



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV

Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME)

Gültig ab 1. Januar 2021

318.507.06 d

01/21

Vorwort

Per 1. Januar 2021 geänderter Anhang 2, Beilage 1

Geänderte Tabellen	Änderungen
A	Neu, Vitaflo-Produkt
B	Neu, MetaX-Produkte
C	Neu, MetaX- und Vitaflo-Produkte

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	7
1. Teil 1	
Der Anspruch auf medizinische Massnahmen der IV im Allgemeinen	1
1. Kapitel	2
Der Anspruch auf medizinische Massnahmen gemäss Art. 3 ATSG; Art. 13 IVG	2
1.1 Begriff und Grundsatz	2
1.2 Abgrenzungen.....	4
1.3 Beginn und Dauer des Anspruchs.....	6
1.4 Ärztliche Kontrollen	7
1.5 Sonderfälle.....	8
1.6 Änderungen in der GgV.....	9
2. Kapitel	1
Der Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen gemäss Art. 12 IVG.....	1
Die Leistungsvoraussetzungen.....	1
2.1 Grundsatz	1
2.2 Die Invalidität.....	3
2.3 Korrektur relativ stabiler Defektzustände oder Funktionsausfälle	3
2.4 Zeitliche Abgrenzung gegenüber der Behandlung des Leidens an sich	7
2.5 Erforderliche Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit oder Berufsbildung oder Fähigkeit im Aufgaben- bereich tätig zu sein	10
2.6 Gesamtheit von Massnahmen mit überwiegendem Eingliederungscharakter.....	11
2.7 Behandlung von Unfallfolgen und von Berufskrank- heiten gemäss UVG obligatorisch versicherter Personen.....	12
2.8 Leistungsumfang im Rahmen von Art. 12 IVG.....	13
2. Teil 1	
Die Leistungspflicht bei einzelnen Gebrechen und nach Art der Massnahmen.....	1

1. Kapitel	2
Besonderheiten bei Geburtsgebrechen	2
1.1 Haut	2
1.2 Skelett	3
1.3 Gelenke, Muskeln und Sehnen	6
1.4 Gesicht	10
1.5 Lungen	15
1.6 Speiseröhre, Magen und Darm	16
1.7 Leber, Gallenwege und Pankreas	18
1.8 Bauchwand	18
1.9 Herz, Gefäss- und Lymphsystem	19
1.10 Milz, Blut und reticuloendotheliales System	19
1.11 Urogenitalsystem	21
1.12 Zentrales, peripheres und autonomes Nervensystem	22
1.13 Psychische Erkrankungen und schwere Entwicklungsrückstände	33
1.14 Sinnesorgane	39
1.15 Stoffwechsel und endokrine Organe	44
1.16 Missbildungen, bei denen mehrere Organsysteme betroffen sind	48
1.17 Weitere Gebrechen	49
2. Kapitel	1
Abgrenzungen bei Folgezuständen von Krankheiten und Unfällen (Erworbene Leiden; Art. 12)	1
2.1 Infektionen und parasitäre Krankheiten	1
2.2 Neubildungen (Tumoren)	1
2.3 Allergien, Stoffwechsel – und Ernährungskrankheiten, Störungen der inneren Sekretion	2
2.4 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (exkl. Neubildungen)	2
2.5 Psychosen, Psychoneurosen und Persönlichkeits- störungen	2
2.6 Nervensystem	4
2.7 Sinnesorgane	7
2.8 Kreislaufsystem	12
2.9 Atmungsorgane	13
2.10 «Verdauungsorgane»	13
2.11 Harn- und Geschlechtsorgane	13
2.12 Haut und Unterhautzellgewebe	14

2.13	Knochen und Bewegungsorgane	14
3. Kapitel	.....	1
	Leistungspflicht der IV bei verschiedenen Arten von Massnahmen	1
3. Teil 1		
	Eingliederungsrisiko gemäss Art. 11 IVG.....	1
4. Teil 1		
	Umfang und Durchführung der Massnahmen	1
4.1	Behandlung durch Ärzte und Ärztinnen oder medizinische Hilfspersonen	1
4.2	Abgabe von Arzneien, Mittel- und Gegenstände und Durchführung von Analysen	2
4.3	Behandlungsgeräte	5
4.4	Die Wissenschaftlichkeit, Einfachheit und Zweckmässigkeit der Behandlungsmethode.....	6
4.5	Die Spitalbehandlung	6
4.6	Hausbehandlung	9
4.7	Durchführung medizinischer Massnahmen im Ausland	10
4.8	Helikoptertransporte	13
5. Teil 1		
	Schluss- und Übergangsbestimmungen	1
Anhang 1	.....	1
Anhang 2	.....	2
Beilage 1	.....	4
Beilage 2	.....	12
Anhang 3	.....	13
Anhang 4	.....	14
Anhang 5	.....	15
Anhang 6	.....	16
Anhang 7	.....	17
1.	Allgemeiner Teil	17
1.1	Zuordnung des Leistungsträgers	17
1.2	Altersbegrenzungen	17

1.3	Anträge nach dem 9. Lebensjahr	18
1.4	Therapieobligatorium (Rz 404.3 KSME)	19
2.	Spezieller Teil.....	19
2.1	Die Anerkennungskriterien	19
2.1.1	Störung des Verhaltens.....	19
2.1.2	Störungen des Antriebs.....	21
2.1.3	Störungen des Erfassens	21
2.1.4	Störungen der Konzentration.....	23
2.1.5	Störungen der Merkfähigkeit	24
2.1.6	Intelligenz.....	24
2.2	Differenzialdiagnose.....	25
2.3	Diagnostische Werkzeuge.....	28
	Stichwörterverzeichnis	1

Abkürzungen

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
AL	Analysenliste
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
ALT	Arzneimittelliste mit Tarif
BGE	Bundesgerichtsentscheid (publiziert)
BGer	Bundesgericht
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
dB	Dezibel
EEG	Elektroencephalogramm
GgV	Geburtsgebrechensverordnung
IDS	Immun-Defekt-Syndrom
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
IVV	Verordnung über die Invalidenversicherung
KSBE	Kreisschreiben über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art
KSIH	Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit
MMC	Myelomeningocele
MV	Militärversicherung
POS	Psychoorganisches Syndrom
RAD	Regionaler ärztlicher Dienst

SL	Spezialitätenliste
SSO	Société Suisse d'Odonto-stomatologie (Schweizerische Zahnärztegesellschaft)
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
UVG	Unfallversicherungsgesetz

1. Teil

Der Anspruch auf medizinische Massnahmen der IV im Allgemeinen

1. Kapitel

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

1.1 Begriff und Grundsatz

- 1
1/03
- Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr haben unabhängig von der Möglichkeit einer späteren Eingliederung ins Erwerbsleben Anspruch auf die gemäss Art. 2 Abs. 2 und 3 GgV zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 8 Abs. 2 und Art. 3 ATSG, Art. 13 IVG). Ein allfälliger Rentenanspruch steht dem Anspruch auf medizinische Massnahmen gemäss Art. 3 ATSG, Art. 13 IVG nicht entgegen.
- 2
1/17
- Die IV kann jedoch nur dann Leistungen gemäss Art. 3 ATSG, Art. 13 IVG erbringen, wenn es sich um Geburtsgebrechen handelt, die im Anhang zur GgV enthalten sind oder gemäss Art. 1 Abs. 2 GgV durch das Eidgenössische Departement des Innern als solche bezeichnet wurden. Die Liste der Geburtsgebrechen hat (unter Vorbehalt von Erweiterungen gemäss Art. 1 Abs. 2 Satz 2 GgV) abschliessenden Charakter (BGE 122 V 113 E. 3a/cc S. 119).
- 3
- Gelangen eindeutige Geburtsgebrechen zur Anmeldung, die nicht im Anhang zur GgV enthalten sind, so haben die IV-Stellen die Akten dem Bundesamt zu unterbreiten. Bei Syndromen siehe jedoch Rz 6 und 10.
- 4
1/17
- 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, vgl. Art. 1 Abs.1 GgV (BGE 122 V 113 E. 1 a) S. 114 und Urteil des BGer 9C_639/2013 vom 21. März 2014 E. 1.1)].

5
1/17

Gemäss Anhang zur GgV gelten einzelne Leiden jedoch nur dann als Geburtsgebrechen, wenn die wesentlichen Symptome innerhalb eines bestimmten Zeitraumes aufgetreten sind (Ziffern 282, 329, 404, 405, 406, 451, 467, 495, 497, 498 GgV). Unerheblich ist, ob die entscheidende Diagnosestellung gestützt auf diese Symptome erst später erfolgt ist. Ausnahme: Ziffer 404 GgV (AHI 1997 S. 124, AHI 2002 S. 60, vgl. 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).

Beispiel:

Der Diabetes mellitus eines Säuglings von 8 Wochen kann als Geburtsgebrechen Ziffer 451 GgV anerkannt werden, wenn nachgewiesen wird, dass schon in den vier ersten Lebenswochen eine Zuckerausscheidung im Urin stattgefunden hat (siehe Rz 451).

6
1/17

Leiden, die als solche keiner wissenschaftlich anerkannten Behandlung zugänglich sind, figurieren nicht in der Liste (AHI 2003 S. 211). Sie können aber, wie z.B. beim Smith-Magenis-Syndrom (Deletion 17p11.2) gegebenenfalls Ansprüche auf andere Leistungen (berufliche Eingliederungsmassnahmen, Hilfsmittel oder Rente) begründen.

Wenn indessen einzelne ihrer Symptome die Kriterien eines Geburtsgebrechens erfüllen, können sie unter der entsprechenden Ziffer übernommen werden (z.B. subvalvuläre Aortenstenose – Herzfehler beim Smith-Magenis-Syndrom).

6.1 Die IV übernimmt die notwendigen und ärztlich angeordneten medizinischen Massnahmen, welche wirksam, einfach und zweckmässig (WZW-Kriterien) sind (Urteil des BGer 8C_289/2010 vom 6. Dezember 2010, Erw. 2.1). Zu den medizinischen Massnahmen der IV zählen Medikamente, chirurgische Eingriffe, Physiotherapien, Psychotherapien und Ergotherapien sowie Behandlungsgeräte, welche die oben genannten Kriterien erfüllen.

1/17

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

1.2 Abgrenzungen

7 Kommt ein Leiden sowohl in einer angeborenen wie in einer erworbenen Form vor und bestehen im Einzelfall Zweifel, ob 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 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.

- 10 Einzelne Geburtsgebrechen weisen vielfältige Symptome auf (polysymptomatische Gebrechen, z.B. Smith-Magenis-Syndrom (Deletion 17p11.2)), die alle auf das gleiche, als solches jedoch nicht einer Behandlung zugängliche Leiden zurückzuführen sind. In diesen Fällen kann die IV medizinische Massnahmen zur Behandlung einzelner Symptome dieses Geburtsgebrechens nur erbringen, wenn die für deren Behandlung allenfalls aufgestellten besonderen Voraussetzungen erfüllt sind (siehe Rz 6).
- 11
1/17 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 dazwischen tritt. 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. 3.3 209).
- Beispiele:*
Die operative Behebung einer Passagestörung des Darmes infolge eines Neurofibroms bei Geburtsgebrechen Ziffer 481 GgV geht als direkte Folge des Geburtsgebrechens zu Lasten der IV. Die Korrektur einer Refraktionsanomalie, die auf Grund einer Dysostose (Ziffer 123 GgV) entstanden ist, kann unabhängig von den in Ziffer 425 GgV enthaltenen besonderen Voraussetzungen von der IV übernommen werden.
- 12 Während der stationären Behandlung eines Geburtsgebrechens auftretende interkurrente Leiden, die nicht unmittelbare Folgen des Geburtsgebrechens sind,

können nur dann gleichzeitig zu Lasten der IV behandelt werden, wenn und solange sie von eindeutig sekundärer Bedeutung sind (siehe Rz 51).

- 13 Wird eine *Zahnbehandlung durch ein in der GgV aufgeführtes Geburtsgebrechen unmittelbar erschwert*, so können die Kosten der notwendigen Narkose, nicht aber der Zahnbehandlung, übernommen werden. In der Regel ist eine Behandlung in Narkose nur unter klinischen Verhältnissen möglich (siehe Rz 403.2.)

1.3 Beginn und Dauer des Anspruchs

- 14
1/18 Als Behandlung eines Geburtsgebrechens gilt jede ärztliche oder ärztlich verantwortete medizinisch-therapeutische Vorkehr zur Besserung oder Erhaltung des Gesundheitszustandes, dies unter Einschluss (regelmässiger) Kontrollen. Der Anspruch auf medizinische Massnahmen gemäss Art. 3 ATSG, Art. 13 IVG entsteht, sobald 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 und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV). Die zugesprochenen Leistungen müssen wirtschaftlich sein. Aus der entsprechenden Leistungsverfügung der IV-Stelle müssen Art, Dauer (Zeithorizont) sowie Umfang (Intensität / Frequenz, Anzahl und Dauer der Sitzungen) sowie das Ziel der zugesprochenen Leistungen ersichtlich sein. Die medizinischen Massnahmen können nicht für unbestimmt lange Dauer verfügt werden. 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. 3 GgV). 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 fernere Behandlung in den Aufgabenbereich der Krankenversicherung fällt (siehe Rz 73ff.).

1.4 Ärztliche Kontrollen

- 16 Ärztliche Kontrollen bei einem anerkannten Geburtsgebrechen insbesondere bei einem Herzfehler, der noch nicht behandlungsbedürftig oder behandlungsfähig ist, gehören zur Behandlung eines Geburtsgebrechens. Die Häufigkeit derartiger Überwachungskontrollen muss sich in angemessenem Rahmen halten. Vorbehalten bleiben Rz 18f und 494.
- 17 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. Vorbehalten bleibt die Feststellung eines

weiteren Geburtsgebrechens. Bei Erreichen des vollendeten 20. Altersjahres ist Art. 3 GgV anwendbar (siehe Rz 15).

Beispiel:

Bei Ziffer 494 GgV können Kontrollen und Behandlungen inkl. Abgabe von Arzneien nach Erreichen des Gewichts von 3 000 g nicht mehr übernommen werden.

1.5 Sonderfälle

- 18 Bei verschiedenen Gebrechen, die sowohl in geringfügiger wie in schwerer Form vorkommen, übernimmt die IV die Kosten gemäss Art. 2 Abs. 2 GgV lediglich dann, wenn eine bestimmte, in der Geburtsgebrechensliste genannte Sonderbehandlung (Operation, Apparateversorgung, Gipsbehandlung, Spitalbehandlung oder Blutaustausch) notwendig ist (Apparateversorgung siehe Rz 177.2).
- 19 Trifft dies zu, so übernimmt die Versicherung die gesamte Gebrechensbehandlung ab dem Zeitpunkt, in welchem die Sonderbehandlung eingeleitet wird. Der massgebende Zeitpunkt ist in der Verfügung festzuhalten. Siehe Rz 208–210.1.
- 20 Zur Sonderbehandlung gehören auch alle damit in unmittelbarem Zusammenhang stehenden medizinischen Massnahmen, wie z.B. Röntgenaufnahmen vor Osteotomien (Ziffer 171 GgV), Einlegen von Gefässkathetern zum Blutaustausch (Ziffer 325 GgV) usw.
- 21 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 bis 210 GgV) oder für die Behandlung einer Fussmykose vor Anlegen eines redressierenden Gipsverbandes (Ziffer 177 oder 182 GgV).

22
1/03

Einzelne Leiden können nur dann als Geburtsgebrechen betrachtet werden, wenn die wesentlichen Symptome des Leidens beim Neugeborenen auftreten (siehe Ziffer 211, 277, 321, 325, 329, 382, 491 GgV).
Als Neugeborene gelten Kinder bis und mit 4. Lebenswoche.

Beispiel:

Die Epulis eines Säuglings kann nicht als Geburtsgebrechen Ziffer 211 GgV anerkannt werden, wenn deren Symptome nach der 4. Lebenswoche auftreten.

1.6 Änderungen in der GgV

23
1/05

Allfällige Änderungen in der Verordnung über Geburtsgebrechen erfolgen in der Regel jeweils auf einen 1. Januar. Werden neue Gebrechen in die GgV aufgenommen, so können Leistungen vom Zeitpunkt des Inkrafttretens der jeweiligen Verordnungsänderung übernommen werden.

Bei Geburtsgebrechen, die aus der GgV gestrichen wurden oder einschränkende Kriterien erfahren haben, ist von Amtes wegen eine Revision durchzuführen, wenn Leistungen über den Zeitpunkt der Verordnungsänderung zugesprochen wurden. Eine allfällige Verfügung, die den Leistungsanspruch einschränkt oder aufhebt, ist für die Zukunft, spätestens jedoch mit Wirkung 3 Monate nach der Verordnungsänderung zu erlassen.

24–29 aufgehoben

2. Kapitel

Der Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen gemäss Art. 12 IVG

Die Leistungsvoraussetzungen

2.1 Grundsatz

- 30
1/03
- Versicherte haben Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder den Aufgabenbereich gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (siehe Rz 35), dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren (Art. 12 Abs. 1 IVG).
- 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. Dabei ist zu beachten, dass auch im Bereich von Art. 12 IVG die Krankenversicherung subsidiär leistungspflichtig ist, so z.B. wenn die versicherungsmässigen Voraussetzungen für Leistungen der IV nicht gegeben sind.
- 32
1/18
- Die bei der Anwendung von Art. 12 IVG zu beachtenden (summativen) Kriterien:
- Es muss eine Invalidität vorhanden oder wahrscheinlich sein.
 - Die medizinische Massnahme darf nicht von unbestimmt langer Dauer sein. Es dürfen keine schwerwiegenden Nebenfunde vorliegen, die

ihrerseits die Erwerbsfähigkeit (siehe Rz 35) beeinträchtigen (werden) (AHI 2000 S. 297; vgl. Urteil des BGer 9C_695/2009 vom 1. Dezember 2009 E. 2.1).

- Die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit muss wesentlich und dauerhaft sein.
- Bei der Eingliederungsmassnahme muss von einer guten Prognose ausgegangen werden können.

Die Massnahmen müssen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 1 IVV). Die zugesprochenen Leistungen müssen wirtschaftlich sein. Aus der entsprechenden Leistungsverfügung der IV-Stelle müssen Art, Dauer (Zeithorizont) sowie Umfang (Intensität / Frequenz, Anzahl und Dauer der Sitzungen) sowie das Ziel der zugesprochenen Leistungen ersichtlich sein. Die Massnahmen 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.

Geburtsgebrechen von geringfügiger Bedeutung vermögen keine Leistungen zu begründen. 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.

1/17

Eine therapeutische Vorkehr, deren Wirkung sich in der Unterdrückung von Symptomen erschöpft, kann nicht als medizinische Massnahme i.S. von Art. 12 IVG gelten, selbst wenn sie im Hinblick auf die schulische

und erwerbliche Eingliederung unabdingbar ist (Urteil 8C_106/2014 vom 9. April 2014 E.5.2).

2.2 Die Invalidität

- 33
1/17 Invalidität liegt vor, wenn ein körperlicher, geistiger oder psychischer Gesundheitsschaden eine voraussichtlich bleibende oder länger dauernde Erwerbsunfähigkeit bewirkt (Art. 8 Abs. 1 ATSG, Art. 4 Abs. 1 IVG; Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit). Volle Arbeitsfähigkeit schliesst eine Invalidität aus (ZAK 1983 S. 445).
- 34 aufgehoben
- 35
1/03 Erwerbsunfähigkeit wird angenommen, wenn der Gesundheitsschaden wahrscheinlich die Schulungs- und / oder die Ausbildungsfähigkeit und damit die künftige Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt (Art. 8 Abs. 2 ATSG, Art. 5 Abs. 2 IVG).
- 36–37 aufgehoben

2.3 Korrektur relativ stabiler Defektzustände oder Funktionsausfälle

2.3.1 Allgemeines

- 38
1/03 Die medizinischen Massnahmen 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 (Art. 2 Abs. 1 IVV).

- 39
1/17 Eine Übernahme medizinischer Massnahmen gemäss Art. 12 IVG setzt somit eine abgeschlossene Kranken- oder Unfallbehandlung voraus, die einen (relativ) stabilen Defekt hinterlassen hat (ZAK 1988 S. 86; vgl. AHI 1999 S. 127).
- 40
1/17 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.
- 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, vgl. BGE 102 V 38 E.2).
- 41 Bei der Prüfung der Frage, ob es sich um einen stabilisierten Folgezustand im Sinne von Rz 39 handle, oder ob eine Behandlung des Leidens an sich bzw. ein labiles pathologisches Geschehen vorliege, ist der im Zeitpunkt der Durchführung der begehrten Massnahme vorhandene Gesundheitszustand in seiner Gesamtheit in die Beurteilung einzubeziehen.
- 42
1/17 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).

2.3.2 Der sachliche Zusammenhang mit der Krankheits- oder Unfallbehandlung

- 43 Ein enger sachlicher Zusammenhang mit der Krankheits- oder Unfallbehandlung spricht für das Vorliegen einer Behandlung des Leidens an sich.
- 44 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 (siehe Rz 40).
- 45 Um Leidensbehandlung geht es beispielsweise in folgenden Fällen:
- Massnahmen, die schon während der Krankheits- oder Unfallbehandlung als voraussichtlich notwendig erkennbar waren. Bei Lähmungen siehe indessen Rz 60ff.
- 46 – Behandlung von stabilen Einzelsymptomen bei einem weiterhin aktiven und labilen Grundleiden.
- 47
1/05 – 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.
- 48 – 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.

-
- 49 – Eine sekundäre Nervennaht nach unfallbedingter Nervendurchtrennung gehört mit der dazugehörigen notwendigen Physiotherapie zur Unfallbehandlung.
- 50
1/17 Werden gleichzeitig verschiedene medizinische Massnahmen durchgeführt, ist die überwiegende Zweckbestimmung massgebend (siehe Rz 46 und 76) (ZAK 1976 S. 400).
- 51 Kann eine medizinische Vorkehr nicht eindeutig einer der Gruppen gemäss Rz 33 und 40 zugeordnet werden, weil zwar ein relativ stabilisierter Zustand besteht, aber auch Merkmale der Behandlung des Leidens an sich vorhanden sind, gelten die Voraussetzungen von Art. 12 IVG als erfüllt, sofern der Eingliederungscharakter *eindeutig* überwiegt.
- 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 (Art. 2 Abs. 5 IVV).
- 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.

2.3.3 Vorbeugende Eingliederungsmassnahmen

- 54
1/17 Die IV kann medizinische Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG ausnahmsweise auch übernehmen, wenn noch nicht stabile oder relativ 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.

2.4 Zeitliche Abgrenzung gegenüber der Behandlung des Leidens an sich

2.4.1 Beginn der medizinischen Eingliederung

2.4.1.1 Im Allgemeinen

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.

2.4.1.2 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 Othausfluss 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 Arthrodesse nach schlecht verheilten 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.

2.4.1.3 Beginn des Anspruchs bei Lähmungen im Besonderen

- 60
1/05 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 (Art. 2 Abs. 2 IVV).

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).

2.4.2 Dauer der medizinischen Eingliederung

2.4.2.1 Allgemeines

- 62 Die medizinischen Eingliederungsmassnahmen gemäss Art. 12 IVG sind in der Regel einmalige oder während begrenzter Zeit bis zum vollendeten 20. Altersjahr durchgeführte Vorkehren (siehe Rz 65).
- 63
1/17 Bei nicht erwerbstätigen Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr können die Massnahmen zur Verhütung oder Verzögerung einer Defektheilung oder eines sonstwie 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). Dabei muss hinlänglich Wahrscheinlichkeit dafür bestehen, dass die Prognose günstig ist (Urteil des BGer 8C_805/2009 vom 26. April 2010 E. 3.2).

