

# GR\_GERICHTE S 2016 135 vom 8. Juni 2017

GR Gerichte, 2017-06-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2016\\_135](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2016_135)

FR: GR\_GERICHTE S 2016 135 du 8 juin 2017

IT: GR\_GERICHTE S 2016 135 del 8 giugno 2017

## Regeste

Versicherungsleistungen nach IVG (med. Massnahmen) | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 3

Mit Verfügung vom 30. September 2016 wies die IV-Stelle – nach durch- geführtem Vorbescheid-Verfahren – das zusätzliche Leistungsbegehren von A.\_\_\_\_\_ für die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 405 GgV ab. Dessen Behandlung (Autismusspektrum-Störungen) werde nur über- nommen, falls eindeutige Symptome bereits vor dem vollendeten 5. Le- bensjahr erkennbar gewesen seien. Diese Voraussetzung sei hier nicht erfüllt. A.\_\_\_\_\_ habe ohne Zweifel gesundheitliche Beeinträchtigungen, die von der IV-Stelle als Geburtsgebrecen Ziff. 404 GgV anerkannt und wofür bereits Leistungen erbracht worden seien.

### E. 3.1

Als Geburtsgebrecen gelten Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Die blossе Veranlagung zu einem Leiden gilt nicht als Geburtsgebrecen (Art. 1 Abs. 1 GgV). Autistische Störungen sind unter diesem Gesichtspunkt ge- genüber erworbenen gleichartigen Syndromen abzugrenzen: Die Medizin geht zwar von einer genetischen Ätiologie aus; sie lässt aber offen, inwieweit lediglich eine Disposition vererbt und das Leiden allenfalls erst manifest wird, wenn weitere Faktoren hinzugetre- ten sind (Urteile 9C\_244/2012 vom 25. April 2012 E. 2 und I 302/05 vom 31. Oktober 2005 E. 1.2 mit Hinweis). Indes setzt das wichtigste Kennzeichen des Asperger- Syndroms, die Störung der Beziehungsfähigkeit (Urteil I 302/05 E. 2.2.2 mit Hinweis), in der Regel nicht so früh ein wie beim frühkindlichen Autismus; sie erreicht zudem nicht denselben Schweregrad. Die Sozialentwicklung dieser Kinder wird daher mehrheitlich erst im Schulalter problematisch (Urteil 8C\_269/2010 vom 12. August 2010 E. 5.1.3). Andere Entwicklungsstörungen, etwa die beim Versicherten ebenfalls diagnostizierte Aufmerksamkeitsstörung, können im Übrigen zu vergleichbaren Erscheinungen führen, was die Diagnostizierbarkeit des Asperger-Syndroms weiter erschwert (vgl. erwähntes Urteil I 302/05 E. 2.2.1 am Anfang).

### E. 3.2.1

Die Tragweite der Anspruchsvoraussetzung von Ziff. 405 Anhang GgV richtet sich nach dieser medizinischen Ausgangslage. Das Merkmal der bis zur Vollendung des 5. Lebensjahrs gegebenen Erkennbarkeit soll es ermöglichen, die prä- oder perinatale Au- tismus-Spektrum-Störung von nachgeburtlich entstandenen gleichartigen Leiden abzu- grenzen (vgl. Art. 3 Abs. 2 ATSG). Daher ist die Altersgrenze, bis zu welcher sich das Gebrecen manifestiert haben muss, relativ tief angesetzt. Ziff. 405 Anhang GgV setzt aber

keine diagnostische Festlegung bis zum festgesetzten Alter voraus. Damit weicht die Anspruchsvoraussetzung bei der Autismus-Spektrum-Störung etwa von derjenigen bei psychoorganischen Syndromen ab. Diese müssen mit bereits gestellter Diagnose als solche vor Vollendung des 9. Altersjahrs behandelt worden sein (Ziff. 404 Anhang GgV; BGE 122 V 113 E. 3a/cc S. 120).

### **E. 3.2.2**

Die Voraussetzung einer erkennbaren Störung im Sinne von Ziff. 405 Anhang GgV wird in einer Weisung zuhanden der Verwaltung konkretisiert (vgl. zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen BGE 133 V 587 E. 6.1 S. 591). Danach sind hinreichend bestimmte Anhaltspunkte für eine autistische Störung gegeben, wenn zum vollendeten 5. Lebensjahr "krankheitsspezifische, therapiebedürftige Symptome" bestanden (Ziff. 405 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung [KSME]). Nach dem Gesagten darf das Erfordernis "krankheitsspezifischer" Symptome nicht derweise verstanden werden, die Symptomatik habe vor dem fünften Geburtstag so klar ausgebildet gewesen sein müssen, dass bereits damals ohne Weiteres die zutreffende spezifische Diagnose hätte gestellt werden können. Nach der (gesetzmässigen; vgl. Urteil 9C\_244/2012 E. 3.2.2) Konzeption der GgV besteht bei nachträglicher Diagnose schon dann hinreichende Gewissheit darüber, dass die Störung auf die Geburt zurückreicht, wenn bis zum 5. Geburtstag autistischemustypische Symptome verzeichnet wurden, welche eine (auch noch nicht endgültig spezifizierbare) Störung im fachmedizinischen Sinn auswiesen. Anhand der vor vollendetem 5. Lebensjahr festge-

