

SO_GERICHTE VSBES.2024.2 vom 21. November 2023

SO Obergericht, 2023-11-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.2

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.2 du 21 novembre 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.2 del 21 novembre 2023

Erwägungen

E. 2

2.1 Gemäss Art. 13 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2022 geltenden, vorliegend anwendbaren Fassung) haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Der Bundesrat bestimmt die Geburtsgebrechen, für die medizinische Massnahmen nach Art. 13 IVG gewährt werden (Art. 14terAbs. 1 lit. b IVG in der seit 1. Januar 2022 geltenden Fassung). Der Bundesrat hat diese Kompetenz an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) delegiert (vgl. Art. 14terAbs. 4 IVG in der seit 1. Januar 2022 geltenden Fassung).

Nach Art. 3bisAbs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, in der seit 1. Januar 2022 geltenden Fassung; SR 831.201) erstellt das EDI die Liste nach Art. 14terAbs. 1 lit. b IVG mit den Geburtsgebrechen, für die medizinische Massnahmen nach Art. 13 IVG gewährt werden.

2.2 Gemäss Art. 1 der Verordnung des EDI über Geburtsgebrechen (GgV-EDI; SR 831.232.211; in Kraft seit 1. Januar 2022 [vgl. Art. 2 GgV-EDI]) sind die Geburtsgebrechen, für die medizinische Massnahmen nach Art. 13 IVG gewährt werden, im Anhang aufgeführt.

2.3 Ziff. 405 GgV-EDI Anhang enthält folgendes Geburtsgebrechen: Autismus-Spektrum-Störungen, sofern die Diagnose durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Entwicklungspädiatrie bestätigt worden ist.

2.4 Ziff. 404 GgV-EDI Anhang umschreibt folgendes Geburtsgebrechen: Angeborene Störungen des Verhaltens bei Kindern ohne Intelligenzminderung mit kumulativem Nachweis von:

E. 3

Störungen des Erfassens (perzeptive Funktionen);

E. 3.1

3.1.1 Die Beschwerdegegnerin wies den Anspruch des Beschwerdeführers auf medizinische Massnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 21. November 2023 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den medizinischen Unterlagen liege kein von der Invalidenversicherung anerkanntes Geburtsgebrechen vor. Das Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang sei nicht ausgewiesen (A.S. 1 f.). 3.1.2 Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, es seien ihm aufgrund des

Geburtsgebrechens Ziff. 405 GgV-EDI Anhang, eventualiter Ziff. 404 GgV-EDI Anhang, medizinische Massnahmen zu gewähren. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme weiterer Abklärungen zurückzuweisen. Zur Begründung bringt er im Wesentlichen vor, es existierten neuere Berichte der Psychiaterinnen Dr. med. E.____ und Dr. med. D.____, welche die Diagnose Autismus gestellt hätten. Letztere sei eine ausgewiesene Spezialistin für die Diagnostizierung von Autismus-Spektrum-Störungen. Die Beschwerdegegnerin wäre daher gehalten gewesen, auf diese neueren Berichte abzustellen und das Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang zu bejahen. Es sei nicht berücksichtigt worden, dass der Beschwerdeführer seit dem Beginn des Schuljahres 2023/2024 eine Schule besuche, die auf Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen ausgerichtet sei (C.____ [...]). Sodann habe die Beschwerdeführerin den Anspruch auf medizinische Massnahmen gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 404 GgV-EDI Anhang (ADHS) nicht geprüft. Die Voraussetzungen für dieses Geburtsgebrechens seien ebenfalls erfüllt. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben, weil sich die vorgenommenen Abklärungen als unvollständig erwiesen. Die Beschwerdegegnerin hätte namentlich einen ergänzenden Bericht von Dr. med. D.____ einholen müssen (A.S. 4 ff.).

3.1.3 In ihrer Beschwerdeantwort macht die Beschwerdegegnerin geltend, auch die Voraussetzungen des Geburtsgebrechens Ziff. 404 GgV-EDI Anhang seien nicht erfüllt. Weder eine adäquate Behandlung noch eine qualifizierte Diagnosestellung seien vor Vollendung des 9. Lebensjahres des Beschwerdeführers erfolgt (A.S. 17 f.).

3.1.4 Der Beschwerdeführer erneuert in seiner Replik die Argumentation, die Beschwerdegegnerin habe nicht alle erforderlichen Abklärungen vorgenommen. Im Weiteren legt er dar, er besuche seit Beginn des letzten Schuljahres die Privatschule [...] GmbH (). Das Amt für Volksschule und Kindergarten habe die entsprechende Bewilligung gestützt auf den Abklärungsbericht von Dr. med. D.____ vom 10. März 2023 bewilligt. Die Experten des Amtes für Volksschule bzw. der antragstellende Schulpsychologische Dienst der Stadt [...] gelangten – anders als die Beschwerdegegnerin bzw. der RAD – zum Schluss, dass durch den Bericht von Dr. med. D.____ die Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung gegeben sei. Es sei nicht nachvollziehbar, dass der RAD diesen Bericht nicht anerkenne (A.S. 26 ff.). Mit Eingabe vom 30. Juni 2024 weist er noch darauf hin, der eingereichte Bericht der Privatschule [...] GmbH vom 12. Juni 2024 komme zum Schluss, dass sich die beim Beschwerdeführer in der Schule beobachteten Verhaltensweisen mit den Merkmalen eines «Pathological Demand Avoidance» deckten. Dies werde durch die beiliegende Stellungnahme von Dr. med. D.____ vom 27. Mai 2024 bestätigt. Es sei damit erstellt, dass der Beschwerdeführer unter einer Autismus-Spektrum-Störung leide und das Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang gegeben sei (A.S. 32 f.).

3.2 Im Folgenden ist zu prüfen, ob der Anspruch des Beschwerdeführers auf Kostengutsprache für medizinische Massnahmen von der Beschwerdegegnerin zu Recht mit der Begründung verneint wurde, ein Geburtsgebrechen gemäss GgV-EDI Anhang sei nicht ausgewiesen. Im Vordergrund steht die Frage, ob die Voraussetzungen des Geburtsgebrechens Ziff. 405 GgV-EDI Anhang erfüllt sind. Der vorliegende medizinische Sachverhalt präsentiert sich wie folgt:

3.2.1 Im Bericht der F.____, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Ambulatorium [...], vom 24. April 2017 wurden folgende Diagnosen gestellt: «1. Achse anamnestisch Hinweise für Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität bei F43.25; 2. Achse nicht eruiert; 3. Achse 9.; 4. Achse 00.00; 5. Achse gemäss eigenanamnestischer Angaben der Mutter: St.n. postpartaler Depression; elterliche Meinungsverschiedenheiten betreffend Erziehung;

6. Achse 1 mässige soziale Funktion mit vorübergehenden oder geringen Schwierigkeiten in ein oder zwei Bereichen». Zur aktuellen Problematik wurde angegeben, die Eltern des Beschwerdeführers berichteten, A.____ widersetze sich ihnen häufig. Er reagiere auf elterliche Worte oft destruktiv mit körperlich aggressiven Verhaltensweisen, tobe und schreie viel. Er sei häufig eifersüchtig auf seine ältere Schwester [...] (geb. 2009) und suche ständig nach Aufmerksamkeit. Seine Ausbrüche entwickelten sich teilweise aus nichtigem Anlass. Im Kindergarten sei er nicht gut integriert, worunter er leide und mit Traurigkeit reagiere. Er störe dort andere Kinder durch sein Verhalten. Zum Verlauf wurde vermerkt, die Behandlung habe das Erstgespräch mit den Eltern im Dezember 2016, einen Abklärungstermin mit A.____, im Anschluss einen Termin zusammen mit der Mutter, Telefonate mit der Lehrperson sowie der Förderlehrperson sowie abschliessend im Januar 2017 einen Termin mit der Mutter umfasst. Im Verlauf habe die Mutter von positiven Veränderungen insbesondere betreffend A.____ Verhalten zu Hause sowie in Bezug auf die Vater-Sohn-Beziehung berichtet. Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, A.____ sei zum Zeitpunkt des Erstgesprächs ein 5 Jahre und 8 Monate alter Junge gewesen, welcher in schwierigen familiären Verhältnissen bei langandauernder Depression der Kindsmutter aufgewachsen sei. Gemäss anamnestischen Angaben der Eltern bestünden bei A.____ zum Zeitpunkt des Erstgesprächs emotionale Regulationsschwierigkeiten sowie eine motorische Unruhe. Die Frage nach einer allfälligen ADHS bei anamnestisch vorhandenen Hinweisen (Eltern, Lehrperson, Förderlehrperson, Kindergarten) habe testpsychologisch nicht bestätigt werden können. Aufgrund des von der Mutter positiv wahrgenommenen Verlaufs hinsichtlich seines Verhaltens zu Hause sowie der Vater-Sohn-Beziehung seien anfänglich differentialdiagnostische Überlegungen hinsichtlich einer möglichen depressiven Entwicklung im Verlauf der Behandlung in den Hintergrund gerückt. A.____ sei auf Wunsch der Mutter zur Psychomotoriktherapie angemeldet worden. Im Kindergarten erhalte er die Förderstufe A seit Februar 2017. Bis Ende April 2017 sei es zu keiner weiteren Kontaktaufnahme seitens der Mutter gekommen (IV-Nr. 18 S. 3 ff.).

