

GR_GERICHTE S 2019 31 vom 12. Mai 2020

GR Gerichte, 2020-05-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2019_31

FR: GR_GERICHTE S 2019 31 du 12 mai 2020

IT: GR_GERICHTE S 2019 31 del 12 maggio 2020

Regeste

Versicherungsleistungen nach IVG | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 3

Mit Arztbericht vom 26. April 2018 stellte Dr. med. E._____ bei der IV-Stelle ein Gesuch für das Geburtsgebrechen Ziff. 405 (Autismus-Spektrum- Störungen, sofern diese bis zum vollendeten 5. Lebensjahr erkennbar werden) sowie Ergotherapie und wies darauf hin, dass aufgrund der Diagnose einer Autismspektrumstörung (ASS) das Vorliegen einer leichten Hilflosigkeit überprüft werden sollte. Zu diesem Zweck wurde am 18. Mai 2018 eine entsprechende Anmeldung (Hilfslosentschädigung für Minderjährige) der IV-Stelle nachgereicht.

E. 4

Am 6. November 2018 führte die IV-Stelle eine Abklärung vor Ort durch und sprach A._____ gestützt darauf mit Verfügung vom 29. Januar 2019 für den Monat September 2015 eine Entschädigung wegen leichter Hilflosigkeit und ab 1. Oktober 2015 bis 30. September 2021 eine solche wegen mittlerer Hilflosigkeit zu.

E. 4.1

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbe-

- 7 - schwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise grundsätzlich frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle 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 (vgl. BGE 125 V 351 E.3a). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist 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 (vgl. BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a). 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 (vgl. BGE 125 V 351 E.3a, 122 V 157 E.1c). 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 (vgl. BGE 125 V 351 E.3b, 118 V 286 E.1b, 112 V 30 E.1a). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässig-

- 8 - keit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E.1.3.4, 125 V 351 E.3b/bb).

E. 4.2

Dr. med. F._____ stellt in ihrem Gutachten vom 26. Oktober 2018 (IV-act. 43 S. 1-11) gestützt auf die neuropsychologische Testung durch lic. phil. I._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, vom 4. Oktober 2018 (IV-act. 43 S. 12 ff.) folgende Diagnosen: leichte Intelligenzminderung bei einem Gesamt-IQ von 62 (ICD-10: F70), dissoziierte Intelligenz, deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung und Behandlung erfordert (ICD-10: F74.1) und sonstige, nicht näher bezeichnete Symptome, welche die Sinneswahrnehmung und das Wahrnehmungsvermögen betreffen (ICD-10: R44.8; vgl. Gutachten S. 9). In der Untersuchung hat Dr. med. F._____ ihren Angaben zufolge keine zusätzlichen autismspezifischen Tests durchgeführt, sondern die vor Kurzem vorgenommene ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised, Diagnostisches Interview für Autismus – revidierte Version), die FSK (Fragebogen zur sozialen Kommunikation)-Fragebögen sowie die ADOS (Beobachtungsskala für Autistische Störungen) als genügende Beurteilungsgrundlage beigezogen (vgl. Gutachten S. 8). In ihrer Beurteilung führte sie insbesondere aus, die Kernsymptomatik einer autistischen Störung in der Interaktion und der sozialen Kommunikation fänden sich beim Beschwerdeführer nicht, jedoch diejenigen Anteile, die sowohl Kinder mit Autismus, als auch Kinder mit einer Nonverbal Learning Disorder auszeichneten, welche mit einer dissoziierten Intelligenz gleichgesetzt werden könne und die Bereiche soziale Wahrnehmung und Wahrnehmungsproblematik betreffen. Beim Beschwerdeführer handle es sich aufgrund seines Verhaltens – auf den ersten Blick – nicht um ein typisches Kind mit leichter Intelligenzminderung, da er recht agil bzw. umtriebig und interessiert sei. Bei genauerem Betrachten falle auf, dass sein Verhalten stark von (intellektuellen) Anforderungen abhängt. Sobald die Untersucherin sich auf das Phantasiespiel einlasse und ihre Zielabsicht (ADOS-Test-Ziele nach vorgegebenem Ablauf zu erfassen) verlasse, falle sein Verweigern völlig

- 9 - weg. Er reagiere sehr empfindlich und feinfühlig auf Anforderungen und blocke ab, wenn er sich überfordert fühle. Falle die Prüfungssituation weg, mache er mit. Die Reaktionen, wie sie in der ADOS-Untersuchung bei Dr. med. E._____ aufgetreten seien, entsprächen diesem Verweigern, wodurch seine eigentlichen Fähigkeiten nicht zum Tragen gekommen seien. Insgesamt sei die Testsituation bei Dr. med. E._____ in weiten Teilen eher als Resultat seiner intellektuellen Überforderung als einer tatsächlichen Symptomatik, die einer ASS zugeschrieben werden könnte. Insofern sei der ADOS zwar korrekt durchgeführt, von der Untersucherin aber aufgrund der Befunde der neuropsychologischen Untersuchung anders interpretiert worden. Die Tatsache, dass er sich in der adäquaten

Beschulungssituation im Schulheim X._____ innerhalb eines Jahres sehr gut entwickelt habe, spreche dafür, dass er sich bei genügender Entlastung von Anforderungen besser entfalten könne. Entscheidend für die Beurteilung sei der aktuelle klinische Eindruck. Anamnestische Fragebögen würden weniger gewertet als solche, welche die aktuelle Situation beträfen. Somit sei das Ergebnis des FSK des Schulheims X._____ massgebender für die Beurteilung (Cut off unter Autismusspektrum) und entspreche auch der klinischen Beurteilung. Aufgrund der Mischung der leichten intellektuellen Behinderung mit der Nonverbal Learning Disorder (dissoziierte Intelligenz) sei es nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer über lange Zeit diagnostisch nicht richtig habe eingeordnet werden können. Nonverbal Learning Disorder bzw. dissoziierte Intelligenz entsprächen einer Überlappung der Symptome eines Autismus und ADHS, ohne das eine oder andere zu erfüllen. Aufgrund der klinischen Beobachtung und Einordnung aller Befunde könne die Diagnose einer ASS nicht bestätigt werden. Die Tatsache der Intelligenzminderung liesse höchstens die Diagnose frühkindlicher Autismus zu, was aber auch gemäss den Untersuchungen von Dr. med. E._____ nicht zutrefte. Aufgrund der Nonverbal Learning Disorder (dissoziierte Intelligenz) könnten die beobachteten Phänomene in

- 10 - Kombination mit der leichten Intelligenzminderung jedoch verstanden werden (vgl. Gutachten S. 9-11).

