

AI secteur mineurs: Grand problème pour de «petits» assurés?

Dans sa pratique quotidienne, le pédiatre est régulièrement concerné par l'Assurance Invalidité. Ses rapports avec cette assurance sont parfois difficiles, essentiellement en raison de problèmes de compréhension et de communication. Le but de cet article est de permettre aux pédiatres de mieux comprendre le cadre légal de l'AI pour les mineurs.

La loi

Dans la loi AI (LAI), il existe un article (le n° 13) concernant la prise en charge du traitement médical des infirmités congénitales des assurés mineurs, c'est-à-dire de moins de 20 ans. Ce sont les seules circonstances dans lesquelles les frais des traitements médicaux de l'affection en tant que telle sont assumés par l'AI et où le droit aux prestations est ouvert sans que les conditions d'une invalidité soient réunies. Cet article 13 LAI est assorti d'une ordonnance.

A première vue, cette ordonnance concernant les infirmités congénitales (OIC) est une liste hétéroclite de diagnostics allant de l'hypospadias aux mucopolysaccharidoses, en passant par la prématurité. A y regarder de plus près, il s'agit d'un système arborescent, regroupant diverses affections classées par organe. Chaque groupe correspond à un chiffre OIC et à une définition précise. Certaines atteintes forment un groupe fermé sur la base d'une liste restrictive. D'autres constituent en revanche un groupe ouvert, définis par une liste non-exhaustive de diagnostics. Pour trouver le code OIC idoine, l'atteinte doit correspondre aux différents éléments de l'arborescence et remplir toutes

les conditions énoncées en regard de ce chiffre. Ainsi, le code OIC d'une pathologie musculaire ne peut se trouver dans le chapitre «affection du squelette».

Cette ordonnance est complétée par une circulaire, qui précise les points litigieux relevés au cours du temps. Elle décrit entre autre les conditions nécessaires à la reconnaissance de l'infirmité motrice. C'est également elle qui, pour la luxation congénitale de la hanche, impose la classification de Graf. A de rares exceptions près – comme le syndrome de Turner par exemple – les anomalies chromosomiques sont exclues de la liste des affections congénitales en tant que telles. Dans ces cas, il s'agit de définir des affections susceptibles de trouver un chiffre OIC. Pour la trisomie 21, par exemple, le canal atrio-ventriculaire sera pris en charge comme malformation cardiaque.

Cette ordonnance exige que le diagnostic annoncé soit décrit et étayé. Elle requiert une forte vraisemblance, excluant ainsi les diagnostics de suspicion. La nature congénitale de l'affection doit être avérée, à savoir présente à la naissance accomplie de l'enfant, mais le moment où l'infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant. Une simple prédisposition à une maladie n'est pas considérée comme infirmité congénitale.

Les devoirs des offices cantonaux AI (OCAI)

Contrairement aux autres assurances maladies, la loi confère à l'AI un devoir d'instruction: il appartient à l'administration de rechercher les éléments permettant de juger du droit aux prestations.

Cette tâche n'est bien sûr pas destinée à évaluer la pratique ou les compétences médicales, mais à s'assurer que le diagnostic annoncé remplisse les conditions légales. Cette procédure rétrospective n'a évidemment rien à voir avec la démarche diagnostique. Les OCAI doivent appliquer la loi et ne sont pas autorisés à composer avec elle. Il est donc inutile de récriminer contre une lacune ou une aberration de l'ordonnance auprès de l'organe d'exécution qu'est un office AI; en revanche, il est possible de soumettre une proposition de modification de l'ordonnance (OIC) à l'OFAS. Les demandes sont alors examinées par une commission fédérale ad hoc.

Décisions et prestations pour les infirmités congénitales

L'instruction débouche sur une décision de nature juridique. Elle reconnaît ou non à l'assuré un droit à des mesures médicales, intégralement remboursées aux différents agents d'exécution. Par mesures médicales, il faut entendre l'ensemble des moyens thérapeutiques nécessaires à la prise en charge de l'affection.

Bien que la liberté thérapeutique soit assurée, les traitements doivent se limiter strictement à l'affection, comme le précise le règlement: «Le traitement d'atteintes à la santé qui constituent une conséquence de l'infirmité congénitale est à la charge de l'AI si les manifestations pathologiques secondaires sont en étroite connexion avec les symptômes de l'infirmité congénitale et qu'aucun événement extérieur n'intervient de manière déterminante dans le processus (...) Il importe cependant de fixer des exigences sévères à la reconnais-

sance du lien de causalité qualifié entre une infirmité congénitale et une atteinte à la santé secondaire». Cet élément limitatif est important en pratique pédiatrique courante. Les maladies infectieuses ne sont pas prises en charge par l'AI, même si elles peuvent aggraver ou décompenser la pathologie de base. L'AI n'intervient pas dans le cas d'un enfant, affecté d'une malformation cardiaque ou pulmonaire, qui est hospitalisé pour une pneumopathie infectieuse, à RSV par exemple.