3.2.2 Gemäss dem Bericht der F.____, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ambulatorium [...], vom 22. Oktober 2021 lautete die Diagnose wie folgt: «1. Achse Vd.a. F94.1 Reaktive Bindungsstörung in Verbindung mit klinischen Hinweisen auf F90.0 Einfache Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit Hyperaktivität; 2. Achse Bland; 3. Achse 3. Durchschnittliche Intelligenz; 4. Achse Fructosemal absorption (ohne Krankheitswert); 5. Achse 1.2, 2.0, 8.0, 8.2; 6. Achse Ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen». Zur Beurteilung wurde angegeben, es handle sich um einen 10 Jahre und 6 Monate alten Jungen mit einer stark belasteten Vorgeschichte. Aufgrund einzelner anamnestischer Hinweise bezüglich einer vorliegenden Autismus Spektrum Störung (ASS) sei eine ASS-Abklärung mit ADOS und ADI-R durchgeführt worden. In der ADOS-Testung bestünden jedoch keine Anzeichen, welche für diese Diagnose sprechen würden. Dementsprechend interpretiere man die vorhandenen Verhaltensauffälligkeiten nicht im Rahmen einer ASS. Vielmehr spreche die auffallende persönliche und familiäre Anamnese für eine mögliche reaktive Bindungsstörung in Verbindung mit einer möglichen Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit Hyperaktivität (ADHS), welche klinisch ausgeprägt und in verschiedenen Settings (Schule, zu Hause, bei Untersuchung) beobachtbar sei (IV-Nr. 18 S. 10 ff.).

3.2.3 Am 7. Juli 2022 wurde der Beschwerdeführer erneut in den F.____, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ambulatorium [...], beurteilt. Die Diagnosen lauteten wie folgt: «1. Achse Emotionale Störung des Kindesalters mit Trennungsangst (F93.0), klinisch klare Hinweise für eine ADHS (F90.0), DD: Reaktive Bindungsstörung (F94.1), Ausschluss einer ASS (Abklärung

vom 22.10.2021); 2. Achse 0; 3. Achse 3; 4. Achse Fructosemal absorption (ohne Krankheitswert); 5. Achse 2.0, 8.0, 8.2; 6. Achse 3». Die Beurteilung lautete wie folgt: Bei der Abklärung im G.____ [...] vom Januar 2020 sei A.____ intellektuelles Niveau durchschnittlich ausgefallen, es sei homogen gewesen. Die Aufmerksamkeit sei unauffällig gewesen, die Visuomotorik beeinträchtigt. Familienanamnestisch sei die Differentialdiagnose einer «reaktiven Bindungsstörung» (Bericht vom Januar 2020) resp. «larvierten kindlichen Depression» (Bericht vom Juli 2019) gestellt worden. Die im März 2021 zusätzlich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) [...] erhobenen Testergebnisse (Nickisch, Mottier, VLMT, Beery, KiTAP) entsprächen denjenigen der ersten Abklärung. Wie damals beim TAP fielen die aktuellen Werte in der KiTAP altersgemäss aus. Betreffend einer ADHS zeige sich dasselbe Bild wie vor einem Jahr: Damals hätten die anamnestisch erhobenen Informationen einen ADHS-Verdacht nahegelegt, der jedoch testologisch nicht habe bestätigt werden können. Auch aktuell kontrastierten die erhobenen Informationen aus Elternhaus und Schule (Gespräche) abgesehen vom d2-R mit den unauffälligen Testergebnissen in der KiTAP. Beim Standortgespräch im Sozialpädagogischen Dienst (SPD) vom 24. Februar 2021 habe die Mutter sich dahingehend geäußert, A.____ könne sich in der Schule und auswärts benehmen, aber zu Hause nicht. Dementsprechend zeige auch der SRS-Fragebogen ein diskrepantes Bild: Beiden Eltern zufolge sei A.____ soziale Reaktivität höchst beeinträchtigt, bei den Lehrpersonen schwach bis mittelschwer. Zum Prozedere wurde angegeben, die Eltern seien am 12. Mai 2021 über die Ergebnisse der Abklärung informiert worden. Sie seien mit einer Anmeldung für eine ASS-Abklärung (ADOS / ADI-R) einverstanden gewesen. Diese sei im Oktober 2021 erfolgt. Am 4. November 2021 habe im Auswertungsgespräch eine ASS bei A.____ ausgeschlossen werden können. Da es klinisch klare Hinweise gegeben habe, die für eine ADHS gesprochen hätten, sei ein Medikationsversuch mit Methylamphenidat empfohlen worden. Im Januar 2022 sei mit der Medikation begonnen worden. Im Hinblick auf das nächste Schuljahr 2022/23 werde eine fragliche Sonderschulbedürftigkeit abgeklärt (IV-Nr. 18 S. 6 ff.).

3.2.4 Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. H.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in ihrer Anmeldung zur kinderpsychiatrischen Abklärung durch Dr. med. I.____, FMH Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie, bei Verdacht auf ein PDA-Profil einer Autismus-Spektrum-Störung vom 4. November 2022 im Wesentlichen fest, die Familie stehe bei ihr, Dr. med. E.____, in systemischer Behandlung, dies bei hochgradigem Verdacht auf eine PDA-Syndrom von A.____. Dieser besuche aktuell die 5. Primarschulklasse in der Regelschule, wobei das 3. Schuljahr wiederholt worden sei. Die Schwangerschaft sei unauffällig verlaufen. Schon als Kleinkind habe A.____ eine stark verminderte Frustrationstoleranz gezeigt. Kleinigkeiten hätten zu einer starken Aufregung geführt, welche über Stunden habe anhalten und in gewaltsame Ausbrüche gegenüber den Eltern und der Schwester münden können. Bis ca. zum vierten Lebensjahr habe er den Blickkontakt vermieden. Als man ihn dann vermehrt darauf angesprochen habe, sei es ihm möglich gewesen, diesen zu halten. Er könne weiterhin ohne Probleme Kontakt zu fremden Menschen aufnehmen, diesen jedoch meist nicht aufrechterhalten. In Beziehungen zu Gleichaltrigen, wie auch zu Erwachsenen, zeige er sich sehr bestimmend, wolle dauernd in Interaktion sein, welche er oft in dysfunktionaler Weise mit Schubsen, Erschrecken oder Schlagen aufnehme. In Freundschaften entstünden deshalb viele Konflikte und trotz einer sehr smarten und herzlichen Seite des Jungen seien die Beziehungen weiterhin oft durch Gewalt geprägt. Gleichzeitig könne sich A.____ aber auch nicht selbst beschäftigen und ruhig sitzen, dies sei nur bei Medienkonsum möglich. Er finde keine Ruhe in sich und stelle

daher dauernde Anforderungen und Wünsche an die Eltern, erpresse sie in sehr kreativer Weise oder beleidige sie mit Schimpfwörtern. Für die Eltern sei dieses Verhalten sehr ermüdend und sie nähmen es als dauernden «Psychoterror» wahr. Falls A.____ seine Wünsche nicht erfüllt sehe oder zum Erledigen von Anforderungen gedrängt werde, komme es im häuslichen Umfeld weiterhin zu häufigen «Meltdowns» mit Einschlagen auf Türen oder den Kühlschrank. Schon sehr früh hätten die Eltern daher gespürt, dass sie ihrem Sohn sehr viel Autonomie einräumen müssten, um eine Gewalteskalation zu vermeiden. Seine Gefühle könne A.____ nicht benennen, er kenne nur «schwarz» oder «weiss». Schon seit klein zeige er extreme Stimmungswechsel, welche von einem Moment auf den anderen und ohne von aussen erkennbaren Grund auftreten könnten. Es komme zu Momenten mit starkem Jähzorn. A.____ könne sich nicht in andere Menschen hineinversetzen und wirke oft kalt. Er zeige eine expressive Sprache, habe aber Schwierigkeiten beim Zuhören. So komme es immer wieder zu Missverständnissen und der Junge sei z.B. überzeugt davon, dass ihm Versprechen gemacht worden seien, was nicht der Wahrheit entspreche. Es fehle ihm jegliche Introspektions- oder Reflektionsfähigkeit. Er leide seit frühem Kindesalter unter einer extremen Selbstüberschätzung. Stereotypien zeige er im Sinne von repetitiven Schnalzeräuschen mit der Zunge, neu auch mit wiederholtem lauten Aufeinanderschlagen der Zähne. Ausserdem führe er Schaukelbewegungen beim Einschlafen durch, dabei schlage er den Kopf immer wieder ins Kissen. In der Schule wippe er dauernd auf dem Stuhl. Des Weiteren bestünden Besonderheiten der Wahrnehmung. Es bestehe eine deutlich verminderte Schmerzempfindlichkeit, jedoch eine erhöhte Empfindlichkeit auf alle anderen Sinnesreize. Kleidung werde oft als unangenehm erlebt. Ebenso bestehe eine Überempfindlichkeit auf Geräusche und er empfinde z.B. «Schmatz-Geräusche» am Tisch als zu unangenehm und esse daher kaum mit der Familie. Als kleines Kind sei er ausserdem sehr blendempfindlich gewesen. Es bestünden klare Hinweise auf Reizüberflutung. Im Weiteren zeigten sich Auffälligkeiten in der Sprachpragmatik. A.____ erkenne keine Doppeldeutigkeiten, habe Mühe mit Ironie und dem Verstehen von Metaphern. In der Schule könne er seine Schwierigkeiten oft sehr gut maskieren und sich z.B. bei Vorträgen gut präsentieren. Er habe aber insgesamt grosse Schwierigkeiten mit den Anforderungen, welche in der Schule bestünden. Hausaufgaben erledige er nie. A.____ sei wegen seiner Bewegungsunruhe, Impulsivität und der Aufmerksamkeitsschwierigkeiten bisher schon zweimal auf ADHS getestet worden, wobei diese Verdachtsdiagnose nicht habe bestätigt werden können. Ebenfalls habe der KJPD [...] eine ASS-Testung durchgeführt. Eine ASS sei ausgeschlossen worden, was nur schwer nachvollzogen werden könne. Die Kriterien gemäss DSM-5 seien erfüllt. Mit dem Erreichen von 61 Punkten im durch die Mutter ausgefüllten EDA-Q werde ausserdem eine hohe Wahrscheinlichkeit eines PDA-Profiles der ASS aufgezeigt. Dr. med. I.____ werde nun um eine diagnostische Beurteilung aus kinderpsychiatrischer Sicht gebeten (IV-Nr. 12 S. 8 ff.). Am 3. Januar 2023 wurde der Beschwerdeführer von der vorerwähnten behandelnden Psychiaterin bei der Ergotherapeutin J.____ zur Abklärung angemeldet. Dabei wurde u.a. ausgeführt, bei der im Dezember 2022 durchgeführten Testung durch die Kinderpsychiaterin Dr. med. I.____ sei das PDA-Profil einer ASS ausgeschlossen worden, weil sich A.____ in seinem Verhalten zu beziehungsbezogen gezeigt habe. Allerdings habe sie den Jungen extrem hyperaktiv und aggressiv erlebt. Es sei deshalb die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens mit fehlenden sozialen Bindungen gestellt worden (ICD-10 F91.1). Aus Sicht von Dr. med. I.____ zeigten sich PDA-Kinder immer introvertiert und isoliert, sodass bei A.____ keine ASS vorliegen könne. Dies widerspreche jedoch klar der Meinung der PDA-Society, welche