E. 4.3

Der RAD-Arzt Dr. med. G._____ schloss gestützt auf das Gutachten von Dr. med. F._____, dass die Voraussetzungen für die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 405 nicht gegeben seien und fügte an, dass die Autismusdiagnose in den Zuständigkeitsbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie falle, weshalb die fachärztliche, gutachterliche Beurteilung höher zu gewichten sei als jene des neuropädiatrischen Behandlers Dr. med. E._____ (vgl. IV-act. 62 Case Report S. 5). Dem widerspricht Dr. med. H._____, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie ausgewiesener ASS-Spezialist, in seiner medizinischen Stellungnahme vom 22. Dezember 2018 (IV-act. 56 S. 4 f.). Darin kommt er gestützt auf seine eigene klinische Untersuchung, eine Erhebung der Vorgeschichte und die Unterlagen aus früheren Abklärungen zum eindeutigen Schluss, dass beim Beschwerdeführer eine ASS vorliege. Angesichts der frühen Auffälligkeiten und der sprachlichen wie auch intellektuellen Beeinträchtigung handle es sich um eine Form des frühkindlichen Autismus (ICD-10: F84.0), wobei angesichts der eher wenigen Symptome im Bereich der Stereotypen und eingeschränkten Interessen auch die Diagnose eines atypischen Autismus (ICD-10: F84.1) diskutiert werden könne. Für die Diagnose eines ASS sei diese Unterscheidung indes irrelevant. Im Gutachten von Dr. med. F._____ werde die Diagnose von Dr. med. E._____ auf völlig unzulässige Art und Weise in Frage gestellt und stattdessen von einem "Nonverbal Learning Disorder" gesprochen. Diese Diagnose sei beim Beschwerdeführer völlig fehl am Platz, denn sie würde bedeuten, dass eine umschriebene Entwicklungsstörung vorliege und insbesondere der sprachliche Bereich nicht betroffen sei. Beim Beschwerdeführer liege aber gerade auch im sprachlichen Bereich eine schwere Beeinträchtigung vor, was die Diagnose

- 11 - "Nonverbal Learning Disorder" ausschliesse. Die Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers in vielen Entwicklungsbereichen (mit Ausnahme des reinen logischen Denkens) könnten nur mit der Diagnose einer Tiefgreifenden Entwicklungsstörung (ICD-10: F84) erklärt werden. Diese Kategorie nach ICD-10 entspreche dem Begriff ASS, wie er erstmals im DSM-5 gebraucht werde. Ausserdem benutze Dr. med. F._____ der

angebliche Mangel an aktuell beobachtbaren autistischen Verhaltensweisen als Hauptargumentationslinie gegen eine Autismus- Diagnose, was nach neueren Erkenntnissen völlig unzulässig sei und ausser Acht lasse, dass auch autistische Kinder einen Lern- und Entwicklungsprozess durchmachen und so mit der Zeit einst vorhandene autistische Symptome maskiert würden. Schliesslich bestätigt Dr. med. H._____, dass die von Dr. med. E._____ als klinisch erfahrene Fachperson durchgeführte Autismus-Abklärung absolut "lege artis" erfolgt sei und zu einer klaren diagnostischen Beurteilung geführt habe. Es könne kein vernünftiger Zweifel daran bestehen, dass beim Beschwerdeführer eine ASS vorliege, für welche es nota bene schon vor dem 5. Geburtstag dokumentierte Hinweise gebe. Aus ähnlichen Überlegungen wie Dr. med. H._____ führt auch Dr. med. E._____ in seiner Stellungnahme vom 4. Juni 2019 (Bf-act. 5) an, dass beim Beschwerdeführer ein "Nonverbal Learning Disorder" nicht vorliege, da er in keiner Weise die dazu notwendigen diagnostischen Kriterien erfülle. Dies leuchtet angesichts der Vorgeschichte des Beschwerdeführers denn auch ein: Wie nachfolgend (s. E.5.4) aufgezeigt wird, wurde beim Beschwerdeführer bereits im frühen Kindesalter eine Sprachentwicklungsstörung festgestellt. Zwar konnten in diesem Bereich gewisse Fortschritte erzielt werden, die Sprachentwicklung bleib aber weit hinter der Altersnorm zurück, so dass auch in aktuellen Dokumenten von sprachlichen Schwierigkeiten berichtet wird. Wenn nun aber Kinder mit einem "Nonverbal Learning Disorder" gemäss Dr. med. E._____

- 12 - typischerweise im sprachlichen Teil von psychometrischen Testungen gut abschnitten, dagegen aber unterdurchschnittliche nichtsprachliche Leistungen zeigten (vgl. hierzu Stellungnahme von Dr. med. E._____ vom 4. Juni 2019), so ist dies nachweislich nicht mit dem Beschwerdebild des Beschwerdeführers vereinbar. Es mutet denn auch widersprüchlich an, wenn der Gutachterin Dr. med. F._____ die Defizite im sprachlichen Bereich vorbefundlich bekannt waren (vgl. dazu zuletzt Zeugnis des Schulheims X._____ vom 11. Juni 2018 [IV-act. 37]) und sie solche auch in ihrer eigenen Befunderhebung festgestellt hat (vgl. Gutachten S. 7 ff.), aber dennoch die Diagnose eines "Nonverbal Learning Disorder" bzw. einer dissoziierten Intelligenz stellte. Abgesehen von ihrer Feststellung, wonach eine dissoziierte Intelligenz einer Überlappung der Symptome eines Autismus und ADHS entspreche, ohne das eine oder andere zu erfüllen (vgl. Gutachten S. 11), finden sich hierzu denn auch keine Ausführungen. Ebenso wenig vermag die Schlussfolgerung der Gutachterin zu überzeugen, wonach der aktuelle klinische Eindruck für ihre Beurteilung entscheidend sei, weshalb auch anamnestischen Fragebögen weniger Gewicht beigemessen würden als jenem, der vom Schulheim X._____ ausgefüllt worden sei und einen Cut off unter Autismusspektrum ergeben habe (Gutachten S. 11). Abgesehen davon, dass Dr. med. H._____ eine solche Vorgehensweise nach neueren Erkenntnissen für unzulässig erachtet und darauf hinweist, dadurch werde der Lern- und Entwicklungsprozess von autistischen Kindern ausser Acht gelassen (vgl. Stellungnahme vom 22. Dezember 2018), widerspricht sie einer leitliniengerechten Abklärung. Wie zu Beginn des Gutachtens ausgeführt wird, beschlossen die Frühinterventionszentren Genf, Zürich, Bellinzona und Basel am 10. September 2013 einstimmig, dass die Diagnostik von ASS mittels ADI-R-Interview mit den Eltern, mit standardisierter Verhaltensbeobachtung ADOS, mit der Erfassung der intellektuellen

- 13 - Funktionen mit geeigneten Tests und mit neuropädiatrischer Untersuchung zwecks Ausschluss möglicher somatischer Ursachen zu erfolgen hat (vgl. Gutachten S. 2). Dr. med.

