



14. April 2011

IV-Rundschreiben Nr. 298

Medizinischer Leitfaden zum GG 404

Ziel dieses Leitfadens ist sowohl eine Vereinheitlichung des Informationsstandes der Antragsteller (praktizierende Ärzte und Kliniken), als auch eine übereinstimmende Handhabung der Anerkennungskriterien durch die einzelnen IV-Stellen und soll ab sofort flächendeckend angewendet werden.

Eine vergleichbare Handhabung und Interpretation der Anerkennungskriterien für das Geburtsgebrechen (GG) 404 GgV durch die Kantonalen IV-Stellen ist Voraussetzung für rechtsgleiche Entscheide. Bei Unklarheiten und im Zweifelsfall ist die direkte Kommunikation RAD – behandelnde Ärzte angebracht.

Insgesamt sollen unnötige Rückfragen vermieden und damit die Bearbeitungsdauer der Dossiers verkürzt werden. Bei der Beurteilung eines Antrages auf Kostengutsprache für medizinische Massnahmen durch den RAD, geht es um die Zuordnung des Leistungsträgers (Versicherung) und nicht um die Beurteilung der Therapiebedürftigkeit.

Dieser Leitfaden wird über die IV Stellen (Invalidenversicherung) / Regionale Ärztliche Dienste (RAD) an die Spezialisten / Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie verteilt und wenn möglich auf deren Internetseiten aufgeschaltet. Die Fachgesellschaften haben zugesagt, die vorliegenden Leitlinien auf ihren Homepages zu publizieren und ihren Mitgliedern zu präsentieren.

Dieser Leitfaden wird bei der nächsten Überarbeitung dem KSME als Anhang 7 beigelegt.

Beilagen:

- Medizinischer Leitfaden zum GG 404
- Ergänzungen/ Supplement zum Leitfaden GG 404 GgV

GG 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 zum 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 mangelnde Reife, resp. eine für die Durchführung solcher Verfahren ungenügende Arbeitshaltung und sie sind oft noch vom Lustprinzip dominiert. Ist diese Unreife stark ausgeprägt, ist auch die klinische Diagnose eines ADS oder ADHS im Vorschulalter nicht sicher möglich: Aus den genannten Gründen lassen sich die Anerkennungsvoraussetzungen nach Rz 404.5 in der Regel nicht eindeutig belegen. Dies auch deshalb, weil es sich um Kinder handelt, die Störungen der Konzentration und des Antriebs zeigen und impulsiv reagieren: Dies kann die alterstypische Unreife potenzieren.

Bei jungen Kindern besteht also die Gefahr von falsch-positiven Untersuchungsergebnissen. Defizite, die mittels testpsychologischer Untersuchung scheinbar objektiviert werden können, sind motivational bedingt und täuschen dann Teilleistungsstörungen vor. Im Gegensatz dazu sind Testergebnisse, welche in der Norm sind, auch bei jüngeren Kindern von höherem Aussagewert. Tests sind so gestaltet, dass durchschnittlich oder überdurchschnittlich gute, also normale Ergebnisse nicht in Form von Zufallstreffern erzielt werden können. Bei einem regelrechten Ausfall eines neuropsychologischen Leistungstests kann deshalb in der Regel davon ausgegangen werden, dass der

geprüfte Bereich keine Störungen aufweist. Allerdings sind auch gute Testleistungen bei hoher Motivation in der speziellen und einmaligen Testsituation nicht unbedingt repräsentativ für die übliche Leistungsfähigkeit in einem Teilbereich und können eine Teilleistungsschwäche verbergen. Dementsprechend dürfen unterdurchschnittliche oder stark pathologische, wie auch normgerechte oder gute Ergebnisse neuropsychologischer Untersuchungen bei sehr jungen Kindern, wegen den hohen motivationalen Anteilen, nicht die gleiche Aussagekraft beanspruchen. Daraus ergibt sich, dass eine sichere Diagnose erst ab einem bestimmten Alter respektive ab einer bestimmten Reife, gestellt werden kann und mit der Antragstellung an die IV zugewartet werden muss. Bis zu einer sicheren Diagnosestellung bleibt die Krankenversicherung die Kostenträgerin notwendiger medizinischer Massnahmen.