betone, dass PDA-Kinder oberflächlich sozial erscheinen könnten und zum Teil sogar Spezialinteressen im sozialen Bereich aufwiesen. Immerhin bestünden bei A.____ anhaltende Defizite in der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit, in der nonverbalen Kommunikation sowie beim Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungen. Ausserdem seien die Kriterien der Stereotypen und der sensorischen Besonderheiten erfüllt und die Symptome beeinträchtigten das alltägliche Funktionieren. Hiermit seien gemäss ihrer Einschätzung eigentlich alle ASS-Kriterien gemäss DSM-5 erfüllt. Die Mutter zeige sich nach der Einschätzung von Dr. med. I.____ nun sehr verunsichert und ersuche um eine neue diagnostische Beurteilung durch ein Team, welches sich auf das Aufdecken von ASS mit hohem Masking spezialisiert habe (IV-Nr. 12 S. 4 ff.). Mit ärztlichem Begleitschreiben zum Antrag an den SPD K.____ bzw. das Volksschulamt [...] auf Beschulung an der Privatschule [...] im Sinne eines spezifischen Angebotes Autismus vom 11. März 2023 hielt Dr. med. E.____ im Wesentlichen noch fest, sie sei Psychiaterin mit Spezialisierung auf ASS inkl. PDA-Profil. PDA sei ein im deutschsprachigen Raum noch sehr wenig bekanntes Profil aus dem Autismus-Spektrum, welches mit der Verweigerung von alltäglichen Anforderungen (u.a. Schulbesuch/Hausaufgaben etc.) und einem oft sehr hohen Masking der Betroffenen einhergehe. Unterdessen sei das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung mit PDA-Profil nach einer ausführlichen Testung von der Kinderpsychiaterin Dr. med. D.____ bestätigt worden (Bericht vom 10. März 2023; vgl. E. II. 3.2.5 hiernach). Der Schulbesuch von A.____ stelle aufgrund seiner krankheitsbedingten Schwierigkeiten schon seit Jahren eine extreme Belastung für die Familie dar. Von der Lehrperson werde A.____ gerade in Prüfungssituationen zunehmend blockiert erlebt, sodass eine Benotung nicht mehr möglich sei. Er habe noch nie über die Fähigkeit verfügt, zu Hause in Ruhe zu lernen. Von Hausaufgaben habe er nun seit Beginn dieses Schuljahres ganz dispensiert werden müssen. Da sowohl die schulischen als auch die sozialen Anforderungen in den höheren Schulklassen kontinuierlich zunähmen, akzentuiere sich die Problematik bei A.____ immer mehr. Auch wenn es ihm teilweise gelinge, seine Demand Avoidance in der Schule durch hochgradiges Masking zu überwinden, führe dies im Gegenzug zu Hause zu einem massiv erhöhten Stresspegel und dadurch zu vermehrten autistischen, mit Aggressionen einhergehende Meltdowns im häuslichen Rahmen. Der Junge zeige aber auch in der Schule im sozialen Bereich u.a. beim Einhalten von Regeln immer grössere Schwierigkeiten. Das aktuelle Setting stosse immer mehr an seine Grenzen. Damit die Beschulung in Zukunft auf A.____ besondere Bedürfnisse abgestimmt werden könne und er die Möglichkeit habe, gemäss seinen kognitiven Fähigkeiten gefördert zu werden, sei dringend ein Wechsel in ein Sonderschulsetting notwendig (IV-Nr. 12 S. 2 f.). 3.2.5 Dem Bericht von Dr. med. D.____, Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 10. März 2023 können die Diagnosen «Autismus-Spektrum-Störung (ICD-10 F84.1), Diagnose erstmals gestellt am 23. Januar 2023» und «ADHS (ICD-10 F90.0), Erstdiagnose mir nicht genau bekannt (vor mehreren Jahren)» entnommen werden. Die Expertin machte hierzu die Anmerkung, auch wenn die ICD-10 die gleichzeitige Stellung dieser beiden Diagnosen nicht erlaube, träten bei bis zu 50 % der Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung zusätzliche hyperkinetische Symptome auf, welche die Kriterien für ein ADHS erfüllten. 10 % der Personen mit ADHS erfüllten auch die Kriterien für eine Autismus-Spektrum-Störung. A.____ habe seit Beginn der Primarschule Schwierigkeiten mit dem Verhalten im Unterricht. Er widerspreche oft Lehrpersonen und sei im Unterricht unruhig und schwatze mit anderen Kindern. Er habe in der Schule grosse Probleme mit der Konzentration und deswegen stark schwankende

Prüfungsnoten. Auch im Kindergarten habe es schon Verhaltensprobleme gegeben. Er habe die dritte Klasse repetieren müssen, weil die Lehrpersonen gedacht hätten, er brauche mehr Zeit für seine Reifung. Es werde zurzeit eine Sonderschulung geprüft. Es liege das Geburtsgebrehen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang vor. A.____ benötige eine psychiatrische Behandlung mit Einbezug des Familiensystems und eine Behandlung mit Strattera. Zum ärztlichen Befund wurde angegeben, der am 24. März 2011 geborene Patient sei 11 Jahre und 11 Monate alt. Er wirke körperlich altersentsprechend. Er schaue die Untersuchungsperson kaum an. Er könne nicht berichten, wie es ihm emotional gehe und berichte lächelnd davon, dass er oft Blödsinn mache und aggressiv gegenüber anderen Kindern sei, wenn sie etwas machten, was nach seiner Einschätzung falsch sei. Er gebrauche Flüche und diskriminierende Worte, ohne zu realisieren, dass er anderen Personen damit weh tun könne. Als er am Schluss der Sitzung noch kurz habe warten müssen, sei er sehr ungeduldig gewesen. Seine Stimmung schwanke je nach Gesprächsthema. Zur Prognose wurde dargelegt, bei der Fortführung der laufenden psychiatrischen Behandlung bei Dr. med. E.____ und geeigneter Medikation (neu Strattera) sei zu erwarten, dass A.____ mit der Zeit in der Familie besser zurechtkommen werde. Eine geeignete Sonderschulung werde die schulische Integration des normal intelligenten Jungen erleichtern. Die Autismus-Spektrum-Störung als solche werde bestehen bleiben, sodass für die berufliche Integration wahrscheinlich die Hilfe der IV nötig sein werde. Ohne Behandlung würde A.____ sehr bald in der Schule und später auch zu Hause nicht mehr tragbar sein und auch seine spätere Ausbildung (Eidgenössisches Berufsattest [EBA]) wäre hochgradig gefährdet (IV-Nr. 6 S. 5 ff.).

