinischer Leitfadens

1. Allgemeiner Teil

1.1 Zuordnung des Leistungsträgers

Bei der Beurteilung eines Antrages um Kostengutsprache für medizinische Massnahmen durch den RAD geht es um die Zuordnung des Leistungsträgers und nicht um die Beurteilung der Therapiebedürftigkeit. Bis zur Entscheidung der IV ist nach Art. 70 ATSG auf jeden Fall die Krankenversicherung leistungspflichtig. Ein Aufschieben von indizierten therapeutischen Massnahmen bis zur Erteilung einer Kostengutsprache wäre unnötig und unethisch. Die Ablehnung eines Antrags durch die IV ist nicht eine Entscheidung gegen das Kind oder eine Verneinung seiner Behandlungsbedürftigkeit, sondern eine versicherungsrechtliche Entscheidung bezüglich der Zuordnung des Leistungsträgers.

1.2 Altersbegrenzungen

Bei Kindern im Vorschulalter, insbesondere im Vorkindergartenalter ist es möglich, aber nicht immer einfach, ein ADHS oder ADS zu diagnostizieren. Manchmal ist die Abgrenzung zu einer erethischen Verhaltensstörung schwierig. In der Regel wird man jedoch in dieser Altersstufe Störungen des Erfassens und der Merkfähigkeit nicht mit neuropsychologischen Verfahren belegen können. Kinder im Vorschulalter zeigen häufig eine mangelhafte Reife, resp. eine für die Durchführung solcher Verfahren ungenügende Arbeitshaltung und sie sind oft noch vom Lustprinzip dominiert. Ist diese Unreife stark ausgeprägt, ist auch die klinische Diagnose eines ADS oder ADHS im Vorschulalter nicht sicher möglich: Aus den genannten Gründen lassen sich die Anerkennungsvoraussetzungen nach Rz 404.5 in der Regel nicht eindeutig belegen. Dies auch deshalb, weil es sich um Kinder handelt, die Störungen der Konzentration und des Antriebs zeigen und impulsiv reagieren: Dies kann die alterstypische Unreife potenzieren.

Bei jungen Kindern besteht also die Gefahr von falsch-positiven Untersuchungsergebnissen. Defizite, die mittels testpsychologischer Untersuchung scheinbar objektiviert werden können, sind motivational bedingt und täuschen dann Teilleistungsstörungen vor. Im Gegensatz dazu sind Testergebnisse, welche in der Norm sind, auch bei jüngeren Kindern von höherem Aussagewert. Tests sind so gestaltet, dass durchschnittlich oder überdurchschnittlich gute, also normale Ergebnisse nicht in Form von Zufallstreffern erzielt werden können. Bei einem regelrechten Ausfall eines neuropsychologischen Leistungstests kann deshalb in der Regel davon ausgegangen werden, dass der geprüfte Bereich keine Störungen aufweist. Allerdings sind auch gute Testleistungen bei hoher Motivation in der speziellen und einmaligen Testsituation nicht unbedingt repräsentativ für die übliche Leistungsfähigkeit in einem Teilbereich und können eine Teilleistungsschwäche verbergen. Dementsprechend dürfen unterdurchschnittliche oder stark pathologische, wie auch normgerechte oder gute Ergebnisse neuropsychologischer Untersuchungen bei sehr jungen Kindern, wegen den hohen motivationalen Anteilen, nicht die gleiche Aussagekraft beanspruchen. Daraus ergibt sich, dass eine sichere Diagnose erst ab einem bestimmten Alter respektive ab einer bestimmten Reife, gestellt werden kann und mit der Antragstellung an die IV zugewartet werden muss. Bis zu einer sicheren Diagnosestellung bleibt die Krankenversicherung die Kostenträgerin notwendiger medizinischer Massnahmen.