F._____ hat ihrer Begutachtung die von Dr. med. E._____ am 22. Februar 2018 durchgeführten Verfahren (ADI-R-Interview, FSK-Fragebögen und ADOS) zugrunde gelegt und auf zusätzliche autismusspezifische Tests verzichtet (vgl. Gutachten S. 8). Aus ihrer klinischen Beurteilung geht dabei hervor, dass sie im Vergleich zur ADOS-Untersuchung von Dr. med. E._____, welche sie als korrekt durchgeführt einstufte, einzelne Aufgaben anders bewertete, und letztlich auf einen Gesamtwert ausserhalb des Autismus-Spektrums schloss (vgl. Gutachten S. 10). Wenn sie sodann für ihre Gesamtbeurteilung auf diese klinischen Beobachtungen zusammen mit dem durch das Schulheim X._____ ausgefüllten FSK-Fragebogen, welcher zu demselben Ergebnis gelangte, abstellte, wurden massgebende, gemäss Leitlinien zu beachtende Testverfahren, wie das ADI-R-Interview mit den Eltern, dessen Resultat für die Annahme einer ASS sprach, unzulässigerweise aussen vor gelassen. Vor diesem Hintergrund geht es entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht an, der Stellungnahme von Dr. med. H._____ ihre Aussagekraft abzuspochen, weil er den Beschwerdeführer nicht selbst umfassend untersucht habe, sondern seiner Beurteilung – wie die Gutachterin Dr. med. F._____ auch – die von Dr. med. E._____ durchgeführten Tests zugrunde gelegt hat. Im Gegensatz zu Dr. med. F._____ hat Dr. med. H._____ aber diese standardisierten Verfahren nicht modifiziert, sondern aufbauend darauf leitliniengerechte zusätzliche Untersuchungen durchgeführt (vgl. Stellungnahme vom 22. Dezember 2018). Seine Beurteilungen sind somit geeignet, die gutachterlichen Einschätzungen in Frage zu stellen. Wenn Dr. med. H._____ als Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie ausgewiesener ASS-Spezialist sodann die von Dr. med. E._____ als Neuropädiater durchgeführten Testverfahren zur Autismus-Abklärung als "lege artis" bezeichnete und selbst die Gutachterin diese als Grundlage heranzog, dann kann der

- 14 - Beschwerdegegnerin nicht gefolgt werden, wenn sie der Beurteilung der Kinderpsychiaterin mehr Gewicht beimisst als jener von Dr. med. E._____, einem renommierten Neuropädiater für Autismus-Diagnostik bei Kindern. Es mutet denn auch widersprüchlich an, wenn die Beschwerdegegnerin zum Ausschluss des Geburtsgebrechens Ziff. 404 (POS) massgeblich auf den Bericht von Dr. med. E._____ abstellte, seine schlüssigen und nachvollziehbaren Ergebnisse im Bericht vom 26. April 2018 zur Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 405 (ASS) nicht gelten lassen will. Insgesamt sprechen somit konkrete Indizien gegen das Gutachten von Dr. med. F._____ bzw. wird dieses durch die übrigen medizinischen Akten derart in Zweifel gezogen, dass nicht darauf abgestellt werden kann. 5. Zu prüfen bleibt demnach, ob beim Beschwerdeführer bis zum 15. Oktober 2012, als er sein 5. Lebensjahr vollendete, Symptome einer ASS erkennbar waren, sodass das Geburtsgebrecchen Ziff. 405 anzuerkennen wäre.

E. 5

Die IV-Stelle tätigte zudem medizinische Abklärungen und liess A._____ durch Dr. med. F._____, Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten. In ihrem Bericht vom 26. Oktober 2018 kommt Dr. med. F._____ zum Schluss, dass sie die Diagnose einer ASS nicht bestätigen könne. Aufgrund der Nonverbal Learning Disorder (dissoziierte Intelligenz) könnten die beobachteten Phänomene in Kombination mit der leichten Intelligenzminderung verstanden werden. Nachdem Dr. med. G._____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Ostschweiz gestützt darauf schloss, dass die Voraussetzungen für die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 405 nicht gegeben seien, stellte die IV-Stelle am 12. Dezember

2018 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht.

- 4 -

E. 5.1

Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 13 Abs. 1 IVG). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden. Er kann Leistungen ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Art. 13 Abs. 2 IVG; vgl. auch Art. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

Nach Art. 1 der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) gelten als Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen. Die blossе Veranlagung zu einem Leiden gilt nicht als Geburtsgebrechen. Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen

- 15 - als solches erkannt wird, ist unerheblich (Abs. 1). Die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang (GgV Anhang) aufgeführt (Abs. 2 Satz 1).

E. 5.2

Autismus-Spektrum-Störungen werden gemäss Ziff. 405 GgV Anhang als Geburtsgebrechen anerkannt, wenn sie bis zum vollendeten 5. Lebensjahr erkennbar werden. Nach den Verwaltungsweisungen (Rz. 405 des Kreis-schreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung [KSME], ab Januar 2019 geltende Fassung) müssen die entsprechenden krankheitsspezifischen, therapiebedürftigen Symptome bis zum vollendeten 5. Lebensjahr erkennbar sein. Dies soll es ermöglichen, die prä- oder perinatale Autismus-Spektrum-Störung von nachgeburtlich entstandenen gleichartigen Leiden abzugrenzen (vgl. Art. 3 Abs. 2 ATSG). Daher ist die Altersgrenze, bis zu welcher sich das Gebrechen manifestiert haben muss, relativ tief angesetzt (Urteil des Bundesgerichts 9C_682/2012 vom 1. Mai 2013 E.3.2.1). Ziff. 405 GgV Anhang setzt keine diagnostische Festlegung vor Vollendung des 5. Lebensjahres voraus. Das Erfordernis "krankheitsspezifischer, therapiebedürftiger Symptome" ist auch nicht so zu verstehen, dass die Symptomatik vor dem 5. Geburtstag so klar ausgebildet gewesen sein müsste, dass bereits damals ohne weiteres die zutreffende spezifische Diagnose hätte gestellt werden können. Vielmehr besteht nach der gesetzmässigen (Urteil 9C_244/2012 vom 25. April 2012 E.3.2.2) Konzeption der GgV bei nachträglicher Diagnose schon dann hinreichende Gewissheit darüber, dass die Störung auf die Geburt zurückreicht, wenn bis zum 5. Geburtstag autistischemustypische Symptome verzeichnet wurden. Anhand dieser muss zum einen festgestanden haben, dass überhaupt eine (differenzialdiagnostisch noch nicht endgültig spezifisierbare) Störung im fachmedizinischen Sinn vorlag; zum andern müssen die damaligen Befunde in die spätere definitive Diagnose einfließen (SVR 2014 IV Nr. 21 S. 77, Urteil des Bundesgerichts 9C_639/2013 E.2.3; vgl. auch Urteile 9C_682/2012 vom 1. Mai 2013 E.3.2.2, 8C_269/2010 vom 12.