- 12 - haltenen Befunde muss davon ausgegangen werden können, dass die nachträglich diagnostizierte Störung mit der damaligen identisch ist. Mit vollendetem 5. Lebensjahr vorhandene Auffälligkeiten, die weder für ein Asperger-Syndrom noch für eine aus damaliger Sicht alternativ in Betracht gezogene Störung kennzeichnend sind, zeugen auch rückblickend, unter Einbezug der späteren Entwicklung, nicht von einem seit Geburt bestehenden Asperger-Syndrom. Mithin ist das Vorhandensein einer bereits vollständig ausgebildeten, also autismusspezifischen Symptomatik nicht notwendig. Die Erkennbarkeit eines Asperger-Syndroms ist nicht schon deswegen zu verneinen, weil im Raum stehende alternative Diagnosen (hier: eines psychoorganischen Syndroms) erst später ausgeschlossen werden können. In dem von der Beschwerdeführerin angerufenen Urteil I 302/05 wurde zwar - insoweit missverständlich - mit dem Fehlen einer "eindeutigen Symptomatik, welche spezifisch auf ein Geburtsgebrechen im Sinne der Ziff. 401 (heute: 405) GgV Anhang hingewiesen hätte" (a.a.O. E. 2.2.2 am Ende), argumentiert; diese Wendung ist allerdings vor dem Hintergrund dessen zu sehen, dass in jenem Fall selbst nachträglich kaum Beobachtungen namhaft gemacht wurden, die den Kernsymptomen einer Autismus-Spektrum-Störung (betreffend die Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit, stereotype Verhaltensmuster) entsprechen.

### **E. 3.2.3**

In beweisrechtlicher Hinsicht folgt aus der Möglichkeit einer retrospektiven diagnostischen Festlegung, dass nicht nur sogenannte "echtzeitlich" getroffene ärztliche Feststellungen massgebend sind, sondern auch spätere, soweit sie Rückschlüsse auf eine rechtzeitige Erkennbarkeit der Störung zulassen. Allerdings ist eine nachträgliche Schilderung von Symptomen mit zunehmender zeitlicher Distanz kritisch zu würdigen, dürfte eine solche doch oftmals von späteren Beobachtungen überlagert sein. Im Einzelfall

muss daher schlüssig dargetan sein, dass die betreffende Anamnese nicht bloss aktuelle Feststellungen in die Vergangenheit projiziert.

Im Lichte dieser höchstrichterlicher Rechtsprechung und der eingangs erwähnten Bestimmungen (ATSG; IVG; GgV; KSME) gilt es auch hier zu entscheiden, ob das geltend gemachte Geburtsgebrechen (ASS) laut Ziff. 405 GgV aufgrund der vorhandenen Arzt-, RAD- und Facharztberichte bejaht werden kann. c) Um beurteilen zu können, ob der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers die Zusprechung von IV-Leistungen rechtfertigen lässt, sind die Verwaltung und im Beschwerdefall das angerufene Gericht auf Unterlagen und Dokumente angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung stellen. Die Aufgabe des Arztes besteht darin, den Gesundheitszustand zu beurteilen und, falls nötig, seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter medizinischer Abklärungen unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf eine Diagnose zu stellen. Der Arzt erfüllt damit eine eigenständige Aufgabe, wofür die Verwal-

- 13 - tung und im Streitfall das Gericht nicht kompetent sind (BGE 140 V 193 E.3.2, 125 V 256 E.4). d) Das Bundesgericht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt deshalb der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht sämtliche Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. Den im Zuge des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Fachleuten und Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen

- 14 - sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Resultaten gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten

aussagen (BGE 135 V 465 E.4.5, 125 V 351 E.3a). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt schliesslich Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei sind und keine Anhaltspunkte gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Allein die Tatsache, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht bereits auf mangelnde Objektivität oder Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, die das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, die den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des verwaltungsinternen Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E.3b, 122 V 157 E.1c). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der verwaltungsinternen Feststellungen, so sind ergänzende medizinische Abklärungen zu treffen oder ein Gerichtsgutachten zur Klärung der Widersprüche einzuholen (BGE 135 V 465 E.4.4). e) Im konkreten Fall sind sich die Kinderklinik des KSGR Dres. B.\_\_\_\_\_/C.\_\_\_\_ (vgl. beschwerdegegnerische Akten [IV-act.] 40 S. 3) und die Psychiatrische Uniklinik Zürich Dres. D.\_\_\_\_\_/G.\_\_\_\_ (IV-act. 41 S. 9) betreffend Diagnose uneins. Während erstere eine Autismuspektrumsstörung ausschliessen bzw. eine solche als unwahrscheinlich bezeichnen, stellen letztere von der Fachstelle Autismus klar die Diagnose eines Asperger-Syndroms (ICD-10-F84.5). Die beiden Berichte datieren - 15 - gleichermassen vom 15. Juni 2016 – also zu einem Zeitpunkt als der Beschwerdeführer 8-jährig war – und die Experten hatten daher offensichtlich keine Kenntnis von den jeweils anderen abweichenden Beurteilungen. Zunächst gilt es dazu festzuhalten, dass die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. E.\_\_\_\_ vom 5. Juli 2016 (IV-act. 48 S. 4) bzw. 11. August 2016 (IV-act. 48 S. 5) – worauf sich die Beschwerdegegnerin stützte und wonach die Beurteilung auf die Beurteilung des KSGR (betreffend ADOS Modul 3) abgestellt werden könne, da diese detaillierter und nachvollziehbarer sei – gerade in Anbetracht der noch nachgereichten ausführlichen Beurteilung der Autismusfachstelle nicht überzeugt. Zur Beurteilung des RAD ist namentlich einzuwenden, dass beide Fachstellen sich nicht nur des ADOS-Moduls bedient haben, sondern weitere standardmässige Abklärungsinstrumente verwendet haben (vgl. VGU S 10 16 vom 1. Juni 2010 und S 11 72 vom 9. November 2012). So ist denn auch die Fachstelle Autismus der Universität Zürich nicht allein aufgrund dieses Moduls, sondern aufgrund sämtlicher durchgeführter Untersuchungen und Beobachtungen im Sinne einer Gesamtwürdigung zum eindeutigen Schluss gelangt, dass beim Beschwerdeführer ein Asperger-Syndrom vorliegt. Im Übrigen finden sich selbst bei Dr. med. B.\_\_\_\_ autistypische Beschreibungen in den anderen durchgeführten Tests (s. Bf-act. 2 zur Replik). Die Fachstelle Autismus kam zu ihrer Einschätzung, nachdem der Beschwerdeführer umfassend und während zweier Tage einzig diesbezüglich abgeklärt und in diesem Zeitraum in spezifischen Situationen beobachtet werden konnte. Die Abklärungen der Kinderklinik des KSGR können somit mit dieser umfassenden Abklärung schon vom Zeitraum her, jedoch auch bezüglich der durchgeführten Abklärungen nicht miteinander verglichen werden. Im vorliegenden Fall ist denn auch augenfällig, dass die involvierten Fachpersonen – im Besonderen die behandelnde Kinderärztin Med. pract. F.\_\_\_\_, aber auch die Ergotherapeutin und Schulpsychologin – sich mit der Abklärung/Diagnose ADHS (2014) des KSGR nicht zufrieden gaben, weil die Diagnose ADHS ihrer Meinung