1.3 Anträge nach dem 9. Lebensjahr

Grundsätzlich ist es möglich, nach dem Erreichen des 9. Altersjahres eine erstmalige Anerkennung der Problematik als Geburtsgebrechen unter Ziffer 404 GgV zu erreichen. Nachgewiesen werden muss aber, dass vor dem 9. Altersjahr sowohl eine Diagnose gestellt wurde, als auch eine medizinische Behandlung⁹ stattfand. Bei der Diagnosestellung reicht es nicht aus, eine ADS-Symptomatik als

⁹ Die kinderpsychiatrische Behandlung, die Ergotherapie und die medikamentöse Therapie sind als medizinische Massnahmen der IV anerkannt. Die Logopädie, die Psychomotorik, der Spezial- oder Stützunterricht und Massnahmen der integrativen schulischen Förderung und alle andern unterstützende Massnahmen werden seit Inkrafttreten der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 1. Januar 2008 sind in der Verantwortung der Kantone. Ärztliche oder kinderpsychologische Abklärungen gelten nicht als Behandlung, auch nicht alleinige Beratungen der Eltern (EVG I 569/00 vom 06.07.2001). Da allerdings gerade bei jüngeren Kindern die Behandlung vorwiegend über die Eltern und andere Bezugspersonen als Mediatoren stattfinden muss und die Kinder nur bedingt einzeln behandelt werden können, muss diese Therapiearbeit als kinderpsychiatrische Behandlung von Kind und Familie deklariert werden.

POS zu bezeichnen, sondern die Anerkennungskriterien nach Rz 404.5 KSME müssen mittels Untersuchung nachvollziehbar belegt worden sein.

1.4 Therapieobligatorium (Rz 404.3 KSME)

Kongenitale Hirnstörungen, die erst nach Vollendung des 9. Lebensjahres tatsächlich behandelt werden, sind wie andere psychische Störungen von Kindern im Licht von Art. 12 IVG zu beurteilen.

Ebenso wenig darf ein Geburtsgebrechen angenommen werden, wenn bloss geltend gemacht wird, die Behandlungsbedürftigkeit habe schon vor Vollendung des 9. Altersjahres bestanden.

2. Spezieller Teil

2.1 Die Anerkennungskriterien

Nach Rz 404.5 können die Voraussetzungen von Ziffer 404 GgV als erfüllt gelten, wenn vor dem 9. Geburtstag mindestens **Störungen des Verhaltens im Sinne krankhafter Beeinträchtigung der Affektivität oder Kontaktfähigkeit – des Antriebes – des Erfassens**-perzeptive oder Wahrnehmungsstörung– **der Konzentrationsfähigkeit**, sowie **der Merkfähigkeit** ausgewiesen sind. Diese Symptome müssen kumulativ nachgewiesen sein, sie müssen jedoch nicht unbedingt gleichzeitig vorhanden sein, sondern können unter Umständen sukzessive auftreten. Wenn bis zum 9. Geburtstag nur einzelne der erwähnten Symptome ärztlich festgestellt werden, sind die Voraussetzungen für ein Geburtsgebrechen Ziffer 404 GgV nicht erfüllt. Die RAD haben kritisch und streng zu überprüfen, ob die geforderten Kriterien effektiv erfüllt und nachvollziehbar belegt sind. Allenfalls sind externe Experten beizuziehen.

2.1.1 Störung des Verhaltens

Die Störung des Verhaltens muss von den Auswirkungen der Antriebsstörung unterschieden werden. Es geht hier um deutliche Störungen der Affektivität und/oder der Kontaktfähigkeit. Oft werden in