2.4.2.2 Die Dauer der Eingliederungsmassnahmen bei Lähmungen und anderen motorischen Funktionsausfällen

- 64 Bei Lähmungen und anderen motorischen Funktionsausfällen, die gemäss Art. 12 IVG übernommen werden können (siehe Rz 60ff.), sind physiotherapeutische Massnahmen (nicht aber Massnahmen gegen sekundäres Geschehen, wie Nieren- und Blasenaffektionen, Kontrakturen) so lange zu gewähren, 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 65 und 67ff.).
- 65
1/17 Sind indes 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 in Verbindung mit Art. 2 Abs. 3 IVV qualifiziert werden (ZAK 1973 S. 86; ZAK 1976 S. 400; ZAK 1988 S. 86; AHI 1999 S. 125).
- 66
1/05 aufgehoben
- 2.5 Erforderliche Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit oder Berufsbildung oder Fähigkeit im Aufgabenbereich tätig zu sein**
- 67
1/09 Die Übernahme medizinischer Eingliederungsmassnahmen durch die IV setzt voraus, dass diese die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person voraussichtlich

dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren vermögen. Dabei ist die gesamte nach statistisch ermittelter Wahrscheinlichkeit noch zu erwartende Aktivitätsdauer zu berücksichtigen.

- 68 aufgehoben
- 69 Hinsichtlich des Erfordernisses der Wesentlichkeit und Beständigkeit des Eingliederungserfolges ist der Gesundheitszustand in seiner Gesamtheit zu berücksichtigen (siehe Rz 40).
- 70 aufgehoben
- 71 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).
- 72–74 aufgehoben
- 75 Gebrechen, denen die GgV unter gewissen Voraussetzungen nur geringfügige Bedeutung zumisst (z.B. Ziffer 205ff. GgV, Rz 18f), vermögen keine Leistungen gemäss Art. 12 IVG zu begründen.

2.6 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 zulasten der IV, sofern nur dadurch der Erfolg erreicht oder gesichert werden

kann. Dient die Psychotherapie 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.

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

- 77
1/03 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 zu beachten.
- 79
1/18 Ersucht eine obligatorisch gegen Unfall versicherte Person die IV um Leistungen, stehen ihr jedoch keine medizinischen Massnahmen zu, so nimmt die IV-Stelle rechtzeitig mit der Eingliederungsfachperson Kontakt auf, damit diese die Notwendigkeit beruflicher Vorkehren prüfen kann (Kreisschreiben über das Verfahren).
- 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.

2.8 Leistungsumfang im Rahmen von Art. 12 IVG

81
1/03

Bei Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG muss immer vorausgesetzt werden, dass eine wesentliche und dauernde Verbesserung der Erwerbsfähigkeit (siehe Rz 34) 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 anerkennt, in der Regel mit dem Eintritt in die Klinik beginnt.

Eine Ausnahme bilden dabei diejenigen zum (bereits verfügbaren) Eingriff gehörenden Massnahmen, die aus organisatorischen 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.

83–100 aufgehoben

2. Teil

Die Leistungspflicht bei einzelnen Gebrechen und nach Art der Massnahmen

Das in den beiden ersten Kapiteln verwendete Ordnungsprinzip basiert auf demjenigen der Gebrechensstatistik der IV, das bei Geburtsgebrechen den Gebrechensziffern im Anhang der GgV entspricht.

1. Kapitel

Besonderheiten bei Geburtsgebrechen

1.1 Haut

Pterygien und kutane Syndaktylien

102 Unter Ziffer 102 GgV sind zu verstehen die Pterygien des Halses (Faltenhals), der Achsel (Achselfalten), des Ellbogens und der Finger (Hautmembran zwischen den Fingern). Das Pterygium der Zehen ist in der Regel von geringfügiger Bedeutung.

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

Angeborene Dermoidzysten der Orbita, der Nasenwurzel, des Halses, des Mediastinums und des Sacrums

103 Die Beschränkung auf bestimmte Körperregionen erlaubt, Dermoidzysten von geringfügiger Bedeutung auszuschliessen. Die Dermoidzysten der Ovarien und Hoden sind den Teratomen (Ziffer 486 GgV) zuzuordnen.

Naevus congenitus, sofern eine Behandlung wegen maligner Entartung notwendig ist oder wegen der Grösse oder Lokalisation eine einfache Excision nicht genügt

109 Der Naevus muss bereits bei Geburt vorhanden sein. Unter diese Ziffer fallen auch die Naevi flammei. Sowohl die chirurgische Excision in zwei oder mehr Etappen als auch eine unerlässliche Laserbehandlung bei einem Feuermal gelten nicht als einfache Excision.

- 109.1
1/19
- Kann der kongenitale Naevus aufgrund der Grösse und Lokalisation nicht exzidiert werden und die regelmässige klinische Beobachtung stellt die einzige Behandlungsmöglichkeit dar, werden die Kosten der notwendigen medizinischen Kontrollen von der IV übernommen (Urteil des BGer 9C_252/2016 vom 5. September 2016).

Amastia congenita und Athelia congenita

- 113
- Die Aplasie des Brustmuskels beim Poland-Syndrom fällt unter Ziffer 190 GgV.

Eine Mikromastie kann nicht als Geburtsgebrechen der Ziffer 113 GgV anerkannt werden.

1.2 Skelett

Angeborene Dysostosen

- 123
- Die kraniofacialen Dysostosen, wie Dysostosis mandibulofacialis, Dysostosis craniofacialis, Dysostosis mediofacialis, Apert-Syndrom usw., lassen sich hier einordnen.

Der am Alveolarrand – in der Regel des Oberkiefers – sitzende Riesenzelltumor (brauner Tumor, Osteoklastom) des Neugeborenen gilt als Geburtsgebrechen der Ziffer 491 GgV.

Angeborene Wirbelmissbildungen (hochgradige Keilwirbel, Blockwirbel wie Klippel-Feil, aplastische Wirbel, hochgradig dysplastische Wirbel)

- 152
- Die Spina bifida occulta (Offenbleiben eines oder mehrerer Wirbelbogen ohne gleichzeitige Missbildungen des zentralen Nervensystems und seiner Häute) ist kein Geburtsgebrechen, sondern eine postnatale Störung der Verknöcherung der Wirbelbogen (siehe Ziffer 381 GgV).

Trichterbrust, sofern Operation notwendig ist163
1/17

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].

Die Behandlung der Trichterbrust durch Vakuumtherapie mit Saugglocke – welche einer medizinischen Massnahme und keiner Orthese entspricht – wird von der IV nicht übernommen, weil die Therapie keine Operation ist. Zudem ist die Wirksamkeit der Behandlung nicht nachgewiesen und nur für leichte Fälle vorgesehen.

Angeborene Hühnerbrust, sofern Operation oder Orthese notwendig sind164
1/16

Das dynamische Kompressionssystem (DKS) ist ein Behandlungsgerät, das bei einer versicherten Person mit einer angeborenen Hühnerbrust an Stelle einer Operation oder konventionellen Orthese angewendet werden kann, sofern dies notwendig ist. Die Notwendigkeit wird vom behandelnden Facharzt resp. von der behandelnden Fachärztin (i.d.R. Kinderorthopäde oder Kinderorthopädin) abgeklärt. Die Kostenübernahme eines DKS erfolgt ausschliesslich auf fachärztliche Indikation hin.

Angeborene seitliche Thoraxwanddeformitäten, sofern Operation notwendig ist

167

Es handelt sich um angeborene Defektmissbildungen der seitlichen Thoraxwand wie z.B. das Fehlen von mehreren aufeinander folgenden Rippen, störende Buckelbildungen der Rippen usw.

Coxa antetorta aut retrotorta congenita, sofern Operation notwendig ist

- 171 Die operative Behandlung der Coxa antetorta richtet sich insbesondere nach röntgenologischen Kriterien (reeller Antetorsionswinkel). Die obere Normgrenze des reellen Antetorsionswinkels bei *Wachstumsabschluss* kann bei zirka 35° festgelegt werden. Die Indikation zur operativen Derotationsosteotomie ist gegeben, wenn bis nach dem ersten Derotationsschub (zwischen 6. und 8. Lebensjahr) keinerlei spontane Rückbildungstendenz nachweisbar ist, oder wenn im Alter von 10–12 Jahren der Antetorsionswinkel noch 50° oder mehr beträgt.

Angeborene Pseudarthrosen der Extremitäten

- 172 Die Pseudarthrose der Clavicula ist eine Dysostose und kann unter Ziffer 123 GgV übernommen werden.

Amelien, Dysmelien und Phokomelien

- 176 Die seltenen sirenoiden Missbildungen können unter Ziffer 176 GgV eingeordnet werden.

Übrige angeborene Defekte und Missbildungen der Extremitäten, sofern Operation, Apparateversorgung oder Gipsverband notwendig sind

- 177.1 Nicht als Geburtsgebrechen gelten unbedeutende anatomische Skelettvarietäten wie Os naviculare cornutum, Os tibiale externum, Os vesalianum usw., unabhängig davon, ob eine Operation wegen periostalen Reizungen ausgeführt wird oder nicht. Ausgenommen sind ebenfalls Leiden wie Digitus superductus, Hallux valgus, Kamptodaktylie usw., da sie teils als geringfügig, erworben oder primär als Weichteilaffektionen gelten.
- 177.2 Unter Apparatebehandlung im Sinne von Ziffer 177 GgV 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. Schuheinlagen jeder Art gelten nicht als orthopädische Apparate im Sinne der GgV.

177.3 Nach erfolgter Behandlung durch Operation, Apparateversorgung oder Gipsverband können Schuheinlagen abgegeben werden, sofern sie eine wesentliche Ergänzung zur medizinischen Massnahme bilden.

177.4 Eine Patelladysplasie (Typus Wiberg usw.) oder eine Patella alta und andere Lageanomalien der Knie- scheibe resp. eine Dysplasie des Condylus femoris lateralis fallen nicht unter die Ziffer 177 GgV und können auch nicht gestützt auf Art. 12 IVG übernommen werden.

Skelettale Missbildungen beim Poland-Syndrom sind nach Ziffer 177 GgV zu beurteilen.

177.5
1/03 Knochenzysten und aseptische Knochennekrosen (wie z.B. Morbus «Köhler») sind keine Geburtsgebrechen, sondern Knochenkrankheiten, die weder gestützt auf Art. 12 noch Art. 3 ATSG, Art. 13 IVG von der IV zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt die Ziffer 461 GgV.

177.6 Angeborene Gebrechen, die an sich unter ein anderes Gebrechen dieses Kapitels fallen (Anhang zur GgV, Kapitel II), den erforderlichen Schweregrad jedoch nicht erreichen, können auch nicht unter Ziffer 177 GgV übernommen werden.

1.3 Gelenke, Muskeln und Sehnen

Pes equinovarus congenitus

182.1 Ein «reiner» Sichelfuss allein stellt keine Variante des Klumpfusses 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 Hilfsmittel.

Luxatio coxae congenita und Dysplasia coxae congenita

183.1 Die Diagnose der angeborenen Hüft dysplasie und luxation wird heutzutage immer häufiger sonographisch gestellt, wobei sich die Standardebene und Typeneinteilung nach Graf bewährt haben. Eine Verifizierung mit andern 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 Ein Geburtsgebrechen der Ziffer 183 GgV kann anerkannt werden:

- Bei Geburt: Sonographisch Typ Ilc oder schlechter nach Graf oder bei sonographisch nachweisbarer Instabilität;
- Im späteren Verlauf: Sonographisch Typ Ila- oder schlechter.

183.4 Liegt bei der Geburt keine normale Hüfte aber auch kein Typ Ilc oder schlechter vor, spricht man von einem Typ Ila. Die Behandlungsbedürftigkeit hängt hier von der weiteren Hüftentwicklung ab. Zeigt eine spätere Ultraschall-Aufnahme eine Verschlechterung in

Richtung IIa- oder schlechter, ist die Behandlungsbedürftigkeit ausgewiesen und es liegt ebenfalls ein Geburtsgebrechen der Ziffer 183 GgV vor.

Die Diagnose bzw. die Behandlungsbedürftigkeit ergibt sich in diesen Fällen also aus dem Verlauf. Im Zusammenhang mit der Anerkennung bzw. Diagnosenstellung kann die IV maximal 2 Ultraschall-Untersuchungen vergüten. Die Ergebnisse der Ultraschalluntersuchung sind der IV-Stelle anzugeben.

- 183.5 Ist kein Geburtsgebrechen der Ziffer 183 GgV ausgewiesen, sind die Ultraschall-Untersuchungen als Screening einzustufen und von der IV nicht zu vergüten.
- 183.6
1/03 Sonographische Kontrollen sind bei nicht dezentrierten und nicht instabilen Hüften in 4–6 wöchentlichen Abständen vorzunehmen. Bei dezentrierten oder instabilen Hüften können häufigere Kontrollen notwendig sein. In Einzelfällen können auch weitere (andere) bildgebende Verfahren nötig sein. Ist anatomisch eine vollständige Ausheilung erreicht worden, so gehen allfällige spätere Kontrolluntersuchungen nicht mehr zu Lasten der IV.
- 183.7 Bei der ersten Ultraschall-Untersuchung werden immer beide Hüftgelenke kontrolliert. Werden beide Hüften gleichzeitig sonographiert, ist die entsprechende Tarifposition zweimal zu verrechnen. Im weiteren Verlauf können beidseitige Ultraschall-Untersuchungen nur vergütet werden, wenn beide Hüften betroffen sind.

Dystrophia musculorum progressiva und andere kongenitale Myopathien

- 184 Myatonia congenita und Dystrophia myatonica können ebenfalls unter dieser Ziffer eingereiht werden. Antidekubitusmatratzen können als Behandlungsgerät übernommen werden.

Aplasie und hochgradige Hypoplasie von Skelettmuskeln

- 190 Muskelaplasien beim Poland-Syndrom können unter Ziffer 190 GgV übernommen werden (siehe Rz 10 und 177).

Eine umschriebene Hypoplasie des Musculus transversus 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 Hernia epigastrica führen kann.

Tendovaginitis stenosans congenita

- 191 Sie manifestiert sich in einer fixierten Beugstellung im Endgelenk des Daumens (gelegentlich auch des Mittelfingers), die schon beim Säugling und Kleinkind vorhanden ist. Die Doppelseitigkeit spricht in jedem Fall für die kongenitale Form.

Bei der erworbenen Form handelt es sich um das Phänomen des schnellenden Fingers. Ein solcher wird aber meistens erst im Erwachsenenalter beobachtet. Dieser ist die Folge einer erworbenen Krankheit, z.B. Rheuma.

Angeborener Plattfuss, sofern Operation oder Gipsverband notwendig sind

- 193 Der kongenitale Plattfuss (Talus verticalis) ist eine seltene, meist einseitige Fehlbildung, welche bereits im Neugeborenenalter deutlich ausgeprägt ist. Er ist durch eine Röntgenuntersuchung vom erworbenen Knickplattfuss (Talus valgus) abgrenzbar. 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 Geburtsgebrechens unter der Ziffer 193 GgV 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.

Angeborene Patellaluxation, sofern Operation notwendig ist

- 195 Es handelt sich um ein seltenes Leiden, welches im Rahmen von gewissen Syndromen (z.B. Rubinstein-Taybi-Syndrom) oder auch isoliert vorkommt. Die Diagnose wird meist nicht bei der Geburt, sondern erst im Kleinkinderalter gestellt.

1.4 Gesicht

- 201–210 *Zahnpflege bei kieferorthopädischen Behandlungen*
Ist die tägliche Zahnpflege bei festsitzenden Apparaten nur in ungenügender Masse möglich, gehören die Zahnreinigung und das Entfernen von Zahnstein zur Behandlung und können pro Jahr maximal viermal in Rechnung gestellt werden.

Behandlung nach dem 20. Altersjahr

Nach vollendetem 20. Altersjahr ist die Krankenversicherung für die Behandlung zuständig (Art. 19a KLV).

Extraktion von Weisheitszähnen

Die Extraktion von Weisheitszähnen wird von der IV übernommen, wenn sie in ursächlichem Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung von Geburtsgebrechen steht. Keine Leistungspflicht besteht, wenn sie so oder so aus parodontologischen Gründen oder wegen Karies gezogen werden müssen.

1/05 Merkblatt «Information für Zahnärztinnen und Zahnärzte über die Eidgenössische Invalidenversicherung (IV)»: Die Ausführungen im Merkblatt sind ebenfalls zu beachten, sie gelten als Bestandteil dieses Kreisschreibens.

1/03 **Angeborene Dysplasien der Zähne, sofern mindestens 12 Zähne der zweiten Dentition nach Durchbruch hochgradig befallen sind, bei der Odontodysplasie (ghosts teeth) genügt der Befall von zwei Zähnen in einem Quadranten**

205
1/03 Darunter fallen u.a. die Amelogenesis imperfecta, die Dentinogenesis imperfecta und die Dentindysplasie. Fehlende Zahnanlagen der zweiten Dentition sind wie befallene Zähne zu rechnen.

Als hochgradiger Befall ist eine Dysplasie in einem Ausmass zu verstehen, wo der Zahn zerbröckelt. Ausgeschlossen ist in jedem Fall die Behandlung von Karies. Bei der Odontodysplasie handelt es sich ausschliesslich um substantielle Defekte.

**Hyperodontia congenita, sofern der oder die überzähligen Zähne eine intramaxilläre oder intra-
mandibuläre Deviation verursachen, welche eine
apparative Behandlung verlangt**

207 Mit der Anerkennung dieses Geburtsgebrechens übernimmt die IV auch die der apparativen Behandlung vorausgehende Extraktion des bzw. der überzähligen Zähne.

Micrognathia inferior (Ziffer 208 GgV), Mordex apertus aut clausus (Ziffer 209 GgV) und Prognathia inferior (Ziffer 210 GgV)

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

208–210.2 Für die Abklärungen dieser Anomalien sind ausschliesslich zuständig:

- die Kieferorthopädischen Abteilungen der Zahnärztlichen Universitätsinstitute sowie
- die im Spezialistenregister eingetragenen Fachzahnärzte/-innen für Kieferorthopädie SSO (siehe Homepage der SSO: www.sso.ch).

208–210.3 Sprechen sich behandelnder Zahnarzt oder Zahnärztin in ihrer Beurteilung für das wahrscheinliche Vorliegen eines Geburtsgebrechens aus, überweisen sie die versicherte Person direkt zur Abklärung an eine der obgenannten Stellen. Das Original der «Zahnärztlichen Beurteilung» geht an die IV-Stelle mit der entsprechenden Rechnung, eine weitere Kopie, gegebenenfalls versehen mit weiteren Unterlagen (wie Studienmodelle mit Okklusionsmarken) 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.

-
- 208–210.4 Bei den Kombinationen (ANB- und Kieferbasenwinkel) bedarf es zur Anerkennung einer Ziffer 210 GgV nicht zusätzlich zweier Antagonistenpaare der zweiten Dentition in frontaler Kopf-Kreuzbissrelation.
- 208–210.5 Während des Frontzahnwechsels sind die Winkel nicht genau zu bestimmen. Gemäss SSO sollen daher IV-Abklärungen erst nach dem Frontzahnwechsel vorgenommen werden.
- 1/03
- Prinzipiell sollen die Frontzähne durchgebrochen sein, zwingend ist der Durchbruch der Zähne 11 und 21.
- 208–210.6 Die myofunktionelle Therapie gilt nicht als wissenschaftlich anerkannte Massnahme zur Behandlung von Kieferanomalien.
- 1/05
- 205, 206 Alignerbehandlungen entsprechen in der Regel nicht dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und werden von der IV nur nach vorgängiger Rücksprache mit fallbezogener Begründung für die Wahl dieser Behandlungsmethode und Kostenschätzung für die zahnärztlichen Leistungen und separat für Laborkosten übernommen, wenn die Behandlung mit anderen Geräten nicht möglich ist.
- 208–210.6
- 1/20
1. 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).
 2. Anfänglich waren solche Systeme nur für relativ einfache Behandlungen geeignet. Mittlerweile gibt es erfahrene Kieferorthopäden, welche sich in die Materie eingearbeitet haben und mit Alignern auch komplexere Probleme lösen. Aligner sind heute eines von vielen allgemein anerkannten Behandlungsmitteln und können bei richtiger Indikation und Anwendung in bestimmten Fällen auch als

wirtschaftliche und einfache Lösung gelten. Behandler die häufig damit arbeiten, erhalten teils auch Rabatte, welche sie verpflichtet sind, weiterzugeben.

3. Um eine Freigabe dieser Methode an unqualifizierte Anwender zu verhindern, muss vor dem Behandlungsbeginn die genaue Indikation mit detaillierter Begründung sowie Angabe der vorgesehenen Kosten vorliegen.

Macro- und Microglossia congenita, sofern Operation der Zunge notwendig ist

- 214 Die Indikation zur Operation ist beim Säugling nur gegeben, wenn die vergrösserte Zunge Atem- oder Schluckstörungen verursacht.

Bilden Sprach- oder Okklusionsstörungen die Operationsindikation, ist vor deren Durchführung ein phoniatisches bzw. kieferorthopädisches Gutachten obligatorisch einzuholen.

Hinsichtlich der kieferorthopädischen Abklärung sind Rz 208–210.2 und 3 anwendbar.

Kongenitale Retention oder Ankylose von Zähnen, sofern mehrere Molaren oder mindestens zwei nebeneinanderliegende Zähne im Bereich der Prämolaren und Molaren (exkl. Weisheitszähne) der zweiten Dentition betroffen sind, fehlende Anlagen (exkl. Weisheitszähne) sind retinierten und ankyloierten Zähnen gleichgestellt

- 1/17 (vgl. Urteil des BGer 9C_319/2008 vom 20. August 2008).

- 218.1 Die Diagnose hat durch eine kieferorthopädische Abklärungsstelle zu erfolgen. Bei einer Überweisung an eine solche Stelle kann das Formular «Zahnärztliche Beurteilung» und das Formular «Kieferorthopädische

Abklärung» vergütet werden. Gelangt die versicherte Person direkt an eine kieferorthopädische Abklärungsstelle, so kann nur das Formular «Kieferorthopädische Abklärung» vergütet werden.

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

1.5 Lungen

Angeborene Bronchiektasien

- 241 Ein bronchographischer Nachweis ist erforderlich.

Angeborenes lobäres Emphysem

- 242 Angeborene Stenosen der Bronchien, die sich meistens durch ein lobäres Emphysem äussern, können unter diese Ziffer eingereicht werden.

Partielle agenesie und Hypoplasie der Lungen

- 243 Die Impfung mit Synagis® geht nicht zulasten der IV, 1/17 sondern zulasten der KV (Urteil des BGer 8C_590/2011 vom 13. Juni 2012).

Angeborene Lungensequestrierung

- 245 Eine angeborene Lungensequestrierung ist anzunehmen, wenn deren Symptome im ersten Lebensjahr manifest werden, oder wenn das Leiden die unmittelbare Folge einer angeborenen Herzmissbildung ist (Ziffer 313 GgV).

Später auftretende idiopathische Lungensequestrierungen sind keine Geburtsgebrechen.