- 16 - August 2010 E.5.1.1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 302/05 vom 31. Oktober 2005 E.2).

Aus der Möglichkeit einer retrospektiven diagnostischen Festlegung ergibt sich, dass nicht nur "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, weil sie oftmals von späteren Beobachtungen überlagert sein dürfte. Aus diesem Grund muss im Einzelfall schlüssig dargestellt sein, dass die betreffende Anamnese nicht bloss aktuelle Feststellungen in die Vergangenheit projiziert (Urteile des Bundesgerichts 9C_680/2018 vom 22. Juli 2019 E.3.1 ff., 9C_682/2012 vom 1. Mai 2013 E.3.2.3; vgl. auch SVR 2014 IV Nr. 21 S. 77, 9C_739/2013 E. 2.4).

E. 5.3

Im vorliegenden Fall wurde beim Beschwerdeführer die Diagnose ASS im Alter von zehn Jahren im Bericht von Dr. med. E._____, leitender Arzt im KSGR für Kinder- und Jugendmedizin Neuropädiatrie, vom 26. April 2018 (IV-act. 27 S. 1-7) gestellt. Wie aus Letzterem hervorgeht, führte Dr. med. E._____ in seiner Untersuchung vom 22. Februar 2018 eine eingehende Anamnese des Beschwerdeführers unter Beisein und Befragung der Eltern durch. Dieser kann namentlich entnommen werden, dass Dr. med. K._____ vom HPD, bei welchem der Beschwerdeführer bis zum Eintritt in den Kindergarten in der Frühförderung gewesen sei, beim Beschwerdeführer bereits im Alter von 4 ½ Jahren den Verdacht auf eine ASS geäussert habe, diese jedoch auf Wunsch der Eltern damals nicht weiter abgeklärt worden sei (vgl. Arztbericht S. 3). Dr. med. E._____ wertete in seinem Bericht vom 26. April 2018 zudem verschiedene durch die Eltern und Lehrpersonen der 3. Klasse des Schulheims X._____ ausgefüllte Fragebogen aus, welche u.a. zeigten, dass das (Sozial- bzw. Kommunikations-)Verhalten des Beschwerdeführers für die Eltern insbesondere bezogen auf die Zeit um

- 17 - das 4. bis 5. Lebensjahr als auffällig und mit einer ASS vereinbar angesehen wurde, während die Angaben der Lehrpersonen der 3. Klasse unter dem Cut off für eine ASS zu liegen kamen (Arztbericht S. 4). Dr. med. E._____ nahm anlässlich der Untersuchung vom 22. Februar 2018 überdies autismusspezifische Abklärungen beim Beschwerdeführer in Abwesenheit der Eltern vor. Im Rahmen der ADOS-Untersuchung ergaben sich zahlreiche Einschränkungen u.a. bei der Konversation, der Qualität sozialer Annäherung und Reaktionen sowie beim Ausmass wechselseitiger sozialer Kommunikation. Gänzlich fehlend waren dabei das Berichten über Ereignisse und ein an den Untersucher gerichteter mimischer Ausdruck. Im Bereich der Untersuchung repetitiver und restriktiver Verhaltensweisen war der stereotype eigentümliche Sprachgebrauch des Beschwerdeführers auffällig. Insgesamt kam Dr. med. E._____ zum Schluss, dass das Ergebnis der ADOS-Untersuchung mit einer Autismusstörung vereinbar wäre (vgl. Arztbericht S. 4-6). Dr. med. E._____ führte zudem in einem Interview mit den Eltern das sog. ADI-R-Verfahren durch, bei welchem neben den drei Kernsymptomen des Autismus (qualitative Auffälligkeiten der reziproken sozialen Interaktion, qualitative Auffälligkeiten der Kommunikation sowie repetitives, restriktives und stereotypes Verhalten) codiert wird, ob die abnorme Entwicklung bis einschliesslich des 36. Lebensmonats aufgetreten ist. Der Beschwerdeführer erzielte dabei in allen drei Kernbereichen Cut off-Werte, die über jenen für Autismus liegen. Im Kernbereich qualitative Auffälligkeiten der reziproken sozialen Interaktion seien der direkte Blickkontakt, die Skala von Gesichtsausdrücken in der Kommunikation, das Interesse an anderen Kindern, die Qualität der sozialen Kontaktaufnahme und die Angemessenheit sozialer Reaktionen eingeschränkt und die Unangemessenheit des Gesichtsausdrucks auffällig. Zudem fehlten ein soziales Lächeln, das Fantasienspiel mit Gleichaltrigen und die Fähigkeit, Trost zu spenden. Im Kernbereich

qualitative Auffälligkeiten der Kommunikation seien u.a. die konventionelle zielgerichtete Gestik sowie