Arztberichten als Verhaltensstörungen die Symptome der Konzentrations- oder Antriebsproblematik angegeben, diese erfüllen jedoch die geforderten Voraussetzungen «Störungen der Affektivität oder der Kontaktfähigkeit» nicht. Verminderte oder gesteigerte körperliche Aktivität, Impulsivität, Unaufmerksamkeit, Ablenkbarkeit, sind Störungen der Aktivität und Aufmerksamkeit und nicht Störungen der Affektivität und der Kontaktfähigkeit. Der Begriff der Affekte wird in der Literatur bald als synonym und bald als verschieden von anderen ebenso uneinheitlich definierten Ausdrücken wie Gefühle, Emotionen, Stimmungen, Launen oder Gemütsbewegungen, verwendet. Ein Affekt ist nach L. Ciompi eine von inneren und äusseren Reizen ausgelöste ganzheitliche psychophysische Gestimmtheit von unterschiedlicher Qualität, Dauer und Bewusstseinsnähe. Im Fall von Kindern mit einem Ziffer 404 GgV werden die Affektivität und die Kontaktfähigkeit durch organische Faktoren (Steuerung) einerseits, durch inadäquate Reaktionen (eigene, familiäre, Umfeld) auf die Defizite des Kindes und die sich daraus entwickelnden inadäquaten Strategien im Umgang mit der Störung andererseits, krankhaft beeinflusst. Gemeint sind hier nicht affektive Störungen im Sinne der ICD-10, sondern krankhafte Beeinträchtigungen von Affektivität und Kontaktfähigkeit, wie sie folgende Beschreibung definiert:

Störungen von Stimmung und Affekt: Depressiv-traurig, reizbar-dysphorisch, Mangel an Selbstvertrauen, Hoffnungslosigkeit-Verzweiflung, Schuldgefühle-Selbstanklage, affektarm, Interesselosigkeit-Apathie, Affektlabilität, innere Unruhe-getrieben, gesteigertes Selbstwertgefühl-euphorisch.

Störungen der Kontaktfähigkeit: Überangepasst, scheu-unsicher, sozial zurückgezogen-isoliert, Sprechverweigerung-Mutismus, demonstrativ, distanzgemindert-enthemmt, verminderte Empathie, Mangel an sozialer Gegenseitigkeit und Kommunikation.

Auch die folgenden Störungen im Sinne eines oppositionellen bis unsozialen Verhaltens erfüllen die geforderten Kriterien: Dominant, oppositionell-verweigernd, verbale Aggression, körperliche Aggression, Lügen-Betrügen, Stehlen, Weglaufen, Schule-Schwänzen, Zerstören von Eigentum, Feuer legen.)

Die Störung der Affektivität und der Kontaktfähigkeit muss durch gezieltes Fragen, sowie durch Verhaltensbeobachtung beurteilt werden. Dabei sollen die Befunde und die in der Untersuchungssituation während der Exploration feststellbare aktuelle Symptomatik beurteilt und unabhängig davon das Ausmass eingeschätzt werden, in dem die Symptomatik in den verschiedenen Kontexten von Familie, Schule, Gleichaltrigengruppe auftritt.

2.1.2 Störungen des Antriebs

Antrieb wird heute in der Neuropsychologie als Teil handlungsassoziierter exekutiver Funktionen definiert, er ist teilweise auch testpsychologisch fassbar. Auch im Kontext der versicherungsrechtlichen Definition ist darunter der generelle Handlungsantrieb, die tonische supramodale Grundaktivierung des Kindes zu verstehen. Eine Störung des Antriebes kann sich in Form einer Antriebssteigerung oder -verminderung zeigen (das Kind ist z.B. zum Handeln auf eine Aufforderung angewiesen). Störungen des Antriebes lassen sich sowohl in der Praxis beobachten als auch anamnestisch erfragen. Ein Antriebsüberschuss zeigt sich häufig neben der typischen Psychomotorik in einer hohen Arbeitsgeschwindigkeit bei hoher Fehlerzahl, hoher Sprechgeschwindigkeit, allgemein hoher Tätigkeitsaktivität, Grenzüberschreitungen, sowie allgemeiner Mühe im Einhalten von Grenzen. Ein Antriebsmangel führt oft zu einer äusserst niedrigen Arbeitsgeschwindigkeit, oder einem deutlich erschwerten Arbeitsbeginn oder einem ‚Versanden‘ bei selbständiger Arbeit. Dies ist nur begrenzt in der Testsituation erfassbar. Hier ist man diagnostisch auf die Beurteilungen der Eltern und Lehrpersonen angewiesen.