3.2.6 Aus dem kinderpsychiatrisch-ergotherapeutischen Abklärungsbericht vom 10. März 2023 (Dr. med. D.____; J.____, dipl. Ergotherapeutin; L.____, Psychosoziale Beraterin ASS & AD[H]S) geht zur aktuellen Situation hervor, A.____ wohne mit seinen Eltern und seiner älteren Schwester in [...] und besuche aktuell die 5. Klasse. Er werde von der Mutter als offen, herzlich und sehr sportlich beschrieben. Er spiele gerne Fussball, fahre Velo, spiele Schlagzeug, «game» oder schaue «youtube». B.____ zeige seit dem Kleinkindalter Auffälligkeiten und sei seit dem Kindergarten mehrmals im KJPD F.____ abgeklärt worden. Er könne schlecht mit Druck und von aussen gestellten Anforderungen umgehen. Er werde schnell aggressiv und gefährde sich und andere. Die Diagnose lautete auf «Autismus-Spektrum-Störung». Zur persönlichen Anamnese wurde im Wesentlichen dargelegt, die sprachliche und motorische Entwicklung sei unauffällig verlaufen. A.____ habe mit 12 Monaten frei gehen können. Er habe eher spät gesprochen, dafür gleich korrekt. Seine Entwicklung sei phasenweise verlaufen, es habe immer wieder Zeiten gegeben, in denen bereits erworbene Fähigkeiten wieder verloren gegangen seien, wie z.B. selbstständig anziehen, auf die Toilette gehen, Zähne putzen etc.. Er habe nie ein konstruktives oder fantasievolles Spiel gezeigt. Oft habe er die Hand der Mutter als Werkzeug benutzt, um etwas zu greifen. Selber habe er keine Gesten eingesetzt. A.____ sei bereits im Kindergarten ein eher lautes und wildes Kind gewesen, habe aber von der Lehrperson gut mitgetragen werden können. Er habe zu dieser Zeit nicht auf Ansprache mit seinem Namen reagiert, sondern habe immer auch angetippt werden müssen. Im April 2017 sei A.____ das erste Mal im KJPD F.____ abgeklärt worden aufgrund von Verhaltensproblemen im Kindergarten, Streit mit anderen Kindern und seiner Traurigkeit (Bericht vom 24. April 2017). Er habe von August 2017 bis Dezember 2018 die Psychomotorik-Therapie besucht (Bericht vom 4. Februar 2019). Die damalige Therapeutin habe bereits damals soziale Schwierigkeiten beschrieben: A.____ sei es schwer gefallen, sich in der Gruppe einzuordnen. Andere Kinder seien nicht als Spielpartner wahrgenommen

worden. Es sei oft alleine geblieben und habe isoliert gewirkt in seinem eigenen Bewegungsspiel. Er habe damals Schwierigkeiten im Umgang mit Nähe-Distanz und im Erkennen und Einhalten seiner eigenen Grenzen und die der anderen gezeigt. A.____ besuche aktuell die 5. Klasse, in welcher es ihm schwerfalle, sich in die Gruppe zu integrieren und an gemeinsamen Aktivitäten teilzunehmen. Er habe die dritte Klasse wiederholt, habe jedoch immer wieder schulische Schwierigkeiten. Er sei deswegen im Juli 2022 nochmals im KJPD abgeklärt worden, welcher eine gut durchschnittliche Intelligenz bestätigt habe. A.____ sei grundsätzlich sehr offen und neugierig und interessiere sich für andere. Er habe aber grosse Schwierigkeiten, mit Gleichaltrigen in Kontakt zu treten und orientiere sich eher an den Älteren. Er könne sich kaum alleine beschäftigen und brauche daher immer Begleitung. Er wirke nicht authentisch. Grundsätzlich rede er aber wenig mit anderen, er mache keinen Smalltalk. Er brauche häufig mehr Zeit, um die Ansprache zu verarbeiten und Fragen beantworten zu können. Er mache immer wieder sozial unangemessene Bemerkungen und sei oft diskriminierend. Werde A.____ auf der Strasse von einem Fremden angelächelt, nehme er es als Provokation wahr. Er könne nicht teilen oder jemanden trösten, er habe keine Einsicht in die Situation. A.____ zeige immer wieder repetitive Verhaltensweisen. So könne er exzessiv den Lichtschalter an- und ausschalten oder Türen auf- und zumachen, bis es alle nerve. Statt mit Spielzeug zu spielen, werfe er es herum. Er müsse anderen zwanghaft ein Bein stellen oder beim Vorbeigehen noch eines auf den Po klatschen. Er könne dieses Verhalten nicht unterdrücken. Jegliche Abweichung vom Alltag müsse frühzeitig und detailliert vorbesprochen werden. A.____ wolle immer wissen, was geschehe. Er sei geräuschempfindlich und ertrage elektrische Geräte wie Staubsauger nicht. Zur Diagnostik (diagnostische Beobachtungsskala für autistische Störungen ADOS-2 Modul 3) wurde angegeben, mit einem Gesamtwert von 15 liege A.____ deutlich über dem Cut-off-Wert für eine ASS. Seine Sprechweise sei sehr schnell, laut und monoton, ohne Echolalien oder Stereotypien. Er gebe kaum spontan Informationen über seine Gedanken und Gefühle und habe auch bei der Untersucherin nicht nachgefragt. Er habe jedoch sehr gewandt geredet, als es um das Erzählen von seinen Streichen gegangen sei. Deskriptive Gesten seien kaum gezeigt worden. A.____ Blickkontakt sei angemessen, die mimischen Ausdrücke seien eingeschränkt gewesen (meist habe er gelächelt). Er habe ein gewisses Verständnis für Gefühle vermittelt, habe aber Wut oder Ärger und glücklich oder entspannt sein nicht unterscheiden können. Er habe beim Beschreiben eines Bildes oder einer Geschichte viele Details aufzählen können, es sei ihm aber sichtlich schwer gefallen, den roten Faden zu finden. Im Fragebogen zur sozialen Kompetenz (FSK) erreiche A.____ einen Gesamtwert von 29, was ebenfalls über dem Cut-Off-Wert für eine ASS liege. Im diagnostischen Interview für Autismus (ADI-R) erreiche er in allen Bereichen Werte über dem Cut-Off für eine ASS. Die Beurteilung lautete wie folgt: A.____ sei mit dem Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung in die Abklärung gekommen. Die ausführlichen anamnestischen Angaben, die klinischen Beobachtungen und die testpsychologischen Werte ergäben deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung. A.____ zeige eindeutig ein hohes Bedürfnis nach Autonomie, weshalb er im PDA Profil angesiedelt sei. Die klassischen Massnahmen bei ASS (Struktur, Vorgaben) würden bei ihm nicht helfen. Er dürfe mit Anforderungen nicht direkt konfrontiert werden. Alles müsse für ihn einen Sinn ergeben und er müsse zum Schluss kommen, dass er es freiwillig machen wolle. Nur so sei eine Kooperation möglich und das oppositionelle Verhalten nehme ab (IV-Nr. 6 S. 8 ff.). 3.2.7 RAD-Ärztin med. pract. M.____, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrer versicherungsmedizinischen

Beurteilung vom 19. April 2023 im Wesentlichen fest, für einen versicherungsmedizinischen Nachvollzug der Diagnose fehlten Beschreibungen, die das qualitativ Besondere in der Interaktion und Kommunikation erkennen liessen. Der Junge habe es darauf angelegt, einen (negativen) Effekt hervorzurufen, er habe damit also ein Verständnis von seiner eigenen Rolle in sozialen Situationen gezeigt und Beziehungen ausgetestet. Von daher seien die Differentialdiagnosen der emotionalen Störung und der (hyperaktiven) Störung des Sozialverhaltens wichtig, zumal eine AD(H)S-Diagnose vorliege. Es seien Verhaltensprobleme in der Schule, Unruhe, Dreinschwatzen, Widerspruch, Konzentrationsprobleme und allgemeine Schwierigkeiten, sich auf vorgegebene Anforderungen einzulassen, genannt worden. Das Autismus-Typische daran sei nicht klar zu erkennen. Es fehle eine klinische Beurteilung, inwiefern Autismus-spezifische Symptome die Entwicklung eines Kindes zeit- und situationsübergreifend beeinträchtigten. Das vorgeschlagene pädagogische Vorgehen (Nachvollziehbarkeit herstellen) sei nicht spezifisch. Die Ziele der medizinischen Therapie bei Dr. med. H. ___ und ihre Gründe für eine Autismusabklärung seien unklar. Im Weiteren sei auch nicht klar, welche therapeutischen Massnahmen und mit welchem Effekt bislang erfolgt seien. Differentialdiagnostische Überlegungen bzw. eine Auseinandersetzung mit eventuell vorliegenden anderen Diagnosen/Ausschlussdiagnosen und die Abgrenzung und Überschneidung zwischen Autismus und ADHS/HKS seien nicht erfolgt. Ein Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht ausgewiesen. Die fachärztlich gestellte Diagnose sei nicht differentialdiagnostisch beurteilt und nicht anhand von Verhaltensbeobachtungen und über einen längeren Beobachtungszeitraum bestätigt und klinisch abgesichert worden. Es fehlten Fremdanfragen und Fremdbefunde. Die Sache sei nach Eingang weiterer Berichte, insbesondere derjenigen von Dr. med. E. ___ und des KJPD F. ___ (2017, 2022), wieder vorzulegen. Es seien Verhaltensbeschreibungen in verschiedenen Lebensbereichen, z.B. in der Schule, der Psychomotorik-Gruppe oder im Kindergarten, erforderlich, um die Frage beantworten zu können (IV-Nr. 9 S. 4 f.). 3.2.8 In ihrer Stellungnahme vom 14. September 2023 äusserte sich die RAD- und Fachärztin nach Einsicht in weitere medizinische Abklärungsberichte dahingehend, A. ___ sei in eine psychosozial belastete Familiensituation hineingeboren worden. Er falle den Eltern als auffällig aktiv, unruhig und fordernd auf, seine Emotionen zeige er heftig, es komme vor allem zu sozial herausforderndem Verhalten, das sich bei Aufforderungen, insbesondere ab der Einschulung, verstärke. Die Familie suche Unterstützung, im Jahr 2017 sei der Verdacht auf eine Störung der Emotionsregulation und auf eine Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung erhoben worden. Die neuropsychologischen Untersuchungen zeigten keine einheitlichen und schweren Einbussen von Arbeitsgedächtnis, Sprachverständnis und Konzentration. Die Verhaltensbeschreibungen während der Abklärungen 2017, 2021 und 2022 sowie die Beschreibung des Verhaltens des Jungen in der Schule durch die SHP 2021 zeigten typische Verhaltensweisen bei einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung. Eine autistische Störung sei im Jahr 2021 nicht diagnostiziert, sondern ausgeschlossen worden. Dies sei versicherungsmedizinisch plausibel begründet worden. Zum Verlauf der anschliessenden Behandlung (Medikation, aufsuchende Behandlung «AUF»), zum Wechsel der Therapie zu Dr. med. E. ___ und dem Verlauf der Therapie seien keine Informationen vorhanden. Die im Jahr 2023 von Dr. med. D. ___ gestellte Autismus-Diagnose (ohne ICD-10 oder ICD-11 Kennzeichnung) sei in der RAD-Stellungnahme vom 19. April 2023 als versicherungsmedizinisch nicht ausreichend konsistent und plausibel beschrieben worden.