Syndrom der hyalinen Membranen

-
- 247.1 Das «Atemnotsyndrom (respiratory distress syndrom) des Neugeborenen» bezeichnet diejenigen Atemstörungen des Neugeborenen, welche eine intensive Behandlung und Pflege unter klinischen Verhältnissen erfordern. Die Ursachen können verschiedener Art sein. Unter der Ziffer 247 GgV sind jedoch nur jene Fälle des Atemnotsyndroms des Neugeborenen zuzuordnen, deren Ursache hyaline Membranen sind.
- 247.2 Alle anderen Fälle von angeborenem Atemnotsyndrom, welche eine intensive Behandlung, Pflege und Überwachung indizieren, gehören unter Ziffer 497 GgV.
- 247.3 Ist nach einem Syndrom der hyalinen Membranen von einem erhöhten Apnoe-Risiko auszugehen, so kann die IV auch das Heimmonitoring übernehmen.
- 247.4 Das «SIDS» (sudden-infant-death-syndrom) stellt kein Leiden der GgV dar und kann von der IV nicht übernommen werden.
- 247.5 Die primäre ciliäre Dyskinesie (auch Cilia-immobile-Syndrom genannt) fällt unter die Ziffer 249 GgV.
- 247.6 Die Impfung mit Synagis® geht zulasten der IV, nicht zulasten der KV (Urteil des BGer 9C_190/2013 vom 1/18 23. April 2013. Siehe Rz 1023.1).

1.6 Speiseröhre, Magen und Darm

Darmlageanomalien exclusive Coecum mobile

- 276 Analprolaps und Hernien gelten nicht als Darmlageanomalien.

Neugeborenenileus

- 277 Tritt ein Bridenileus innerhalb der Neugeborenenperiode (siehe Rz 22) auf, kann er unter dieser Geburtsgebrechen-Ziffer übernommen werden.

Aganglionose und Ganglienzell-Anomalien des Dick- und Dünndarms

278
1/05

Wird bei einem Neugeborenen mit Aganglionose oder Ganglienzell-Anomalie präoperativ eine diätetische Behandlung mit Frauenmilch durchgeführt, so können bei nicht hospitalisierten Kindern die Kosten dieser Milch (Entschädigung der Spenderin, Mietkosten der Milchpumpe, Transportkosten) durch eine Pauschale abgegolten werden, die vom BSV festgesetzt wird. Spätestens mit der Operation sind diese Leistungen einzustellen.

Coeliakie infolge kongenitaler Gliadinintoleranz

279
7/20

Eine Coeliakie muss in der Regel mittels Dünndarmbiopsie bestätigt sein.

Damit eine Coeliakie ohne Dünndarmbiopsie als Geburtsgebrechen anerkannt werden kann, müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Titer Gewebstransglutaminase-IgA/tissue transglutaminase-IgA > 10 x Norm,
- anti-Endomysium IgA positiv bei einer zweiten Blutuntersuchung,
- Bestätigung der Diagnose durch Facharzt Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt in Pädiatrischer Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung FMH, Facharzt Gastroenterologie FMH.

An die Mehrkosten für ärztlich verordnete und überwachte glutenfreie Diät richtet die IV Pauschalbeiträge aus (siehe Anhang 2, Beilage 2).

Diätetische Nahrungsmittel gemäss Anhang 2, Beilage 1 können nicht übernommen werden.

Höhe und Dauer der Leistungen sind in der Verfügung festzuhalten.

Kongenitaler gastrooesophagealer Reflux, sofern Operation notwendig ist

- 280
7/16 Die Notwendigkeit einer Operation ist nur dann gegeben, wenn eine konsequente konservative Therapie unter Ausschöpfung aller Modalitäten nicht zu einem Erfolg geführt hat. Die Indikation zur operativen Therapie muss interdisziplinär erfolgen.

Angeborene Zwerchfellmissbildungen

- 281
1/17 Die Impfung mit Synagis® geht nicht zulasten der IV, sondern zulasten der KV (Urteil des BGer 8C_590/2011 vom 13. Juni 2012).

1.7 Leber, Gallenwege und Pankreas**Angeborene Atresie und Hypoplasie der Gallenwege**

- 291 Das Watson-Alagille-Syndrom und Alagille-Syndrom fallen unter diese Ziffer. Siehe Rz 10.

1.8 Bauchwand**Omphalozele und Hernia inguinalis lateralis**

- 302 Omphalozele und Laparoschisis: Nabelschnurbruch und Nabelspalte. Eine Umbilicalhernie ist nicht identisch mit einer Omphalozele und stellt kein Geburtsgebrechen im Sinne des IVG dar.
- 303 Hernia inguinalis lateralis: angeborener Leistenbruch. Die Hernia inguinalis medialis ist im Gegensatz zur Hernia inguinalis lateralis ein erworbenes Leiden und kein Geburtsgebrechen im Sinne des IVG dar.

1.9 Herz, Gefäss- und Lymphsystem

Angeborene Herz- und Gefässmissbildungen

313
1/17 Unter diese Ziffer fallen angeborene obstruktive Cardiomyopathien und Reizleitungsstörungen: Romano-Ward, Jerwell-Langue-Nielsen und Wolff-Parkinson-White.

Versicherte, die sicher an einer angeborenen Herzmissbildung leiden, welche aber (noch) nicht eigentlich behandelt werden muss, oder kann, haben Anspruch auf Kostenübernahme für die dafür notwendigen ärztlichen Kontrollen. Die primäre pulmonale Hypertonie kann nicht als Geburtsgebrechen anerkannt werden. Eine Endocarditisprophylaxe geht nicht zulasten der IV. Die Impfung mit Synagis® geht zulasten der IV, nicht zulasten der KV (Urteil des BGer 9C_530/2010 vom 31. Mai 2011, BGer 9C_411/2015 vom 19. Februar 2016) (siehe Rz 1023.1).

1.10 Milz, Blut und reticuloendotheliales System

Angeborene haemolytische Anaemien (Erythrocyto-, Enzymo- und Haemoglobinopatien)

323 Die Methaemoglobinaemia enzymopenica congenita gehört unter Ziffer 323 GgV.

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

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

324.2
7/16 Bei Hämophilien können Gelenkschoner als Hilfsmittel übernommen werden. Siehe Ziffer 15.09 HVI.

Hyperbilirubinaemia neonati verschiedener Ursache, sofern Blutaustauschtransfusion vorgenommen werden musste

325.1
1/03 Injektionen zur «Blockierung» der im Blut einer Mutter nach ihrer ersten Geburt bei einer Rhesuskonstellation zirkulierenden antirhesuspositiven Antikörper gehen nicht zu Lasten der IV, da Art. 3 ATSG, Art. 13 IVG in Verbindung mit Ziffer 325 GgV lediglich Anspruch auf Behandlung des Morbus haemolyticus des *Neugeborenen* gibt. Ein Geburtsgebrechen 325 kann erst nach einer *extrauterinen* Austauschtransfusion anerkannt werden.

325.2 Die Blutaustauschtransfusion darf üblicherweise als indiziert angenommen werden, wenn der Blutbilirubinspiegel in den ersten Lebenstagen rasch ansteigt oder mehr als 20 mg% beträgt.

325.3 Die Phototherapie wird von der IV als medizinische Massnahme nach Art. 2 Abs. 3 GgV anerkannt und auch vergütet, wenn sie im Rahmen der Behandlung eines Geburtsgebrechens gemäss Anhang zur GgV notwendig wird. Sie kann aber bei der Ziffer 325 GgV das Erfordernis einer Blutaustauschtransfusion nicht ersetzen.

Eine prophylaktische Anwendung der Phototherapie zur Abschwächung des Ansteigens des Bilirubinspiegels wird von der IV nicht vergütet.

Angeborenes Immun-Defekt-Syndrom (IDS)

326.1 Sekundäre Immundefekte z.B. bei exsudativen Enteropathien, malignen Prozessen, Infektionskrankheiten usw. gelten nicht als angeboren.

326.2 Die congenitalen qualitativen Anomalien der neutrophilen Granulozyten gehören unter die Ziffer 326 GgV.

- 326.3 Angeborene HIV-Infektionen fallen unter die Ziffer 490 GgV.

1.11 Urogenitalsystem

Kongenitale Glomerulo- und Tubulopathien

- 341.1 Darunter fallen unter anderem die hereditäre Nephritis (z.B. beim Alport-Syndrom), das kongenitale nephrotische Syndrom, 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.

Keine Geburtsgebrechen nach Ziffer 341 GgV 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) usw.

- 341.2 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).
- 341.3 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.

Kryptorchismus (unilateral oder bilateral), sofern Operation notwendig ist

- 355 Eine, vorgängig der Operation durchgeführte Kryptokur-Behandlung geht nicht zu Lasten der IV.
- Wird dagegen intraoperativ ein hoher Kryptorchismus festgestellt, übernimmt die IV allfällige Gonadotropinjektionen.

1.12 Zentrales, peripheres und autonomes Nervensystem**Missbildungen des Zentralnervensystems und seiner Häute (Encephalocele, Arachnoidalzyste, Myelomeningocele, Hydromyelia, Meningocele, Diastematomyelia und Tethered Cord)**

- 381.1 Spina bifida occulta und Sacralporus fallen nicht unter Ziffer 381 (siehe Ziffer 152 GgV).
- 381.2
1/17 Die in Klammern aufgeführten Leiden bilden keine abschliessende Liste. Die Ziffer umfasst sowohl Missbildungen des Zentralnervensystems (z.B. Chiari-Anomalie) als auch die seiner Häute.
- 381.3
1/18 Zerebrale Missbildungen (wie z.B. Corpus-callosum-Agenesie oder eine Lissenzephalie) fallen unter Ziffer 381 GgV.

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

- 383
1/19 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 92'778.50 pro Flasche (Durchstechflasche mit 12mg/5ml Abgabekategorie A). Die Behandlung umfasst im ersten Jahr 6 Injektionen, ab dem folgenden Jahr 3 Injektionen.

Sollte ein früheres Kostengutsprache gesuch rechtskräftig abgelehnt worden sein, ist ein neues Kostengutsprache gesuch einzureichen. Die IV übernimmt die Kosten der Behandlung ab Eingang des zweiten Kostengutsprache gesuchs.

Die Behandlung, insbesondere bei Patienten mit SMA Typ I, bei präsymptomatischen Patienten sowie neu diagnostizierten Patienten mit SMA Typ II rasch erfolgen sollte, 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:

<i>Limitatio</i>
Nach Kostengutsprache durch den Krankenversicherer, bzw. durch die IV-Stelle nach vorgängiger Konsultation des Vertrauensarztes bzw. RAD.
Zur Behandlung der 5q-assoziierten spinalen Muskelatrophie (SMA). 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: <ul style="list-style-type: none"> • SMN2-Kopien \geq 2.
Bei SMA-Typ I (infantile Form): <ul style="list-style-type: none"> • SMN2-Kopien \geq 2. • Beginn der Symptome und der klinischen Zeichen \leq 6 Monate (180 Tage).

<i>Limitatio</i>
Bei SMA mit späterem Krankheitsbeginn (Typ II und III): <ul style="list-style-type: none"> • SMN2-Kopien ≥ 2. • Beginn der Symptome > 6 Monaten. Bei SMA-Typ III Beginn der Symptome > 18 Monaten.
Spinraza® darf nur in Spital-basierten, spezialisierten neuromuskulären Zentren 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 Lumbalpunktionen haben.
Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, die erforderlichen Daten laufend im schweizerischen SMA Register zu erfassen, dazu ist eine schriftliche Einwilligung des Patienten notwendig.
Ein spezifischer Antrag für Verlängerung der Behandlung nach 12 Monaten ist vom behandelnden Arzt zu erstellen und der IV-Stelle erneut vorzulegen.
Alle mit Spinraza® behandelten Patienten werden vom behandelnden Facharzt im spezialisierten Zentrum regelmässig nach den Beurteilungsparametern 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.
Die Untersuchungen erfolgen bei Behandlungsbeginn, nach 2 Monaten und danach alle 4 Monate.
<i>Die Endpunkte der Therapie werden definiert und die Behandlung wird abgebrochen:</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Bei frühem Krankheitsbeginn (SMA-Typ I) sowie präsymptomatischen Patienten: <p>Bei neu diagnostizierten Patienten, bei denen nach der 6. Dosis (nach 10 Monaten) keine Verbesserung des Gesundheitszustandes festzustellen ist:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei einer Messung mittels HINE-Skala: wenn bei neu diagnostizierten Patienten innert 10 Monaten keine Verbesserung um mind. 2 Punkte in der Kategorie Fähigkeit zu treten oder Erreichen des Höchstwertes in dieser Kategorie

Limitatio
<p>(Zehen berühren) oder Verbesserung um einen Punkt in der Kategorie Kopfkontrolle, Drehen, Sitzen, Krabbeln, Stehen oder Gehen auftritt UND wenn keine Verbesserung (wie oben definiert) in mehr Items (Ausnahme: bewusstes Greifen) als eine Verschlechterung festzustellen ist. Für die Kategorie «Fähigkeit zu treten» gilt, dass eine Abnahme um mindestens 2 Punkte oder auf den Wert 0 erfolgen muss, damit dies als Verschlechterung gilt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bei einer Messung mittels CHOP-INTEND-Skala: wenn bei neu diagnostizierten Patienten innert 10 Monaten keine Verbesserung um mindestens 4 Punkte festzustellen ist. <p>Bei älteren bzw. bereits diagnostizierten Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verschlechterung des Gesundheitszustandes und/oder der motorischen Funktionen (gemessen anhand geeigneter klinischer Assessments wie z.B. CHOP-INTEND oder HINE) bei mindestens zwei aufeinanderfolgenden Messungen nach Aufsättigungsphase ohne alternative Begründung für die Verschlechterung.
<ul style="list-style-type: none"> ● Bei späterem Krankheitsbeginn (SMA-Typ II und III):
<ul style="list-style-type: none"> ○ Reduktion der Hammersmith Functional Motor Scale Expanded (HFMSSE) oder anderer relevanter Kriterien (Revised Upper Limb Module (RULM), 6 Minuten Gehstest (6MWT)) bei mindestens zwei aufeinanderfolgenden Messungen nach 10 Monaten Therapie ohne alternative Begründung für die Verschlechterung.
<p>Ausgeschlossen sind:</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● SMA-Typ 0 und IV sowie alle spinalen und neuralen Muskelatrophien, die nicht auf eine Gendeletion oder-mutation auf Chromosom 5q zurückzuführen sind.
<ul style="list-style-type: none"> ● Patienten mit Komorbiditäten, die eine Lumbalpunktion verhindern oder Patienten mit Komorbiditäten, bei denen eine Lumbalpunktion eine Gesundheitsgefährdung zur Folge haben könnte (Erhöhung des Hirndrucks, Störung der Blutgerinnung,

Limitatio

Wirbelmissbildungen, Störung der Zirkulation der zerebrospinalen Flüssigkeit oder weitere Krankheiten des Gehirnes oder Rückenmarkes).

Bei allfälligen Fragen zur Limitatio steht das BSV zur Verfügung.

Medulloblastome, Ependymome, Gliome, Plexuspapillome und Chordome

384 Die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft lassen den Schluss zu, dass bei Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr alle Hirntumore im Sinne von Ziffer 384 GgV kongenital, d.h. bei der Geburt bereits angelegt bzw. vorhanden sind.

1/05 **Angeborene Epilepsie (ausgenommen Formen, bei denen eine antikonvulsive Therapie nicht oder nur während eines Anfalls notwendig ist)**

A) Umschreibung der angeborenen Epilepsie

387.1
1/05 Epilepsie im Sinne der GgV ist grundsätzlich ein klinisch-elektroenzephalographischer Begriff. Formen wo keine Behandlung notwendig ist oder nur während eines Anfalls, können nicht als Geburtsgebrechen anerkannt werden.

387.2 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. Lässt sich bei einer Epilepsie keine eindeutige postnatale Ursache nachweisen, kann sie als angeboren betrachtet werden.

387.3 Darunter fallen
– Epilepsien im engeren Sinne mit *rezidivierenden Anfällen* oder mit wenigen Anfällen und anschliessend

erfolgreicher Anfallsprophylaxe. Interiktal kann dabei das EEG normal sein.

- 387.4 – 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 iktal) und im Intervall in Beziehung gebracht werden können (larvierte oder maskeierte Epilepsie). Ob ein Zusammenhang zwischen EEG-Befund und psychopathologischen Erscheinungen ausgewiesen oder wahrscheinlich sei, ist fachärztlich zu entscheiden (Rz 7).
- 387.5 Als solche psychopathologische Symptome (Äquivalente) fallen in Betracht: Sprach-, Sprech-, Lern- und Verhaltensstörungen.
- Da solche psychische Besonderheiten vieldeutig sind und auch auf anderen Ursachen beruhen können, ist der Nachweis eindeutig epileptischer EEG-Veränderungen iktal 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.
- 387.6 In der Regel verursachen nur gravierende und deshalb relativ leicht nachweisbare exogene postnatale Einflüsse eine *erworbene* symptomatische Epilepsie.
- 387.7 *Photosensible Epilepsien ohne spontane Anfälle* sind dann als Geburtsgebrechen der GgV 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**

- 387.8 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.
- 387.9 Wenn eine klinische Epilepsie nachgewiesen und unter der Ziffer 387 GgV 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.
- 387.10 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.
- 387.11 Für Schlaf- und Schlafentzugs-EEG gelten Rz 387.8–387.10 sinngemäss.

C) Epilepsie in Verbindung mit anderen neuropsychiatrischen Geburtsgebrechen

- 387.12
1/18 Hat die IV den Anspruch auf medizinische Massnahmen nach Ziffer 404 GgV 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.
- 387.13 Ähnliches gilt sinngemäss, wenn die IV medizinische Massnahmen unter der Ziffer 403 GgV abgewiesen hat und eine Neuanschuldung wegen Verdachts auf Epilepsie erfolgt.

D) Vorgehen bei unklaren und strittigen Fällen

- 387.14
3/12 Wenn das Vorliegen einer angeborenen Epilepsie im Sinne der GgV 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.
- 387.15 Die IV-Stelle ist berechtigt das Original-EEG einzusehen oder für ein Gutachten zur Verfügung zu stellen.

E) Neuropsychologische Abklärungen bei Epilepsie

- 387.16 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 vor-

liegen. Zwecks Festlegung der medikamentösen Therapie können in der Regel keine neuropsychologischen Abklärungen von der IV übernommen werden. Gleiches gilt für medikamentöse Verlaufskontrollen.

1/05 **Angeborene cerebrale Lähmungen (spastisch, dyskinetisch [dyston, choreo-athetoid], ataktisch)**

390.1 Die Cerebralpareesen (CP) stellen kein einheitliches Krankheitsbild dar, sondern bilden einen Symptomenkomplex, der eine Gruppe von statischen Enzephalopathien zusammenfasst, Diese sind gekennzeichnet durch

- eine neurologisch klar definierbare Störung;
- Spastik;
- Dyskinesie, Ataxie;
- eine Entstehung vor dem Ende der Neonatalperiode;
- das Fehlen einer Progredienz des zugrundeliegenden Prozesses;
- häufig assoziierte zusätzliche Störungen wie Lernbehinderung, geistige Behinderung, Sehstörungen, Epilepsie.

Als Geburtsgebrechen anzuerkennen sind demzufolge nur angeborene spastische, ataktische und/oder dyskinetische Bewegungsstörungen. Die zusätzlich assoziierten Störungen, wie oben aufgeführt, stellen allein, d.h. ohne die beschriebenen Bewegungsstörungen kein Geburtsgebrechen im Sinne einer CP dar.

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: Intentions- 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 Die muskuläre Hypotonie allein begründet versicherungsmedizinisch kein Geburtsgebrechen unter Ziffer 390 GgV. Hypotonien sind aber nicht selten Frühsymptome einer cerebralen Bewegungsstörung und können deshalb ein Geburtsgebrechen unter Ziffer 395 GgV begründen, wenn keine andere Ätiologie als wahrscheinlicher gelten muss.
- 390.3 aufgehoben
- 390.04 aufgehoben
- 390.5
1/15 Hippotherapie stellt eine anerkannte medizinische Massnahme zur Behandlung der unter Ziffer 390 GgV genannten angeborenen zerebralen Lähmung dar. Die Kosten dieser die Bobath-Therapie ergänzenden Behandlung können übernommen werden.

Hinsichtlich der Leistungen der IV und der Anforderungen an das Personal ist indessen 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. Jede andere Form, wie insbesondere das therapeutische Reiten oder die Reittherapie, stellt nach wie vor keine Eingliederungsmassnahme der IV dar.
- 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.

390.6 Die Kosten für ätiologisch diagnostische Untersuchungen gehen nicht zu Lasten der IV.

390.7 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 Behandlungszentren 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.

390.8 Die Behandlung mit Botulinumtoxin (Botox®) kann
1/05 übernommen werden (siehe Rz 1208).

390.9
1/09 Die Therapie mit der Roboter-unterstützten 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.

1/18 **«Leichte zerebrale Bewegungsstörungen (Behandlung bis Ende des 2. Lebensjahres)»**

395
3/12 Als «leichte zerebrale Bewegungsstörungen» im Sinne von Ziffer 395 GgV gelten transitorisch neurologische respektive zerebralmotorische Symptome in den ersten zwei Lebensjahren: eindeutig pathologische Bewegungsmuster mit Asymmetrie, eingeschränkter Variabilität und im weiteren Verlauf mit zunehmenden Symptomen: asymmetrisches Haltungsmuster, Opisthotonus, persistierende Primitivreaktionen, sowie Auffälligkeiten des Muskeltonus, welche als mögliches Frühsymptom einer zerebralen Lähmung gelten. Zu beachten ist, dass der versicherungsmedizinische Begriff der zerebralen Bewegungsstörung, welcher das Geburtsgebrechen Ziffer 395 bezeichnet, nicht identisch ist mit der Diagnose einer zerebralen Lähmung (Ziffer 390 GgV). Physiotherapie und Arztkontrollen können hier nur bis zum Alter von 24 Monaten übernommen werden.

Kongenitale Paralysen und Paresen

397 Für Augenmuskeln siehe Rz 428.

1.13 Psychische Erkrankungen und schwere Entwicklungsrückstände

401
1/10 aufgehoben

Kongenitale Oligophrenie (nur Behandlung erethischen und apathischen Verhaltens)

- 403.1 Jede Oligophrenie 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 Fehlt bei einer angeborenen Oligophrenie apathisches oder erethisches Verhalten, so kann letzteres *während der Dauer von Zahnbehandlungen* angenommen werden. Die Leistungen der IV beschränken sich in diesen Fällen auf die Narkosekosten (siehe Rz 13).
- 403.3 Eine kongenitale Oligophrenie liegt auch dann vor, wenn sie bloss ein Begleitsymptom eines Geburtsgebrechens darstellt, das als solches keiner Behandlung zugänglich ist und deshalb in die Geburtsgebrechensliste nicht aufgenommen werden konnte (wie z.B. Smith-Magenis-Syndrom). Voraussetzung für eine Übernahme unter Ziffer 403 GgV ist aber auch in diesen Fällen das Vorliegen erethischen oder apathischen Verhaltens.
- 403.4
1/04 Von der IV übernommen werden ausschliesslich anerkannte, einfache und zweckmässige medizinische Behandlungen, die sich spezifisch und ausschliesslich gegen das apathische oder erethische Verhalten richten. Die Subsumierung unter Ziffer 404 GgV ist nicht zulässig.
- Psychotherapie stellt bei Oligophrenie in der Regel keine einfache und zweckmässige Therapie dar (Aufwand/ Ertragsverhältnis).
- 403.5 Oft sind diese Versicherten auch in ihrer motorischen Entwicklung retardiert. Eine allenfalls durchgeführte Psychomotorik-Therapie dient dabei nicht der Behandlung von apathischem oder erethischem Verhalten und

kann nicht unter der Ziffer 403 GgV übernommen werden.

403.6
3/12 Eine gleichzeitige Anerkennung von Ziffer 403 GgV und Ziffer 404 GgV ist ausgeschlossen. Eine gleichzeitige Anerkennung von Ziffer 403 GgV und / oder Ziffer 405 GgV und / oder Ziffer 406 GgV ist nur in Ausnahmefällen und nur mit nachvollziehbarer fachärztlicher (kinderpsychiatrischer) Begründung möglich.