2.1.3 Störungen des Erfassens

Im Vordergrund stehen ausgewiesene Defizite der visuellen und auditiven Wahrnehmung, letztere können zu Sprachentwicklungsstörungen führen. Eine Störung des Erfassens besteht bei definierten visuellen oder auditiv-perzeptiven Teilleistungsstörungen. Zu fordern ist hier eine klar definierte und detaillierte Abklärung mit standardisierten Untersuchungsverfahren. Auf Grund der Relevanz dieses Bereiches für pädagogische Fördermassnahmen gibt es hier eine Fülle von geeigneten Verfahren.

Spezifische Störungen der **akustischen Wahrnehmung** sind nicht immer einfach von Beeinträchtigungen der Merkfähigkeit zu unterscheiden. Weiter ist eine Beeinträchtigung der Laut-differenzierungsfähigkeit von einer solchen der Serialität zu unterscheiden anhand einer qualitativen Analyse der Fehler (z.B. falsche Silben, unklare Abgrenzung der Wörter in Sätzen, z.B. auch beim Schreiben nach Diktat, falsche Reihenfolgen). Insofern kommen verschiedene sprachlich-akustische Merkfähigkeitstests wie z.B. **Test nach Mottier**, **Zahlen Nachsprechen** (vorwärts und rückwärts), **Wortreihen** u.a.m. in Frage: es gilt, qualitative Auffälligkeiten im Sinne einer Differenzierungsstörung, die auf eine beeinträchtigte akustische Wahrnehmungsleistung schliessen lässt, darzustellen. Klinische Beobachtung und Anamnese können bei der Differenzierung helfen.

Es sollte also z.B. im **Mottier-Test** bei einem allein quantitativ unterdurchschnittlichen Resultat nicht ohne weiteres auf eine Differenzierungsstörung geschlossen werden, da der Befund auch gut mit einer Beeinträchtigung des Arbeitsgedächtnisses erklärt werden kann. Hier müssen zusätzliche Abklärungen erfolgen, um auditiv perzeptive Teilleistungsstörungen zu belegen, z.B. mit der Lautdifferenzierung im Wahlverfahren nach **Monroe (Wortunterscheidungstest WUT)**, oder der **Wortpaarliste nach Nickisch**.

Zum Erfassen von Störungen der visuellen Wahrnehmung gibt es eine grosse Fülle von Testverfahren: Viele Intelligenztests haben entsprechende Untertests: wie z.B. das **Bilder Ergänzen**, der **Mosaiktest**, das **Figurenlegen**, das **Gestalterschliessen**, die **Zauberfenster**, die **Dreiecke**. Zusätzlich gibt es auch viele Verfahren aus dem visuokonstruktiven Bereich: Die **Figure complexe von Rey** oder der **DTVP** (Developmental Test of Visual Perception). So besteht die Möglichkeit, die Figur-Grund-Unterscheidung, die Formkonstanz, die Raumlage, räumliche Beziehungen, die analytisch-synthetische Formerfassung zu prüfen. Wichtig ist stets die Differenzierung zwischen Störungen des Erfassens und der Reproduktion.

Teilleistungsstörungen der **proprioceptiven und taktilen Perzeption** sind schwieriger zu erfassen, dürfen aber wegen ihrer Bedeutung für exekutive und expressive Funktionen nicht vernachlässigt werden. Die **Graphästhesie** umfasst die taktile Sensibilität, die Berührungslokalisation, die Fähigkeit zur Wahrnehmung der Bewegungsrichtung eines taktilen Reizes, sowie die Integration zu einem