- 18 - das imitierende soziale Spiel eingeschränkt und es fehlten ein spontanes Imitieren von Handlungen, Fantasienspiele, soziales Geplauder und reziproke Konversationen. Keine Auffälligkeiten ergaben sich bei der stereotypen und repetitiven Verwendung der Sprache. Im Kernbereich repetitives, restriktives und stereotypes Verhalten seien Verhaltensweisen wie intensive Interessen, Zwänge, der repetitive Gebrauch von Objekten bzw. das Interesse an Teilen von Objekten sowie ungewöhnliche sensorische Interessen auffällig. Die Auffälligkeiten, welche auf Autismus hinwiesen, seien aus Sicht der Eltern bereits in der Frühkindheit, sicher vor dem 36. Lebensmonat, ersichtlich gewesen. Dr. med. E._____ kam hierbei zum Schluss, dass das ADI-R die bereits nach Durchführung des ADOS geäußerte Annahme einer ASS bestätige (vgl. Arztbericht S. 6). Dr. med. E._____ hielt weiter fest, die autismspezifischen Zeichen seien bereits vor Vollendung des 5. Lebensjahres erkennbar gewesen. Dr. med. K._____ habe in einem Förderplan vom 9. März 2012 (der dem Arztbericht beigelegt wurde [IV-act. 27 S. 8-9]), als der Beschwerdeführer 4 ½ Jahre alt gewesen sei, festgehalten, dass der IQ nonverbal bestimmt nur bei 67 liege, die Gesamtentwicklung bei einem Entwicklungsstand von knapp über drei Jahren retardiert bzw. in grobmotorischer Hinsicht gar stark retardiert und das Verhalten auffällig sei. Dr. med. K._____, eine Fachperson, habe klar die Verdachtsdiagnose (Autismusform) geäußert, die aber im weiteren Verlauf nicht nachgegangen worden sei. Für alle späteren Ärzte habe die geistige Behinderung sowie sein auffälliges erethisches Verhalten im Vordergrund gestanden. Deshalb sei der Verdacht auf POS geäußert worden. Durch die spezifische Autismusdiagnostik habe nun der bereits im Alter von 4 ½ Jahren geäußerte Verdacht auf eine tiefgreifende Entwicklungsstörung bestätigt werden können. Die Kriterien für das Vorliegen des Geburtsgebrechens Ziff. 405 seien klar erfüllt (vgl. Arztbericht S. 7).

- 19 - Davon geht im Übrigen auch Dr. med. H._____ aus, wenn er in seiner medizinischen Stellungnahme vom 22. Dezember 2018 (IV-act. 56) ausführt, dass die von Dr. med. E._____ als klinisch erfahrene Fachperson durchgeführte Autismus-Abklärung "lege artis" vorgenommen worden sei und kein Zweifel daran bestehe, dass beim Beschwerdeführer eine ASS vorliege, für welche es schon vor Vollendung des 5. Lebensjahres dokumentierte Hinweise gegeben habe.

E. 5.4

Die Beschwerdegegnerin wendet gegen diese retrospektive diagnostische Festlegung einer ASS ein, Dr. med. E._____ habe den Beschwerdeführer bereits im Jahr 2016 eingehend untersucht. Dabei sei aber von Autismus oder einem Autismusverdacht keine Rede gewesen. Dies lasse nur den Schluss zu, dass die krankheitsspezifischen, therapiebedürftigen Symptome im Jahr 2016 (und in den Jahren zuvor) offensichtlich noch nicht erkennbar gewesen seien. Dass sich Dr. med. E._____ damals offenbar auf eine POS-Abklärung fixiert habe, vermöge an diesem Resultat nichts zu ändern. Denn aus den Berichten von Dr. med. E._____ vom 26. August 2016 und 2. September 2016 gehe hervor, dass die Abklärungen im Jahr 2016 insbesondere auch zum Ziel gehabt hätten, zu prüfen, ob beim Beschwerdeführer ein Gesundheitsschaden vorliege, aus welchem ein Anspruch auf medizinische Massnahmen nach Art. 13 IVG abgeleitet werden könne. Wären krankheitsspezifische, therapiebedürftige Symptome von ASS im Jahr 2016 erkennbar gewesen, hätte dies Dr. med. E._____ in seinen Berichten, auch wenn er sich auf eine

POS-Abklärung fixiert habe, sicher vermerkt. Soweit die Beschwerdegegnerin mit dieser Argumentation versucht, das Vorliegen einer ASS als Geburtsgebrechen auszuschliessen, vermag dies nicht zu überzeugen, hat Dr. med. E._____ doch bis dahin nachweislich keine autismusspezifischen Abklärungen getroffen. Vielmehr geht aus seinem Bericht vom 26. April 2018 (IV-act. 27 S. 1-7) hervor, dass er den Beschwerdeführer zwar bereits im August 2016 untersucht und dabei die

- 20 - Diagnose einer leichten psychointellektuellen Retardierung gestellt habe. Da sich damals auch Hinweise für ein ADHS gezeigt hätten, habe er eine POS-Abklärung vorgenommen, dessen Kriterien nicht erfüllt worden waren. Er habe sich damals strikte auf eine POS-Abklärung fixiert, da dies der ausdrückliche Wunsch der zuweisenden Ärztin, Dr. med. D._____, gewesen sei. Andere möglichen Diagnosen seien nicht weiter abgeklärt worden (Arztbericht S. 2 f.). Dies erscheint plausibel und unter Berücksichtigung der Stellungnahme vom 4. Juni 2019 (Bf-act. 5) nachvollziehbar, wenn Dr. med. E._____ darin präzisierend ausführte, dass die Zuweisung des Beschwerdeführers kurz vor Vollendung seines 9. Lebensjahres erfolgt sei, die Diagnose POS wie auch die Einleitung medizinisch-therapeutischer Massnahmen indes vor dieser Altersgrenze erfolgen müssten. Er habe damals die richtige Diagnose der ASS verpasst, weil er insbesondere aufgrund der zeitlichen Abläufe klar auf ein POS resp. dessen Ausschluss fixiert gewesen sei. Insofern habe er keine autismusspezifische Fragebögen eingesetzt. Zu jenem Zeitpunkt sei ihm auch nicht bekannt gewesen, dass beim Beschwerdeführer bereits vor dem 5. Altersjahr der Verdacht einer ASS vom früheren Heilpädagogen geäussert worden sei. Insofern kann dem Beschwerdeführer die fehlende Diagnose bzw. Symptombeschreibung von ASS in den Berichten von Dr. med. E._____ vom 26. August 2016 und 2. September 2016 (IV-act. 14) nicht zum Nachteil gereichen. Der Beschwerdeführer wurde bereits im Alter von 18 Monaten von seinem damaligen Kinderarzt, Dr. med. B._____, wegen Defizite im Bereich der Motorik, Sprache und des Spielverhaltens zur Beurteilung des Entwicklungsstandes beim HPD angemeldet (vgl. Zuweisung von Dr. med. B._____ vom 21. April 2009 [Bf-act. 3]). Dr. med. K._____ stellte damals ein heterogenes Entwicklungsprofil auf: Am weitesten verzögert seien die Grobmotorik (Niveau eines 11.5 Monate alten Kindes) und die Sprachentwicklung (Niveau eines 15 Monate alten Kindes), während die