An dieser Beurteilung habe sich nichts geändert. Es seien nunmehr weitere Inkonsistenzen vorhanden, insbesondere in der Form, dass Ende 2021 Autismus ausgeschlossen worden sei. Es liege kein Abschlussbericht betreffend Therapie der KJP, kein Abklärungsbericht des G.____ für das Jahr 2020, kein Bericht der Behandlerin Dr. med. E.____, der Psychomotorik und keine Verhaltensbeschreibung der Schule (über die Angaben der SHP 2021 und die Beurteilungen im SRS-Fragebogen hinaus) vor. Die Beurteilung des bisherigen Verlaufs von Behandlungen, Rehabilitationen, Eingliederungsmassnahmen etc. sowie die Diskussion von Heilungschancen seien unklar. Ein Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang sei nicht ausgewiesen. Die Angaben seien inkonsistent. Der Abklärungsbericht von Dr. med. D.____ beziehe nicht die davon abweichenden diagnostischen Überlegungen mit ein und nehme nicht Stellung zur Rolle der ADHS auf die Symptomatik. Dementsprechend empfahl die RAD-Ärztin «bislang keine Kostengutsprache GG 405» (IV-Nr. 25 S. 5 f.). 3.2.9 Der im vorliegenden Beschwerdeverfahren mit Eingabe vom 30. Juni 2024 (A.S. 32 f.) nachgereichten Stellungnahme von Dr. med. D.____ vom 27. Mai 2024 kann Folgendes entnommen werden: A.____ sei im Januar 2023 im Zentrum für Autismus abgeklärt und es sei eine Autismus-Spektrum-Störung mit PDA-Profil diagnostiziert worden. Zudem bestehe ein ADHS, welches bereits früher festgestellt worden sei. Zur Zeit der Abklärung im Januar 2023 hätten keine auffälligen psychosozialen Belastungsfaktoren bestanden. Bei der Abklärung im KJPD [...] vom 20. Oktober 2021 hätten sich im ADI-R Auffälligkeiten bezüglich der Entwicklung bis zum Alter von 36 Monaten und der qualitativen Kommunikation gefunden. Im Jahr 2022 seien die Angaben im SRS sowohl von Seiten der Schule als auch der Eltern auffällig ausgefallen. Der KJPD F.____ sei zum Schluss gekommen, es liege keine Autismus-Spektrum-Störung vor, da im Oktober 2021 die Untersuchung von A.____ mit dem ADOS-2 unauffällig ausgefallen sei. Dazu müsse gesagt werden, dass A.____ zu einer Untergruppe von Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung gehöre, die im sogenannten PDA-Profil angesiedelt seien. In der ICD-10, der aktuellen Klassifikation der WHO für Krankheiten, sei diese Unterform einer Autismus-Spektrum-Störung erwähnt. Für diese Kinder sei typisch, dass sie sich sehr anstrengten, um ihre Auffälligkeiten zu maskieren, was dazu führe, dass nicht selten die klinische Untersuchung, beispielsweise mit dem ADOS, unauffällig ausfalle. Dies sei sehr wahrscheinlich auch bei A.____ im Jahr 2021 der Fall gewesen. Das PDA-Profil sei noch wenig bekannt. Die Symptomatik von A.____ könne mit der Diagnose ADHS nicht befriedigend erklärt werden. Die zum Inhalt des Gesprächs nicht passenden Emotionen (lächelnder Bericht über eigene Schwierigkeiten) seien für ein ADHS nicht typisch (dort wären eher stark ausgeprägte, aber passende Emotionen zu erwarten). Auch die Schwierigkeiten im Verständnis von sozialen Konzepten wie Freundschaft, das repetitive Verhalten und die sensorischen Besonderheiten (gesteigerte Empfindlichkeit für Geräusche und taktile Wahrnehmung) seien typisch für eine Autismus-Spektrum-Störung, ebenso die wenig ausgeprägte Gestik. Auch die Diagnose «Emotionale Störung des Kindesalters mit Trennungsangst» (ICD-10 F93.0), welche vom F.____ gestellt worden sei, genüge als Erklärung für das oppositionell anmutende, zum Teil aggressive Verhalten nicht aus. Kinder mit dieser Störung seien scheu und verhielten sich höchstens in Trennungssituationen aus Verzweiflung oppositionell-aggressiv. In Gegenwart ihrer Eltern seien sie zurückhaltend und suchten bei den Eltern Schutz, beleidigten sie aber nicht. Die IV-Stelle habe nie nachgefragt bezüglich der fehlenden Überlegungen betreffend eventuell vorliegende andere Diagnosen und der Abgrenzung ADHS/Autismus. Im Formular für den IV-Bericht seien diese Fragen nicht enthalten und es seien auch keine entsprechenden

Zusatzfragen gestellt worden. Zu diesem Punkten habe daher nicht Stellung genommen werden können (BB 5). 3.2.10 Aus dem ebenfalls nachgereichten Zwischenbericht der Privatschule [...] GmbH, Abteilung Förderung und Autismus (C.____ [...];N.____, Schulleitung; O.____, Fachleitung Autismus), vom 12. Juni 2024 geht im Wesentlichen hervor, A.____ besuche seit Beginn des Schuljahres am 16. August 2023 den Unterricht an der Privatschule [...]. In der Schnupperwoche vor den Sommerferien sowie in den ersten Schulwochen des Schuljahres habe sich A.____ in der Schule überaus angepasst gezeigt. Er habe mitgearbeitet, sei sehr höflich gewesen und habe sich bemüht. Es habe sich jedoch rasch gezeigt, dass diese Überanpassung (maskieren) für A.____ mit enormem Energieaufwand verbunden und nicht nachhaltig aufrechtzuerhalten gewesen sei. Bereits in der zweiten Schulwoche sei es zu ersten Absenzen gekommen. Danach habe A.____ begonnen, in der Schule schrittweise zu demaskieren und seine Bedürfnisse, Besonderheiten und Grenzen zu zeigen. Er habe mehr Pausen und eine engere Begleitung benötigt, schulische Inhalte hätten mehr und mehr mit ihm verhandelt und angepasst werden müssen, um ihm eine Mitarbeit zu ermöglichen, und Regeln und Vorgaben hätten zu immer mehr Widerstand geführt. Inzwischen habe man A.____ mit all seinen Facetten kennen lernen dürfen, vom stark überangepassten, vorbildhaften Verhalten bis hin zu «Meltdowns» mit massiv grenzüberschreitendem Verhalten, Verweigerung und Beleidigungen. Generell habe sich gezeigt, dass A.____ an sich allen Anforderungen und Normen gerecht werden könne, wenn er dies wirklich wolle; allerdings nur über einen kurzen Zeitraum, da es für ihn mit einem ungemein hohen Energieaufwand verbunden sei. Es werde mit A.____ daher daran gearbeitet, eine Mitte zwischen diesen beiden Extremen zu finden, sodass er zu schulischer Mitarbeit und dem Einhalten gewisser sozialer Normen in der Lage sei, ohne sich dabei so zu überanstrengen, dass es zu einer Dekompensation komme. Inwiefern A.____ im Schulalltag Zugriff auf seine Ressourcen habe und wie viel Anpassungsleistung ihm daher möglich sei, sei tagesformabhängig und entsprechend starken Schwankungen unterlegen. A.____ bringe vielschichtige Herausforderungen mit und scheine oft selbst seinen eigenen Gefühlen bzw. einer inneren Getriebenheit ausgeliefert. Er benötige eigentlich einen klaren Rahmen und Strukturen und scheine dieses Bedürfnis selbst auch wahrzunehmen, andererseits könne er Strukturen und Vorgaben jedoch kaum annehmen, wenn diese von anderen auferlegt worden seien. A.____ habe offensichtlich ein extremes Bedürfnis nach Autonomie und Kontrolle. Von der Lehrperson vorgegebene Inhalte zu bearbeiten oder schulische Regeln einzuhalten, falle ihm schwer. Es bewähre sich, sowohl Regeln als auch schulische Inhalte mit A.____ gemeinsam auszuhandeln, dabei zwar Mindestvorgaben zu machen, diese jedoch gut zu begründen und A.____ wo immer möglich auch entgegenzukommen und Sonderabmachungen mit ihm zu treffen. Alle nicht essenziellen Anforderungen und Vorgaben seien wegzulassen und seine Interessen bei den fachlichen Inhalten zu berücksichtigen. A.____ besuche den Unterricht inzwischen nach einem reduzierten, seine Wünsche und Stärken berücksichtigenden Stundenplan. Dies bringe eine wertvolle Entlastung und A.____ sei wieder vermehrt in der Lage, sich in der Schule von seiner konstruktiven und kooperativen Seite zu zeigen. Auch arbeite er inzwischen meist 1:1 begleitet, wenn es darum gehe, fachliche Inhalte zu bearbeiten. Die Mitarbeit falle ihm so deutlich leichter, wobei es auch bei einer 1:1-Begleitung nicht immer möglich sei, mit A.____ in die Arbeit zu finden. Auch in diesem Setting sei feststellbar, dass A.____ Energie nach einer Lektion an schulischer Mitarbeit grösstenteils aufgebraucht sei und er eine Erholungsphase benötige. Auch gelinge das Arbeiten an einem separierten Platz eher als im Klassenzimmer. Trotz der kleinen Klassen von maximal acht Schülerinnen und