D'autre part, la loi définit la nature des mesures médicales, qui doivent être «simples et adéquates». Les différents traitements doivent être scientifiquement reconnus et régulièrement utilisés. Ceux qui sont encore en investigation ou sur lesquels il n'existe pas de consensus scientifique ne sont généralement pas pris en charge. Les traitements à l'étranger ne peuvent être payés que s'il n'existe pas d'alternative en Suisse. L'ergothérapie et la psychomotricité font également partie des mesures médicales, mais les conditions de prise en charge sont limitées. Certaines formes d'ergothérapie, comme l'intégration neuro-sensorielle, ne sont pas considérées comme «simples et adéquates» par l'OFAS et ne sont donc pas remboursées.

Autres prestations de l'AI

Les prestations AI pour les assurés mineurs ne se limitent pas à celles qui découlent de l'article 13 LAI. Avec l'âge, les enfants peuvent bénéficier de différentes prestations non médicales, de moyens auxiliaires, d'un enseignement spécialisé et de logopédie. A l'adolescence, des mesures professionnelles peuvent

être nécessaires. Des mesures médicales peuvent également être octroyées lorsque leur seul but est d'améliorer les perspectives de formation, donc la capacité de gain ultérieure, pour autant qu'elles soient simples et adéquates (art. 12 LAI). Dans tous ces cas, les conditions de l'invalidité doivent être réunies.

Facturation

Pour pouvoir être rétribué, le pédiatre doit être reconnu comme «agent d'exécution», sans quoi ses factures ne seront pas honorées. Cette première étape n'est pas automatique. C'est donc au pédiatre de faire la démarche, en particulier lorsque les cas ont été annoncés par les centres hospitaliers. D'autre part, depuis l'introduction des nouvelles conditions générales d'assurance, les OCAI doivent de plus en plus souvent faire le tri entre les prestations qui lui incombent et celles qui concernent la caisse maladie, surcroît important de travail. Pour éviter d'irritants et désagréables retours de factures, il convient de facturer séparément les honoraires à charge de l'AI et de faire référence au code OIC. Il serait souhaitable que la même procédure soit appliquée aux prescriptions des pédiatres.

Conclusion

La prise en charge par l'AI du traitement de l'affection d'un nouveau-né ou d'un petit enfant obéit donc à des critères juridiques stricts. Survivance de l'époque où l'assurance maladie était facultative et les caisses maladies libres d'assumer ou non la prise en charge des infirmités congéni-

tales, cet article 13 LAI conduit non seulement à une répartition complexe entre AI et LAMAL en matière de prise en charge et de facturation, mais aussi à des difficultés dans l'information aux différentes parties. Si le médecin traitant s'y perd souvent, on comprend que les parents puissent être perplexes. Le refus de prestations AI, qui n'est de loin pas toujours en relation avec la gravité de la maladie, est souvent difficile à comprendre, voire mal vécu par des parents pour qui le terme invalidité reflète une réalité quotidienne.

Michel Cauderay, Vevey
Pédiatre, service médical régional AI

Adresse de l'auteur:

Dr Michel Cauderay
Service médical régional AI Léman
Av. Général-Guisan 8
1800 Vevey
michel_cauderay@vd.ocai.ch

IV-Bereich Minderjährige: Grosses Problem für «kleine» Versicherte?

In seiner täglichen Praxis kommt der Kinderarzt regelmässig mit der Invalidenversicherung in Berührung. Seine Beziehungen zu dieser Versicherung sind zuweilen schwierig und geprägt von Verständnis- und Verständigungsproblemen. Ziel dieses Artikels ist, den Kinderärzten zu helfen, den gesetzlichen Rahmen der IV in Bezug auf Minderjährige besser zu verstehen.

Das Gesetz

Im Invalidenversicherungsgesetz (IVG) gibt es einen Artikel (Art. 13 IVG), der sich mit der Übernahme der ärztlichen Behandlung von Geburtsgebrechen bei Minderjährigen, das heisst bei unter 20 Jahre alten Versicherten, befasst. Geburtsgebrechen sind die einzige Voraussetzung, unter der die IV die Kosten für die medizinische Behandlung eines Leidens an sich übernimmt und ein Anspruch auf Leistungen besteht, ohne dass eine Invalidität vorausgesetzt wird. Dieser Artikel wird durch eine Verordnung mit einem Anhang ergänzt.