- 16 - nach die Schwierigkeiten nicht vollends abdecke, und deshalb die Fach- stelle zur weiteren Abklärung beauftragten. Angesichts dessen, dass es sich bei der Fachstelle Autismus der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich wohl um die auf diesem Gebiet anerkannte und spezialisierte In- stanz handelt, muss ihrer Einschätzung doch eine entscheidende Bedeu- tung beigemessen werden. Diese Fachstelle Autismus führt betreffend Diagnostik und Beratung was folgt aus: Die Diagnose der autistischen Störungen ist eine klinische Diagnose. Sie beruht zum Ersten auf der genauen Befragung von Eltern und anderen wichtigen Bezugspersonen zur Entwicklung und dem aktuellen Verhalten des Kindes. Es ist möglich, die Erfassung dieser Aufgaben durch standardisierte Instrumente wie Fragebogen oder strukturierte In- terviews zu vereinheitlichen. So wird gewährleistet, dass alle wichtigen Aspekte erfasst werden. International wird das „Autism Diagnostic Interview“ (ADI) am meisten verwen- det. Auch wir setzen dieses Instrument ein. Der zweite Teil der diagnostischen Arbeit besteht in der klinischen Untersuchung. Hier macht sich die Fachperson ein eigenes Bild vom Verhalten des Kindes. Dazu gehören freie Spielbeobachtungen und vorgegebene Aufgaben, z.B. im Rahmen eines Tests. Es gibt aber keinen Test, der das Vorliegen einer autistischen Störung beweisen kann. Wir verwenden eine strukturierte Spiel- und Verhaltensbeurteilung, die „Autismus Diagnostic Observationen Scale“ (ADOS), die aktuell den internationalen Standard darstellt. Mit der Abklärung soll geklärt werden, ob eine Störung des autistischen Spektrums vor- liegt und welche Diagnose den erfassten Auffälligkeiten am besten entspricht. Diese fachkundigen Ausführungen zeigen, dass es gerade bei der Dia- gnostik einer Autismusstörung wichtig ist, ein Gesamtbild zu erhalten, welches sich auf verschiedene Hinweise und Beobachtungen stützen muss. In Anbetracht der gesamten medizinischen Aktenlage erachtet das streitberufene Gericht die Diagnose Asperger-Syndrom der Fachstelle für Autismus der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich als nachvollziehbar und überzeugend begründet. Auch in anderen Unterlagen (selbst des Kantonsspitals Graubünden) finden sich sowohl genügend Hinweise für diese Diagnose wie auch für die hier entscheidende Frage, ob hinrei- chend bestimmte Anhaltspunkte für eine autistische Störung gegeben wa-

- 17 - ren, wenn bis zum vollendeten 5. Lebensjahr krankheitsspezifische, the- rapiebedürftige Symptome bestanden. f) Für das Vorliegen eines Asperger-Syndroms – dessen klinisches Be- schwerdebild sich vor allem durch Störungen der Motorik, Einschränkun- gen der Beziehungsfähigkeit sowie der sozialen Interaktion auszeichnet (vgl. STEINHAUSEN, a.a.O., S. 84/85) – sprechen im konkreten Fall folgende Hinweise: Im Abklärungsbericht vom 15. Juni 2016 der anerkannten und spezialisierten Fachstelle für Autismus der psychiatrischen Universitäts- klinik wurde mit ausführlicher und überzeugender Begründung dargetan, weshalb auf ein Asperger-Syndrom zu erkennen sei (IV-act. 41 S. 1-5). In der Anamnese (Krankengeschichte), unter den Abklärungsergebnissen und in der Beurteilung wurden entsprechende Aspekte aufgeführt. Im nachge- reichten und vervollständigten Bericht vom 24. November 2016 (vgl. Bei- lage zur Replik) der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (Dres. D.\_\_\_\_/G.\_\_\_\_) wird ausführlich zum ADOS-Modul 3 Stellung genom- men und festgehalten, dass die Kriterien für eine Autismus-Spektrum- Störung beim Beschwerdeführer erfüllt seien (Cut-off; S. 1-3). Im Bericht des Kantonsspitals Graubünden vom 18. März 2016 (Bf-act. 2 zur Replik) wurde die entsprechende Diagnose schon nach Durchführung des ADOS- Moduls verneint, was aber nur einen Teil der ganzen Abklärungen (Golds- tandard) darstellt. Laut Fachstelle Autismus der psychiatrischen Univer- sitätsklinik Zürich ist der zweite Teil (Test: ADI-R) allerdings nicht mehr durchgeführt worden, obwohl dies an sich internationaler Standard