Störungen des Verhaltens bei Kindern mit normaler Intelligenz, im Sinne krankhafter Beeinträchtigung der Affektivität oder Kontaktfähigkeit, bei Störungen des Antriebes, des Erfassens, der perzeptiven Funktionen, der Wahrnehmung, der Konzentrationsfähigkeit sowie der Merkfähigkeit, sofern sie mit bereits gestellter Diagnose als solche vor der Vollendung des 9. Altersjahres auch behandelt worden sind; kongenitale Oligophrenie ist ausschliesslich als Ziffer 403 GgV zu behandeln. (siehe Anhang 7)

404.1
3/12 Eine gleichzeitige Anerkennung von Ziffer 403 und Ziffer 404 GgV ist ausgeschlossen. Eine gleichzeitige Anerkennung von Ziffer 404 GgV und / oder Ziffer 405 GgV und / oder Ziffer 406 GgV ist nur in Ausnahmefällen und nur mit nachvollziehbarer fachärztlicher (kinderpsychiatrischer) Begründung möglich.

404.2
1/18 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 7).

404.3
1/18 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 be-

urteilen. 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
1/03 Die «9 Jahres-Grenze» gilt nur für die medizinischen Leistungen der IV unter Art. 3 ATSG, Art. 13 IVG, Ziffer 404 GgV, nicht aber für andere mögliche Vorkehren (z.B. berufliche Massnahmen). Für diese Leistungsarten gelten andere Kriterien.
- 404.5
3/12 Wenn bis zum 9. Geburtstag nur einzelne der im Titel erwähnten Symptome ärztlich festgestellt werden, sind die Voraussetzungen für Ziffer 404 GgV nicht erfüllt. In diesen Fällen ist aus medizinischer Sicht sorgfältig zu überprüfen, ob die geforderten Kriterien gemäss dem medizinischen Leitfaden zur Ziffer 404 GgV (Anhang 7) effektiv erfüllt sind. Die IV-Stelle entscheidet danach, ob allenfalls weitere (externe) Experten beizuziehen sind.
- 404.6
1/17 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
3/12

Abklärungskosten werden nach vorheriger Anordnung durch die IV-Stelle, oder rückwirkend im Rahmen von Art. 78 Abs. 3 IVV übernommen, wenn das Vorliegen des Geburtsgebrechens vor Erreichen der Altersgrenze mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt worden ist.

Die medizinische Nachvollziehbarkeit und Relevanz sind zu überprüfen.

404.8
3/12

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 (Anhang 7).

404.9

Lehnt die IV-Stelle die Übernahme der Behandlung ab, ist lediglich der Arztbericht zu vergüten.

404.10
1/03

Ein neurologisch-hirnorganisches Geburtsgebrechen (z.B. eine Epilepsie) schliesst die gleichzeitige Anerkennung von Ziffer 404 GgV als selbständiges Geburtsgebrechen nicht aus.

In selteneren Fällen können jedoch kongenitale Hirnstörungen zum Symptomenkreis neurologisch-hirnorganischer Geburtsgebrehen gehören. In diesen Fällen sind sie nicht selbständig unter Ziffer 404 GgV einzuordnen, sondern gemäss den Rz 11 und 1045 unter die Ziffer des ursächlichen Geburtsgebrechens zu subsumieren. So ist z.B. eine epileptische Demenz nicht unter Ziffer 403 GgV, oder Ziffer 404 GgV zu behandeln, sondern unter Ziffer 387 GgV. Die Behandlung solcher Folgezustände kann somit im zeitlichen Rahmen von Art. 3 ATSG, Art. 13 IVG auch dann übernommen werden, wenn das ursächliche Gebrechen nicht mehr behandlungsbedürftig ist.

-
- 404.11
3/12 Die Verfügung einer Behandlung ist spätestens nach 2 Jahren im Hinblick auf den Erfolg, die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit zu überprüfen. Eine Verlängerung ist nur aufgrund spezialärztlich nachvollziehbar ausgewiesenem und bestätigten 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.

Autismus-Spektrum-Störungen und frühkindliche Psychosen

- 405
1/17 Bei Autismus-Spektrum-Störungen werden medizinische Massnahmen zugesprochen, sofern die krankheitsspezifischen, therapiebedürftigen Symptome bis zum vollendeten 5. Lebensjahr erkennbar werden. Symptome können nicht nachträglich als «vor dem 5. Lebensjahr bestehend» anerkannt werden, wenn sie nicht nachweislich bereits vor dem 5. Lebensjahr vorhanden waren (Urteil des BGer 9C_682/2012 vom 1. Mai 2013). Autismus ist von den frühkindlichen Psychosen abzugrenzen. Damit wird diesem Krankheitsbild ein eigenständiger Status unter den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen eingeräumt. Eine gleichzeitige Anerkennung von Ziffer 403 GgV und / oder Ziffer 404 GgV und Ziffer 405 GgV und Ziffer 406 GgV, ist nur in Ausnahmefällen und nur mit nachvollziehbarer fachärztlicher (kinderpsychiatrischer) Begründung möglich.
- 405.1
1/19 Die IV übernimmt die Kosten für die Methode «Packing» nicht, da die Packing-Methode keine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode ist.
- 406
3/12 Bei frühkindlichen primären Psychosen werden medizinische Massnahmen zugesprochen, sofern die krankheitsspezifischen Symptome bis zum vollendeten 5. Lebensjahr erkennbar werden. Symptome können

nicht nachträglich als «vor dem 5. Lebensjahr bestehend» anerkannt werden, wenn sie nicht nachweislich bereits vor dem 5. Lebensjahr vorhanden waren.

1.14 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 0,2 oder weniger die Tatsache gleichzustellen, dass das betreffende Auge nicht zentral fixieren kann (Ziffern 416, 418, 419, 423, 425, 427 GgV).
- 411–428.3 Ist die für die Anerkennung als Geburtsgebrechen erforderliche Visusverminderung (nach Korrektur) nachgewiesen, übernimmt die IV in jedem Falle die Brille als Behandlungsgerät, solange medizinische Massnahmen auf Kosten der IV gewährt werden können (siehe Rz 16 f und 425.2 u. 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 GG 418).

Eine Rückerstattung der Kosten für korrigierende Sonnenbrillen kann jedoch in Betracht gezogen werden,

wenn die Form der üblichen Korrekturbrille das Hinzu-
fügen von «Überbrillen» oder Sonnenclips nicht zu-
lässt. Der Antrag zur Kostenübernahme ist jedoch in
einem solchen Fall ordnungsgemäss zu dokumentie-
ren.

Aplasie der Tränenwege

- 413 Eine Stenose der Tränenwege, bei der die Durchläs-
sigkeit mit Spülungen und Sondierungen erreicht wer-
den kann, ist nicht als Geburtsgebrechen der Ziffer
413 GgV anzuerkennen.

Angeborene Anomalien der Iris und der Uvea, mit Visusverminderung auf 0,2 oder weniger an min- destens einem Auge (mit Korrektur) oder Visusver- minderung an beiden Augen auf 0,4 oder weniger (mit Korrektur)

- 418 Muss bei einem Iriskolobom (Lücke in der Regenbo-
genhaut) wegen verstärktem Lichteinfall eine Sonnen-
brille getragen werden, so kann diese als Behand-
lungsgerät übernommen werden.

Angeborene Linsen- oder Glaskörpertrübung und Lageanomalien der Linse mit Visusverminderung auf 0,2 oder weniger an mindestens einem Auge (mit Korrektur) oder Visusverminderung an beiden Augen auf 0,4 oder weniger (mit Korrektur)

- 419 Nach einer Kataraktoperation kommt der Brille die
Funktion eines Hilfsmittels zu. Brillen sind solange ab-
zugeben, als mit dem Hilfsmittel der Eingliederungs-
zweck (Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit
im Aufgabenbereich, Schulung, Ausbildung) erreicht
bzw. sichergestellt wird, in jedem Fall aber bis zum
vollendeten 20. Altersjahr.

-
- 1/03 **Frühgeborenen-Retinopathie und Pseudoglioma congenitum (inkl. Morbus Coats)**
- 420 Ein Morbus Coats gilt nicht als angeboren, wenn er sich auf ein erworbenes Leiden wie Uveitis, Sarkoidose usw. aufpropft.
- Angeborene Refraktionsanomalien mit Visusverminderung auf 0,2 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 ist ein Augenleiden einzureihen, wenn die Refraktionsanomalie (z.B. hochgradige Myopie, hochgradiger Astigmatismus) als Ursache der Sehschwäche bezeichnet wird.
- 425.2
3/12 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.
- 425.3
1/18 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

Strabismus und Mikrostrabismus concomitans monolateralis, wenn eine Amblyopie von 0,2 oder weniger (mit Korrektur) vorliegt

427.1 Darunter fällt jedes einseitige Begleitschielen, wenn das Schielauge einen verminderten Visus von 0,2 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 Ein Strabismus alternans stellt kein Geburtsgebrechen im Sinne der GgV dar.

427.3 Liegt *beidseits* eine Sehschwäche von 0,2 oder weniger vor, ist an ein anderes Geburtsgebrechen zu denken. In Frage kommen z.B. Ziffer 422 und Ziffer 423 GgV, aber auch Ziffer 403 GgV, da hochgradig Oligophrene oft spät zentral fixieren.

-
- 1/05 **Kongenitale Paresen der Augenmuskeln (sofern Prismen, Operation oder orthoptische Behandlung notwendig sind)**
- 428 Unter diese Ziffer fällt der Strabismus paralyticus congenitus.
- Dieser ist nicht mit dem unter die Ziffer 427 GgV fallenden Strabismus concomitans zu verwechseln.
- Angeborene Spalte im Ohrbereich, Mittelohrfisteln und Trommelfelldefekte**
- 443 Eine präauriculäre Fistel fällt nicht unter diese Ziffer, da es sich um ein geringfügiges Leiden handelt, es sei denn, es liegt eine Mittelohrbeteiligung vor.
- 1/03 **Angeborene Mittelohrmissbildungen mit ein- oder doppelseitiger Schwerhörigkeit bei einem Hörverlust von durchschnittlich mindestens 30 dB im Reintonschwellenaudiogramm bei zwei 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, wenn das genannte audiometrische Kriterium erreicht wird.
- 444.2 Beim Säugling und Kleinkind sind in der Regel spezielle pädoaudiologische Abklärungen notwendig, die nach fachärztlicher Anweisung 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).

Angeborene Taubheit

445
1/05 Es muss beidseitige Gehörlosigkeit vorliegen. Die angeborene Schallempfindungsschwerhörigkeit fällt unter Ziffer 446 GgV.

Hörtraining und Ableseunterricht siehe Rz 2065 KHMI.

Beim Cochlea Implantat wird zwischen einer internen und externen Komponente unterschieden. Erstere (Elektrode Antenne usw.) stellt eine medizinische Massnahme dar, letztere (Sprachprozessor, Mikrofon usw.) fällt in den Hilfsmittelbereich.

1.15 Stoffwechsel und endokrine Organe

Angeborene Störungen des Kohlenhydrat-Stoffwechsels (Glykogenose, Galaktosämie, Fruktose Intoleranz, Hypoglykämie Mc Quarrie, Hypoglykämie Zetterstroem, Leucin sensible Hypoglykämie, primäre Hy-peroxalurie, angeborene Störungen des Pyruvat-Stoffwechsels, Laktose-Malabsorption, Saccharose-Malabsorption und Diabetes mellitus, sofern dieser innert der ersten vier Lebenswochen festgestellt wird oder unzweifelhaft manifest war)

451.1 Die bei *Galaktosämie* von der IV zu übernehmenden Massnahmen bestehen in ärztlichen Kontrollen, Laboranalysen und diätetischen Präparaten (siehe Anhang 2, Beilage 1).

451.2
1/18 Sind innerhalb der ersten vier Lebenswochen auftretende Symptome unzweifelhaft einem nach dieser Frist diagnostizierten *Diabetes mellitus* zuzuordnen, kann unter der Ziffer 451 GgV anerkannt werden.

Angeborene Störungen des Aminosäure- und Eiweiss-Stoffwechsels (wie Phenylketonurie, Zystinose, Zystinurie, Oxalose, oculo-cerebrorenales Syndrom Lowe, angeborene Störungen des Harnstoff-Zyklus und andere angeborene Hyperammoniämien)

- 452 Phenylketonurie: Phenylalaninarme Diät siehe Anhang 2, Beilage 1.

Angeborene Störungen der Pankreasfunktion (Mucoviscidosis und primäre Pankreasinsuffizienz)

- 459.1 Die IV übernimmt die medikamentöse Behandlung der Pankreasinsuffizienz (Substitutionstherapie) sowie die im Anhang 2, Beilage 1 aufgeführten diätetischen Nahrungsmittel. Sie leistet jedoch keinerlei Beiträge an allenfalls entstehende Mehrkosten einer Diät. Die Behandlung von Polypen geht ebenfalls zu Lasten der IV, sofern sie im Zusammenhang mit der Ziffer 459 GgV zu sehen sind.
- 459.2 Die IV übernimmt die ärztlich verordneten Behandlungsgeräte, sofern sie einfach und zweckmässig sind. Nicht dazu gehören Sportgeräte wie Trampoline.
- 1/05 Der Einsatz von Zweitgeräten (z.B. bei Ferienwohnungen) stellt in der Regel nicht eine einfache und zweckmässige Massnahme dar.
- 459.3 «Physiotherapeutisches Schwimmen» kann nur übernommen werden, wenn es durch eine anerkannte physiotherapeutische Fachkraft erteilt wird.
- 459.4 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 den Einzelfall eine Verfügung erlassen wurde.

Angeborene Störungen des Knochen-Stoffwechsels (wie Hypophosphatasie, progressive diaphysäre Dysplasie Camurati-Engelmann, Osteodystrophia Jaffé-Lichtenstein, Vitamin D-resistente Rachitis-Formen)

461 siehe Ziffer 121–127 GgV.

1/03 **Angeborene Störungen der hypothalamohypophysären Funktion (hypophysärer Kleinwuchs, Diabetes insipidus, Prader-Willi-Syndrom und Kallmann-Syndrom)**

462
7/20 Der nephrogene Diabetes insipidus fällt unter die Ziffer 341 GgV. Eine Behandlung mit Wachstumshormon kann nur bei nachgewiesenem Wachstumshormon-Mangel übernommen werden (Urteil des BGer 9C_403/2009 vom 10. November 2009 E. 5.1).

Der Nachweis des Wachstumshormon-Mangels muss lege artis und im längeren Verlauf nachvollziehbar erfolgen.

Beim Prader-Willi-Syndrom gilt ein Wachstumshormonmangel als belegt, wenn bei Kindern unter 4 Jahren folgende Befunde vorhanden sind: Länge unterhalb dem Zielgrössenbereich, typische Muskel/Fettverteilung, erniedrigte IGF1- oder IGFBP-3-Werte und eine Wachstumsverzögerung bei normalem Gewicht/Längenverhältnis.

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

- Bei angeborener (idiopathischer) Wachstumshormonstörung, bei welcher die auxologischen Kriterien erfüllt sind und die Provokationsteste grenzwertige Resultate zeigen (zw. 8 und 10

µg/L), wird ein Behandlungsversuch für 18 Monaten gewährleistet.

- Nach dieser Zeitspanne muss der behandelnde Arzt in einem Bericht die Wirksamkeit der Behandlung mit Wachstumshormon nachweisen, insbesondere muss ein Aufholwachstum mittels signifikanter Verbesserung der Wachstumsgeschwindigkeit (>P50) und der Länge (mittels Grössenmessung SDS und Knochenalterbestimmung) erwiesen werden. Wird die Wirksamkeit der Therapie so erwiesen, kann die Wachstumshormon-Therapie für die Dauer des Restwachstums beantragt/fortgesetzt werden.

1/05 **Angeborene Störungen der Gonadenfunktion (bei Missbildungen der Gonaden, Anorchie, Klinefelter-Syndrom und Androgenresistenz)**

466 Die Hemianorchie ohne hormonelle Störungen fällt nicht unter diese Ziffer (siehe Rz 355).

Das Turner-Syndrom fällt unter die Ziffer 488 GgV.

1.16 Missbildungen, bei denen mehrere Organsysteme betroffen sind

Kongenitale Dystrophien des Bindegewebes (wie Marfan-Syndrom, Ehlers-Danlos-Syndrom, Cutis laxa congenita, Pseudoxanthoma elasticum)

- 485.1 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.
- 485.2 Eine konstitutionelle Bindegewebeschwäche stellt kein Geburtsgebrechen dar und kann nicht unter diese Ziffer subsumiert werden.

Trisomie 21 (Down-Syndrom)

- 489
7/16 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 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).
- 489.1 Die Trisomie 21 ist unter der Ziffer 489 im Kapitel XIX (Missbildungen, bei denen mehrere Organsysteme betroffen sind) aufgeführt.

- 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 Physiotherapie nach Bobath-Therapie: diese kann bei einem Kleinkind mit Trisomie 21 bis zum Erreichen der Gehfähigkeit übernommen werden.
- 489.4 Die Hippotherapie wird von der IV vergütet.

1.17 Weitere Gebrechen

Angeborene HIV-Infektion

- 490.1 Sind bei zwei aufeinanderfolgenden Untersuchungen von Virusgenom durch PCR (polymerase chain reaction) und Antigen p24 mindestens 3 der 4 Tests positiv (z.B. PCR 1 mal positiv, Antigen p24 2 mal positiv) kann eine HIV-Infektion angenommen werden.
- Mütterliche Antikörper können bis zum 15. Lebensmonat persistieren. Ein Antikörpernachweis ist somit frühestens ab diesem Zeitpunkt aussagekräftig.
- 490.2 Liegt eine HIV-Infektion eindeutig vor, kann auch bei noch asymptomatischer Erkrankung ein Geburtsgebrechen anerkannt werden (siehe Rz 16).

Folgen von Embryo- und Foetopathien (für kongenitale Oligophrenien gilt Ziffer 403) sowie angeborene Infektionskrankheiten (wie Lues congenita, Toxoplasmose, Tuberkulose, Listeriose, Zytomegalie)

- 493 Unter dieser Ziffer können auch Folgen der medikamentösen Behandlung der Mutter unmittelbar vor oder während der Geburt fallen.

Neugeborene mit einem Geburtsgewicht unter 2000 g bis zur Erreichung eines Gewichtes von 3000 g

494.1 Für die Beurteilung massgeblich ist das *Geburtsgewicht*. Die nach der Geburt eintretende physiologische Gewichtsabnahme des Neugeborenen ist nicht zu berücksichtigen.

Der Anspruch endet, wenn das Körpergewicht 3000 g erreicht hat.

494.2 Die Ernährung ist dank der Milchpulverpräparate wesentlich erleichtert. Da aber grundsätzlich die Ernährung des Säuglings mit Frauenmilch vorzuziehen ist, gibt die IV an stillfähige Mütter eine Milchpumpe ab. Allfällige Transportkosten für den Versand der abgepumpten Milch an die Spitalabteilung, gehen zu Lasten dieser Abteilung, da sie in den Tagespauschalen der IV eingeschlossen sind.

Die Abgabe einer Milchpumpe zu Lasten der IV beschränkt sich nicht auf diese Ziffer; d.h. sie kann auch bei andern Gebrechen der GgV übernommen werden.

Schwere neonatale Infekte, sofern sie in den ersten 72 Lebensstunden manifest werden und einer Intensivbehandlung bedürfen

1/17 (Urteil des BGer 9C_893/2010 vom 7. Januar 2011)
(Ziffer 495 GgV)

Schwere respiratorische Adaptationsstörungen (wie Asphyxie, Atemnotsyndrom, Apnoen), sofern sie in den ersten 72 Lebensstunden auftreten und einer Intensivbehandlung bedürfen (Ziffer 497 GgV)

Schwere neonatale metabolische Störungen (Hypoglykämie, Hypocalcämie, Hypomagnesieämie),

sofern sie in den ersten 72 Lebensstunden auftreten und einer Intensivbehandlung bedürfen (Ziffer 498 GgV)

Schwere geburtsbedingte Verletzungen, die einer Intensivbehandlung bedürfen (Ziffer 499 GgV)

495,
497–499
3/12

«Schwer» im Sinne dieser Ziffer bedeutet die Notwendigkeit besonderer ärztlicher Massnahmen (z.B. stationäre Akutspitalbehandlung mit Intensivpflegestationsbehandlung nach einer Hausgeburt, Behandlung in der Intensivpflegestation einer Frauen- oder Kinderklinik nach einer Spitalgeburt).

Eine Behandlung gilt im Sinne dieser Ziffer als intensiv, wenn der normale Aufwand einer Wöchnerinnenstation erheblich überschritten wird, also wenn besonders aufwändige Massnahmen einer Intensivpflegestation wie dauernde apparative Überwachung, besonders häufige stationäre ärztliche und pflegerische Interventionen usw. notwendig sind.

Im Anschluss daran kann die IV in der Regel *eine* einmalige Nachkontrolle übernehmen. Bei voneinander abgrenzbaren Gesundheitsschäden geht die Leistungspflicht jedes Kostenträgers nur soweit, wie es das jeweilige Sozialversicherungsgesetz vorsieht. (BGE 134 V 1 bzw. IV-Rundschreiben Nr. 262.)

Weitere Nachkontrollen können übernommen werden, wenn deren Zusammenhang mit der vorangehenden Intensivpflegestationsbehandlung nachgewiesen ist und die Notwendigkeit und voraussichtliche Dauer von der Intensivbehandlungsstelle nachvollziehbar begründet dargelegt werden.

Die prophylaktische Verlegung auf eine Neonatologie-Abteilung, ohne dass aufwändige intensivpflegestationäre Massnahmen notwendig werden, vermag kein Geburtsgebrechen zu begründen.

Beispiel:

Besteht im Zusammenhang mit der Ziffer 497 GgV ein massiv erhöhtes Apnoerisiko, welches primär eine stationäre Überwachung erfordert, so kann die IV weitere Massnahmen (inkl. anschliessendem Heimmonitoring zur Atemüberwachung) übernehmen.

Die Kosten der «Mit»-Verlegung eines von der «Schwere» der Beschwerden im Sinne der IV nicht betroffenen Mehrlings (Zwilling, Drilling etc.) werden von der IV nicht übernommen.

- 497.1 Asphyxie bei der Geburt kann als Ziffer 497 GgV übernommen werden, wenn sie so schwer ist, dass eine weitere Behandlung in einer Neonatologie-Abteilung nötig ist. Normalisiert sich der Zustand nach der Verlegung und ist keine Behandlung nötig, kann nicht von einer schweren respiratorischen Adaptationsstörung ausgegangen werden.
- 497.2 Respiratorische Insuffizienz des Neugeborenen (Hypoxie): Alle Atemnotsyndrome des Neugeborenen, die eine besondere Betreuung in einer Neonatologie-Abteilung verlangen, können als Ziffer 497 GgV anerkannt werden, sofern sie innerhalb der ersten 72 Lebensstunden auftreten.
- 497.3 Fruchtwasseraspiration mit oder ohne Pneumonie: In der Regel fallen diese Diagnosen unter Ziffer 497 GgV. Eine Aspiration, die in den ersten 72 Lebensstunden auftritt, fällt unter Ziffer 497 GgV, wenn sie eine Intensivbehandlung erfordert. Eine Milchaspilation fällt nach dieser Definition nicht unter diese Ziffer.
- 497.4 Das Atemnotsyndrom bei hyalinen Membranen gehört unter Ziffer 247 GgV.
- 498.1
3/12 Neugeborenen-Hypokalzämie: Soweit die Hypokalzämie nicht im Rahmen eines anderen Geburtsgebrechens behandelt wird (z.B. Ziffer 494 GgV), kann sie als Ziffer 498 GgV anerkannt werden, wenn sie

schwerwiegende, eine Hospitalisierung erfordernde Symptome macht. Die asymptomatische Hypokalzämie (häufig bei Frühgeborenen) fällt nicht unter Ziffer 498 GgV. Bei den seltenen, später auftretenden Formen, die wegen Krampfanfällen hospitalisiert werden müssen, ist zu prüfen, ob sie unter Ziffer 464 GgV (Hypoparathyroidismus) fallen.