Auf den ersten Blick besteht der Anhang zur Verordnung über die Geburtsgebrechen in der IV aus einer unregelmässigen Auflistung von Diagnosen, welche von der Hypospadie über die Frühgeburtlichkeit bis zur Mucopolysaccharidose reichen. Bei näherer Betrachtung erweist er sich als ein verzweigtes System, das die verschiedenen Krankheiten nach Organen gruppiert. Jede Gruppe entspricht einem Kapitel von Geburtsgebrechen und ist genau definiert. Ein Teil der Gebrechen bilden eine in sich geschlossene Gruppe auf der Basis einer begrenzenden Aufzählung. Andere wiederum bilden eine offene Gruppe, definiert durch eine nicht abschliessende Aufzählung von Diagnosen.

Die passende GgV-Ziffer kann nur gefunden werden, wenn das Gebrechen den einzelnen Elementen im Aufbau der Liste entspricht und alle unter dieser Ziffer genannten Bedingungen erfüllt. So wird z.B. eine muskuläre Pathologie schwerlich im Kapitel «Skeletterkrankungen» zu finden sein.

Die Verordnung über die Geburtsgebrechen wiederum wird durch ein Kreisschreiben ergänzt, welches Klarheit über die im Laufe der Zeit umstrittenen Punkte verschafft. Es beschreibt unter anderem z.B. die Bedingungen zur Anerkennung einer motorischen Behinderung. Es ist auch dieses Kreisschreiben, welches für die Definition der angeborenen Hüftgelenksluxation die Klassifikation nach Graf vorschreibt. Bis auf seltene Ausnahmen – dem Turner-Syndrom beispielsweise – sind chromosomale Anomalien als solche nicht in der Geburtsgebrechensliste enthalten. In diesen Fällen müssen die einzelnen Gebrechen definiert werden, welche einer GgV-Ziffer zugeordnet werden können. Bei der Trisomie 21 z.B. wird der offene atrioventrikuläre Kanal als Herzmissbildung anerkannt.

Die Geburtsgebrechensverordnung erfordert, dass die geltend gemachte Diagnose begründet und eindeutig ist. Sie verlangt einen hohen Wahrscheinlichkeitsgrad und schliesst so Verdachtsdiagnosen aus. Es muss feststehen, dass das Leiden angeboren ist, das heisst, dieses muss bei vollendeter Geburt des Kindes vorhanden sein. Andererseits ist der Zeitpunkt, zu dem das Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, nicht ausschlaggebend. Eine ausschliessliche Veranlagung zu einem Leiden gilt nicht als Geburtsgebrechen.

Die Aufgaben der kantonalen IV-Stellen (IVSt)

Im Gegensatz zu den Krankenkassen schreibt das IV-Gesetz eine Abklärungspflicht vor: Es ist Sache der Verwaltung, die Elemente zusammenzutragen, welche das Recht auf Leistungen begründen. Selbstverständlich ist diese Vorschrift nicht dazu da, die ärztliche Praxis oder Kompetenz zu beurteilen, sondern um sicherzustellen, dass die angegebene Diagnose die gesetzlichen Bedingungen erfüllt. Dieses analytische Verfahren ist ebenso wenig dazu da, diagnostische Massnahmen zu beurteilen.

Die IV-Stellen müssen das Gesetz anwenden, sie sind nicht berechtigt, Kompromisse einzugehen. Es ist deshalb nutzlos, sich über eine Lücke oder eine Abweichung in der Verordnung bei der IV-Stelle als Durchführungsstelle zu beschweren. Dagegen ist es möglich, eine Änderung der Verordnung (GgV) beim Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) zu beantragen. Die Gesuche werden dann durch eine Ad hoc-Kommission behandelt.

Verfügungen und Leistungen bei Geburtsgebrechen

Die Abklärung mündet in eine Verfügung rechtlicher Natur. Sie spricht der versicherten Person ein Recht auf medizinische Massnahmen zu oder verweigert es ihr. Die zugesprochenen Massnahmen werden den verschiedenen Leistungserbringern vollumfänglich vergütet. Unter medizinischen Massnahmen wird die Gesamtheit der therapeutischen Mittel verstanden, welche zur Behandlung des Gebrechens notwendig sind.

Obwohl die therapeutische Freiheit gewährleistet ist, muss die Therapie strikte auf die Behandlung des Gebrechens beschränkt sein. Dazu führt das Kreisschreiben aus:

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... An die Anerkennung eines qualifizierten Kausalzusammenhanges zwischen einem Geburtsbrechen und sekundären Gesundheitsschäden sind dabei strenge Anforderungen zu stellen.