gewesen wäre. Im Bericht des Kantonsspitals Graubünden vom 15. Juni 2016 finden sich ebenso verschiedene Auffälligkeiten, die klar autismusspezifisch sind (IV-act. 40 S. 3-4, Ziff. 2.6). Beim Fragebogen zur sozialen Kommunikation (FSK, hier für das 4.-5. Altersjahr) bezogen auf die Lebenszeit handle es sich um ein Autismus-Screening-Instrument. Es seien dabei 13 von 49 Items als auffällig eingestuft worden. Bei 15 Items wäre die Autismus-Spektrum-Störung [ASS] zu bejahen gewesen. In der Aus-

- 18 - wertung wurden die Fragen auf die Bereiche soziale Interaktion, Kommunikation, stereotype Verhaltensweisen und 'keinem Bereich zugeordnet' (Selbstverletzung) aufgeteilt. Im erstgenannten Bereich erzielte der Beschwerdeführer 6 Punkte, im zweiten 3 und im dritten 4 (total 13 Punkte). Auch im gleichdatierten Bericht der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich vom 15. Juni 2016 (IV-act. 41 S. 8) wurde dazu festgehalten, dass der Fragebogen über soziales Verhalten und Kommunikation die aktuelle und die frühere Symptomatik im Alter von 4-5 Jahren erfasse. Mit RW=14 (Cutoff=15) liege die Anzahl der Verhaltensbesonderheiten zwar noch [knapp] unter dem kritischen Wert; er sei aber dennoch sehr hoch. Laut erwähntem Bericht des Kantonsspitals Graubünden ist unter 'Child behaviour checklist' (IV-act. 40 S. 4-5) ferner betreffend Sozial- und Beziehungsverhalten noch vermerkt, dass der Beschwerdeführer Symptome der Distanziertheit und Ablehnung gegenüber der Mutter zeige, so als ob er sie nicht brauche. Aufgrund seiner Konzentrationsschwäche sei er in Gruppen sowohl sozial wie emotional überfordert. Die grob- und feinmotorischen Defizite des Beschwerdeführers seien bereits in der Spielgruppe aufgefallen (vgl. dazu auch VGU S 10 16 und S 11 72). Eine soziale Integration fehle. Der Beschwerdeführer suche den Körperkontakt von Fremden, schlecke, schlage oder möchte auf dem Schoss sitzen. Im Lehrerfragebogen seien erhebliche Hinweise auf eine interne Verhaltensstörung mit sozialem Rückzug und sozialen Problemen festgehalten. Im Bericht des Kantonsspitals Graubünden wird der Beschwerdeführer als sehr spezielles (eigenwilliges) Kind charakterisiert. Im Vordergrund stünden die Konzentrationsschwierigkeiten und als Hauptproblem seien die sozialen und emotionalen Auffälligkeiten zu werten (IV-act. 40 S. 5). Von grosser Bedeutung und Aussagekraft sind sodann nach Auffassung des Gerichts die Berichte der behandelnden Kinderärztin Med. pract. F. \_\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2016 (Bf-act. 1 zur Beschwerde bzw. IV-act. 51) und vom 24. November 2016 (Bf-act. 6 zur Replik), worin ein Auszug der früheren Krankengeschichte (Abklärungen vom 23. März 2011, 2. Oktober 2012

- 19 - und 28. August 2013) mitenthalten ist. Die betreffende Kinderärztin erwähnte hiernach schon im Abklärungsbericht vom 2. Oktober 2012 unter Diagnose psychosomatische Entwicklungsstörung, z.B. Störung aus dem Autismusspektrum. Im Bericht vom 28. August 2013 ist von einer allgemeinen Entwicklungsstörung unklarer Genese, z.B. Störung aus dem Autismusspektrum die Rede (im Sachverhalt Ziff. 4 und 6, hiervor). Seit der Diagnosestellung sei beim Beschwerdeführer eine deutliche Verbesserung in der gesamten Entwicklung eingetreten, vor allem habe eine enorme Stabilisierung der psychischen Verfassung beobachtet werden können (Bf-act. 6 zur Replik). Diese Beurteilung – wonach infolge korrekter Diagnose und angepasster Therapie eine wesentliche Verbesserung festzustellen sei – wird auch von der Ergotherapeutin im Verlaufsbericht vom 23. November 2016 (Bf-act. 7 zur Replik), der Schulpsychologin im Bericht vom 26. November 2016 (Bf-act. 8 zur Replik) sowie weiteren Fachpersonen (Bf-act. 9 zur Replik) geteilt. Diese Erkenntnisse können rückwirkend als Bestätigung der