Vorstellungsmuster. Die **Stereognosie** stellt einen komplexen Ablauf des Erfühlens der Form der Gegenstände dar, welcher erhebliche exekutive und expressiv-neuromotorische Elemente enthält und als alleiniger auffälliger Befund nicht geeignet ist, Störungen des Erfassens eindeutig zu belegen. Störungen der propriozeptiven Wahrnehmung (also die Eigenwahrnehmung des Körpers und dessen Bewegungen) können ebenfalls gestört sein und die Entwicklung eines Kindes beeinträchtigen. Störungen der Graphästhesie, der Stereognosie und der propriozeptiven Wahrnehmung lassen sich allerdings kaum mit normierten Testverfahren diagnostizieren, und nicht selten wird aus neuromotorischen Schwierigkeiten fälschlicherweise auf Wahrnehmungsprobleme geschlossen. Hier ist es wichtig, die Plausibilität zwischen einem Zusammenhang dieser Teilleistungsstörung und der funktionellen Beeinträchtigung des Kindes in Schule und Alltag zu beurteilen. Störungen des Erfassens sollten deshalb nicht ausschliesslich mit Auffälligkeiten in diesen Bereichen belegt werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich Störungen des Erfassens im Sinne perzeptiver Teilleistungsstörungen oft gut belegen lassen. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber auch, dass bei Fehlen von Störungen des Erfassens eine Zuspache der Ziffer 404 GgV nicht möglich ist und auf eine Prüfung der anderen Kriterien (im Rahmen der IV-Anerkennung) verzichtet werden kann.

2.1.4 Störungen der Konzentration

Die Konzentration ist im Allgemeinen definiert als supramodale gerichtete Aufmerksamkeit.

Hierunter werden verstanden, das Erkennen des Stimulus, das Fokussieren im Sinne der geteilten Aufmerksamkeit, sowie das Halten der Aufmerksamkeit als Konzentration, sowie das Verlagern der Aufmerksamkeit, respektive das Vermeiden des inadäquaten Verlagerns der Aufmerksamkeit im Sinne von Ablenkbarkeit.

Hierzu sind verschiedene Testverfahren vorhanden: z.B. **Differentielle Leistungstest** in den beiden unterschiedlich altersnormierten Versionen. **DL-KG und DL-KE**; die **TAP** und **Ki-TAP** (Testbatterie zur Prüfung der Aufmerksamkeit), der **TEACH** (Test of Every Day Life Attention for Children) und **KT 3 – 4** während der **d 2** für jüngere

Kinder auf Grund der komplizierten Diskriminierung der Zeichen und der kürzeren Testdauer nicht unbedingt geeignet ist.

Die Sub-Test-Gruppe «**Unablenkbarkeit**» im **HAWIK-IV** beurteilt denn auch indirekt Störungen der Aufmerksamkeit.

Steht aber die Ablenkbarkeit im Vordergrund, gibt es Kinder, die in der gut strukturierten und zeitlich oft auch stark eingeschränkten Testsituation gute Ergebnisse zeigen (vor allem oft auch an den Tests am Computer, wo es meistens um direkte Reaktion auf einen Reiz geht). Hier sind dann die Befragung von Lehrpersonen und Eltern sehr wichtig, denn naturgemäss treten Störungen der Aufmerksamkeit eher im Gruppenkontext, bei Leistungsanforderungen sowie bei einer Fülle von Reizen auf.

2.1.5 Störungen der Merkfähigkeit

Störungen der Merkfähigkeit werden meist definiert als eine Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses. Das akustische Kurzzeitgedächtnis kann mit sehr vielen Tests geprüft werden: **Zahlen Nachsprechen, Wortreihen, Anweisungen, Mottier Silben**. Die visuelle Merkfähigkeit kann mit dem **Wiedererkennen von Gesichtern, visuellen Lerntests (z.B. Rey visual learning, DCS**, wo mit Stäbchen komplizierte Muster nachgelegt werden müssen) erfasst werden. So erlauben viele Tests eine Beurteilung des Kurzzeit-Gedächtnisses. Auch für die Lernfähigkeit gibt es Testverfahren (**DCS** und **VLMT** - visueller Lern- und Merkfähigkeitstest). Einige dieser Verfahren (z.B. Figure de Rey, oder die Wechsler Memory Scale) erlauben auch eine Beurteilung des Langzeitgedächtnisses.