498.2
3/12

Hypoglykämie: Sofern eine neonatale Hypoglykämie nicht im Rahmen eines anderen Geburtsgebrechens (z.B. Ziffern 451, 462, 465 und 494 GgV) behandelt wird, darf vermutet werden, dass sie auf die Geburt zurückzuführen ist, sofern sie innerhalb der ersten 72 Lebensstunden auftritt und besondere ärztliche Massnahmen, *vor allem Infusionen*, nötig macht. In der Regel sind 24 Stunden nach Entfernen der Infusion die Behandlungsbedürftigkeit und damit die Leistungspflicht der IV beendet.

Die Diagnose einer Hypoglykämie im Sinne von Ziffer 498 GgV wird durch die Messung eines quantitativen Blutzuckerwertes (Laborbestimmung) gestellt.

Eine behandlungsbedürftige Hypoglykämie ist bei folgenden Blutzuckerwerten anzunehmen:

- bei Frühgeborenen und untergewichtigen Neugeborenen (< 2 500 g): unter 2,5 mmol/L
- bei Termingeborenen: unter 2,0 mmol/L

Bei Kindern von diabetischen Müttern ist die Leistungspflicht der IV für 493 GgV zu prüfen.

499

Darunter können z.B. fallen:

- Milz-, Leber-, Nieren-, Nebennieren- oder Lungenruptur und Lungenblutung,
- Zentrale oder periphere neurologische Schädigung infolge Hypoxie oder mechanischem pathologischem Ereignis während des Geburtsvorgangs (je nach der neurologischen Symptomatologie einer derartigen Geburtsschädigung ist sie entsprechend zu subsumieren: z.B. Ziffern 387, 390, 397 GgV),

- Frakturen, Luxationen,
- Hodentorsion (siehe Rz 712/912),
- Pneumothorax.

Das Atemnotsyndrom bei hyalinen Membranen gehört unter Ziffer 247 GgV.

2. Kapitel

1/03 **Abgrenzungen bei Folgezuständen von Krankheiten und Unfällen (Erworbene Leiden; Art. 12)**

2.1 Infektionen und parasitäre Krankheiten

601–604/
801–804 Infektionskrankheiten und parasitäre Leiden stellen grundsätzlich labiles pathologisches Geschehen im Sinne der Rechtsprechung dar und können daher nicht Anlass zu Eingliederungsmassnahmen der IV geben.

Poliomyelitis

603
1/17 Sind physiotherapeutische Massnahmen voraussichtlich dauernd nötig, weil nur so der Zustand einigermaßen im Gleichgewicht gehalten werden kann, so sind sie als Behandlung des Leidens an sich zu bewerten. Siehe Rz 65.

Bei Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr kann die IV im Sinne einer vorbeugenden Massnahme (siehe Rz 53), die einen späteren stabilen Defekt verhindern soll, Vorkehren bis zum Wachstumsabschluss übernehmen.

604 aufgehoben

2.2 Neubildungen (Tumoren)

611–613/
811–813 Medizinische Massnahmen bei Tumoren stellen eine Leidensbehandlung dar. Auch die nach einer Tumorentfernung nötigen plastischen Eingriffe gehören zur Tumorbehandlung, unabhängig vom Zeitpunkt ihrer Durchführung.

2.3 Allergien, Stoffwechsel – und Ernährungskrankheiten, Störungen der inneren Sekretion

621–625/
821–825 Diese Leiden stellen labiles pathologisches Geschehen dar und geben keinen Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen der IV.

2.4 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (exkl. Neubildungen)

631/831 Medizinische Vorkehren im Zusammenhang mit Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe gehören immer zur Behandlung des Leidens an sich.

2.5 Psychosen, Psychoneurosen und Persönlichkeitsstörungen

Psychosen

641–644/
841–844 Schizophrenie, manisch-depressives Kranksein (Zyklothymie), organische Psychosen und Leiden des Gehirns stellen labiles pathologisches Geschehen dar und begründen keinen Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen der IV.

Psychopathien, Neurosen und Suchtkrankheiten

645–647/
845–847.1 Psychopathien und Neurosen (Verhaltensstörungen) sind keine stabilisierten Zustände, die medizinische Massnahmen der IV rechtfertigen.

645–647/
845–847.2 Die Behandlung von konstitutionell mitbedingten Neurosen und Charakterdefekten (inkl. Alkoholismus und Toxikomanien 647–847 und 648–848) gilt als Behandlung des Leidens an sich, da sie allgemein auf die Hebung der Persönlichkeit gerichtet ist.

645–647/
845–847.3 Bei Vorliegen erworbener psychischer Leiden, die mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einem erheblichen,

schwer korrigierbaren stabilen Defekt führen, der die spätere Ausbildung und Erwerbstätigkeit wesentlich behindert oder verunmöglicht, kann die IV die erforderliche *Psychotherapie* übernehmen (siehe Rz 645.5 ff).

- 645–647/
845–847.4
1/17
- Das Vorliegen von Krankheiten und Defekten, die nach heutiger Erkenntnis der Medizin ohne *dauernde* Behandlung nicht gebessert werden können (z.B. Schizophrenien, 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. hyperkinetische Störungen (AHI 2003 S. 103), Anorexien (AHI 2000 S. 63).
- 645–647/
845–847.5
1/18
- Die Voraussetzungen zur Kostenübernahme sind gegeben (vgl. Urteil des BGer 9C_354/2016 vom 18. Juli 2016):
- wenn nach intensiver fachgerechter Behandlung von einem Jahr Dauer keine genügende Besserung erzielt wurde und gemäss spezialärztlicher Feststellung bei einer 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 Kostengutsprache zur psychotherapeutischen Behandlung wird vom behandelnden Leistungserbringer zwecks Beurteilung 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 Vorkehrung von zeitlich unbegrenzter Dauer darstellt.

2.6 Nervensystem

2.6.1 Epilepsie, postnatal verursachte

654/854 Erworbene Epilepsien z.B. als Folge einer Meningoenzephalitis oder eines Hirntraumas stellen labiles pathologisches Geschehen dar. Sie bedürfen meist langjähriger Behandlung; diese kann nicht unter Art. 12 IVG übernommen werden.

2.6.2 Lähmungen nach Hirnverletzungen und Erkrankungen des Gehirns oder des Rückenmarks

655–657/
855–857.1 Lähmungen nach Hirnverletzungen und Hirnerkrankungen (inkl. zerebrovaskuläre Erkrankungen) rechtfertigen Eingliederungsmassnahmen der IV, sobald die Behandlung des Grundleidens abgeschlossen oder nur noch nebensächlich geworden ist und der Allgemeinzustand eine Eingliederung erlaubt. 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).

655–657/
855–857.2 Bei zerebrovaskulären Erkrankungen sind Rehabilitationsmassnahmen nur möglich, wenn der pathologische

Prozess lokalisiert ist, nicht aber, wenn eine generalisierte Arteriosklerose 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 anzunehmen, solange eine prophylaktische medikamentöse Therapie (Antikoagulantien, Thrombozytenaggregationshemmer) durchgeführt wird (siehe Rz 65).

655–657/
855-857.3

Die Gewährung medizinischer Massnahmen zur Behandlung des Grundleidens wie auch der Lähmungsfolgen ist ausgeschlossen bei:

- generalisierter Arteriosklerose
- Embolien der Hirnarterien, solange antikoaguliert oder mit Thrombozytenaggregationshemmern behandelt wird.
- Encephalitis lethargica
- Hydrocephalus
- reversiblen ischämischen Hirninfarkt
- Status nach palliativer Operation von Hirntumoren oder inoperablen Gefässanomalien
- amyotrophischer (myotrophischer) Lateralsklerose
- Myelomeningocele
- multipler Sklerose, Encephalomyelitis disseminata
- Syringomyelie
- Thrombosen der Hirnarterien, solange antikoaguliert oder mit Thrombozytenaggregationshemmern behandelt wird.

2.6.3 Lähmung nach Verletzung des Rückenmarks: Paraplegie 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.

- 856.2 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 nach Art. 2 Abs. 2 IVV die *Kosten der medizinischen Eingliederung in der Regel nach der 4. Woche* seit Eintritt der Lähmung (bezügl. beruflichen Massnahmen siehe KSBE).
- 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 Leistungen der IV besteht bei folgenden Massnahmen:
- Unfallbehandlungen ausserhalb der Zentren,
 - Behandlung sekundärer Leiden wie Blaseninfektionen, Dekubitus, Gelenkveränderungen usw., 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. Hingegen übernimmt die IV nach Art. 2 Abs. 5 IVV für die Zeit des Aufenthaltes in den Zentren auch Vorkehren, inklusive ambulante operative Eingriffe, die zur Behandlung des Leidens an sich gehören (siehe Rz 51).

- 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 Sinnesorgane

2.7.1 Augenleiden

Grüner Star – Netzhautablösung

Keratokonius – Keratoglobus – Hornhautnarben

661/861.1 aufgehoben

661/861.2 Eine Keratoplastik gilt nur dann nicht als Behandlung des Leidens an sich, wenn damit eine narbig veränderte Hornhaut oder eine getrübte Keratokonusspitze, welche nachweisbar den Visus vermindert, ersetzt wird. Dies muss ärztlicherseits ausdrücklich bestätigt sein. Ist die Operationsindikation wegen einer zu starken Hornhautwölbung gegeben, die das Tragen von Kontaktlinsen beeinträchtigt, besteht keine Leistungspflicht gemäss Art. 12 IVG.

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

- 1/05 *Eine «clear lens extraction» ist keine Katarakt-Operation und Art. 12 IVG nicht anwendbar (siehe Rz 661/861.19).*
- 661/861.4 Die Kataraktoperation bildet eine Eingliederungsmassnahme der IV. 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.
- Das Grundleiden selber oder Nebenerkrankungen können jedoch die Dauerhaftigkeit und Wesentlichkeit des Eingliederungserfolges (Rz 67ff.) entscheidend in Frage stellen. Dies kann *unter anderem* der Fall sein bei
- Myopie (insbesondere maligne Form),
 - diabetischer Retinopathie (spez. proliferative Form)
 - Glaucoma simplex (vor allem Spätstadien).
- 661/861.5 Eine kombinierte Katarakt-Glaukomoperation kann eine Eingliederungsmassnahme 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 mehr in der Regel (u.a. abhängig von der beruflichen Tätigkeit oder Ausbildung) nicht der Fall.

- 661/861.6 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.
- 661/861.7 Bei Linsenimplantationen wird die vorausgehende Biometrie ebenfalls übernommen.
- 661/861.8 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.
- 661/861.9 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.
- 661/861.10 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.

- 661/861.11 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.
- 661/861.12 Nachimplantationen von Kunststofflinsen sind nur zu übernehmen, wenn die geltend gemachte Unverträglichkeit von Kontaktlinsen objektiv nachgewiesen werden kann.
- 661/861.13 Brillen und Kontaktlinsen stellen Hilfsmittel und keine Behandlungsgeräte dar. Deren Abgabe erfolgt nach *augenärztlicher Verordnung*. Die Brillenrezepte sind den Rechnungen beizulegen.
- 661/861.14 Probebrillen, die sofort nach der Staroperation abgegeben werden, werden von der IV nicht gesondert vergütet.
- 661/861.15 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.
- 661/861.16 Müssen die abgegebenen Hilfsmittel ersetzt werden, übernimmt die IV diese Kosten ebenfalls, sofern damit das konkrete Eingliederungsziel weiterhin erreicht bzw. sichergestellt werden kann.

Treten Refraktionsänderungen von mehr als $\pm 0,5$ Dioptrien auf, übernimmt die IV die Kosten für die zu ersetzenden Hilfsmittel, ungeachtet der bisherigen Tragdauer. Dasselbe gilt, wenn Unverträglichkeit einen anderen Kontaktlinsentyp erforderlich macht.

Die Kosten für die Ersatzbrille (Reservebrille) übernimmt die IV im Rahmen dieser Rz nur, wenn eine Refraktionsänderung dies erforderlich macht.

Netzhautablösung

- 661/861.17 Eine wegen Netzhautablösung (*Amotio retinae*) notwendige Operation stellt i.d.R. eine Behandlung des Leidens an sich dar (Ausnahmen siehe Rz 54).

Refraktionsanomalien

- 661/861.18 Bei *Refraktionsanomalien* stellen augenärztliche Kontrollen keine medizinische Massnahme dar, die die Abgabe einer Brille oder eines ähnlichen Hilfsmittels nach Art. 21 Abs. 1 IVG begründen können.
- 661/861.19 Refraktiv chirurgische Massnahmen (Excimerlaser, Implantation von Myopie-Linsen, Iris-Claw-Linsen, clear lens extraction usw.) stellen keine gemäss Art. 12 IVG zu übernehmende Vorkehren dar.

Linsenverlagerung (Subluxation, Luxation)

- 661/861.20 Bei einer Linsenverlagerung (z.B. Marfansyndrom, siehe Rz 485) liegt ein labiles pathologisches Geschehen im Sinne von Art. 12 IVG vor.

2.7.2 Ohrleiden

- 671/871 aufgehoben
- 671/871.1 aufgehoben
- 671/871.2 aufgehoben
- 671/871.3 Das *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 Eingliederungsmassnahme der IV (siehe Rz 57).

- 671/871.4
1/03 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 (siehe Rz 445).
- 671/871.5
1/03 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).
- 671/871.6
1/03 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 Kreislaufsystem

Herz

- 682/882.1 Die Behandlung eines Herzfehlers (Herzinsuffizienz), einer Kreislaufstörung des Herzens (Coronarinsuffizienz) oder einer Herzrhythmusstörung stellt eine Behandlung des Leidens an sich dar. Auch die operative Beseitigung angeborener oder erworbener Herzfehler (Einsetzen von Herzklappenprothesen oder Pacemakern, Verschluss von Septumdefekten) ist vorwiegend eine auf die Behandlung der Herzinsuffizienz gerichtete Massnahme und dient vor allem der Erhaltung der Gesundheit und des Lebens und nicht in erster Linie der Eingliederung. Sie ist daher keine medizinische Eingliederungsmassnahme im Sinne von Art. 12 IVG.
- 682/882.2 Künstliche Herzklappen oder Pacemaker (Schrittmacher) sind keine Hilfsmittel im Sinne von Art. 21 IVG, sondern bilden als sog. Behandlungsgeräte Bestandteil der durchgeführten Operation.

Periphere Zirkulationsstörungen

683–685
883–885

Periphere Zirkulationsstörungen stellen labiles pathologisches Geschehen dar. Ihre Behandlung kann deshalb nicht von der IV übernommen werden, auch dann nicht, wenn es sich um Folgen einer Kinderlähmung oder Paraplegie handelt (siehe Rz 40).

2.9 Atmungsorgane

Infektionen der Atemwege

691/891

Es liegt eine Leidensbehandlung vor.

2.10 «Verdauungsorgane»

701/901

Die Velopharynxplastik stellt eine Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 IVG dar, sofern damit eine schwere Sprachstörung behoben werden kann, die die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt.

2.11 Harn- und Geschlechtsorgane

Leiden der Niere und der Harnwege

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 geht nicht zulasten der IV.

Hodentorsion

712/912
1/03

Die Hodentorsion ist, abgesehen von den Fällen gemäss Ziffer 499, kein Geburtsgebrecchen im Sinne von Art. 3 ATSG, Art. 13 IVG, aber auch 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 Haut und Unterhautzellgewebe

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 1027ff.).
- 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. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen die IV die Operation übernommen hat (Art. 11 IVG).

2.13 Knochen und Bewegungsorgane

- 731–738/
931–938.1 Am Bewegungsapparat sind *stabile Defekte* nur im Bereich des *knöchernen Skeletts* anzunehmen, nicht aber an Sehnen, Bandscheiben, Bändern oder dem Knorpel. Nur die Korrektur von stabilen Defekten des knöchernen Skeletts kann als Massnahme nach Art. 12 IVG anerkannt werden, nicht aber alle Massnahmen, die den pathologischen Bewegungsablauf in einem Gelenk korrigieren.

731–738/
931–938.2 Knochenerkrankungen wie Zysten, M. Jaffé-Lichtenstein, usw. rechtfertigen keine Eingliederungsmassnahmen der IV, da der Prozess als Ganzes labiles pathologisches Geschehen darstellt. Dass einzelne Symptome stabil sind, ist unerheblich.

2.13.1 Chronische Polyarthritiden (Gelenkrheumatismus)

731/931.1 aufgehoben

731/931.2 Bei der juvenilen chronischen Arthritis (JCA) kann die IV im Sinne einer vorbeugenden Massnahme (siehe Rz 54), die einen späteren stabilen Defekt verhindert, Vorkehren bis zum vollendeten 20. Altersjahr übernehmen, sofern nicht bereits Defekte bestehen, die eine Eingliederung beeinträchtigen. Zu diesen Vorkehren gehören Physiotherapie, orthopädietechnische Behandlungsgeräte, Synovektomien sowie orthopädische Operationen.

Das Einsetzen von Gelenksendoprothesen ist jedoch keine Eingliederungsmassnahme der IV, ebenso wenig wie die Abgabe von auf die Grundkrankheit einwirkenden Medikamenten. Ist eine Rollstuhlabhängigkeit eingetreten, so sind die Kriterien nach Art. 12 IVG meist nicht mehr erfüllt.

Bei den orthopädisch technischen Massnahmen ist indes auch zu prüfen, ob diese als Hilfsmittel (Art. 21 IVG) übernommen werden können.

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 1004, 1006ff.).
- 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 Alle krankhaften Nebenbefunde, die geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Berufsbildung zu vermindern, insbesondere Erkrankungen der für den Gehakt massgebenden Bewegungskette, aber auch Allgemeinerkrankungen, sind in Erfahrung zu bringen. 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.). So können Kniearthrosen als medizinische Eingliederungsmassnahmen der IV anerkannt werden.
- 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 (Coxa vara adolescentium) 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 Defektprophylaxe anerkannt werden (Rz 54).
- 734/934.4 Grundsätzlich fällt die Behandlung der Folgen eines Unfalls, ungeachtet der Dauer des Leidens, in erster Linie in die Zuständigkeit der UV (vgl. Urteil des BGer 8C_203/2016 vom 12. August 2016).
- 1/18

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 Einschluss der Scheuermann'schen Krankheit

- 736/936.1 Spondylosen, Osteochondrosen und die Scheuermann-sche 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
1/09 Konservative Massnahmen bei idiopathischer (nicht angeborener) Skoliose (Gymnastik, Physiotherapie, redressierende Apparate) stellen eine Behandlung des Leidens an sich dar und werden von der IV nicht übernommen.

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.

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).

737/937.3^{bis} Bei EOS (early onset scoliosis) ist die Gipsredressionsbehandlung, als Vorbereitung der Korsettbehandlung, IV-Leistungspflichtig.

737/937.4 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

738/938.1 Die IV übernimmt, wenn die Voraussetzungen gemäss Rz 67ff. erfüllt sind, das Abtragen von Exostosen, die funktionelle Behinderungen verursachen oder das Aussehen entstellen.

Pseudarthrosen

738/938.2 Medizinische Massnahmen bei verzögerter oder ausgebliebener Heilung eines unfallmässig entstandenen Knochenbruchs gehören zur Unfallbehandlung und sind nicht medizinische Eingliederungsmassnahmen.

O-Beine – Crura vara

738/938.3 Die Osteotomie bei O-Beinen bei jugendlichen, im Berufsbildungsalter stehenden Versicherten ist eine Eingliederungsmassnahme der IV, 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).

Nur aus ästhetischen Gründen ausgeführte Osteotomien sind keine Eingliederungsmassnahmen der IV.

Hallux valgus

- 737/938.4 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 usw.) und sind deshalb keine Eingliederungsmassnahmen nach Art. 12 IVG.

Habituelle Luxationen

Unfallmässig entstandene habituelle Luxationen
siehe Rz 43ff.

- 738/938.5 Sind habituelle Luxationen durch einen stabilisierten Defekt des Skeletts verursacht, so kann die Behandlung der Skelettanomalie als Eingliederungsmassnahme übernommen werden (Albee-Knochenkeil bei Hypoplasie des lateralen Femurcondylus, Spanplastik bei Hypoplasie des Labrum glenoidale im Schultergelenk).
- 738/938.6 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, Krogus am Kniegelenk, nach Putti-Pratt am Schultergelenk und vergleichbare Eingriffe).
- 738/938.7 Eine Chondropathia patellae bei Luxation oder Subluxation der Patella ist kein relativ stabilisierter Zustand, der Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen begründen könnte.
- 738/938.8 aufgehoben

3. Kapitel

Leistungspflicht der IV bei verschiedenen Arten von Massnahmen

Akupunktur

1000
3/12 Aufgehoben
 siehe Rz 1209.

Amputation

1001 Amputationen, die wegen unmittelbaren Unfallfolgen, wegen Zirkulationsstörungen oder Infektionen und Tumoren notwendig sind, gehören zur Leidensbehandlung und sind nicht Eingliederungsmassnahmen der IV.

1002 Die operative Abtragung von Fingern oder Fingergliedern, die in funktionell schlechter Stellung fixiert sind (angeborene Missbildung, 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.

Arthrodese – Gelenkversteifung

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

Badekuren

1004 *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.

1005 aufgehoben

1006 Badekuren, die vorwiegend der Verbesserung des allgemeinen Befindens dienen, stellen keine Eingliederungsmassnahme der IV dar.

1007 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.

1008 aufgehoben

1009 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 andern 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 Eingliederungsmassnahme nach Art. 12 IVG.

Eigenblutspenden

- 1012
1/03
- Werden in einem Spital operative Eingriffe zulasten der IV gemäss Art. 12 oder Art. 3 ATSG, 13 IVG 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).

Ergotherapie

- 1014
- Bei Körperbehinderten kann die Ergotherapie eine notwendige Ergänzung der Physiotherapie wie auch eine eigenständige medizinische Eingliederungsmassnahme sein. Gemäss Art. 12 IVG geht sie zulasten der IV, wenn sie weder sachlich noch zeitlich zur Behandlung des Leidens an sich gehört.
- 1015.1
1/18
- Ergotherapie im Rahmen von medizinischen Massnahmen gemäss Art. 13 IVG ist nach den Vorgaben von Rz 14 zu verfügen. Ergotherapie im Rahmen von medizinischen Massnahmen gemäss Art. 12 IVG ist nach den Vorgaben von Rz 32 zu verfügen. 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.

- 1015.2.1
1/15 Für das Geburtsgebrechen der Ziffer 404 GgV gelten die gleichen Bestimmungen wie oben.
- 1015.2.2
1/09 Auch bei Geburtsgebrechen die hier nicht erwähnt sind und es einer Ergotherapie bedarf (z.B. Ziffer 177 GgV oder Ziffer 181 GgV), ist auf eine wirtschaftliche und effiziente Anwendung der Ergotherapie zu achten. Obige Ausführungen hinsichtlich erstmaliger Verfügung und Verlängerung und deren Begründung gelten sinngemäss.
- 1015.3 aufgehoben
- 1016 Bei Geisteskranken bildet die Ergotherapie einen wesentlichen Teil des Gesamtbehandlungsplanes dieser Kranken und ist ein Teil der Leidensbehandlung, also keine Eingliederungsmassnahme der IV.
- 1017
1/05 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.