1.3 Anträge nach dem 9. Lebensjahr

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

*Anerkannt als medizinische Behandlung werden kinderpsychiatrische Behandlung des Kindes und seiner Familie, medikamentöse Therapie, Ergotherapie, nicht aber Logopädie, Psychomotorik, Spezial- oder Stützunterricht, Formen der integrativen schulischen Förderung oder andere unterstützende Massnahmen. 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.

2. Spezieller Teil

2.1 Die Annerkennungskriterien

Nach Rz 404.5 können die Voraussetzungen von GgV 404 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, kognitive 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 GG 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 GG 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 Lautdifferenzierungsfähigkeit 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 Formfassung 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 perceptiver Teilleistungsstörungen oft gut belegen lassen. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber auch, dass bei Fehlen von Störungen des Erfassens eine Zuschreibung des GG 404 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 GG 404 kann nicht erfolgen.

2.2 Differenzialdiagnose

Es handelt sich bei GG 404 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 zum GG 404 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 aetiologische 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.

Ergänzungen/ Supplement zum medizinischen Leitfaden GG 404 GgV

Der vorliegende Leitfaden ist das Ergebnis einer Arbeitsgruppe (=„Konsensgruppe“), der Vertreter folgender Fachgruppen und Gesellschaften (alphabetisch angeordnet) angehörten:

- VNKJ Verein für Neuropsychologie des Kindes- und Jugendalters in der Schweiz
- SVNP Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen
- SGP Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
- SGNP Schweizerische Gesellschaft für Neuropädiatrie
- SGKJPP Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie
- SGEP Schweizerische Gesellschaft für Entwicklungspädiatrie
- RAD Regionale Ärztliche Dienste
- FPP Forum Praxispädiatrie
- BSV Bundesamt für Sozialversicherungen

Dieses Manual wird über die Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) / IV Stellen (Invalidenversicherung) an die Spezialisten / Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie verteilt. Ziel ist sowohl eine Vereinheitlichung des Informationsstandes der Antragsteller (Praktizierende und Kliniken), als auch eine übereinstimmende Handhabung der Annerkennungskriterien durch die einzelnen IV-Stellen. Insgesamt sollen Rückfragen eingespart werden und damit die Bearbeitungsdauer der Dossiers verkürzt werden. Eine vergleichbare Handhabung und Interpretation der Anerkennungskriterien für das Geburtsgebrechen (GG) 404 GgV durch die Kantonalen IV-Stellen ist Voraussetzung für rechtsgleiche Entscheide. Bei Unklarheiten und im Zweifelsfall ist die direkte Kommunikation RAD – behandelnde Ärzte angebracht.

Hintergrund dieses Leitfadens

In den letzten Jahren nahm die Häufigkeit der Diagnosestellung und Behandlung eines „Attention-Defizit-Hyperactivity-Disorders“ ADHD (DSM-IV), resp. einer „Hyperkinetischen Störung“ (ICD-10 F90) stark zu. Dies zeigt sich sowohl in einem fast exponentiellem Anstieg der Methylphenidat - Verschreibung in der Schweiz, als auch in einem starken Anstieg der Kosten für medizinische Massnahmen im Rahmen der Behandlung dieser Störungen als frühkindliches POS (GG 404 GgV) durch die IV.

In dieser Zeit wurden auch die Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) der IV erheblich ausgebaut und durch die Anstellung von Spezialisten / Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie mit Spezialisierung Neuropädiatrie / Entwicklungsneurologie professionalisiert. In einer Verwaltungsweisung (Randziffer 404.5 KSME) umschreibt das BSV die Aufgabe des RAD bezüglich des GG Ziffer 404 GgV wie folgt:

„Die RAD haben kritisch und streng zu überprüfen, ob die geforderten Kriterien zur Anerkennung als GG 404 effektiv erfüllt sind“.

Das kritische Prüfen der Arztberichte führte jedoch zu zunehmenden Frustrationen der Antragsteller. Eine „Verwissenschaftlichung“ des Untersuchungsganges, sowie der geforderte Umfang des Arztberichtes wurde als praxisfremd kritisiert. Auch wurden regionale Unterschiede in der Anerkennungspraxis als stossend empfunden. Eine Versachlichung der Diskussion und eine Vereinheitlichung der Anerkennungspraxis soll durch diese Zusammenfassung erreicht werden.

Das GG 404:

Medizinische Diagnose oder versicherungs-medizinisches Konstrukt?