Schülern stelle das Zurechtfinden im sozialen Gefüge in Kombination mit fachlichen Anforderungen offenbar eine (zu) hohe Anforderung an A. ___ dar. Im Sport sowie bei spielerischen Sequenzen gelinge dies hingegen eher. In der sozialen Interaktion falle auf, dass A. ___ stark den Kontakt suche, dies sowohl zu Erwachsenen als auch zu Gleichaltrigen. Gerade im Umgang mit diesen scheine er jedoch oft nicht «sich selbst» zu sein, sondern er passe sich im Verhalten stark an das Gegenüber an bzw. scheine in eine Rolle zu schlüpfen, die auch oft überspitzt wirke. Unter dem Titel «Bemerkungen bezüglich Diagnosekriterien ASS nach ICD 11» wurde dargelegt, A. ___ zeige Schwierigkeiten beim Reagieren auf soziale Kommunikation anderer. Seien die eigenen Interessen deckungsgleich mit den Interessen anderer, könne er adäquat reagieren. Seien ihm die Interessen fremd oder gar zuwider, reagiere er oft mit Belustigung oder Beleidigungen. Teilweise reagiere er angriffig auf soziale Kommunikationsangebote. Es sei nicht immer abschätzbar, was ihn dazu veranlasse. Er wirke dann getrieben, auf die Inhibition sei in solchen Fällen kaum mehr zurückzugreifen. A. ___ deute Verhaltensweisen und die nonverbale Kommunikation anderer oft als Angriff. Dies nicht nur bei Gleichaltrigen, sondern auch bei Fachpersonen. Entsprechend oft sei er im Verteidigungsmodus. Das Rollenverständnis von Lehr- oder sonstigen Fachpersonen scheine dann nicht klar zu sein. A. ___ zeige oft eine eher überspitzte Mimik und Gestik. Teilweise passten diese auch nicht zur aktuellen Gefühlslage (z.B. bei Trauer und Unsicherheit). Blickkontakt könne er halten; wie sehr ihn dies anstrengt, sei von aussen nicht zu beobachten. Mit Erwachsenen sei A. ___ immer wieder in der Lage, wechselseitige Gespräche zu führen. Gehe es im Gespräch um die eigenen Gefühle, gebe er nicht viel preis. Auch bei Gleichaltrigen komme er in die wechselseitige Kommunikation, die Kommunikationsweise sei oft geprägt von Jugendsprache und vielem Fluchen. Auch tendiere er dazu, den «Klassenclown» zu spielen, also in eine eingeübte soziale Rolle zu schlüpfen. A. ___ zeige immer wieder nicht konformes Verhalten, dies über ganz verschiedene Settings und Situationen hinweg. Er sei in solchen Situationen kaum oder nicht in der Lage, sich an Abmachungen zu halten. Auch könne er Anforderungen von aussen dann kaum annehmen. Generell brauche er enorm viel Kontrolle und erzeuge diese oft über das eigene Handeln und Bestimmen, was er wann wie tue. Sein Autonomiebedürfnis sei überdurchschnittlich hoch, auch im Vergleich mit autistischen Gleichaltrigen. A. ___ zeige auch Herausforderungen beim Belohnungsaufschub, dieser falle ihm über weite Strecken noch schwer. Teilweise sei er in der Lage, Gefühle, emotionale Zustände und die Haltung anderer zu verstehen. Er zeige dann Empathievermögen. In anderen, konfliktiven Situationen falle es ihm sehr schwer, die Emotionen anderer wahrzunehmen und seine Handlungen entsprechend anzupassen. Er sage dann oft, dass es ihm egal sei, wie andere sich fühlten. Ob dies wirklich stimme, sei in Frage gestellt. Trotz vorhandenem Empathievermögen sei wohl von einer weniger gut ausgeprägten «Theory of Mind» auszugehen. A. ___ könne gut über seine Interessen sprechen. Vor allem im 1:1 Setting mit einer Fachperson gelinge dies gut. Das aktive Zuhören, wenn andere von ihren Interessen erzählten, sei stark abhängig von seiner Tagesform wie auch vom Inhalt, welche die Person wiedergebe. Bei Erwachsenen scheine ihm dies besser zu gelingen als bei Gleichaltrigen. A. ___ sei herausgefordert beim Aufbau und dem Leben von Beziehungen zu Gleichaltrigen. Es wirke, als ob er auch in Freundschaften viel Kontrolle bewahren müsse. Er zeige dies mit dominantem Verhalten, mit Sprüche klopfen, sich über Fehler des Gegenübers lustig zu machen, mit verbalen Drohungen, aber auch mit (kontrollierten) Schlägen. Er ecke mit diesem Verhalten immer wieder an. Er orientiere sich sehr gerne an älteren Schülern und kopiere auch deren

maladaptiven Strategien. A. ___ sei auf Konstanz und Ruhe angewiesen, halte diese aber kaum aus. Er gehe bei vielen Vorgaben in die Vermeidung/Verweigerung und es könne sich Wut zeigen. An die dahinterliegenden Gefühle komme er nur bedingt heran. Auch hier zeige sich, wie schwierig es sei, wenn er eine Situation nicht kontrollieren könne, sondern spontan darauf reagieren müsse. Spannende neue Erfahrungen hingegen möge er sehr. Er scheine auf ständiger Suche nach Dopamin zu sein. Sich im öffentlichen Raum bewegen, gelinge ihm gut. Gerade in Bezug auf den öffentlichen Verkehr sei er enorm selbstständig unterwegs und könne die Fahrten zur Schule und wieder nach Hause flexibel einplanen. Zu bedenken sei jedoch, dass Reize bei ihm wohl weniger gut gefiltert würden und ihn Störfaktoren enorm anstrengten und seine Tagesenergie im Vergleich zu Gleichaltrigen wohl deutlich niedriger sei. A. ___ bemerke Regelverstösse unglaublich schnell. Er weise die Personen dann auch darauf hin. In Bezug auf sich selbst könne er jedoch flexibel mit Regeln umgehen (in sozialen Situationen; im Sport halte er Regeln ein). Auch hier spiele das extreme Vermeiden von Anforderungen eine Rolle. A. ___ möge starke Reize, was sich auch in seine Hobbys zeige (Motocross, Kickboxen, Fussball). Er habe ein grosses Wissen in Bezug auf seine Spezialinteressen. In Bezug auf den Medienkonsum gebe es keine Konstanz. Phasenweise verbringe er viel Zeit damit und könne sich auch abends kaum davon lösen, andererseits sei er viel draussen und beschäftige sich sportlich. Letzteres sei eine wertvolle Ressource von ihm. Es bestehe die Hypothese, dass A. ___ Verhalten (Kontrolle mit aller Macht bewahren) enorm von Angst geleitet sei und grosse Auswirkungen auf sein autonomes Nervensystem habe. Er scheine eine hypersensible Amygdala zu haben, was dazu führe, dass sein Gehirn überdurchschnittlich oft Gefahr sehe, wo keine sei und in entsprechenden Situationen nicht oder kaum mehr auf seine exekutiven Funktionen zurückgreifen könne, da das Stammhirn mit «Fight», «Flight» oder «Freeze» reagiere. Die Beobachtungen seiner Verhaltensweisen deckten sich mit Merkmalen des «Pathological Demand Avoidance»-Profils, welches seit einiger Zeit in der Schweiz von Fachleuten (kritisch) diskutiert werde und Dr. med. E. ___ in ihrem Bericht vermerke (BB 4).