2.1.6 Intelligenz

Eine Voraussetzung für die Anerkennung einer Problematik als Geburtsgebrechen Ziffer 404 GgV ist eine normale Intelligenz. Um die Intelligenz zu messen, werden in der Regel folgende Instrumente verwendet: K-ABC, HAWIK IV, ids (Intelligencer and Developmental Scales). In einzelnen spezifischen Fällen kann die Verwendung anderer Werkzeuge in Betracht gezogen werden (z.B. Raven bei nicht Krankheitsbedingten Sprachschwierigkeiten).

Hier liegen verschiedene Interpretationen vor: gemäss einer Bundesgerichtsentscheid geht die «normale Intelligenz» bis zur Grenze der leichten Intelligenzminderung (also bis zu einem IQ von 70). Der niedrige Summenwert wird dann durch ein Versagen in bestimmten Bereichen erklärbar. Auf jeden Fall muss gewährleistet sein, dass es sich bei den Störungen des Erfassens und der Merkfähigkeit um spezifische Teilleistungsstörungen handelt. Bei einem harmonisch tiefen Leistungsniveau werden sich auch unterdurchschnittliche Leistungen im Erfassen und in der Merkfähigkeit oder in den anderen der oben genannten Teilleistungsbereichen finden, diese sind jedoch nicht als spezifisches Defizit zu deuten, sondern entsprechen dem allgemeinen Leistungsniveau des betreffenden Kindes: es liegt dann nicht eine spezifische Störung der Aufmerksamkeit, verbunden mit verschiedenen Teilleistungsstörungen vor, sondern eine allgemeine Lernbehinderung, oder eine Intelligenzminderung (ICD-10 F7) («geistige Behinderung»). In diesen Fällen ist das Kriterium der normalen Intelligenz nicht erfüllt und eine Anerkennung als Geburtsgebrechen 404 kann nicht erfolgen.

2.2 Differenzialdiagnose

Es handelt sich bei Ziffer 404 GgV im Grunde um eine Ausschlussdiagnose. Zunächst muss ein (frühkindlich) erworbenes Leiden, welches Ursache eines psychoorganischen Syndroms sein könnte (Schädel-Hirn-Trauma, Enzephalitis), ausgeschlossen werden. Ferner können eine Vielzahl von erworbenen, respektive reaktiven kinderpsychiatrischen Störungen zu Symptomen im Sinne eines ADHD führen; dazu gehören Frühverwahrlosung, Misshandlung, Bindungsstörungen, emotionale und/oder psychische Überforderung bei belastenden sozialen Verhältnissen, kognitive Überforderung bei genereller Intelligenzminderung, oder Unterforderung bei Hochbegabung. Daneben gibt es auch umschriebene, oder tiefgreifende Entwicklungsstörungen, die ähnliche Symptome hervorrufen. Bei Verdacht auf eine kinderpsychiatrische Störung soll der/die Facharzt / Fachärztin beigezogen werden. Es können Komorbiditäten bei Ziffer 404 GgV auftreten, die jedoch nicht Hauptursache der Symptomatik sein dürfen.

Sehr wichtig ist es deshalb, in den Arztberichten durch eine genaue Anamnese, plastische Befundbeschreibungen, testpsychologische

Belege (Intelligenz) und differenzialdiagnostischen Überlegungen das Fehlen von relevanten erworbenen Aetiologien zu plausibilisieren, sodass das Vorliegen eines Geburtsgebrechens für den RAD-Arzt nachvollziehbar wird.

Danach ist im Arztbericht plausibel darzustellen:

1. Dass die Kriterien eines AD(H)D (gemäss DSM-IV / ICD 10, inkl. Dauer der Symptomatik) vorliegen. Damit sind die exekutiven Funktionen betreffend Kriterien gemäss KSME Rz 404.5: Antrieb und Konzentrationsfähigkeit, erfüllt.
2. Dass die Symptomatik (nach DSM-IV / ICD 10) in verschiedenen Lebensbereichen auftritt.
3. Dass relevante Teilleistungsstörungen perzeptiver Funktionen (Störungen des Erfassens und der Merkfähigkeit) vorliegen (KSME Rz 404.5), diese müssen durch eine Untersuchung des Kindes (testpsychologisch) dokumentiert werden.
4. Dass eine Störung des Verhaltens, das heisst der Affektivität und/ oder der Kontaktfähigkeit vorliegt.
5. Dass andere differenzialdiagnostische kinderpsychiatrische Störungen als hauptsächliche ätiologische Gründe für die vorliegende Pathologie ausgeschlossen werden können.