- 21 - Selbstständigkeit und das Sozialalter leicht retardiert gewesen seien. Demgegenüber habe er im Bereich der Feinmotorik und der Perzeption überdurchschnittlich abgeschnitten. Da sich insgesamt ein Entwicklungsrückstand abzeichnete, wurden zusätzlich zur seit Sommer 2009 eingeleiteten heilpädagogischen Früherziehung eine Ergotherapie sowie alternative Behandlungsmethoden (Homöopathie, Osteopathie und Kinesiologie) eingeleitet (vgl. HPD-Förderplan vom 10. August 2009 [IV-act. 27 S. 8 f.] und Abklärungsbericht HPD von Dr. med. K._____ vom 18. Mai 2012 [IV-act. 4 S. 1 f.]). Während einer Hospitalisation des Beschwerdeführers mit 3 ■ Jahren wegen einer idiopathisch-thrombozytopenischen Purpura im KSGR wurde anamnestisch eine grobmotorische und sprachliche Entwicklungsverzögerung (DD: ADHS), diagnostiziert und festgehalten, dass während des Aufenthalts eine ausgeprägte Hyperaktivität beim Beschwerdeführer aufgefallen sei, weshalb – je nach Belastungssituation der Familie – eine Abklärung bzgl. ADHS indiziert sei (vgl. Austrittsbericht vom 7. Juli 2011 [Bf-act. 4]). Während zunächst eine Unterstützung in den Bereichen Grobmotorik, aktive Sprache und Sprachverständnis angezeigt war (vgl. HPD-Förderplan vom 10. August 2009), mussten die Ziele im Alter von knapp 4 Jahren angepasst werden, da sich verstärkt

Verhaltensprobleme zeigten. Dabei habe Dr. med. K._____ die testpsychologische Untersuchung nicht zu Hause durchführen und nur mit sehr viel Motivation des Knaben abschliessen können. Der Gesamt-IQ habe bei 81 gelegen und während sich im sprachlichen Bereich deutliche Verbesserungen ergeben hätten, seien die Motorik und die Selbstständigkeitsentwicklung stark retardiert geblieben (vgl. Abklärungsbericht HPD von Dr. med. K._____ 18. Mai 2012 [IV-act. 4 S. 1]).

- 22 - Im Alter von 4 ¼ Jahren fand im Januar 2012 mit Blick auf den Kindergarteneintritt erneut eine entwicklungspsychologische Abklärung durch Dr. med. K._____ statt. Letzterer habe den Beschwerdeführer damals als sehr herzliches und fröhliches Kind erlebt, welcher einen durch seine positive Art schnell in seinen Bann ziehen könne. Auf der anderen Seite könne er auch stark provozieren, was den Umgang mit ihm zu Hause und in Überforderungssituationen manchmal nicht ganz leicht mache. In der Spielgruppe sei er gut tragbar und es zeigten sich keine Verhaltensprobleme. Indes habe sich im kognitiven Bereich im letzten Jahr eine Scherbewegung eingestellt. Der Gesamt-IQ (nonverbal) betrage unterdessen 67. Bei der Sprachentwicklung zeige der Beschwerdeführer erfreuliche Fortschritte, wenngleich im Vergleich zur Altersnorm nach wie vor eine grosse Lücke klaffe. Diesbezüglich werde vorgeschlagen, mit Logopädie zu beginnen. Im motorischen Bereich falle der Beschwerdeführer weiterhin durch einen grossen Rückstand auf. Auch im Bereich der Feinmotorik habe sich gemäss Angaben der Ergotherapeutin eine Scherbewegung gegeben. Die verzögerte motorische Entwicklung wirke sich zudem auf die Selbstständigkeitsleistungen aus. Insgesamt liege der Entwicklungsstand des Beschwerdeführers in vielen Bereichen auf dem Niveau eines knapp über dreijährigen Kindes. Der Beschwerdeführer sei im Kindergarten – auch um Verhaltensprobleme zu vermeiden – auf klare Strukturen und einfühlsame Führung angewiesen. Zu Hause würden z.B. gute Erfahrungen mit dem "stillen Stuhl" gemacht. In der Spielgruppe sei der Beschwerdeführer sehr beliebt und hilfsbereit und sollte deshalb das Freispiel mit wenig Unterstützung bewältigen können. Insgesamt schloss Dr. med. K._____ aufgrund des Gesamt-IQ von 67 und dem Entwicklungsstand eines knapp über dreijährigen Kindes, dass die Kriterien zur Gewährleistung einer Sonderschulung gegeben seien und ein unbegleiteter Kindergartenbesuch den Beschwerdeführer und sein Umfeld überfordern würden (vgl. Abklärungsbericht HPD von Dr. med. K._____ vom 18. Mai 2012 [IV-act. 4 S. 2 ff.]).

- 23 - Aufgrund dieser Gesamtentwicklung des Beschwerdeführers und des auffälligen Verhaltens empfahl Dr. med. K._____ am 9. März 2012, den Beschwerdeführer – damals 4 ½-jährig – durch Dr. med. E._____ abklären zu lassen, da es sich um eine Form von Autismus handeln könne. Dazu ist es jedoch nicht gekommen, da sich die Eltern damals gegen eine solche Abklärung entschieden hatten (vgl. HPD-Förderplan vom 9. März 2012 [IV-act. 27 S. 9], vgl. ferner ähnlich den Bericht von Dr. med. B._____ von 8. Mai 2012 [Bf-act. 3]). In den weiteren Abklärungen (nach vollendetem 5. Lebensjahr) wurde der Beschwerdeführer auch mit Blick auf ein Aufmerksamkeitsdefizit bzw. ein ADH-ähnliches Krankheitsbild hin untersucht und eine Anmeldung des Geburtsgebrechens Ziff. 404 in Erwägung gezogen (vgl. Berichte von Dr. med. C._____, ADHD-Zentrum Ostschweiz, vom 5. Februar 2014 [IV-act. 20] und 15. November 2015 [IV-act. 19] sowie Arztzeugnis von Dr. med. D._____ vom 24. April 2016 [IV-act. 5]). Dem Bericht von Dr. C._____, ADHD-Zentrum Ostschweiz, vom 15. November 2015 wurde neben der Aufmerksamkeitsstörung ausserdem u.a. eine Störung des Verhaltens (aggressiv-oppositionell) ausgewiesen. In anamnestischer Hinsicht wurde zudem

ausgeführt, der Beschwerdeführer habe sich im letzten Kindergartenjahr, welches er wiederholen durfte, gut entwickelt. Er habe sich vermehrt in die Klassengemeinschaft zu integrieren vermocht, als dies noch vor einiger Zeit der Fall gewesen sei. Dadurch könne er sich besser auf das Gegenüber beziehen, Inhalte verarbeiten und beim Lernen dranbleiben. Gesamthaft zeige sich im Vergleich zur Untersuchung vom Februar 2014 eine klar verbesserte Leistungsbereitschaft. Aus dem Bericht der (neuen) Kinderärztin, Dr. med. D._____, vom 15. September 2016 (IV- act. 11) geht hervor, dass das Verhalten schwierig sei, da der Beschwerdeführer in Spannung gerate, wenn um ihn herum zu viel los sei. In solchen Situationen werde er u.a. hyperaktiv, rede undeutlich und