4. 4.1 Im Folgenden ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer gestützt auf die oben (unter E. II. 3.2 hiervor) dargelegten medizinischen Berichte die Voraussetzungen für ein Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang erfüllt. Wie erwähnt, liegt ein solches Geburtsgebrechen vor, sofern die Diagnose «Autismus-Spektrum-Störung» durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder mit Schwerpunkt Entwicklungspädiatrie bestätigt worden ist (vgl. E. II. 2.3 hiervor). Im vorliegenden Fall stellte Dr. med. D. ___, Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, in ihrem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 10. März 2023 beim Beschwerdeführer die Diagnose «Autismus-Spektrum-Störung (ICD-10 F84.1), Diagnose erstmals gestellt am 23. Januar 2023» und «ADHS (ICD-10 F90.0), Erstdiagnose mir nicht genau bekannt (vor mehreren Jahren)», wobei sie darlegte, die gleichzeitige Stellung dieser beiden Diagnosen sei gemäss ICD-10 zwar nicht erlaubt, es gelte aber zu beachten, dass bei bis zu 50 % der Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung zusätzlich hyperkinetische Symptome aufträten, welche die Kriterien für ein ADHS erfüllten; bei 10 % der Personen mit ADHS seien auch die Kriterien für eine Autismus-Spektrum-Störung gegeben (IV-Nr. 6 S. 5; vgl. E. II. 3.2.5 hiervor). Die Diagnose «Autismus-Spektrum-Störung» wurde damit von einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie gestellt, die sich insbesondere auch mit Fragestellungen zum Thema «Autismus-Spektrum-Störung» mit dem Profil «Pathological Demand Avoidance» (PDA) eingehend befasst (vgl. mit Eingabe vom 30. Juni 2024

nachgereichte Stellungnahme von Dr. med. D.____ vom 27. Mai 2024 mit Beilagen zum Thema «PDA» [BB 5]). Dementsprechend wurde der Beschwerdeführer von seiner systemisch beratenden Psychiaterin, Dr. med. E.____, an die Spezialistin Dr. med. D.____ zur Abklärung überwiesen, welche vom 23. bis 25. Januar 2023 durchgeführt wurde (vgl. IV-Nr. 6 S. 8 und 12 S. 2 und 7). Es besteht kein Hinweis, dass Dr. med. D.____ als Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit ihren Spezialkenntnissen nicht über die im Sinne von Ziff. 405 GgV-EDI Anhang erforderliche fachliche Qualifikation (Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Entwicklungspädiatrie) zur Stellung bzw. Bestätigung einer solchen Diagnose verfügen würde. Dies wird denn auch von keiner Seite bestritten.

4.2 Dr. med. D.____, J.____, Dipl. Ergotherapeutin sowie L.____, Psychosoziale Beraterin ASS & AD(H)S, stellten in ihrem kinderpsychiatrisch-ergotherapeutischen Abklärungsbericht vom 10. März 2023 (Abklärung vom 23. bis 25. Januar 2023) die Diagnose «Autismus-Spektrum-Störung» und kamen im Rahmen ihrer Beurteilung zum Schluss, die ausführlichen anamnestischen Angaben, die klinischen Beobachtungen und die testpsychologischen Werte ergäben deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung. Der Beschwerdeführer zeige eindeutig ein hohes Bedürfnis nach Autonomie, weshalb er im PDA-Profil angesiedelt sei. Die klassischen Massnahmen bei ASS (Struktur, Vorgaben) würden bei ihm nicht helfen. A.____ dürfe mit Anforderungen nicht direkt konfrontiert werden. Alles müsse für ihn einen Sinn ergeben und er müsse zum Schluss kommen, dass er es freiwillig machen wolle. Nur so sei eine Kooperation möglich und das oppositionelle Verhalten nehme ab (IV-Nr. 6 S. 8 ff.; vgl. E. II. 3.2.6 hiervor). Diese fachärztliche Beurteilung von Dr. med. D.____ wurde in ihrer Stellungnahme vom 27. Mai 2024 erneuert. Die Expertin legte nachvollziehbar und plausibel dar, A.____ sei im Januar 2023 im Zentrum für Autismus abgeklärt worden, wobei eine Autismus-Spektrum-Störung mit PDA-Profil diagnostiziert worden sei. Der KJPD [...] sei bei seiner Abklärung vom 20. Oktober 2021 zwar zum Schluss gekommen, es liege keine Autismus-Spektrum-Störung vor, da die Untersuchung mit dem ADOS-2 unauffällig ausgefallen sei (IV-Nr. 18 S. 10 ff.; vgl. E. II. 3.2.2 hiervor). Dr. med. D.____ hielt dem jedoch entgegen, A.____ gehöre zu einer Untergruppe von Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung, die im sogenannten PDA-Profil angesiedelt seien. In der ICD-10, der aktuellen Klassifikation der WHO für Krankheiten, sei diese Unterform einer Autismus-Spektrum-Störung erwähnt. Für diese Kinder sei typisch, dass sie sich sehr anstrengten, um ihre Auffälligkeiten zu maskieren, was dazu führe, dass nicht selten die klinische Untersuchung, beispielsweise mit dem ADOS, unauffällig ausfalle. Dies sei sehr wahrscheinlich auch beim Beschwerdeführer in der Untersuchung vom Oktober 2021 der Fall gewesen. Dr. med. D.____ führte im Weiteren überzeugend aus, die Symptomatik von A.____ könne mit der Diagnose «ADHS» nicht befriedigend erklärt werden. Die zum Inhalt des Gesprächs nicht passenden Emotionen (lächelnder Bericht über eigene Schwierigkeiten) seien für ein ADHS nicht typisch (dort wären eher stark ausgeprägte, aber passende Emotionen zu erwarten). Auch die Schwierigkeiten im Verständnis von sozialen Konzepten wie Freundschaft, das repetitive Verhalten und die sensorischen Besonderheiten (gesteigerte Empfindlichkeit für Geräusche und taktile Wahrnehmung) seien typisch für eine Autismus-Spektrum-Störung, ebenso die wenig ausgeprägte Gestik. Auch die Diagnose «Emotionale Störung des Kindesalters mit Trennungsangst» (ICD-10 F93.0), welche vom KJPD [...] gestellt worden sei, reiche als Erklärung für das oppositionell anmutende, zum Teil aggressive Verhalten nicht aus. Kinder mit dieser Störung seien scheu und verhielten sich höchstens in Trennungssituationen aus Verzweiflung

oppositionell-aggressiv. In Gegenwart ihrer Eltern seien sie zurückhaltend und suchten bei ihnen Schutz, beleidigten sie aber nicht (BB 5; vgl. E. II. 3.2.9 hiervor). 4.3 Die oben wiedergegebene Einschätzung von Dr. med. D.____, J.____ und L.____ im kinderpsychiatrisch-ergotherapeutischen Abklärungsbericht vom 10. März 2023 (E. II. 3.2.6 hiervor) sowie die vorerwähnten Ausführungen von Dr. med. D.____ in ihrer Stellungnahme vom 27. Mai 2024 (E. II. 3.2.9 hiervor) stehen in Übereinstimmung mit dem nachgereichten Zwischenbericht der Privatschule [...] GmbH, Abteilung Förderung und Autismus (C.____ [...]), vom 12. Juni 2024. Darin wurde von der Schulleitung und der Fachleitung Autismus nachvollziehbar und detailliert dargelegt, der Beschwerdeführer besuche seit dem 16. August 2023 den Unterricht in der Privatschule [...]. In den ersten Schulwochen des Schuljahres habe sich A.____ in der Schule überaus angepasst gezeigt. Es habe sich jedoch rasch gezeigt, dass diese Überanpassung (maskieren) für ihn mit enormem Energieaufwand verbunden und nicht nachhaltig aufrechtzuerhalten gewesen sei. Danach habe A.____ in der Schule schrittweise begonnen zu demaskieren und seine Bedürfnisse, Besonderheiten und Grenzen zu zeigen. Er habe mehr Pausen und eine engere Begleitung benötigt, schulische Inhalte hätten mehr und mehr mit ihm verhandelt und angepasst werden müssen, um ihm eine Mitarbeit zu ermöglichen. Regeln und Vorgaben hätten zu immer mehr Widerstand geführt. Inzwischen habe man ihn mit all seinen Facetten kennenlernen dürfen, vom stark überangepassten, vorbildhaften Verhalten bis hin zu «Meltdowns» mit massiv grenzüberschreitendem Verhalten, Verweigerung und Beleidigungen. Generell habe sich gezeigt, dass A.____ an sich allen Anforderungen und Normen gerecht werden könne, wenn er dies wirklich wolle; allerdings nur über einen kurzen Zeitraum, da es für ihn mit einem ungemein hohen Energieaufwand verbunden sei. Die Lehrpersonen hielten – nach Vornahme einer Einschätzung nach Kompetenzen des Semesterberichts und Ausführungen zu den Diagnosekriterien einer ASS – abschliessend fest, gemäss ihrer Hypothese sei A.____ Verhalten (Kontrolle mit aller Macht bewahren) enorm von Angst geleitet und habe grosse Auswirkungen auf sein autonomes Nervensystem. Er scheine eine hypersensible Amygdala (zentrale Struktur im Gehirn, die wesentlich an der Entstehung der Angst beteiligt ist, und daraufhin entsprechende Reaktionen einleitet) zu haben, was dazu führe, dass sein Gehirn überdurchschnittlich oft Gefahr sehe, wo keine sei und in entsprechenden Situationen nicht oder kaum mehr auf seine exekutiven Funktionen zurückgreifen könne, da das Stammhirn mit «Fight, Flight oder Freeze» reagiere. Die Beobachtungen seiner Verhaltensweisen deckten sich mit Merkmalen des «Pathological Demand Avoidance»-Profils, welches seit einiger Zeit in der Schweiz von Fachleuten (kritisch) diskutiert werde und Dr. med. E.____ in ihrem Bericht vermerke (BB 4; vgl. E. II. 3.2.10 hiervor). 4.4 Die die Familie des Beschwerdeführers systemisch beratende Psychiaterin Dr. med. E.____ spricht sich ebenfalls für das Bestehen einer Autismus-Spektrum-Störung mit PDA-Profil aus. So hielt sie in ihrem Bericht vom 4. November 2022 im Wesentlichen fest, der KJPD [...] habe bei A.____ ein ASS-Testung durchgeführt. Eine ASS sei ausgeschlossen worden, was für sie, Dr. med. E.____, nur schwer nachvollziehbar erscheine. Immerhin bestünden anhaltende Defizite in der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit, in der nonverbalen Kommunikation sowie beim Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungen. Ausserdem seien die Kriterien der Stereotypien und der sensorischen Besonderheiten erfüllt und die Symptome beeinträchtigten das alltägliche Funktionieren. Hiermit seien alle Kriterien gemäss DSM-5 erfüllt. Mit dem Erreichen von 61 Punkten im durch die Mutter ausgefüllten EDA-Q werde ausserdem eine hohe Wahrscheinlichkeit eines PDA-Profils der ASS aufgezeigt (IV-Nr. 12