2.3 Diagnostische Werkzeuge

Es ist Sache des Untersuchers, zur Beantwortung der ihm unterbreiteten Fragestellung geeignete Testverfahren (je nach Sprache verschieden) auszuwählen und nach den Regeln der Kunst einzusetzen. Die Vielzahl der im vorliegenden Manual aufgeführten Tests sind deshalb als Beispiele zu verstehen und nicht als abschliessende Liste anerkannter Testverfahren. Es versteht sich, dass Testverfahren nach den anerkannten Grundsätzen der Testpsychologie standardisiert und normiert sein sollten.

Auch andere Untersuchungsinstrumente können sich nach Auffassung einiger Pädiater als Screening-Verfahren eignen. Die Fachärzte und die Versicherungsmediziner der RAD akzeptieren diese

Verfahren zwar als orientierende klinische Untersuchung, aus verschiedenen methodologischen Überlegungen heraus besteht zudem auch ein Konsens der Chefärzte der Regionalen Ärztlichen Dienste der IV, dass sich die Anerkennungskriterien nach Rz 404.5 allein mit diesen (nicht standardisierten und nicht normierten/validierten) Verfahren nicht mit ausreichender Sicherheit belegen lassen. Falls die Befunde nach Beurteilung des RAD die Anerkennungskriterien nach Rz 404.5 nicht ausreichend erfüllen, erfolgt in der Regel vorerst keine Ablehnung des Antrages, sondern eine Nachfrage an den Antragsteller mit der Bitte, ungenügend dokumentierte Punkte eingehender und präziser, beziehungsweise ergänzt mit zusätzlichen neuropsychologischen Testresultaten nachvollziehbar zu belegen. Der RAD kann diese zusätzlichen Abklärungen verlangen und / oder veranlassen.

Anhang 5

Formular «OLU-Gesuche»

Formular «Gesuch für die Kostenübernahme von Off-label-Use-Medikamenten durch die IV»

Name	Vorname	Geburtsdatum	Versicherten-Nr.
Geschlecht: <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Grösse (cm)	Gewicht (kg)	
IV-Stelle			
Diagnose & Ziffer GgV			
Beantragtes Arzneimittel	<input type="checkbox"/> Auf der SL, Anwendung ausserhalb der Fachinformation oder der SL-Limitation		
	<input type="checkbox"/> Von Swissmedic zugelassen aber nicht auf der SL		
	<input type="checkbox"/> Importiert (in der CH nicht zugelassen)		
• Dosierung			
• Anzahl Therapiezyklen bzw. Therapiedauer			
• In Kombination mit einem anderen Medikament	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
• Wenn ja, welches?			
• Begründung der Medikamentenwahl			
• Bisherige Therapie und Therapieverlauf (Kopien der relevanten ärztlichen Berichte sind beizulegen)			
Krankheitsprognose	Ohne beantragtes Arzneimittel		
	Mit beantragtem Arzneimittel (gemäss beiliegender Studie, ggf. zusätzliche Angaben)		
Welche Therapiealternativen sind vorhanden			
Nach welcher Therapiedauer ist eine erste			

Aussage zum klinischen Therapieerfolg möglich?		
Wissenschaftliche Grundlage der Therapiewahl (öffentlich zugängliche Publikation, Referenzen). Die relevanteste publizierte Studie muss beigelegt werden.		
Vorgesehene jährliche Therapiekosten (mit Angabe der Quelle).		
Gesuchstellender Arzt	Name/Vorname	Praxis/Spital (mit Adresse)