Ernährungsberatung

- 1018 Auf ärztliche Anordnung hin wird die Ernährungsberatung von der Invalidenversicherung bei Geburtsgebrechen, welche folgende Krankheiten beinhalten, übernommen:
1. Stoffwechselkrankheiten
 2. Krankheiten des Verdauungssystems
 3. Nierenerkrankungen

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.

Eurhythmie – Heileurhythmie

- 1019 Eurhythmie und Heileurhythmie gelten in der IV nicht als medizinische Massnahme.

Genetische und mitochondrische Abklärungen

- 1020
1/15 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.
- 7/16 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 resp. 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.

Hippotherapie – Ponytherapie

- 1021 Die Hippotherapie wird in der IV als eine anerkannte Behandlungsmethode bei zerebralen Lähmungen betrachtet (siehe Rz 390.5). Bei Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr kann sie auch bei *erworbenen* neuromotorischen Störungen übernommen werden, sofern Art. 12 IVG anwendbar ist.

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
1/18 in folgenden Fällen zu übernehmen:

Ziffer 247 GgV:

- Diese GgV-Ziffer erwähnt die hyaline Membrankrankheit und nicht die bronchopulmonale Dysplasie (BPD). Die BPD ist ein chronisches Leiden bei den Frühgeborenen und häufig – jedoch nicht immer – die Konsequenz der hyalinen Membrankrankheit. Daher wird die Synagis®-Impfung einzig dann übernommen, wenn die hyaline Membrankrankheit zu einer BPD führt.
- 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 2011¹ leiden. Bei Abweichungen von diesen Empfehlungen muss der behandelnde Arzt die Notwendigkeit der Impfung mit Synagis® begründen.

Ziffer 313 GgV:

- Bei Kindern bis zwei Jahren, die an einer nicht korrigierten Herzmissbildung 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.

Die Kosten werden nur übernommen, wenn die Invalidenversicherung die Rückvergütung vorgängig gutgeheissen hat.

Laminektomie

1024
1/17 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 und 5) (ZAK 1963 S. 450; ZAK 1969 S. 449; vgl. BGE 104 V 77).

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

1025 Pädagogisch-therapeutische Massnahmen gehen seit Inkraftsetzung der Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen dem Bund

¹ Jobe AH, Bancalari E. Bronchopulmonary dysplasia. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163:1723-9.

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.

Musiktherapie

- 1026
1/17 Die Musiktherapie stellt keine wissenschaftlich anerkannte medizinische Massnahme dar (ZAK 1988 S. 461).

Operationen mit kosmetischem Ziel

- 1027 Vorab ist das Vorliegen einer Invalidität in geeigneter Weise (z.B. mittels Fotografien oder persönlicher Vorladung) festzustellen (Rz 33).
- 1028 Plastische Operationen bei einer erheblichen Entstellung im Gesichts- und Halsbereich, die zu einer wesentlichen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit führen würden, können als medizinische Eingliederungsmassnahmen der IV übernommen werden, wenn sie einen relativ stabilisierten Defektzustand beseitigen (Rz 721/ 921f.).
- 1029
1/17 Plastische Operationen an der Mamma sind keine Massnahmen nach Art. 12 IVG (ZAK 1977 S. 111).

Organtransplantationen

- 1030.1
1/09 Organübertragungen 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 (Art. 2 Abs. 3 GgV Rz 1218).
- 1030.2.1
1/09 Die bei Lebendspendern anfallenden Kosten der Transplantatentnahme sind von der IV ebenfalls im

Rahmen von Art. 3 ATSG, Art. 13 IVG zu übernehmen, wobei ein Vorbehalt nach Art. 23 Abs. 4 IVV anzubringen ist.

- 1030.2.2
7/20 Die IV übernimmt eine Entschädigung für den gesamten Erwerbsausfall des Lebendspenders. Es handelt sich dabei nicht um ein Taggeld, und eine IV-Anmeldung des Spenders ist nicht notwendig.
- 1030.2.3
1/09 Die IV übernimmt weiter eine angemessene Entschädigung für anderen Aufwand des Lebendspenders, wie Reisekosten, 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 Transplantationsgesetz, Art. 12 Transplantationsverordnung).
- 1030.2.4
1/09 Bei Lebendorganspenden im Zusammenhang mit einem Geburtsgebrechen übernimmt die IV die Kosten für die Nachverfolgung des Gesundheitszustands des Spenders bis zum vollendeten 20. Altersjahr des Empfängers.

1031 aufgehoben

1032 aufgehoben

1033 aufgehoben

Osteosynthesen

- 1034 Die Osteosynthese bei Frakturen, auch bei verzögerter Heilung oder Pseudoarthrose, stellt einen Teil der Unfallbehandlung dar und ist keine Eingliederungsmassnahme der IV.

Osteotomie – Korrekturosteotomie

- 1035 Bei Folgen von Wachstumsstörungen, besonders der unteren Extremitäten, kann eine Osteotomie, die den

Ausgleich eines erheblichen Längenunterschiedes bezweckt, eine medizinische Eingliederungsmassnahme darstellen (siehe Rz 1013), jedoch nur, wenn keine einfachere Massnahme (z.B. Absatzerhöhung) zum gleichen Ziel führt.

- 1036 Korrekturosteotomien stellen in der Regel keine Eingliederungsmassnahme der IV dar (siehe Rz 733/933.1ff.).
- 1037 Osteotomien zur Verbesserung von O-Beinen (*genua vara*) und X-Beinen (*genua valga*) siehe Rz 738/938.3.

Physiotherapie

- 1038 Die Physiotherapie als medizinische Massnahme gemäss Art. 12 IVG ist nicht notwendigerweise und grundsätzlich eine medizinische Eingliederungsmassnahme. Sie wird erst zu einer solchen, wenn sie sich deutlich vom eigentlichen Behandlungsplan des primären Leidens abhebt, wenn sie sich gegen relativ stabilisierte krankhafte Zustände und unmittelbar auf die berufliche Eingliederung richtet (siehe Rz 60, 65 und 1004 ff.).
- 1039 Physikalische Therapie bei Unfallbehandlung stellt einen Teil der Unfallbehandlung dar und ist keine Eingliederungsmassnahme.
- 1040
1/18 Physiotherapie im Rahmen von medizinischen Massnahmen gemäss Art. 13 IVG ist nach den Vorgaben von Rz 14 zu verfügen. Physiotherapie im Rahmen von medizinischen Massnahmen gemäss Art. 12 IVG ist nach den Vorgaben von Rz 32 zu verfügen. In diesem Fall soll für die Physiotherapie wie für die anderen medizinischen Massnahmen Kostengutsprache erteilt werden). 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, wo-

bei auf eine nachvollziehbare Therapieplanung zu achten ist, aus der auch die Ziele der Behandlung hervorgehen.

- 1041 Physiotherapie bei progredienten Leiden des zentralen Nervensystems (multiple Sklerose, Syringomyelie u.a.) stellt einen Teil der Leidensbehandlung dar und geht nicht zulasten der IV.

Ponytherapie

- 1042 siehe Rz 1021.

Psychomotorik-Therapie

- 1043 Psychomotorik-Therapie (pädagogisch-therapeutische Massnahme) wird von der IV nicht übernommen (Art. 14 Abs. 1 Bst. a IVG).

1043.1 aufgehoben

1043.2 aufgehoben

1043.3 aufgehoben

1043.4 aufgehoben

1043.5 aufgehoben

Psychotherapie

1044 aufgehoben

- 1045
1/18 Die IV übernimmt die Psychotherapie, wenn die psychischen Störungen Symptome oder Folgen eines Geburtsgebrechens sind (siehe Rz 11).

Psychotherapie im Rahmen von medizinischen Massnahmen gemäss Art. 13 IVG ist nach den Vorgaben von Rz 14 zu verfügen. Psychotherapie im Rahmen von medizinischen Massnahmen gemäss Art. 12 IVG ist nach den Vorgaben von Rz 32 zu verfügen.

Bei erworbenen psychischen Leiden siehe Rz 76 und 645–647/845–847.3ff.

- 1046 Ist im Rahmen der Psychotherapie 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.
- Die Eltern können im Rahmen des Familiensettings bei den kinderpsychiatrischen Behandlungen 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.
- 1047 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 anerkanntem Aus- und Weiterbildungsdiplom ausgeführt. Dagegen übernimmt die IV keine Kosten für sonder- und sozialpädagogische Leistungen.
- Eine medizinische Massnahme der IV kann grundsätzlich auch zu Hause ausgeführt werden (sog. Hometreatment). Für den Entscheid über die Durchführung einer Massnahme zu Hause ist auf den Vorschlag des behandelnden Arztes und die persönlichen Verhältnisse der versicherten Person in angemessener Weise Rücksicht zu nehmen. Dies immer unter der Voraussetzung, dass die Massnahme für sich eine medizinische Massnahme ist (und nicht z.B. eine pädagogische), sie wissenschaftlich anerkannt, einfach und zweckmässig ist. Sind diese Voraussetzungen für eine Massnahme in der Praxis des Arztes (oder der medizi-

nischen Hilfsperson) erfüllt, dann sind sie es grundsätzlich auch für eine Durchführung zu Hause. Bei einem Hometreatment kann die IV die Wegentschädigung nur für den Arzt übernehmen; sie ist im Tarmed geregelt. Ein in der Arztpraxis angestellter Psychotherapeut, dessen Leistungen vom Arzt nach Tarmed abgerechnet werden, kann keine Wegentschädigung geltend machen. Die in eigener Praxis tätigen, IV anerkannten Psychotherapeuten können gemäss Tarifvertrag ebenfalls keine Reisezeit verrechnen. Physio- und Ergotherapeuten können gemäss dem jeweiligen Tarifvertrag eine Wegentschädigung verrechnen.

Sekundärnaht

- 1048 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

- 1049 Eine lumbosakrale Versteifungsoperation (zwischen Kreuzbein und unterer Lendenwirbelsäule vorgenommene Operation) kann eine medizinische Eingliederungsmassnahme darstellen.
- 1050 Bei ausgedehnten degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule stellt die Spondylodese eine Leidensbehandlung und keine Eingliederungsmassnahme der IV dar.

Spezielle Medikamente / Arzneimittel

- 1051.1
7/16 Rapamycine (Rapamune® / Sirolimus): Die Rapamycinsalbe für die Behandlung von Gesichtsangiofibromen bei Patientinnen und Patienten mit tuberöser Sklerose (oder Bourneville-Pringle-Syndrom) wird von der IV nicht übernommen, weil die Langzeitwirkung

dieses Präparates unklar bleibt und ausserdem noch keine einstimmige Empfehlung zu Dosierung und Applikationshäufigkeit besteht (fehlender Nachweis der Wissenschaftlichkeit, Urteil des BGer 9C_648/2014 vom 3. März 2015).

1051.2
7/16

Kalydeco® (Ivacaftor): Das Medikament Kalydeco® (Ivacaftor) wurde per 1. Januar 2015 in die Spezialitätenliste (SL) aufgenommen. Es ist indiziert bei Patientinnen und Patienten ab 6 Jahren mit cystischer Fibrose (CF, Mukoviszidose) mit einer G551D-Mutation im CFTR-Gen und wird demnach von der IV vergütet. Dabei sind die als Limitatio angegebenen Voraussetzungen in der SL zu beachten.

Ausserdem ist Kalydeco® von Swissmedic zur Behandlung von Mukoviszidose-Patienten ab 6 Jahren mit folgenden Mutationen im CFTR-Gen zugelassen: G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N und S549R. Zur Behandlung dieser Mutationen ist Kalydeco® (noch) nicht in die SL aufgenommen. Entsprechend ist die Vergütung fallweise zu prüfen, dabei gelten die Modalitäten gemäss Art. 71b der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV).

1051.3
1/17

Das Arzneimittel Hemangirol® ist seit dem 15.08.2014 von Swissmedic zur Behandlung proliferativer infantiler Hämangiome, die eine systemische Therapie erfordern, zugelassen. Es steht auf der Liste der Orphan Drugs. Hingegen wird es nicht in der Spezialitätenliste (SL) aufgeführt, so dass die Vergütung nicht zwingend ist und abgeklärt werden muss. In Anbetracht dessen, dass Hemangirol® als Orphan Drugs zugelassen ist und es bei medikamentöser Behandlung von Hämangiome (Ziffer 311 GgV) die Behandlung erster Wahl darstellt und zudem die Sicherheit und Wirksamkeit des Produkts erwiesen sind, wird die Kostenübernahme von Hemangirol® für Hämangiome (Ziffer 311 GgV) gemäss Indikationen von Swissmedic empfohlen.

1052 aufgehoben

Stillberatung

1053 Die (nichtärztliche) Stillberatung ist Bestandteil der
1/09 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; vgl. BGE 136 V 209).

Sympathektomie

1054 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.

Tympanoplastik

1055 In seltenen Fällen kann eine Tympanoplastik als IV-
1/03 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 wesentlich zu verbessern.

3. Teil

Eingliederungsrisiko gemäss Art. 11 IVG

1100–1108 aufgehoben (Streichung Art. 11 IVG per 1.1.2012)
3/12

4. Teil

Umfang und Durchführung der Massnahmen

- 1200 Die medizinischen Massnahmen der IV umfassen gemäss Art. 14 Abs. 1 IVG
- die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Spital- oder Hauspflege vorgenommen wird (mit Ausnahme der logopädischen und psychomotorischen Therapie), sowie
 - die Abgabe vom Arzt verordneter Arzneien und Durchführung von Analysen.

4.1 Behandlung durch Ärzte und Ärztinnen oder medizinische Hilfspersonen

- 1201 Zur Durchführung medizinischer Massnahmen der IV sind zugelassen:
- eidg. dipl. Ärzte/-innen und Zahnärzte/-innen
 - 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 (Person, die folgende Tätigkeiten ausübt: Krankenpflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Psychotherapie), welche die kantonalen Vorschriften betreffend die Berufsausübung erfüllen, sind – sofern eine ärztliche Anordnung vorliegt – ebenfalls zur Durchführung medizinischer Massnahmen ermächtigt.

-
- 1203
3/12
- 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.
- 1/18
- 4.2 Abgabe von Arzneien, Mittel- und Gegenstände und Durchführung von Analysen**
- 1205
1/18
- Die Versicherung übernimmt die Analysen, Arzneimittel und pharmazeutischen Spezialitäten, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben.
- Bei den für die Krankenversicherung massgebenden Listen (Arzneimittelliste mit Tarif [ALT], Spezialitätenliste (SL) und Analysenliste (AL) gelten die obgenannten Voraussetzungen als erfüllt.
- 1206
1/05
- 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 Versichertennummer der betroffenen Person und dem Vermerk «Betrifft IV».
- 1207
1/05
- Nährmittel, Diätetika, Kraftweine und Elixiere, Spirituosen, Mineralwasser, Frischhefepräparate, Kosmetika
-

und dergleichen werden, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, von der IV nicht übernommen (Ausnahme siehe Anhang 2, Beilagen 1 und 2).

1208
1/05 Hinsichtlich der in der 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 Produktegruppe) 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.

1209
3/12 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).

Voraussetzung ist, dass sie durch Ärztinnen und Ärzte mit einer in der KLV definierten Weiterbildung im entsprechenden komplementärmedizinischen Fachgebiet und die Anerkennung durch die entsprechende Fachgesellschaft ausgeführt werden.

1210
1/18 Die Akten von Off-Label-Use-Medikamenten², von Off-limitation-Use-Medikamenten³, Hors-Liste-Arzneimitteln⁴, sowie von wichtigen Unlicensed-Use-Präparaten⁵, müssen – nachdem diese vom RAD geprüft wurden – dem BSV unterbreitet werden.

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.

1211
1/18 Die Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL, Anhang 2 der Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) ist im Rahmen von medizinischen Massnahmen nach Art. 12 und 13 IVG auch in der Invalidenversicherung anwendbar. Dies gilt insbesondere für jene Mittel und Gegenstände, die in der IV weder als Hilfsmittel noch

² Art. 71a Abs. 1 KVV: Das Arzneimittel ist in der Schweiz zugelassen, die Anwendung liegt aber ausserhalb der Swissmedic-Zulassung (andere Indikation, Dosierung etc.)

³ Art. 71a Abs. 1 KVV: Das eingesetzte Arzneimittel ist in der SL gelistet und mit einer Limitation versehen. Die Anwendung erfolgt ausserhalb dieser Limitation.

⁴ 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.

⁵ 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.

als Behandlungsgeräte eingestuft werden können. Allfällige Limitationen in der MiGeL gelten auch für die Invalidenversicherung.

1212–1214 aufgehoben

4.3 Behandlungsgeräte

1215
1/18 Wird im Zusammenhang mit einer seitens der IV zugesprochenen 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 13 IVG und Art. 3 ATSG, zu Lasten der IV.

1216
1/03 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. 3 ATSG, Art. 13 IVG zu werten ist.

1217
1/05 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 usw.). 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.

4.4 Die Wissenschaftlichkeit, Einfachheit und Zweckmässigkeit der Behandlungsmethode

1218
3/12 Die medizinischen Massnahmen der IV müssen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 1 IVV, Art. 2 Abs. 3 GgV).

4.5 Die Spitalbehandlung

1219 Als Spitalbehandlung 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 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 billiger Weise Rücksicht zu nehmen (Art. 14 Abs. 3 IVG). Die persönlichen Verhältnisse sind nicht ausschlaggebend.

1221
1/17 Die Übernahme der Kosten eines Aufenthaltes in einer Kranken- oder Kuranstalt fällt nicht in Betracht, wenn die eigentliche Behandlung ebenso gut ambulant durchgeführt werden könnte.

Die tägliche Pflege stellt, da ihr kein therapeutischer Charakter zukommt, keine Behandlungsmassnahme dar (BGE 136 V 209 ff.).

1222
1/03

Dient der Aufenthalt in einer eigentlichen Kranken- oder Kuranstalt 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, wobei ein Anspruch auf die Leistungen wegen Hilflosigkeit für diese Zeit entfällt (Art. 42bis Abs. 4 IVG).

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.

1223

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 üblichen Wartung erschöpft.

- 1224 Werden bei einer Behandlung des Leidens an sich gleichzeitig andere Gebrechen (z.B. Geburtsgebrechen) behoben, so ist für die Leistungspflicht der IV der überwiegende Teil der Behandlung massgebend, der in der Regel auch die Indikation dafür gegeben hat.
- 1225 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 Leidensbehandlung abgeschlossen oder in den Hintergrund getreten ist.
- 1226 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).
- 1227 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 einer eigentlichen Kranken- oder Kuranstalt, sondern beispielsweise in einem Hotel oder in einer Ferienwohnung 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.
- 1228 Beim Aufenthalt in einer Kranken- oder Kuranstalt 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.
- 1229 Ist eine Heilanstalt aus betrieblichen Gründen (z.B. mangels eines Isolierzimmers) ausserstande, die Be-

handlung in einer allgemeinen Abteilung vorzunehmen, so gehen die Mehrkosten weder zu Lasten der IV noch zu Lasten des Versicherten.

Sofern mit einer Kranken- oder Kuranstalt eine Tarifvereinbarung besteht und diese keine anderslautende Bestimmung enthält, darf angenommen werden, diese Anstalt verfüge über eine allgemeine Abteilung.

- 1230 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 Bundesamt zu unterbreiten.
- 1231 Hinsichtlich eines Beitrages der versicherten Person an die Kosten von Unterkunft und Verpflegung bei Abklärungs- oder Eingliederungsmassnahmen von mehr als 90 Tagen Dauer siehe KSIH.

4.6 Hausbehandlung

- 1232 Eine ambulante medizinische Behandlung in einer Kranken- oder Kuranstalt liegt vor, wenn die versicherte Person die Nacht vor und nach der Massnahme zu Hause verbringt.
- 1233
3/12 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 IV-Rundschreiben Nr. 308, Kinderspitex-Leistungen nach Artikel 13 IVG in Verbindung mit Artikel 14 IVG).
- 1234 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.

4.7 Durchführung medizinischer Massnahmen im Ausland

4.7.1 Voraussetzungen

- 1235 Die medizinischen Massnahmen für in der Schweiz wohnhafte Versicherte sind in der Schweiz und nur in Ausnahmefällen im Ausland durchzuführen. Vorbehalten bleiben Massnahmen für im Ausland wohnhafte versicherte Schweizerbürger/-innen sowie besondere staatsvertragliche Regelungen.
- 1236 Die Gewährung von Versicherungsleistungen fällt ausnahmsweise in Betracht (Art. 23^{bis} IVV) wenn:
- 1237 – wegen der Besonderheit oder Seltenheit der Massnahme in der Schweiz keine entsprechende Behandlungsstelle oder keine Fachpersonen vorhanden sind;
- 1238 – 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.
- 1239 – *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, spezialisierte Kliniken im Ausland über mehr Erfahrung

auf dem Gebiet für seltene und komplizierte Operationen und in der Nachbehandlung verfügen und dadurch das Operationsrisiko nachweislich deutlich vermindert werden kann, oder bei einem längeren Geschäfts- oder Sprachaufenthalt im Ausland.

- 1240 Die medizinischen Eingliederungsmassnahmen im Ausland müssen einfach und zweckmässig und in der Schweiz wissenschaftlich anerkannt sein (Art 23^{bis} Abs. 1 IVV).

4.7.2 Umfang der Versicherungsleistungen

4.7.2.1 Behandlungskosten

- 1241 Bei Massnahmen gemäss Rz 1236ff. gewährt die IV grundsätzlich volle Kostendeckung.
- 1242 In Fällen gemäss Rz 1239 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, entstanden wären. Bei ambulanten Behandlungen sind die in der Schweiz gültigen Tarifansätze als Höchstgrenze anzuwenden.

4.7.2.2 Transportkosten einschliesslich Zehr- geld

- 1243 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.

- 1244 In Fällen von Rz 1239 können lediglich die notwendigen Kosten, die der Durchführung in der nächstgelegenen Behandlungsstelle der Schweiz entsprechen, vergütet werden.
- 1245 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.

4.7.2.3 Nachweis und Festsetzung der Kosten

- 1246 Es obliegt den Versicherten, alle für die Festsetzung der IV-Leistungen erforderlichen Unterlagen, wie Zeugnisse, Berichte, detaillierte Rechnungen usw. zu beschaffen und bei der IV-Stelle einzureichen.
- 1247 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) 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 vergüten:

1. Pro Spitalaufenthaltsstag die Tagespauschale des Universitätsspital Zürich.
2. Eventuelle ambulante Konsultationen vor und nach dem Spitalaufenthalt.

3. Reisekosten wie sie bei der Durchführung in der Schweiz entstanden wären.

4.8 Helikoptertransporte

1248.1
3/12

Die IV kann die Kosten von *Helikoptertransporten* unter den folgenden Voraussetzungen vergüten:

- wenn eine medizinische Notwendigkeit zur Verlegung von einem peripheren in ein zentrales Spital im Zusammenhang mit einer von der IV zu übernehmenden Behandlung besteht.
- 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 mit Adaptationsproblemen sind Strassentransporte von mehr als einer halben Stunde Dauer für die einfache Fahrt in der Regel zu belastend. Beträgt die Transportdauer voraussichtlich höchstens eine halbe Stunde, so ist ein Ambulanzfahrzeug einzusetzen.
- Helikoptertransporte können auch dann übernommen werden, wenn deren Kosten gleich hoch oder niedriger sind, als die Kosten anderer zweckmässiger Transportarten.

Der Helikoptertransport muss gegenüber der IV begründet werden: Grund des Transportes, Verlauf und durchgeführte Massnahmen bis zur Anforderung des Transportes. Medizinisch nachvollziehbare und dokumentierte Begründung, wieso kein anderes Transportmittel in Frage kommt.