kinderärztlichen Diagnose von Med. pract. F.\_\_\_\_\_ betrachtet werden. Nichts Gegenteiliges ergibt sich zudem aus den übrigen Verlaufsberichten hinsichtlich Ergotherapie vom 15. November 2012 (Bf-act. 7 zur Beschwerde bzw. IV-act. 45), 11. September 2013 (Bf-act. 12 zur Replik) und 29. Januar 2016 (Bf-act. 8 zur Beschwerde). Diese sind hier allesamt zu berücksichtigen. g) Wie das Bundesgericht bereits mehrfach entschieden hat (vgl. Urteil 8C\_269/2010 vom 12. August 2010 E.5.1, Urteil I 302/05 vom 31. Oktober 2005 E.2 und 2.1; sowie vorne [in E.2b] im Wortlaut schon zitiertes Urteil 9C\_682/2012 E. 3.1 bis 3.2.1) ist es zulässig – und aufgrund der Schwierigkeit der Diagnostik dieses Beschwerdebildes auch notwendig – auf retrospektive Beurteilungen zur Feststellung der Symptomatik in den ersten 5. Lebensjahren abzustellen. Dabei dürfen laut höchstrichterlicher Rechtsprechung mit Bezug auf die medizinische Lehre keine allzu hohen Anforderungen an die Erkennbarkeit der Störung in der lediglich nur auf Ver-

- 20 - ordnungsstufe festgelegten Altersgrenze gestellt werden. Unterdessen ist überdies die wahrscheinlich genetische Ursache der autistischen Störung ausgewiesen (vgl. STEINHAUSEN, a.a.O. S. 84/85; sowie aktueller Psychrembel, 266. Aufl., Berlin/Boston 2014). An die Erkennbarkeit innerhalb der 5. Lebensjahre sind vor diesem wissenschaftlichen Hintergrund und im Einklang mit der Praxis des Bundesgerichts keine hohen Anforderungen zu stellen; gerade eben auch, weil häufig erst später die zutreffende bzw. richtige Diagnose gestellt wird. h) Hier sind die Voraussetzungen für die Erkennbarkeit (krankheitsspezifische therapiebedürftige Symptome) einer Autismus-Spektrum-Störung [ASS] klar als erfüllt zu taxieren. Dabei ist das Kriterium der 'keine allzu hohen Anforderungen an die Erkennbarkeit' nicht einmal zu bemühen. Ein starkes Argument sind nämlich die echtzeitlichen Notizen der Kinderärztin Med. pract. F.\_\_\_\_\_, welche bereits im 4. und 5. Lebensjahr die Diagnose ASS (psychomotorische Entwicklungsstörung, z.B. Störung aus dem Autismusspektrum) gestellt hat. Dies geschah zudem sogar ohne, dass eine Diagnosedstellung zu diesem Zeitpunkt verlangt worden wäre bzw. möglich sein müsste. Hinzu kommt, dass die bezeichnete Kinderärztin, welche für Eltern und Kinder erste Ansprechperson im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen ist, eben die Entwicklung und die Probleme in der Entwicklung am besten beurteilen kann; denn zu diesem Zweck finden solche Vorsorgeuntersuchungen ja gerade statt. Offensichtlich lagen zu diesem Zeitpunkt bereits genügend krankheitsspezifische und zudem therapiebedürftige Symptome vor, sodass die Kinderärztin bereits diese (korrekte) Diagnose stellen konnte. Die Beschwerdegegnerin geht bezeichnenderweise weder auf die Argumentation der Kinderärztin noch sonst auf die nachgereichten und dem RAD vorgelegten krankengeschichtlichen Aufzeichnungen ein. Auch die von der Sachbearbeiterin gestellten Fragen blieben unbeantwortet (vgl. dazu auch das erst kürzlich ergangene Urteil [VGU] S 16 139 und S 16 154 vom 30. Mai 2017). Die Beschwerdegegnerin hat sich

- 21 - vielmehr auf die Meinung des Kantonsspitals Graubünden/Dr. med. B.\_\_\_\_\_ beschränkt (IV-act. 48 S. 5). Im Ergebnis ist für das Gericht daher klar, dass hier die echtzeitlichen Aufzeichnungen der behandelnden Fach- und Kinderärztin Med. pract. F.\_\_\_\_\_ zusammen mit der Beurteilung der Fachstelle Autismus der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich von entscheidender Bedeutung sind. Daraus folgt, dass das zur Diskussion gestellte Geburtsgebrechen nach Ziff. 405 GgV ('Asperger-Syndrom') beim Beschwerdeführer vorliegt und damit die in diesem Zusammenhang stehenden (medizinischen) Behandlungskosten durch die Beschwerdegegnerin – gleich wie für das

bereits früher anerkannte Geburtsgebrechen Ziff. 404 GgV – zu übernehmen sind. 3. a) Die Verfügung vom 30. September 2016 ist damit nicht rechtens, was zu ihrer Aufhebung und zur Gutheissung der Beschwerde vom 25. Oktober 2016 führt. b) Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren – in Anwendung von Art. 61 lit. a ATSG – bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Aufgrund des Ausgangs des Beschwerdeverfahrens rechtfertigt es sich hier, der unterliegenden Beschwerdegegnerin Gerichtskosten von Fr. 700.-- zu überbinden (vgl. Art. 73 Abs. 1 VRG).