- 24 - stotternd und müsse zur Beruhigung abgeschirmt werden. Auch aus den Berichten von Dr. med. E._____ geht hervor, dass der Beschwerdeführer damals sehr verhaltensauffällig gewesen sei (so habe er z.B. die Figuren aus dem Puppenhaus ausgeräumt und von einem auf den anderen Tisch verschoben oder unterhalb des Tisches in einem Fach versteckt), was im Rahmen der diagnostizierten psychointellektuellen Retardierung mit gleichzeitiger Hyperaktivität interpretiert worden sei (vgl. Arztbericht vom 26. August 2016 und 2. September 2016 [IV-act. 14] sowie seine Stellungnahme vom 4. Juni 2019 [Bf-act. 5]). Schliesslich wird im Zeugnis des Schulheims X._____ vom 11. Juni 2018 (IV-act. 37) neben den sprachlichen Schwierigkeiten namentlich ausgeführt, der Beschwerdeführer habe sich im Schulheim gut eingelebt und trete im geschützten Rahmen von sich aus in Kontakt mit seinen Mitschülern. Dieser Kontakt sei aber selten positiv, zumal er andere Kinder provoziere, indem er sie nachmache, oder auf dem Pausenplatz in Konflikt mit anderen Schülern gerate. Er fühle sich dann als Opfer und könne das Geschehene nicht reflektieren. Aus dem Vorerwähnten ergibt sich, dass vorliegend im massgebenden Zeitraum bis zum 15. Oktober 2012, als der Beschwerdeführer das 5. Lebensjahr vollendete, eindeutige autismusspezifische Symptome erkennbar waren. Zwar wird der Beschwerdeführer zum Teil als sehr herzliches und fröhliches Kind mit einer positiven Art beschrieben und er scheint auch in der Spielgruppe gut integriert gewesen zu sein. Auf der anderen Seite finden sich in den echtzeitlichen Akten aber auch Anhaltspunkte für Verhaltensauffälligkeiten im sozialen Bereich. So wird im Abklärungsbericht des HPD vom 18. Mai 2012 (IV-act. 4) ausgeführt, der Beschwerdeführer könne stark provozieren, wodurch sich der Umgang mit ihm zu Hause und in Überforderungssituationen nicht einfach gestalte. Aus dem selbigen Bericht ergibt sich ferner, dass sich beim Beschwerdeführer im Alter von knapp 4 Jahren verstärkt Verhaltensprobleme gezeigt hätten

- 25 - (die namentlich auch eine testpsychologische Untersuchung zu Hause verunmöglichten), weshalb es einer Anpassung der Förderungsziele bedurft habe. Ausserdem sind Hinweise auf eine ausgeprägte Hyperaktivität aktenkundig (vgl. Austrittsbericht des KSGR vom 7. Juli 2011 [Bf-act. 4]). Die Annahme einer ASS entfiel aber auch bei eher wenigen Symptomen im Bereich der Stereotypien und eingeschränkten Interessen nicht von vornherein, führt Dr. med. H._____ in seiner fachärztlichen Stellungnahme vom 22. Dezember 2018 (IV-act. 56 S. 4) dazu doch nachvollziehbar aus, dass diesfalls die Diagnose eines atypischen Autismus zu diskutieren wäre. Als diagnostisches Kriterium dafür – wie auch bei anderen Autismusformen (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_680/2018 vom 22. Juli 2019 E.3.6 m.H.) – spräche, dass beim Beschwerdeführer bereits im Alter von 18 Monaten eine Störung der Sprachentwicklung festgestellt worden ist (vgl. Zuweisung von Dr. med. B._____ vom 21. April 2009 [Bf-act.

3], HPD-Förderplan vom 10. August 2009 [IV-act. 27 S. 8] und Abklärungsbericht HPD vom 18. Mai 2012 [IV- act. 4]), die zwar im Laufe der Zeit verbessert werden konnte, jedoch auch im Alter von 4 ¼ Jahren immer noch weit hinter der Altersnorm zurückgeblieben war (vgl. Abklärungsbericht HPD vom 18. Mai 2012). Ins Bild eines atypischen Autismus passen würde ferner, dass der Beschwerdeführer bereits vor Vollendung des 5. Lebensjahres einen wesentlichen Entwicklungsrückstand sowie mit einem Gesamt-IQ von 67 eine Intelligenzminderung aufwies (Abklärungsbericht HPD vom 18. Mai 2012, S. 2). Diese Form der tief greifenden Entwicklungsstörung unterscheidet sich vom frühkindlichen Autismus entweder durch das Alter bei Krankheitsbeginn oder dadurch, dass die diagnostischen Kriterien nicht in allen genannten Bereichen erfüllt werden. Diese Subkategorie sollte immer dann verwendet werden, wenn die abnorme oder beeinträchtigte Entwicklung erst nach dem dritten Lebensjahr manifest wird und wenn nicht in allen für die Diagnose Autismus geforderten psychopathologischen Bereichen (nämlich wechselseitige soziale Interaktionen, Kommunikation

- 26 - und eingeschränktes, stereotyp repetitives Verhalten) Auffälligkeiten nachweisbar sind, auch wenn charakteristische Abweichungen auf anderen Gebieten vorliegen. Atypischer Autismus tritt sehr häufig bei schwer retardierten bzw. unter einer schweren rezeptiven Störung der Sprachentwicklung leidenden Patienten auf (Definition des Atypischen Autismus gemäss ICD:10 F84.1). Im Übrigen weisen gewisse Autismusformen als diagnostisches Kriterium motorische Ungeschicklichkeit auf (so z.B. beim Asperger-Syndrom, vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_680/2018 vom 22. Juli 2019 E.3.6.2 m.H.), die sich auch beim Beschwerdeführer wie ein roter Faden durch seine frühe Kindheit zieht. Schliesslich erscheint es aufgrund all dieser Gegebenheiten nachvollziehbar, dass Dr. med. K. _____ als Facharzt am 9. März 2012 (IV- act. 27 S. 9) den Verdacht äusserte, dass der damals 4 ½-jährige Beschwerdeführer an einer Form von Autismus leiden könnte. Hierfür sprechen denn auch die Resultate des ADI-R-Interviews, wonach die Auffälligkeiten, welche auf Autismus hinwiesen, nach Angaben der Eltern bereits in der Frühkindheit, sicher vor dem 36. Lebensmonat, ersichtlich gewesen seien (vgl. Bericht von Dr. med. E. _____ vom 26. April 2018 [IV- act. 27 S. 6]). 6. In Gesamtwürdigung der Sachlage ist es demnach überwiegend wahrscheinlich, dass beim Beschwerdeführer bereits vor dem vollendeten 5. Altersjahr krankheitsspezifische, therapiebedürftige Symptome des Geburtsgebrechens Ziff. 405 erkennbar gewesen sind und deshalb ein Anspruch auf medizinische Massnahmen gemäss Art. 13 IVG besteht. Die Beschwerde erweist sich somit als begründet, weshalb sie gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben ist. Die Beschwerdegegnerin wird die Modalitäten für die Kostenübernahme der beantragten Ergotherapie festzulegen haben. Bei diesem Verfahrensausgang erübrigt es sich, auf die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen.