1248.2
3/12

Die Kosten der «Mit»-Verlegung eines von der «Schwere» der Beschwerden im Sinne der IV nicht betroffenen Mehrlings (Zwilling, Drilling etc.) werden von der IV nicht übernommen.

5. Teil

Schluss- und Übergangsbestimmungen

Dieses Kreisschreiben tritt am 1.3.2012 in Kraft. Es ist auf alle in diesem Zeitpunkt noch nicht durch Beschluss erledigten Leistungsbegehren anwendbar.

Anhang 1

Gelöscht

1/18

Anhang 2

Diätetische Nahrungsmittel in der IV

- 3/12
- a) Bei Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr, die an einem Geburtsgebrechen leiden und deshalb auf ein Diätmittel mit Arzneimittelcharakter angewiesen sind, übernimmt die IV die in der Liste aufgeführten Mittel (siehe Beilage 1 a, b, c, d). Die Mittel müssen nachweisbar medizinisch notwendig und ärztlich verordnet sein. Die Verordnung muss die Dosierung der Diätmittel und die Dauer der Verabreichung beinhalten. Sie ist periodisch zu überprüfen.
 - b) Bei Gliadinintoleranz werden bei Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr an die Kosten für ärztlich verordnete und überwachte Spezialdiät jährliche Pauschalbeiträge ausgerichtet (siehe Beilage 2).
 - c) Bei angeborenen Aminosäuren-Stoffwechselkrankheiten, speziell Phenylketonurie, werden bei Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr die Kosten für ärztlich verordnete und überwachte Spezialdiät mit eiweissarmen Lebensmitteln vergütet (siehe Beilage 2).
 - d) Werden Diätmittel geltend gemacht, die in der Beilage 1 nicht aufgeführt sind oder für Geburtsgebrechen, für welche die Liste keine Abgabe vorsieht, sind die Akten zur Beurteilung der nachvollziehbaren medizinischen Notwendigkeit und Zweckmässigkeit dem RAD vorzulegen. Dieser prüft, ob die Präparate im direkten Zusammenhang mit dem verfügbaren Geburtsgebrechen stehen und im Sinne des Arzneimittelcharakters medizinisch notwendig seien. In Zweifelsfällen sind die Akten dem BSV zu unterbreiten.

e) Diätmittel, die in der Beilage 1 (Liste C) in der Liste der portionierten Diätetika» aufgeführt sind, werden auf 25 Tage pro Monat befristet, anstelle der üblicherweise notwendigen, nicht portionierten Diätmittel und nur auf ein konkret begründetes Gesuch hin verfügt. Eine Langzeit-Verfügung ist nicht zulässig.

7/16 f) Bei nachgewiesenen BH4-Synthesedefekten kann die IV nach ärztlicher Verordnung Sapropterin (Kuvan®) vergüten.

Versicherte mit einer Phenylketonurie (Phenylalaninhydroxylasedefekt) sprechen nur selten und dann meist partiell auf Sapropterin (Kuvan®) an. Die IV kann bei diesen Versicherten Sapropterin (Kuvan®) an Stelle von ärztlich verordneten eiweissarmen Diätmitteln (gemäss Beilage 1, Liste B und Beilage 2) vergüten, sofern sie vollumfänglich auf Sapropterin (Kuvan®) ansprechen (sog. full responders).

Bei gleichzeitiger Gabe von Sapropterin (Kuvan®) und Diätmittel übernimmt die IV übernimmt entweder die Kosten von Sapropterin (Kuvan®) oder der eiweissarmen Diätmittel.

Zusammengefasst: bei angeborenen und nachgewiesenen BH4-Synthesedefekten (auch bekannt als atypische Phenylketonurie); zudem bei Patienten mit Phenylketonurie, die voll auf Kuvan ansprechen müssen, d.h. sog. full responders sind, wird Kuvan® übernommen.

Beilage 1

Listen der Diätmittel und Medikamente bei Stoffwechselerkrankungen gemäss GgV

A) Produkteliste Diätetika bei Stoffwechselerkrankungen: Kohlenhydrat- und Fettsäureoxidationsstörungen

Die Mittel müssen nachweisbar medizinisch notwendig und ärztlich verordnet sein. Diese Verordnung muss die genaue Dosierung der Diätmittel und die Dauer der Verabreichung beinhalten. Sie ist periodisch zu überprüfen.

Krankheit	Eigenschaften Produkte	Produkte Milupa Metabolics / Nutricia	Produkte SHS / Nutricia	Produkte MetaX / Streuli/ Vitaflo / Nestlé / DEKAsvitamins.com) / Dr. G. Bichsel AG
Galactosämie	Galactosefreie Säuglingsmilch	Aptamil Pregomin AS (Milupa) basic-ch	Neocate	Alfamino (Nestlé)
Glykogenose I, III, VI, IX	Lactosefreie Säuglingsmilch Rasch verfügbare Kohlenhydrate Komplexe Kohlenhydrate, die langsam abgebaut werden	Aptamil Pregomin AS (Milupa)	Neocate Maltodextrin, Fantomalt	AL 110 (Nestlé); Glycosade (Vitaflo); Glycosade Lemon (Vitaflo); Maizena
MCAD	Rasch verfügbare Kohlenhydrate		Maltodextrin Fantomalt	
Andere Fettstoffwechselstörungen	Fettfreie Säuglingsmilch Säuglingsmilch mit MCT-Fetten MCT-Fett	basic-f	Monogen Liquigen	MCT procal (Vitaflo); KANSO MCT ÖL 100% (Dr. Bichsel AG)
Pyruvatdehydrogenasemangel GLUT-1-Defekt Epilepsie	Kohlehydrat-frei Kohlenhydrat-arm und fett-reich	basic-ch	Liquigen, Maltodextrin Ketocal 3:1, Calogen Ketocal advance 4:1	MCT procal (Vitaflo); KANSO MCT ÖL 100% (Dr. G. Bichsel AG)
Calciumstoffwechselstörung	Calcium-arm und Vitamin D-frei	basic-CaD		

Krankheit	Eigenschaften Produkte	Produkte Milupa Metabolics / Nutricia	Produkte SHS / Nutricia	Produkte MetaX / Streuli/ Vitaflo / Nestlé / DEKAsvitamins.com) / Dr. G. Bichsel AG
Cystische Fibrose	Energiereich mit Vitamin A, Vitamin D, Vitamin E und Natrium sowie all-in-one fettlösliche Multivitamine (A, D, E K u.a. Mikronährstoffe)	Cystilac	Maltodextrin, Liquigen, Calogen	DEKAsPlus Weichkapseln, Kautabletten, Flüssig (DEKAsvitamins.com); KANSO MCT Öl 100% (Dr. G. Bichsel AG)
Zur Energieergänzung allgemein	Kohlehydrate, rasch abbaubar, hochwertige Fette		Maltodextrin, Liquigen, Calogen	MCT procal (Vitaflo) Lipistart (Vitaflo); KANSO MCT Öl 100% (Dr. G. Bichsel AG)
Generell Substitution von Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen	Lactose- und glutenfrei, enthält geringen Mengen Fructose und Saccharose		Seravit	Advit 2 Advit 3 Advit 4

B) Produkteliste Diätetika bei Stoffwechselerkrankungen: Aminosäuren-Stoffwechsel

Die Mittel müssen nachweisbar medizinisch notwendig und ärztlich verordnet sein. Diese Verordnung muss die genaue Dosierung der Diätmittel und die Dauer der Verabreichung beinhalten. Sie ist periodisch zu überprüfen.

Krankheit	Eigenschaften Produkte	Produkte Milupa Metabolics / Nutricia	Produkte SHS / Nutricia	Produkte MetaX / Streuli / Vitaflo / Nestlé / Dr. G. Bichsel AG / Applied Pharma Research (APR)
Harnstoffzyklusdefekt	Essentielle Aminosäuren	UCD 1, UCD 2	E-AM 1, E-AM 2	L-Arginin, L-Citrullin MetaX plus8 KJ, MetaX plus8 A
Ahorsirupkrankheit	Isoleucin-, Leucin- und Valin-frei	MSUD 1-mix, MSUD 1, MSUD 2-prima, MSUD 2- secunda, MSUD 3-advanta	Nutricia MSUD 1-infant, ILV-AM 1, ILV-AM2, ILV-AM 3	L-Isoleucin, L-Valin: ZeroVIL Infant Mix LCP (MetaX), ZeroVIL K (MetaX), ZeroVIL J (MetaX), ZeroVIL A (MetaX)
Propionacidämie und Methylmalonacidurie	Isoleucin-, Methionin-, Threonin- und Valinfrei	OS 1, OS 2-prima, OS 2-secunda, OS 3-advanta	Nutricia OS 1-infant, IMTV-AM 1, IMTV-AM 2, IMTV-AM 3	L-Isoleucin, L-Valin
Isovalerianacidämie	Leucin-frei	LEU 1, LEU 2-prima	Nutricia LEU 1-infant, LEU-AM 1, LEU-AM 2	
Glutaracidurie	Lysin-frei	LYS 1, LYS 2-prima, GA 1, GA 2-prima	Nutricia GA 1-infant, LT-AM 1, LT-AM 2	
Homocystinurie	Methionin-frei	HOM 1-mix, HOM 1, HOM 2- prima, HOM 2-secunda, HOM 3-advanta	Nutricia HOM 1-infant, M-AM 1, M-AM 2, M-AM 3	L-Cystin
Tyrosinämie	Phenylalanin- und Tyrosin-frei	TYR 1-mix, TYR 1, TYR 2- prima, TYR 2-secunda, TYR 3- advanta	Nutricia TYR 1-infant, PT-AM 1, PT-AM 2, PT-AM 3	L-Phenylalanin
Phenylketonurie	Phenylalanin-frei	PKU 1-mix, PKU 1, PKU 2-Mix, PKU 2-prima, PKU 2-secunda, PKU 3, PKU 3-advanta	Nutricia PKU 1-infant, P-AM 1, P-AM 2, P-AM 3 P-AM maternal	XPhe Energy A XPhe Infant Mix, XPhe smart K, XPhe smart J, XPhe smart A, XPhe for 2, XPhe Kid; XPhe Energy Kid Neutral;

Krankheit	Eigenschaften Produkte	Produkte Milupa Metabolics / Nutricia	Produkte SHS / Nutricia	Produkte MetaX / Streuli / Vitaflo / Nestlé / Dr. G. Bichsel AG // Applied Pharma Research (APR)
				Mevalia PKU Balance Complete 0-1 ; Mevalia PKU Balance Complete 1+; Mevalia PKU Balance 1+; Mevalia PKU Balance 6+; Mevalia PKU Balance 14+, PKU GOLIKE PLUS 3-16 (APR), PKU GOLIKE PLUS 16+ (APR), PKU GOLIKE PURE 3+ (APR)
Bei allen angeborenen Aminosäuren-Stoffwechselstörungen	Protein-frei	basic-p	Energivit	
Kreatinin-Stoffwechseldefekt	Kreatin-reich			L-Ornithin, L-Arginin, L-Glycin, Créapure (AlzChem), Trostberg (Deutschland)
Zur Energieergänzung allgemein	Kohlehydrate, rasch abbaubar, hochwertige Fette		Maltodextrin, Liquigen, Calogen	
Generell Substitution von Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen	Lactose- und glutenfrei, enthält geringen Mengen Fructose und Saccharose		Seravit	Advit 2 Advit 3 Advit 4

C) Produkteliste Diätetika bei Stoffwechselerkrankungen: Aminosäuren-, Kohlenhydrat- und Fettsäureoxidationsstörungen portioniert

Übernahme dieser portionierten Diätmittel auf ärztliche Verordnung eines Stoffwechsellabors. Limitation auf maximal 25 Portionen pro Monat, sofern das Kind eine Mahlzeit am Tag ausser Haus einnimmt, anstelle der üblicherweise eingenommenen Diätmittel.

Krankheit	Eigenschaften Produkte	Produkte Milupa Metabolics / Nutricia	Produkte / SHS / Nutricia	Produkte MetaX/ Streuli Vitaflo / Nestlé / Dr. G. Bichsel AG
Harnstoffzyklusdefekt	Essentielle Aminosäuren		E-AM Anamix (1 Portion = 5.2g Protein)	EAA supplement (Vitaflo) (1Port. = 5g Protein); MetaX plus8 minis (1 Port. = 5g Protein); MetaX plus8 KJ (1 Port. =7g Protein); MetaX plus8 A (1 Port. = 7g Protein)
Ahornsirupkrankheit	Isoleucin-, Leucin- und Valinfrei		ILV-AM Anamix (1 Portion = 10g Protein); MSUD Lophlex LQ 20 Juicy (1 Portion = 20g Protein)	MSUD cooler 10, 15, 20 (Vitaflo) (1 Port. = 10, 15, 20g Protein); MSUD express 15, 20, (Vitaflo) (1 Port. = 15, 20g Protein); MSUD gel (Vitaflo) (1. Port. = 24g Protein); ZeroVIL K (MetaX) (1 Port. = 5g prot); ZeroVIL J (MetaX) (1 Port. = 10g prot); ZeroVIL A (MetaX) (1 Port. = 10g prot); ZeroVIL smart A (MetaX) (1 Port. = 20g prot); ZeroVIL minis (MetaX) (1 Port. = 5g prot)
Isovalerianacidämie	Leucin-frei			IVA cooler 15 (Vitaflo) (1 Port. = 15g Protein)
Glutaracidurie	Lysin-frei			GA express 15 (Vitaflo) (1 Port. = 15g Protein); GA gel (Vitaflo) (1 Port. =

Krankheit	Eigenschaften Produkte	Produkte Milupa Metabolics / Nutricia	Produkte / SHS / Nutricia	Produkte MetaX/ Streuli Vitaflo / Nestlé / Dr. G. Bichsel AG
Homocystinurie	Methionin-frei		M-AM Anamix (1 Portion = 10g Protein) HCU Lophlex LQ 20 Juicy (1 Portion = 20g Protein)	24g Protein) HCU cooler 10, 15, 20 (Vitaflo) (1Port. = 10, 15, 20g Protein); HCU express 15, 20 (Vitaflo) (1Port. = 15, 20g Protein); HCU gel (Vitaflo) (1 Port. = 24g Protein)
Tyrosinämie	Phenylalanin- und Tyrosin-frei		PT-AM Anamix (1 Portion = 10g Protein) TYR Lophlex LQ 20 Juicy (1 Portion = 20g Protein)	TYR cooler 10, 15, 20 (Vitaflo) (1 Port. = 10, 15, 20g Protein); TYR express 15, 20 (Vitaflo) (1 Port. = 15, 20g Protein) ; TYR gel (Vitaflo) (1 Port.= 24g Protein)
Phenylketonurie	Phenylalanin-frei	PKU 2-Fruta (1 Portion = 14g Protein) ; PKU 2-shake (1 Portion = 14g Protein); PKU 2-mix vanilla (1 Portion = 6g Protein) ; PKU 2-activa (1 Beutel = 14g Protein) ; PKU 3-tablets (10 tablets = 3.5g Protein) ; PKU 3-shake (1 Portion = 21g Protein); PKU 3-activa (1 Portion = 21g Protein) ; PKU 3-tempora (1 Portion = 14g Protein) ;	P-AM Anamix (1 Portion = 10g Protein); PKU Lophlex Pulver 20 (1 Portion = 20g Protein); P-AM Easiphen (1 Portion = 12.5g Protein); PKU Anamix junior LQ (1 Portion = 10g Protein); PKU Lophlex LQ 20 (1 Portion = 20g Protein) ; PKU Lophlex LQ 10 Juicy (1 Portion = 10g Protein) ; PKU Lophlex LQ 20 Juicy (1 Portion = 20g Protein) ; PKU Lophlex Sensation 20 (1 Portion = 20g Protein); P-AM add-ins (1 Portion = 10g Protein)	XPhe Hello 10 Blau (1 Port. / Riegel = 10g Protein); Xphe smart K (1 Port. = 5g Protein); XPhe smart J (1 Port. = 10g Protein); Xphe smart A (1 Port. = 20g Protein); XPhe for 2 (1 Port. = 10g Protein); XPhe jump 10 (1 Port. = 10g Protein); XPhe jump 20 (1 Port. = 20g Protein); XPhe mini A (1Port. = 10g Protein); XPhe Energy K (1 Port. = 5g Protein); XPhe Energy J (1 Port. = 5g Protein); XPhe Energy A (1Port. = 10g Protein);

Krankheit	Eigenschaften Produkte	Produkte Milupa Metabolics / Nutricia	Produkte / SHS / Nutricia	Produkte MetaX/ Streuli Vitaflo / Nestlé / Dr. G. Bichsel AG
				XPhe Kid (1 Port. = 5 g Protein); XPhe Energy Kid Neutral (1 Port. = 5 g Protein); PKU cooler 10, 15, 20 (Vitaflo) (1 Port. = 10, 15, 20g Protein); PKU explore 5 (1 Port = 5 g Protein) 30 x 12.5 g; PKU express 15, 20 (Vitaflo) (1 Portion = 15, 20g Protein); PKU gel (Vitaflo) (1 Port. = 24g Protein); PKU squeeze (Vitaflo) (1 Port. = 10g Protein) ; Mevalia PKU Motion Tropical 20 (30x140ml) ; Mevalia PKU Motion Tropical 10 (30x70ml) ; Mevalia PKU Motion Red Fruits 20 (30x140ml) ; Mevalia PKU Motion Red Fruits 10 (30x70ml)
Pyruvatdehydrogenasemangel GLUT-1-Defekt Epilepsie	Kohlehydratfrei Kohlenhydratarm und fettreich		Ketocal advance 4:1 LQ Multi fibre	
Propionazidämie und Methylmalonazidurie	Methionin-, Threonin- oder Valinfrei, sehr geringe Konzentration an Isoleucin			MMA-PA Cooler15 Red (Vitaflo)

D) Produktliste bei Stoffwechselerkrankungen: Medikamente

Die Mittel müssen nachweisbar medizinisch absolut notwendig und ärztlich verordnet sein. Diese Verordnung muss die genaue Dosierung und die Dauer der Verabreichung beinhalten. Falls die hier aufgeführten Medikamente den Gebrauch von Diätmitteln reduzieren, oder ersetzen, können deren Kosten von der IV höchstens im Betrag der auch ohne diese Medikamente notwendigen und verordneten Diätmittel, übernommen werden. Die Notwendigkeit, die ärztliche Verordnung (Dosierung, Dauer etc.) sind periodisch vom RAD zu überprüfen.

Krankheit	Wirkstoff	Eigenschaften	Verabreichungsart	Produkt / Hersteller
Harnstoffzyklusdefekte	Na-Benzoesäure	Entgiftung von Ammoniak (NH ₃)	p.o. und i.v.	(Kantons)Apotheken
andere Hyperammonämien	Na-Phenylacetat	Entgiftung von Ammoniak (NH ₃)	nur i.v.	(Kantons)Apotheken
(z.B. bei Organoazidurien)	Na-Phenylbutyrat	Entgiftung von Ammoniak (NH ₃)	nur p.o.	Ammonaps (SOBI) Buphenyl, Ambutyrate
	Carbamylglutamat	Ankurbelung Harnstoffzyklus -> Entgiftung von Ammoniak (NH ₃)	nur p.o.	Carbaglu (Orphan Europe)
Tyrosinämie Typ I / Alkaptonurie	NTBC	Blockade im Tyrosinabbau -> Verhinderung Akkumulation toxischer Intermediärprodukte	p.o.	Orfadin (SOBI)
Homocystinurien / Cobalamin-SW-Störungen	Betain	Senkung Homocystein	p.o.	Cystadane (Orphan Europe)
Organoazidurien / Fettsäureoxidationsstörungen	Carnitin	Ersatz von verlorenem Carnitin	p.o. und i.v.	Carnitene Sigma-Tau
Defekt in der BH ₄ -Synthese	Sapropterin	Ersatz BH ₄	p.o.	Kuvan (DRAC AG)
Phenylketonurie	Sapropterin	Bei full responders an Stelle der Diätmittel	p.o.	Kuvan (DRAC AG)
Biotinidasemangel	Biotin	Ersatz von Biotin	p.o.	Biotin Biomed forte (Biomed AG)

Beilage 2

Folgende Pauschalbeiträge werden lediglich bei Gliadinintoleranz gewährt:

<i>Altersklassen</i>	<i>Fr. pro Jahr</i>
1 – 2 Jahre	600.–
3 – 6 Jahre	700.–
7 – 12 Jahre	1'050.–
13 – 20 Jahre	1'450.–

IV-Diätpauschale bei Coeliakie (Gliadinintoleranz) können gewährt werden, sobald dieses Leiden im Sinne der Rz 279 KSME ärztlich ausgewiesen ist. Bis zum absolvierten 15. Altersjahr muss über die Notwendigkeit der Diät alle 5 Jahre, danach alle 2 Jahre eine ärztliche Bestätigung eingeholt werden.

Auf die Einforderung von Zahlungsbelegen für Diätahrungsmittel kann verzichtet werden.

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 3

Der Anhang 3 «Weisungen zur Hauspflege (Art. 4 IVV)» wurde per 1. Januar 2004 aufgehoben.

Anhang 4

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

Die Liste der von der IV anerkannten Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden ist auf der Homepage der SSO (<http://www.sso.ch>) publiziert und wird regelmässig aktualisiert.

Anhang 5

**Der Anhang «Hinweise auf Urteile des EVG» wurde
per 1. Januar 2017 aufgehoben**

Anhang 6

Verzeichnis der Fälle, die dem BSV zu unterbreiten sind

Die nachfolgende Liste ist nach Randziffern geordnet.
Der Unterbreitung sind in jedem Falle die vollständigen Akten des Versicherten beizulegen.

Randziffer		Seite
3	Eindeutige Geburtsgebrechen, die nicht im Anhang zur GgV enthalten sind (siehe indes auch Rz 10)	A 2
1210	Off-Label-Use-Medikamente i.w.S.	G 3
1240	Massnahmen im Ausland nach Art. 23 ^{bis} IVV bei in der Schweiz wohnhaften Versicherten	G 11

Anhang 7

Ziffer 404 GgV Medizinischer Leitfaden

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 Entscheid 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 ein Entscheid gegen das Kind oder eine Verneinung seiner Behandlungsbedürftigkeit, sondern ein versicherungsrechtlicher Entscheid 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 Anerkennungs voraussetzungen 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 Behandlung⁶ stattfand. Bei der Diagnosestellung reicht es nicht aus, eine ADS-Symptomatik als

⁶ 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 Zusage 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 ist eine normale Intelligenz. Hierzu gibt es viele Verfahren: K-ABC, HAWIK IV, ids (Intelligence and Developmental Scales) etc.

Hier liegen verschiedene Interpretationen vor: gemäss einem 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.