- 22 - Demnach erkennt das Gericht:

#### **E. 4**

Dagegen erhob A. \_\_\_\_\_ (Beschwerdeführer) am 25. Oktober 2016 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden mit den sinngemässen Begehren um Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 405 GgV. Zur Begründung wurde auf den Abklärungsbericht der Kinderärztin Med. pract. F. \_\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2016 verwiesen. Diese hielt fest, dass bereits 2011 Entwicklungsauffälligkeiten wie muskuläre Hypotonie und Echolalie vorgelegt hätten. Im Kantonsspital Graubünden sei ohne genauere Entwicklungsabklärung die Diagnose eines leichten motorischen, evtl. auch gemischten Entwicklungsrückstandes gestellt worden. Diese Diagnose sei von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 23. November 2011 jedoch als eigenwillig beschrieben worden. Die Ergotherapeutin beschreibe im Bericht

- 4 - vom 15. November 2012 ebenfalls 'Autismusspezifische Symptome'. Bei der Vorsorgeuntersuchung mit vier Jahren (2012) sei weiterhin eine allgemeine Entwicklungsverzögerung festgestellt und die Verdachtsdiagnose Autismuspektrumsstörung gestellt worden. Mit Kindergarten Eintritt (2013) seien massive Verhaltensauffälligkeiten und eine depressive Entwicklung aufgetreten. In der Folge sei das Kindergartenpensum reduziert und heilpädagogische Unterstützung in Anspruch genommen worden. Nach der nochmaligen Zuweisung und Untersuchung im Kantonsspital Graubünden sei die Diagnose POS gestellt worden, worauf die IV-Stelle das Leiden auch als Geburtsgebrechen Ziff. 404 GgV anerkannt habe. In Standortgesprächen mit beteiligten Fachpersonen sei aber immer wieder Unzufriedenheit mit der Diagnose POS geäussert worden, da diese nur einen kleinen Teil der Symptome abdeckten, andere Symptome jedoch zunehmend zu Hilflosigkeit und Ratlosigkeit der involvierten Fachpersonen geführt hätten. Bei unverändert bestehendem Verdacht auf Autismuspektrumsstörung sei erneut eine Zuweisung an Dr. med. B. \_\_\_\_\_ erfolgt, welcher in seiner 1,5-stündigen Untersuchung wiederum die POS-Diagnose bestätigt und eine Autismusstörung ausgeschlossen habe. Bei der anschliessenden zweitägigen Abklärung in der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich sei ein Asperger-Syndrom diagnostiziert worden. Seither habe sich die familiäre und schulische Situation deutlich entspannt. Dem Beschwerdeführer und seinen Eltern könne es nicht zum Nachteil gereichen, dass die Diagnose trotz früher Verdachtsdiagnose/-momente und wiederholter fachärztlicher Beurteilungen erst jetzt korrekt gestellt worden sei.

#### **E. 5**

In der Vernehmlassung beantragte die IV-Stelle (Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei. Streitgegenstand bilde die Frage nach dem Vorliegen des Geburtsgebrechens Ziff. 405 GgV. Unbestritten und anerkannt sei das Vorliegen des Geburtsgebrechens Ziff. 404 GgV, wofür die Beschwerdegegnerin die Kosten für

- 5 - die medizinische Behandlung ab dem 30. Januar 2014 übernehme. Mangels Beschwerdelegitimation sei auf die Beschwerde nicht einzutreten; evtl. sei sie abzuweisen. Laut Abklärungsbericht vom 15. Juni 2016 von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ sei eine Autismusspektrumsstörung ausgeschlossen. Gestützt auf die konkreten Ergebnisse der ADOS-Untersuchung lägen krankheitsspezifische, therapiebedürftige Symptome einer Autismusspektrumsstörung nicht erkennbar vor. Demgegenüber sei von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 15. Juni 2016 ein Asperger-Syndrom ebenfalls gestützt auf die ADOS-Untersuchung diagnostiziert worden. Gemäss RAD-Berichten vom 5. Juli 2016 und 11. August 2016 sei die Beurteilung von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ plausibler, weshalb hier auf dessen Abklärungsbericht vom 15. Juni 2016 abzustellen sei. Die Beurteilung des RAD sei schlüssig und nachvollziehbar. Dem Bericht Dr. med. B.\_\_\_\_\_ könnten die konkreten Untersuchungsergebnisse entnommen werden. Aufgrund der dort festgehaltenen Beobachtungen sei die erzielte Punktezahl, die ebenfalls detailliert aufgeführt werde, nachvollziehbar und die Schlussfolgerung, dass eine Autismusspektrumsstörung ausgeschlossen bzw. unwahrscheinlich sei, folgerichtig. Im Gegensatz dazu werde im Abklärungsbericht von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ nur der Gesamtwert der ADOS Modul 3 angegeben, wonach der Beschwerdeführer gerade den 'cut-off' Wert für ein Autistisches Syndrom von 7 Punkten erreiche. Der Abklärungsbericht von Dr. med. B.\_\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer bereits in den Jahren 2013 und 2014 untersucht habe, sei daher klar schlüssiger und nachvollziehbarer. Selbst wenn beiden Berichten der gleiche Beweiswert zukäme, kenne das schweizerische Sozialversicherungsrecht keinen Grundsatz, wonach im Zweifel zugunsten der versicherten Person zu entscheiden sei.