- 27 -

E. 6

Dagegen liess A. _____ am 18. Dezember 2018 Einwand erheben und begründete diesen mit Eingabe vom 7. Januar 2019 unter Beilage der medizinischen Stellungnahme von Dr. med. H. _____ vom 22. Dezember 2018. Nachdem der RAD-Arzt Dr. med. G. _____ dazu festhielt, diese Stellungnahme vermöge die Ergebnisse der gutachterlichen Abklärung nicht zu erschüttern, verfügte die IV-Stelle am 20. Februar 2019 wie vorbeschieden und wies das Kostengutsprache gesuch für das Geburtsgebrec hen Ziff. 405 und die Ergotherapie ab. Begründend hielt sie im Wesentlichen fest, die kinder- und jugendpsychiatrische

Begutachtung von Dr. med. F._____, gemäss welcher keine ASS vorliege, sei als fachärztliche Beurteilung höher zu gewichten als jene des neuropädiatrischen Behandler Dr. med. E._____ und werde auch durch die Stellungnahme von Dr. med. H._____ nicht in Zweifel gezogen.

E. 7

Dagegen liess A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 25. März 2019 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden erheben und in Aufhebung der Verfügung vom 20. Februar 2019 beantragen, ihm seien medizinische Massnahmen nach Art. 13 IVG gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 405 zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, es liege eine Verletzung des rechtlichen Gehörs und der Abklärungspflicht vor; auf das in mehrfacher Hinsicht mangelbehaftete Gutachten von Dr. med. F._____ könne nicht abgestellt werden und es lägen eindeutige Anhaltspunkte dafür vor, dass eine Symptomatik, die im Zusammenhang mit ASS stehe, bereits vor dem vollendeten 5. Lebensjahr erkennbar gewesen sei.

E. 7.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren – in Abwe- chung von Art. 61 lit. a ATSG – bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kan- tonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem jeweiligen Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend legt das Gericht die Kosten auf Fr. 700.-- fest. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. Art. 73 Abs. 1 VRG).

E. 7.2

Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Per- son Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da trotz entsprechender Auffor- derung keine Honorarnote eingereicht worden ist, legt das Gericht die aus- sergerichtliche Entschädigung nach Ermessen fest (vgl. Art. 2 bis 4 der Ver- ordnung über die Bemessung des Honorars der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte [Honorarvereinbarung, HV; BR 310.250]). Dabei ist dem praxisgemäss geltenden, reduzierten Stundenansatz für Anwälte und Anwältinnen, welche bei einer Hilfs- bzw. gemeinnützigen Organisation tätig sind – zu denen auch die Procap Schweiz zu zählen ist –, von Fr. 160.- - Rechnung zu tragen. Insgesamt erscheint ein Betrag von pauschal Fr. 2'300.-- als Parteientschädigung angemessen. Demnach erkennt das Gericht:

E. 8

Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) schloss in der Vernehmlassung auf Abweisung der Beschwerde. Dazu führte sie im Wesentlichen aus, von einer Gehörsverletzung könne keine Rede sein;

- 5 - dem Gutachten von Dr. med. F._____ komme vollen Beweiswert zu und es seien am 15. Oktober 2012 (bei Vollendung des 5. Lebensjahres) keine krankheitsspezifischen, therapiebedürftigen Symptome einer ASS erkennbar gewesen, wobei geltungszeitliche, retrospektive Abklärungen dazu keine rechtsgenügenden Antworten mehr liefern würden.

E. 9

Die Parteien hielten im weiteren Schriftenwechsel an ihren Anträgen fest. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Nach Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) sind Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 20. Februar 2019 stellt somit ein taugliches Anfechtungsobjekt für ein Verfahren vor dem Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden dar. Die sachliche Zuständigkeit ergibt sich aus Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Verbindung mit Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100). Als Adressat der strittigen Verfügung ist der Beschwerdeführer berührt und weist ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung auf (Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten. 2. Streitgegenstand bildet die Frage, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mangels Vorliegens des Geburtsgebrechens Ziff. 405 zu Recht medizinische Massnahmen nach Art. 13 IVG abgesprochen hat. Unstreitig ist, dass der Beschwerdeführer zur Zeit keinen Anspruch auf medizinische Massnahmen nach Art. 12 IVG hat. Die Parteien sind sich darin

- 6 - einig, dass die Frage, ob die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen, zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beurteilbar sei. 3. Zunächst ist auf die vom Beschwerdeführer erhobene formelle Gehörsrüge einzugehen. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, die Beschwerdegegnerin habe sich in der angefochtenen Verfügung nicht angemessen mit seinen Ausführungen und den eingereichten Arztberichten auseinandergesetzt, vermag er nicht durchzudringen: Die Beschwerdegegnerin hat sich mit seinem Einwand und den einschlägigen medizinischen Berichten bzw. Stellungnahmen befasst und die Leistungsabweisung in einer, wenn auch sehr kurzen Begründung erläutert. Die Überlegungen, von denen sich die Beschwerdegegnerin leiten liess, können daher zumindest im Kern nachvollzogen werden. Es liegt keine Gehörsverletzung vor, nur weil die Begründung nach Ansicht des Beschwerdeführers fehlerhaft ist. Die Pflicht zur Entscheidbegründung bezweckt vielmehr, dass sich der Betroffene über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und dieses in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann, falls er damit nicht einverstanden ist (BGE 142 III 433 E.4.3.2). Da vorliegend die Motive der Beschwerdegegnerin mit genügender Klarheit aus der angefochtenen Verfügung hervorgehen, war der Beschwerdeführer denn auch in der Lage, den Entscheid der Beschwerdegegnerin sachgerecht anzufechten. 4. In materieller Hinsicht erachtet der Beschwerdeführer die Voraussetzungen für die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 405 als erfüllt und kritisiert dabei das kinder- und jugendpsychiatrische Gutachten, in welchem Dr. med. F._____ zum Schluss gelangt, dass keine ASS vorliege.

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