Stichwörterverzeichnis

Die angeführten Zahlen bedeuten Randziffern

A

- Ablatio retinae (Netzhautablösung) 661.1, 661.17,
 Absatzerhöhung 1035
 Achselfalten 102
 Adaptionsstörungen 494
 Adäquate Ursache oder Teilsache
 Adie-Syndrom 390.2
 Adoleszentenkyphose 736
 Ärztliche Kontrollen (Überwachung) 14, 16/17
 Ästhetische Massnahmen 721
 Aganglionose 278
 AIDS 490
 Aktivitätsdauer 67, 68
 Akupunktur 1000
 Akzessorische Behandlung 76
 Alagille-Syndrom 291
 Albee-Knochenkeil 738
 Alkoholismus 645–647
 Allergien 621–625
 Allgemeine Abteilung 1228 ff, 1242
 Alport-Syndrom 341
 Alveolarrand 123
 Amastia congenita 113
 Amblyopie 427.1
 Ambulante Behandlung (Begriff) 1232
 Amelien 176
 Amelogenesis imperfecta 205
 Aminosäuren-Stoffwechsel 452
 Amotio retinae (Netzhautablösung) 661.1, 661.17
 Amputation 46, 738.8, 1001/2
 Amyotrophische Lateralsklerose 655–57
 Anaemien 323
 Analprolaps 276
 Analysen, Analysenliste 1205 / 1206
 Aneurysmatische Knochenzysten 123
 Anisometropie 425.4
 Anorexia mentalis 645–647.7
 Anthroposophische Medikamente 1209
 Antidekubitusmatratze 184
 Antikoagulation 655–57
 Antikörper 325.1, 490.1
 Apert-Syndrom 123
 Aplasie, aplastische Wirbel 113, 152, 190
 Apnoen 494
 Apoplexie 44
 Arachnoidalzyste 381.1/2
 Arteriosklerose 44, 655–57.2,3
 Arthritis 731
 Arthrodesen 52, 57, 732.6, 1003
 Arthrosen 732, 733, 738/938.3, 1003, 1049
 Arzneien 1205ff, 1218, 1233
 Arzneimittelliste (ALT) 1205
 Asphyxie 494, 497.1
 Ataktische Bewegungsstörungen 390.1ff
 Ataxien 390.1ff, 1043.3
 Atemnotsyndrom 247.1, 494 497.2–4, 499

Athelia congenita 113
 Athetosen, athetotische Bewegungsstörungen 390.1ff, 1043.3
 Atmungsorgane, Atemwege 691
 Aufenthaltskosten für Begleitpersonen 1227/28
 Aufrichtekorsett 736.2
 Augenleiden 411–428.1ff, 661/861
 Ausbildungsfähigkeit 35
 Autismus-Spektrum-Störungen 405

B

Badekuren 732/932, 736/936, 1004ff, 1218, 1227
 Bänder 731–738, 856
 Bandscheiben, Bandscheibenvorfall (Diskushernie) 731–738, 736, 1024
 Beachtliche Gründe 1239
 Begleitpersonen 1227/28
 Behandlung des Leidens an sich (Begriff) 30, 36ff
 Behandlungsgeräte 1215ff, 459.2
 Behandlungskosten (siehe Kostenregelung) 14
 Behandlungsmöglichkeit 14, 16
 Bewegungsapparat, Bewegungsorgane 731–738
 Bewilligung zur Berufsausübung 1201ff
 Binokularsehen 37
 Biometrie 661.7
 Biopsie 279
 Blockwirbel 152

Blutbildende Organe, Krankheiten 631
 Blutkrankheiten 631
 Botox®, 390.8
 Bobaththerapie 489.4
 Bridenileus 277
 Bronchiektasien 241

C

Camurati-Engelmann, progressive diaphysäre Dysplasie 461
 Cardiainsuffizienz 280
 Cardiomyopathien 313
 Carpaltunnelsyndrom 1011
 Cataracta secundaria 661.4
 Causalgie 1053
 Cerebrovaskuläre Erkrankungen 655–657/855–857.1ff
 Cheilo-gnatho-palatoschisis 201
 Chiropraktik 1201
 Cholesteatom 56, 671/871.3, 1055
 Chondropathia patellae 738.7
 Clavicula 172
 Clear lens extraction 661.4
 Coats Morbus 420
 Cochlea-Implantat 445, 671 / 871.4
 Coecum mobile 276
 Coeliakie 279
 Condylus femoris lateralis 177.1
 Coronarinsuffizienz 682.1 ff
 Coxa antetorta aut retrotorta 171
 Coxarthrose 732/932, 733/933
 Crura vara (O-Beine) 738.3

Cystische Fibrose 459.3

D

Darmlageanomalien 276

Dauercharakter einer Behandlung 63

Débilité motrice 1043.1

Defekte, stabile, siehe stabile Zustände 37

Degeneration, tapetoretinale 661 / 861.4

Dentindysplasie 205

Dentinogenesis imperfecta 205

Dermoidzysten 103

Derotationsosteotomie 171

Destillationsapparate 1215

Diabetes insipidus 341, 462

Diabetes mellitus 5, 451.1ff

Diabetische Retinopathie 661.4

Dialysen 1010

Diastematomyelie 381.1/2

Diät, diätetische Nahrungsmittel diätetische Behandlung 1205, 1207

Digitus superductus 177.1

Diskushernie (Bandscheibenvorfall) 736, 1024

Doppelbehandlung 1211

Dorsale Spondylodese 736.7

Dreipunktekorsett 736.2, 737.2

Drogenabhängige Neugeborene 498.3

Drohende Erwerbsunfähigkeit / Invalidität 35

Dünndarmbiopsie 279

Dyslexie 1032

Dysmelien 176

Dysostosen 11, 123, 172

Dysplasia coxae congenita 183.1ff

Dysplastische Wirbel 152

Dystrophia musculorum progressiva 184

Dystrophia myotonica 184

E

Eigenblutspende 1012

Einäugigkeit 661/861.10

Eingliederung nach Art. 12

– Beurteilungskriterien 32

Eiweiss-Stoffwechsel 452

Elixiere 1207

Eltern als medizinisches Hilfspersonen 1223

Elternberatung bei Psychotherapien 1046

Embryopathie 10, 493

Emphysem 242

Encephalitis lethargica 655–657.3

Encephalocoele 381.1/2

Encephalomyelitis disseminata 655–57.3

Endocarditisprophylaxe 313

Enteropathien 326.1

Entzündungen 691

Enzymopathien (Enzymdefekte) 323, 452

Epilepsie (erworbene) 654

Epilepsien 8, 387.1ff, 404.10, 654

Epiphysenlösung 53, 734

Epiphysiodese 1013

Epulis beim Säugling 22

Erethisches und apathisches Verhalten 403.1ff

Ergotherapie 1014ff

Ernährungsberatung 1018
 Ernährungskrankheiten 621–
 625
 Erwerbsfähigkeit 30ff, 64ff
 Erwerbstätigkeit 33ff, 54, 71
 Erwerbsunfähigkeit (drohende)
 34, 35
 Erythrozytopathien 323
 Eurhythmie – Heileurhythmie
 1019
 Exostosen 738
 Exsudative Enteropathien
 326.1

F

Faltenhals 102
 Femoralhernie 276
 Femurcondylus 738/938.5
 Ferienlager 324.1, 459.3
 Ferienwohnung 1227
 Fernröntgenbilder 208–210.3
 Fibroplasia retrolentalis 420
 Fibrose, zystische 459.3
 Finger, schnellender 191
 Foetopathien 493
 Fraktur, Frakturbehandlung 57
 Frauenmilch 278, 494
 Frischhefepräparate 1207
 Frühkindliche primäre Psycho-
 sen 406
 Fruktose-Intoleranz 451.1ff
 Fuss skelettdeformitäten 177.1

G

Galaktosämie 451.1ff
 Gallenwege 291
 Ganglienzell–Anomalien 278

Gastrooesophagealer Reflux
 280
 Geburt, Begriff der Voll-
 endung 4
 Geburtsgebrechen 1ff
 – Abrenzung angeboren oder
 erworben 7ff, 22
 – Begriff und Grundsatz 4, 22
 – Behandlungsanspruch 14ff
 – Folgeschäden 11, 12
 Gefässmissbildungen/-anoma-
 lien 313, 655–657
 Gefässverschluss 655–657.2
 Gehirnleiden 641–644
 Gehörleiden 1055
 Geisteskranke 1016
 Gelenkrheumatismus (JCA)
 731
 Gelenkschoner, Gelenkschutz-
 kappen 324.2
 Gelenksendoprothesen 731
 Gelenkversteifung 732.3,
 736.7, 1003,
 Genetische Abklärungen 1020
 Genua vara (O-Beine) 1037
 Gerinnungsfaktordefekte
 324.1/2
 Geschlechtsorgane 711
 Gesundheit, Erhaltung der 38
 Glaucom (Grüner Star) 661.1
 Gleitsichtgläser 661/861.15
 Gliadinintoleranz 279
 Glomerulopathien 341
 Glutenfreie Diät 279
 Gocht (Operation nach)
 738/938.6
 Gonadotropin 355
 Gonarthrosen 733/933
 Grauer Star (Katarkat)
 661/861.4ff
 Grüner Star 661/861.1+4

Guillain-Barré (Polyradiculitis)
604

H

Habituelle Luxationen 738.5
Habituelle Patellarluxation 41ff,
177.4

Haematurien 341

Haemodialysen 1011

Haemoglobinopathien 323

Haemolytische Anämien 323

Hallux valgus 177.1, 738.4

Hämophilien 324.1/2

Harn- und Geschlechtsorgane
711/911

Harnstoff-Zyklus-Störungen
452

Harrington-Operationen 737.3

Hausbehandlung/Hauspflege
1200, 1220, 1232ff

Hausgeburt 495ff

Haut- und Unterhautzellge-
webe 721

Haverich-Dreiräder 1215

Heilanstalt 1222, 1229

Heileurhythmie 1019

Heilgymnastik 1007, 1202

Helikoptertransporte 1248

Heimmonitoring 247.3, 495,
497–499

Hemianorchie 355, 466

Hemiplegie/parese 60

Hereditäre Nephritis 341

Hernien 276

– Hernie epigastrica 190

– Hernia inguinalis media-
lis 190

Herz, Herzfehler, Herzleiden,
Herzmissbildung 313, 682.1ff

Herzklappenprothesen 682.1/2

Hiatushernie 280

Hilfspersonen 1200ff, 1223

Hippotherapie 390.5, 1021

Hirnfarkt, ischämischer 655–
657.3

Hirnlokales Psychosyndrom
404.1ff

Hirntumoren 384, 655–657.3

HIV-Infektion 326.3, 490,

Homöopathische Medikamente
1209

Hornhaut (-narben) 661.2

Hornhautübertragung (Kerato-
plastik) 661.2

Hörgeräte, knochenverankerte
444.3, 671.5

Hüftdysplasie/-luxation 183.1 ff
Hüftgelenk/Hüftprothesen
732/932

Hühnerbrust 164

Hyaline Membranen 247.1,
497.4, 499

Hydrocephalus 655–657, 1238

Hydromyelia 381.1/2

Hyperammoniämien 452

Hyperbilirubinaemia neonati
325.1–3

Hypercalzämie 341

Hyperodontie congenita 206

Hydroxalurie, primäre 451.1ff

Hypocalcämie 494, 498.1/2

Hypoglykämie 498.2

– Leucin sensible 451.1ff,

– Mc Quarrie 451.1ff,

– Zetterstroem 451.1ff,

Hypomagnesieämie 494

Hypoparathyroidismus 498.1

Hypophosphatasie 461

Hypophysärer Zwergw. 462

Hypothalamohypophysäre
Funktionen 462
Hypotonie 390.2

I

Idiopathische Lungensequestrierung 245
Idiopathische Skoliosen 737
Ileus des Neugeborenen 277
Immun-Defekt-Syndrom (IDS) 326.1
Impfungen 1023
Infekte 48, 495
Infektionskrankheiten 38, 46, 56, 326.1, 493, 601–604/801–804, 1001
Inhalationsapparate 1215
Inhibition motrice 1043.1
Instabilité motrice 1043.1
Intensivbehandlung 494, 495ff
Interkurrente Leiden 12
Invalidität
– Begriff 32, 35
– drohende 35
– Eintritt 35
Invaliditätsprophylaxe 38
Iris-Claw-Linse 661.19
Ischämischer Hirninfarkt 655–657.3
Isolierzimmer 1229

J

Jerwell-Langue-Nielsen 313
JCA (Juvenile chronische Arthritis) 731.2

K

Kallmann-Syndrom 462
Kamptodaktylie 177.1
Karenzfrist 56ff, 645–647.5
Karies 21, 201
Katarakt (Grauer Star) 661/861.4ff
Kehlkopfoperationen 1032
Keilwirbel 152
Keloide 721.2
Keratoglobus 661.2
Keratokonius 661.2
Keratoplastik (Hornhautübertragung) 661.2
Kinderlähmung (Poliomyelitis) 60, 65, 603, 683–685
Kleinwuchs renaler 341.2
Klippel-Feil 152
Klopftherapie/Klopfapparate 459.2
Klumpfuß 182.1
Kniearthrodesen 733.1
Knöchernes Skelett 731–738
Knorpel 731–738
Kohlenhydrat-Stoffwechsel 451.1
Kompressionsvernebler 459.2
Konzentrationsstörungen 404.5
Korrekturbrillen 425.4, 1215
Korrektur relativ stabiler Defektzustände oder Funktionsausfälle 36ff
Kosmetika 1207
Kosmetische Operationen 1027ff
Kostengutsprachen 1208
Kraftwein 1207
Krampfadern 52
Krampfanfälle 498.1

Kranken- oder Kuranstalt 1222,
1227ff

Krankenpflege, tägliche 1221

Krankheiten des Blutes und
der blutbildenden Organe
631

Krankheiten und Behandlung
ohne Leistungspflicht 21

Kreislaufstörungen 683

Kreislaufsystem 682

Krogius (Operation nach)
738.6

Kryptorchismus 355

Künstliche Beatmung 47,

Künstliche Herzklappen 682

Künstliche Nieren 1012

Kunststofflinsen 661.8

Kuranstalt 1222

L

Labiles pathologisches Ge-
schehen

Labrum glenoidale 738.5

Lähmungen 60, 64, 71, 77, 80,
603/604, 655–57.1ff, 1043.3

Laktose-Malabsorption 451.1ff

Laminektomie 736.5, 1024

Laparoschisis 302

Larvierte oder maskierte Epi-
lepsie 387.4, 387.8

Latente oder bioelektr. Epilep-
sie 387.2

Lateralsklerose 655–657.3

Leberruptur 499

Leidensbehandlung 36ff

Leihweise Abgabe von Hilfs-
mitteln 1217

Leistenhernien 190, 1224

Lern- und Verhaltensstörungen
387.5

Leucin sensible Hypoglykämie
451.1ff

Linea alba 190

Linsenverlagerung 661.18

Lipoidnephrosen 341

Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte
201

Listeriose 493

Lues congenita 493

Lungenruptur- und Lungenblu-
tung 499

Lungensequestrierung 245

Luxatio coxae congenita
183.1ff

M

Macroglossia congenita 214

Mamma-Operationen 1029

Manisch-depressives Krank-
sein 641–644

Maskierte Epilepsie 387.4 /
387.8

Massnahmen im Ausland
1235ff

Mc Quarrie, Hypoglykämie
451.1ff, 494, 498.2

Medikamente 1205ff

Medizinische Hilfspersonen
1200ff

Membranen, hyaline 247.1,
497.4, 499

Meningocele 381.1/2

Meningoencephalitis 654

Mietkosten 278

Mietweise Abgabe von Gerä-
ten 1217

- Milch, Milchpulver 278, 451.1, 494
 Milchaspiration 497.3
 Milchpumpe 278, 494
 Milzruptur 499
 Versicherten bis zum vollendeten 20. Lebensjahr 53
 Minimale Erwerbsfähigkeit 66
 Mongolismus (siehe Trisomie 21)
 Monitoring 17, 247.3
 Morbus Coats 420
 Morbus haemolyticus 325.1
 Morbus Köhler 177.5
 Morbus Perthes 735
 Morbus Scheuermann 736
 Morphaea 721.3
 Mucoviscidose 459.1/3, 1215
 Multiple Sklerose 655–657, 1041
 Musculus transversus abdominis 190
 Musiktherapie 1026
 Muskelaplasien 190
 Muskuläre Hypotonie 390.2
 Myatrophische Lateralsklerose 655–657.3
 Myelomeningocele 381.1/2, 655–657.3
 Myofunktionelle Therapie 208–210.6
 Myopathien 184
 Myopie-Linse 661.19
- N**
- Nabelhernie 302
 Nachimplantation von Kunststofflinsen 661.12
 Nachstarmembranen 661.4/6
- Naevus flammeus 109
 Nahrungsmittel 1207
 Narben, störende 721
 Narkolepsie 390.2
 Narkose 13, 403.2
 Nephrotisches Syndrom 341
 Nervenkompressionssyndrom 1010
 Nervennaht, Nervenplastik 49, 1048
 Neugeborenenileus 277
 Neurofibrom 11, 481
 Neurologische Schädigungen 499
 Neuropsychologische Abklärung 387.16
 Neuropsychologische Therapie 655–657
 Neurosen, neurot. Entwicklung 76, 645–647
 Nierenruptur 499
 Nierentransplantation 1030
- O**
- O-Beine (Crura vara/genua vara) 738.3, 1037
 Obstruktive Cardiomyopathien 313
 Oculo-cerebrorenales Syndrom Lowe 452
 Ohrleiden 443ff, 671/871, 1051, 1055
 Omphalozele 302
 Operabilität Abklärung 81
 Operationen 18, 53, 1051 ff
 – aus ästhetischen Gründen 1037 ff
 – mit kosmetischem Ziel 1027ff

- Orchidopexie 355
Organische Psychosen 641–644
Organtransplantationen 1030
Orthophonie 1031ff
Os naviculare cornutum 177.1
Os tibiale externum 177.1
Os vesalianum 177.1
Osteochondrosen 736
Osteodystrophia Jaffé-Lichtenstein 461
Osteoklastom 123
Osteotomien 20, 1035ff
- P**
- Pädoaudiologische Abklärungen 444.2
Palmaraponeurose 738.8
Paralysen 397
Paraplegie, Paraplegiker 856.1ff
Parasitäre Krankheiten 38, 601
Paresen 397, 428
Parenterale Ernährung (PEH) 1233
Patella alta 177.4
Patella/Patellarluxation 177.4, 738.7
Patelladysplasie (Typus Wiberg) 177.4
Periphere Zirkulationsstörungen 683–685
Persönlichkeitsstörungen 641–644
Perthes'sche Krankheit 735
Pes equinovarus congenitus 182.1
Phenylketonurie 452
Phobien 645–647.7
Phokomelien 176
Phototherapie 325.3
Physikalisch-therapeutische Massnahmen 1007, 1038/39
Physiotherapeuten 1202
Plastische Operationen 738.6, 1027ff
Plattfuss 193
Poland-Syndrom 113, 177.4, 190
Poliomyelitis (Kinderlähmung) 61, 603, 683–685
Polyarthritis 731
Polysymptomatische Geburtsgebrechen 10
Ponytherapie 1021, 1042
Präauriculäre Fistel 443
Prader-Willi-Syndrom 462
Primär chronischer Gelenkrheumatismus 731
Primäre ciliäre Dyskinesie 247.5
Primäre pulmonale Hypertension 313
Privatabteilung 1228
Probebrillen 661.14
Pseudodebilität 645–647.6
Psoriasis (Schuppenflechte) 731
Psychische Störungen 1045
Psychomotorische Störungen 1043.1ff, 1043.2
Psychoorganisches Syndrom (POS) 404.1ff, 1043.5
Psychopathien 645–647
Psychosen 641–644, 1043.4
Psychotherapeuten 1202
Pterygien 102
Pupillotonie (Adie-Syndrom) 390.2

Putti-Pratt (Operation nach)
738.6

Q

Querschnittlähmung 60

R

Rachitis 461

Reflux 280, 346

Refraktionsanomalien 11,
425.1ff, 661/861.18

Reintonschwellenaudiogramm
444, 671.1

Reisekosten 1243ff

Reittherapie 390.5, 1021

Reizleitungsstörungen 313

Renaltubuläre Azidosen 341

Respiratorische Adaptations-
störungen/Respiratorische
Insuffizienz 494, 497.2

Respiratory distress syndrom
247.1

Retinopathie, diabetische
661.4

Roux (Operation nach) 738.6

Rückenmarkverletzungen
856.1

Rundrücken 736/936.2

S

Sacralporus 381.1

Sarkoidose 420

Schalleitungsschwerhörigkeit
445, 671.1

Schaumgummikissen 1215

Schenkelkopf, Epiphysenlö-
sung 54

Scheuermann'sche Krankheit
736

Schielen/Schielauge 427.1

Schizophrenie 641–644, 645.4

Schlaf- und Schlafentzugs-
EGG 387.8/11

Schnellender Finger 191

Schuhanpassung/Schuheinla-
gen 177.2ff, 182.2

Schultergelenk 738.5/6

Schuppenflechte (Psoriasis)
731

Sclerodactylie 721.4

Sehschulung 1227

Sekretionsstörungen 621–625

Sekundärnaht 1048

Sichelfuss 182.1

SIDS (sudden-infant-death-
syndrom) 247.4

Sirenoide Missbildungen 176

Skelett 1036.5

Skoliose 152, 737

Smith Magenis 6, 6.1, 10

Sonderschule, Sonderschu-
lung 76

Sonnenbrille 418

Soundbridge 444.3, 671.6

Spastische Bewegungsstörun-
gen 390.1ff

Spezialitätenliste (SL) 1205

Spezialitätenregister (Kieferor-
thopäden SSO) Anhang 3

Spina bifida occulta 152, 381.1

Spirituosen 1207

Spondylarthrosen 736.4/6

Spondylodesen 1049/50

Spondylolisthesis 736.7

Spondylolyse 736/936.7

Spondylosen 736

Sprachgebrecen, Sprach- und Artikulationsstörungen 76, 1031ff

Sprachheilbehandlung/-schulung/-therapie 76, Stapesmobilisation 671.1

Star, grauer, 661

Stillberatung 1053

Störende Narben 721, 341

Stottern 645–647.6

Strabismus

– alternans 427.2

– concomitans 427.1, 428

– paralyticus 428

Subvalvuläre Aortenstenose 6

Suchtkrankheiten 645–647

Sympathektomie 1054

Symphonix 443.3, 671.6

Synovektomien 731.2

Syringomyelie 655–657.3, 1041

T

Tägliche Krankenpflege 1221

Tätigkeit im Aufgabenbereich 64

Taubheit 445

Tendovaginositis stenosis congenita 191

Teratome 103

Tetraplegiker 856.1ff

Therapeutisches Reiten 390.5, 1021

Therapiebälle und -matten 1215

Thoraxwanddeformitäten 167

Thrombozytenaggregationshemmer 655–657.3

Toxikomanien 645–647.2

Toxoplasmose 493

Transportkosten 1243

Transportmittel 1243

Trisomie 21 489ff

Tuberkulose 493

Tubulopathien 341

Turner-Syndrom 466

Tympanoplastik 57, 671.3, 1055

U

Überwiegen des Eingliederungscharakters 51

Umbilicalhernie 302

Unfallversicherung 77ff

Uveitis 420

V

Varilux (Gleitsicht) -Gläser 661.15

Varizen 52

Velopharynxplastik 701

Ventrale Spondylodese 736.7

Verbrennungen 1028

Verletzungen 40

Vernebelungsgeräte 1215

Verschiedene aufeinanderfolgende Massnahmen 52

Versteifende Operationen 732.3, 733.2, 736.7, 737, 1049

Verwehrlosung 404.2

Vesico-ureteraler Reflux 346

Vitamin-D-resistente Rachitis-Formen 461

W

Wachstumsstörungen 462,
1013, 1035
Warnehmungsstörungen 404.5
Watson-Alagille-Syndrom 291
Weichteilaffektionen 177.1
Wiederverwendung von Gerä-
ten 1217
Wirbelmissbildungen 152
Wirbelsäule 152, 736
Wissenschaftlichkeit der Me-
thode 1218
Wöchnerinnenstation 495ff
Wolff-Parkinson-White 313

Z

Zahnbehandlung 13, 403.2
Zahnkaries 21
Zappelphilipp 1043.1
Zehenanomalien 738
Zehrgeld 1227, 1243 ff
Zetterström, Hypoglykämie
451.1ff, 494, 498.2
Zirkulationsstörungen 683–685
Zuckerkrankheit 5, 451.1ff, 623
Zwergwuchs 462
Zyklothymie 641–644, 645.4
Zysten 731–738
Zystinose 452
Zystinurie 452
Zytomegalie 493