## **E. 6**

In der Replik bekräftigte der Beschwerdeführer noch einmal, dass seiner Beschwerde Rechnung zu tragen sei. Das schutzwürdige Interesse und der praktische Nutzen für ihn seien aufgrund des Berichts der Kinderärztin

- 6 - Med. pract. F.\_\_\_\_\_ vom 24. November 2016 klarerweise ersichtlich. Die Unterscheidung bzw. Klärung des Diagnose-Schwerpunkts seien sehr wichtig, denn je nach Hauptdiagnose folgten unterschiedliche therapeutische Konzepte. Die aktuelle Kostengutsprache zum Geburtsgebrecen Ziff. 404 GgV laufe per 31. Juli 2017 aus. Eine Verlängerung sei möglich. Der Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 18. März 2016 besage jedoch, dass die Beschwerdegegnerin nach abgeschlossener dritter Behandlung weitere Ergotherapien nicht mehr finanziere. Aufgrund der aktuellen Berichte der Ergotherapie und der schulischen Heilpädagogin sei die Wichtigkeit einer fortgesetzten therapeutischen Hilfe unbestritten. Dem Beschwerdeführer gehe es damit einzig um die Kostengutsprache für das Geburtsgebrecen Ziff. 405 GgV mit Blick auf die Fortführung der Behandlung und nicht um die Änderung der Diagnose. Der Beschwerdeführer sei von zwei anerkannten Fachärzten untersucht worden. Die Beschwerdegegnerin gewichte die Schlussfolgerung in den beiden Gutachten unterschiedlich. Die Untersuchungen in der Autismus-Fachstelle der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich während zweier Tage seien wesentlich umfangreicher ausgefallen und hätten eine alltagsnähere Situation

ergeben als die über einige Jahre hin verteilten kurzen Tests bei Dr. med. B.\_\_\_\_\_. Die Beschwerdegegnerin stelle einseitig auf die Diagnose und den Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ ab, in welchem nur der Test ADOS Modul 3 gemacht und dokumentiert worden sei. Die Objektivität des RAD- Arztes Dr. med. E.\_\_\_\_\_ sei in Frage zu stellen, weil dieser ebenfalls nur auf dem ADOS Modul 3 aufbaue und dem RAD keine detaillierten Angaben der Autismus-Fachstelle der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich zu diesem Test vorgelegen hätten. Für eine aussagekräftige Beurteilung durch den RAD-Arzt hätten die detaillierten Unterlagen eingefordert werden müssen. Die Beschwerdegegnerin argumentiere fast ausschliesslich mit einem Test ADOS Modul 3. Der Vielseitigkeit der verschiedenen Tests der Autismus-Fachstelle der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich werde kein Gewicht gegeben. Die langjährigen Erfahrungen der beglei-

- 7 - tenden Kinderärztin und ihre Befunde würden nicht einmal erwähnt und die Erfahrungen der Ergotherapeutinnen, welche eindeutig auf das Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV hinweisen würden, seien nicht berücksichtigt worden.

#### **E. 7**

Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik. Auf die weiteren Vorbringen und Argumente der Parteien wird, soweit erforderlich, im Rahmen der Erwägungen noch eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. a) Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV- Stelle des Kantons Graubünden vom 30. September 2016 (Anfechtungs- objekt). Eine solche Anordnung, die laut Bundesgericht der Beschwerde an das Versicherungsgericht am Ort der verfügenden IV-Stelle unterliegt, kann beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden angefochten werden (Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechts- pflege [VRG; BR 370.100] i.V.m. Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 830.1] und Art. 57 des Bundes- gesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Gemäss Art. 58 Abs. 1 ATSG ist das Versicherungs- gericht desjenigen Kantons örtlich zuständig, in dem die versicherte Per- son zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Der Beschwerdefüh- rer wohnt (zusammen mit seinen Eltern) in X.\_\_\_\_\_, womit das kantonale Versicherungs-/Verwaltungsgericht für die vorliegende Streitentscheidung zuständig ist. Als Adressat des Erlasses ist der Beschwerdeführer von der angefochtenen Verfügung unmittelbar betroffen und hat ein schutzwürdi- ges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung. Er ist damit zur Be- schwerdeerhebung legitimiert (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG),

- 8 - zumal die Beschwerde auch frist- und formgerecht eingereicht wurde (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60/Art. 61 lit. b ATSG). Auf die Beschwerde ist daher vollumfänglich einzutreten, obschon die Beschwerdegegnerin die Beschwerdelegitimation (betreffend Kostenübernahme gemäss Liste der Geburtsgebrechen Ziff. 405 der zugehörigen Verordnung [GgV; SR 831.232.21]) vorliegend verneinte. b) Die Beschwerdegegnerin machte geltend, dass es dem Beschwerdefüh- rer bereits am schutzwürdigen Interesse für die Aufhebung oder Ände- rung der angefochtenen Verfügung fehle. Aus der Beschwerde gehe näm- lich nicht hervor, dass der Beschwerdeführer die Kostengutsprache für das Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV nicht mit Blick auf eine aktuelle me- dizinische Behandlung, sondern nur um der Diagnose willen beantrage. Eine erfolgreiche Anfechtung der angefochtenen Verfügung vom 30. Sep- tember 2016 bringe dem Beschwerdeführer keinen praktischen Nutzen, weil die Beschwerdegegnerin die medizinischen Behandlungskosten der durch das Geburtsgebrechen Ziff. 404 GgV verursachten