Diese Einschränkung ist wichtig für die gängige pädiatrische Praxis. Infektionskrankheiten gehen nie zu Lasten der IV, auch wenn sie das Grundleiden verschlimmern oder dekompensieren lassen. Die IV ist nicht zuständig im Falle eines Kindes mit einer kardialen oder pulmonalen Missbildung, welches wegen eines Lungeninfektes, z.B. RSV, hospitalisiert ist.

Im Weiteren legt das Gesetz fest, dass die medizinischen Massnahmen «einfach und zweckmässig» zu sein haben. Die Behandlungen müssen wissenschaftlich anerkannt sein und standardmässig angewendet werden. Solche, die sich im Forschungsstadium befinden oder über welche kein wissenschaftlicher Konsens besteht, werden im Allgemeinen nicht von der IV übernommen. Behandlungen im Ausland werden nur bezahlt, wenn in der Schweiz keine adäquate Behandlung möglich ist. Ergotherapie und Psychomotoriktherapie gelten ebenfalls als medizinische Massnahmen; für ihre Übernahme bestehen aber einschränkende Bestimmungen.

Einzelne Formen der Ergotherapie wie die neuro-sensorielle Integration werden vom BSV nicht als «einfach und zweckmässig» anerkannt und deshalb nicht vergütet.

Weitere Leistungen der IV

Die IV-Leistungen für die minderjährigen Versicherten beschränken sich nicht auf jene, die sich aus Art. 13 IVG ergeben. Je nach Alter können die Kinder verschiedene nicht-medizinische Leistungen, Hilfsmittel, Spezialunterricht oder Logopädie beanspruchen. In der Adoleszenz können berufliche Massnahmen notwendig werden. Medizinische Massnahmen können auch übernommen werden, wenn ihr eigentliches Ziel darauf gerichtet ist, die Aussichten auf eine Ausbildung, das heisst auf eine spätere Erwerbstätigkeit, zu verbessern, sofern sie einfach und zweckmässig sind (Art. 12 IVG). In all diesen Fällen müssen die Bedingungen für eine Invalidität erfüllt sein.

Rechnungsstellung

Um entschädigt zu werden, muss der Pädiateur von der IV als «Durchführungsstelle» bezeichnet werden. Ohne diese Anerkennung werden die Rechnungen nicht bezahlt. Dieser Schritt erfolgt nicht automatisch. Es ist Sache des Pädiaters, den entsprechenden Antrag zu stellen, besonders, wenn der Fall durch ein Spital bei der IV angemeldet worden ist. Andererseits müssen die IV-Stellen seit Einführung der neuen allgemeinen Versicherungsbedingungen mehr und mehr die Leistungen, welche zu Lasten der IV gehen, von denjenigen abtrennen, welche die Krankenversicherung betreffen, was etliche Mehrarbeit bedingt. Um ver-

wirrende und unangenehme Zurückweisungen von Rechnungen zu vermeiden, empfiehlt es sich, die Honorare zu Lasten der IV gesondert und mit Bezeichnung des GgV-Codes in Rechnung zu stellen. Es wäre wünschenswert, wenn das gleiche Vorgehen auch auf die Verschreibungen der Pädiater angewendet würde.

Schlussfolgerungen

Die Übernahme der Behandlung eines Gebrechens von einem Neugeborenen oder einem Kleinkind durch die IV unterliegt also strengen juristischen Kriterien. Als Überbleibsel aus einer Zeit, da der Beitritt zu einer Krankenkasse fakultativ war und die Kassen die Freiheit hatten, die Behandlung von Geburtsgebrechens zu übernehmen oder abzulehnen, führt der Artikel 13 IVG nicht nur zu einer komplexen Aufteilung zwischen IV und Krankenversicherung betreffend Kostenübernahme und Rechnungsstellung, sondern auch zu Schwierigkeiten bei der Information der verschiedenen Beteiligten. Wenn schon der behandelnde Arzt sich darin nicht immer zurechtfindet, so versteht man, dass betroffene Eltern erst recht ratlos sein können. Die Verweigerung von IV-Leistungen, zumal sie mit der Schwere eines Gebrechens in keinem Zusammenhang steht, ist oft schwer verständlich, wenn nicht gar unerträglich für Eltern, die Invalidität als tägliche Realität erleben.

Michel Cauderay, Vevey

Übersetzung: C. Lukas Bohny, Bern

Adresse des Autors:

Dr Michel Cauderay
Service médical régional AI Léman
Av. Général-Guisan 8, 1800 Vevey
michel_cauderay@vd.ocai.ch