Das Geburtsgebrechen Ziffer 404 GgV wurde in der ersten Verordnung über Geburtsgebrechen vom 05.01.1961 noch nicht aufgeführt, es wurde erst in die

2. Revision vom 20.10.1971 aufgenommen. Es diene als Ersatz für das GG Ziffer 496 GgV (welches damals vor der Revision der Geburtsgebrechen-Verordnung als „schwere perinatale Geburtsschäden“ definiert war) und sollte die Ansprüche auf Leistungen für Medizinische Massnahmen auch bei psychischen Folgen perinataler Schädigung des ZNS garantieren. Aus medizinischer, d.h. kinderpsychiatrisch-neurologisch-neuropsychologischer Sicht entspricht ein POS weitgehend einem „Deficit of Attention, Motor Control and Perception“ (DAMP) mit zusätzlichen Symptomen im Bereich der Psyche (DAMP +), wobei die beim DAMP mitgenannten Störungen der Neuromotorik nicht zu den, das Geburtsgebrechen GG 404 GgV definierenden, Kriterien gehören. Ein ADHS im Sinne des DSM-IV, resp. Hyperkinetische Störungen (ICD-10 F90) entspricht dementsprechend nicht einem POS.

Um eine Problematik als GG 404 einzuordnen, bedarf es obligater zusätzlicher Störungen im Bereich des Verhaltens und spezifischer Teilleistungsstörungen. Diese Problematik kann jedoch nur als Geburtsgebrechen anerkannt werden, wenn sie vor Vollendung des 9. Lebensjahres diagnostiziert und auch tatsächlich behandelt worden ist. Damit ist das GG 404 GgV als versicherungsmedizinisches Konstrukt anzusehen und ist nicht mit aktuellen Klassifikationssystemen kompatibel.

Leidensfremde Begründungen

Da die IV keinen Selbstbehalt kennt und zudem auch Transportkosten übernimmt, ist sie für die Patienten eine attraktive Alternative zur Krankenkasse. Auch der Leistungserbringer schätzt unter Umständen die Sicherheit bezüglich allfälliger Debitorenverluste bei den IV-Versicherten, die eine kontinuierliche notwendige Behandlung ermöglicht, welche z.B. manchmal bei sozial benachteiligten Multiproblemfamilien in Frage gestellt sein kann. Es ist bei allem Verständnis aber unmittelbar einzusehen, dass aus Gründen der Versicherungsgerechtigkeit, solche leidensfremden Begründungen, bei der Beurteilung der Zuständigkeit der IV als Kostenträger, nicht berücksichtigt werden können.

Die Überlegungen des Gesetzgebers

Die IV übernimmt in der Funktion eines Krankenversicherers bei den Geburtsgebrechen (GG) nicht einfach die Behandlung von Kindern mit einem ADS oder ADHS, sondern der Gesetzgeber ging davon aus, dass eine Kombination von verschiedenen, ausgeprägten Störungsebenen (Verhalten, Antrieb, Erfassen, Merkfähigkeit und Konzentration) bei einer kongenitalen Verursachung, dem Leistungsbereich des Art. 13 IVG zuzuweisen ist. Vermutlich spielte bei dieser Entscheidung, welcher vor Einführung des Versicherungsobligatoriums im KVG gefällt wurde eine Rolle, dass die verschiedenen Störungsebenen als sich gegenseitig ungünstig verstärkend beurteilt wurden.

Auf Grund des Nachweises der verschiedenen Ebenen und des Ausschlusses einer reaktiven Verursachung, ist die Diagnostik anspruchsvoll und in der Regel von Ärzten, die als Grundversorger tätig sind, nicht allein zu leisten. Ob in der Zukunft eine Präzisierung oder Vereinfachung der diagnostischen Kriterien eine Erleichterung bringt, oder ob einzelne Bereiche der medizinischen Behandlung der Geburtsgebrechen generell im Rahmen einer IV-Revision der Krankenversicherung zugeordnet werden, ist zurzeit noch unklar.

Ausblick

Die Arbeitsgruppe wird sich einmal jährlich treffen und im Sinne eines Dialogs die Erfahrungen in der Zusammenarbeit zwischen antragstellenden Ärzten und RAD's in den einzelnen Regionen und Kantonen auswerten. Schriftliche Rückmeldungen können unter dem Betreff „Konsensgruppe GG 404 GgV“ an das BSV eingeschickt werden.