Beschwerden bereits übernehme und auch weiterhin übernehmen werde. Dass diese Kosten vorliegend über das Geburtsgebrechen Ziff. 404 GgV und nicht auch über das Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV übernommen würden, habe für den Beschwerdeführer keinen Nachteil zur Folge. Daher sei nicht erkennbar, inwiefern der Beschwerdeführer durch die angefochtene Verfügung beschwert sein könnte. Dem hält der Beschwerdeführer in der Replik entgegen, dass das schutzwürdige Interesse und der praktische Nutzen für den Beschwerdeführer aufgrund des Berichts der Kinderärztin Med. pract. F. \_\_\_\_\_ vom 24. November 2016 (vgl. beschwerdeführerische Akten [Bf-act.] 6) ersichtlich sei. Die Unterscheidung bzw. Klärung des Diagnose-Schwerpunkts sei sehr wichtig, denn je nach Hauptdiagnose folgten unterschiedliche therapeutische Konzepte. Die aktuelle Kostengutsprache zum Geburtsgebrechen Ziff. 404 GgV laufe per 31. Januar 2017 aus. Eine Erweiterung der

- 9 - Geburtsgebrechen sei möglich, besage der Bericht von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 18. März 2016 doch, dass die Invalidenversicherung nach abgeschlossener dritter Behandlung die Ergotherapien nicht mehr weiterfinanziere. Aufgrund der aktuellen Berichte betreffend Ergotherapie (Bf-act. 7) und der schulischen Heilpädagogin (Bf-act. 8) sei die Wichtigkeit der Fortsetzung der therapeutischen Hilfe unbestritten. Dem Beschwerdeführer gehe es damit nur um die Kostengutsprache für das Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV mit Blick auf die Fortführung der Behandlung und nicht nur um die Änderung der Diagnose. c) Nach Auffassung des streitberufenen Gerichts ist die Darstellung der Beschwerdegegnerin als zu eng zu werten, zumal es beim Beschwerdeführer offenkundig um einen (rechtsunkundigen) Laien – vertreten durch seine Eltern – handelt. An die Formulierung des Rechtsbegehrens sind somit keine allzu hohen Anforderungen zu stellen. Aus der Begründung der Beschwerde (vgl. im Sachverhalt Ziff. 4) und der Replik (Sachverhalt Ziff. 6) geht denn auch klar hervor, dass es für den Beschwerdeführer nur um die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 405 GgV und um die entsprechende Kostengutsprache für diese Behandlung geht. Die erforderliche Beschwerdelegitimation ist deshalb zu bejahen und auf die Beschwerde einzutreten. 2. a) In materieller Hinsicht gilt es zunächst auf Art. 13 Abs. 1 IVG hinzuweisen, wonach Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen haben. Gemäss Art. 13 Abs. 2 IVG bezeichnet der Bundesrat die Geburtsgebrechen, für welche die Massnahmen gewährt werden. Er kann die Leistung ausschliessen, falls das Geburtsgebrechen von geringfügiger Bedeutung ist. Nach Art. 3 Abs. 2 ATSG gelten diejenigen Krankheiten als Geburtsgebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen. Die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang zum IVG aufgeführt.

- 10 - Nach Art. 1 Abs. 1 Satz 2 und 3 GgV gilt die blosser Veranlagung zu einem Leiden noch nicht als Geburtsgebrechen. Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist unerheblich (so bereits: Urteil des Verwaltungsgerichts [VGU] S 09 122 vom 9. Februar 2010 E.1a). Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten alle Vorkehren, die nach bewährtem Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV). Laut Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV Anhang fallen unter dieses Leiden auch Autismus-Störungen, sofern diese bis zum vollendeten 5. Lebensjahr erkennbar werden. Zum Krankheitsbild mit dem Sammelbegriff 'Autismus' (mit Subtyp 'Asperger-Syndrom') hat sich das streitberufene Gericht bereits in seinen Urteilen VGU S 11 72 vom 9. No-

vember 2012 E. 2a/2h und S 10 16 vom 1. Juni 2010 E.2b/2f ausführlich befasst und geäußert (Literatur: MICHELE NOTERDAEME/ANGELIKA ENDERS, Autismus-Spektrum-Störungen [ASS], 1. Aufl., Stuttgart 2010; HANS- CHRISTOPH STEINHAUSEN, Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, 6. Aufl., München 2006, S. 84/85 Ziff. 6.2 zum Asperger-Syndrom). b) Vorliegend ist strittig, ob beim Beschwerdeführer (geb. 3. Juni 2008) das Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV (ASS) vorliegt oder nicht. Unbestritten ist hingegen, dass der Beschwerdeführer am Geburtsgebrechen Ziff. 404 GgV (POS; heute ADHS; vgl. im Sachverhalt Ziff. 1, hiavor) leidet und die Beschwerdegegnerin hierfür seit dem 30. Januar 2014 die Kosten für die medizinische Behandlung übernimmt – und auch weiterhin übernehmen wird (s. Vernehmlassung Seite 3, Absatz 3 – sowie im Sachverhalt Ziff. 5, hiavor). Im Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME; Dokument 318.507.06 d; Gültig ab 1. Januar 2017) des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) wird in Randziffer 405 1/17 zur ASS und zu frühkindlichen Psychosen festgehalten, dass medizinische Massnahmen dann zugesprochen wer-

- 11 - den, sofern die krankheitsspezifischen, therapiebedürftigen Symptome bis zum vollendeten 5. Lebensjahr erkennbar waren. Symptome können aber nicht nachträglich als vor dem 5. Lebensjahr anerkannt werden, wenn sie nicht nachweislich bereits zuvor vorhanden waren. Im einschlägigen Bundesgerichtsurteil 9C\_682/2012 vom 1. Mai 2013 E.3.1 und E.3.2 wurde dazu im Detail ausgeführt: 3.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.