S. 10; vgl. E. II. 3.2.4 hiervor). In ihrem Bericht vom 3. Januar 2023 wies Dr. med. E.____ im Weiteren darauf hin, auch bei einer im Dezember 2022 durchgeführten Testung durch die Kinderpsychiaterin Dr. med. I.____ sei das PDA-Profil einer ASS ausgeschlossen worden, weil sich A.____ in seinem Verhalten zu beziehungsbezogenen gezeigt habe. Allerdings habe sie den Jungen extrem hyperaktiv und aggressiv erlebt. Es sei deshalb die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens mit fehlenden sozialen Bindungen gestellt worden (ICD-10 F91.1). Aus Sicht von Dr. med. I.____ zeigten sich PDA-Kinder immer introvertiert und isoliert, sodass bei A.____ keine ASS vorliegen könne. Dies widerspreche jedoch klar der Meinung der PDA-Society, welche betone, dass PDA-Kinder oberflächlich sozial erscheinen könnten und zum Teil sogar Spezialinteressen im sozialen Bereich aufwiesen. Die Mutter des Beschwerdeführers sei nach der Einschätzung von Dr. med. I.____ verunsichert gewesen und habe um eine neue diagnostische Beurteilung durch ein Team, welches sich auf das Aufdecken von ASS mit hohem «Masking» spezialisiert habe, gebeten (IV-Nr. 12 S. 7; vgl. E. II. 3.2.4 hiervor). Im ärztlichen Begleitschreiben vom 11. März 2023 gab Dr. med. E.____ schliesslich an, sie sei Psychiaterin mit Spezialisierung auf Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) inklusive PDA-Profil. PDA sei ein im deutschsprachigen Raum noch sehr wenig bekanntes Profil aus dem Autismus-Spektrum, welches mit der Verweigerung von alltäglichen Anforderungen (u.a. Schulbesuch/Hausaufgaben etc.) und einem oft sehr hohen Masking der Betroffenen einhergehe. Die Familie stehe seit einigen Monaten aufgrund des Verdachts auf PDA des Sohnes in ihrer systemischen Beratung. Unterdessen sei das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung mit PDA-Profil von Dr. med. D.____ bestätigt worden (Bericht vom 10. März 2023; vgl. E. II. 3.2.5 hiervor). Der Schulbesuch von A.____ stelle aufgrund seiner krankheitsbedingten Schwierigkeiten schon seit Jahren eine extreme Belastung für die Familie dar. Von den Lehrpersonen werde er gerade in Prüfungssituationen zunehmend blockiert erlebt, sodass eine Benotung nicht mehr möglich sei. A.____ habe noch nie über die Fähigkeit verfügt, zu Hause in Ruhe zu lernen. Von Hausaufgaben habe er nun seit Beginn des Schuljahres ganz dispensiert werden müssen. Da sowohl die schulischen als auch die sozialen Anforderungen in den höheren Schulklassen kontinuierlich zunehmen, akzentuiere sich die Problematik immer mehr. Auch wenn es ihm teilweise gelinge, seine «Demand Avoidance» in der Schule durch hochgradiges Masking zu überwinden, führe dies im Gegenzug zu Hause zu einem massiv erhöhten Stresspegel und dadurch zu vermehrten autistischen, mit Aggressionen einhergehenden «Meltdowns» im häuslichen Rahmen. Der Junge zeige auch in der Schule im sozialen Bereich u.a. beim Einhalten von Regeln immer grössere Schwierigkeiten. Damit die Beschulung in Zukunft auf A.____ besondere Bedürfnisse abgestimmt werden könne und er die Möglichkeit habe, gemäss seinen kognitiven Fähigkeiten gefördert zu werden, sei ein Wechsel in ein Sonderschulsetting dringend notwendig (IV-Nr. 12 S. 2 f.; vgl. E. II. 3.2.4 hiervor).

4.5 Gestützt auf die oben dargelegten übereinstimmenden Angaben der beratenden Psychiaterin Dr. med. E.____ in ihren Berichten vom 4. November 2022, 3. Januar und 11. März 2023, die Berichte der Expertin Dr. med. D.____, der Ergotherapeutin J.____ und der psychosozialen Beraterin L.____ vom 10. März 2023, die Stellungnahme von Dr. med. D.____ vom 27. Mai 2024 sowie den Bericht der Schulleitung der Privatschule [...] GmbH vom 12. Juni 2024, welche alle das Bestehen einer Autismus-Spektrum-Störung mit PDA-Profil beim Beschwerdeführer bestätigen, ist mit dem hier erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Voraussetzungen zur Anerkennung des Geburtsgebrechens im Sinne von Ziff. 405 GgV-EDI Anhang gegeben sind (vgl. auch die

mit Eingabe vom 30. Juni 2024 eingereichten Unterlagen betreffend PDA-Profil; A.S. 32 f. und BB 5). 4.6 Die anderslautende Einschätzung von RAD- und Fachärztin med. pract. M.____, wonach das Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht ausgewiesen sei, vermag demgegenüber nicht zu überzeugen. Die RAD-Ärztin kam in ihrer Würdigung vom 19. April 2023 zum Schluss, die fachärztlich gestellte Diagnose sei nicht differentialdiagnostisch beurteilt und nicht anhand von Verhaltensbeobachtungen (nicht nur der abklärenden Fachpersonen, sondern auch durch Fremdbenachrichtungen) und über einen längeren Beobachtungszeitraum bestätigt und klinisch abgesichert worden (IV-Nr. 9 S. 4 f.; vgl. E. II. 3.2.7 hiervor). In ihrer Stellungnahme vom 14. September 2023 kam sie nach Vorlage weiterer medizinischer Unterlagen zum Schluss, das Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang sei immer noch nicht ausgewiesen. Die Angaben seien inkonsistent. Der Abklärungsbericht von Dr. med. D.____ beziehe nicht die davon abweichenden diagnostischen Überlegungen mit ein und nehme nicht Stellung zur Rolle des ADHS auf die Symptomatik. Bislang könne keine Kostengutsprache für ein Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang erfolgen (IV-Nr. 25 S. 5 f.; vgl. E. II. 3.2.8 hiervor). Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. med. D.____ zusammen mit weiteren Fachpersonen bei ihrer Abklärung vom Januar 2023 die persönliche Anamnese des Beschwerdeführers (kleinkindliche Entwicklung, sein Verhalten in Spielgruppen und im Kindergarten, die schulische Entwicklung, sein Kontaktverhalten, rigide Verhaltensweisen und Wahrnehmungsbesonderheiten) berücksichtigte, die Befunde (unter Berücksichtigung der diagnostischen Beobachtungsskala für autistische Störungen ADOS-2 Modul 3, des Fragebogens zur sozialen Kompetenz FSK und des diagnostischen Interviews für Autismus ADI-R) erhob und zum Schluss kam, beim Beschwerdeführer bestehe eine Autismus-Spektrum-Störung mit PDA-Profil (vgl. Bericht vom 10. März 2023 mit den entsprechenden Testergebnissen; IV-Nr. 6 S. 8 ff.; vgl. E. II. 3.2.6 hiervor). In ihrem Bericht vom 27. Mai 2024 (BB 5) setzte sie sich mit der im Bericht der F.____, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ambulatorium [...], vom 22. Oktober 2021 davon abweichend gestellten Diagnose («1. Achse Vd.a. F94.1 Reaktive Bindungsstörung in Verbindung mit klinischen Hinweisen auf F90.0 Einfache Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit Hyperaktivität») und der Beurteilung, wonach in der ADOS-Testung keine Anzeichen für eine Autismus-Spektrum-Störung vorhanden gewesen seien, die Verhaltensauffälligkeiten nicht im Rahmen eines solchen Leidens zu interpretieren seien und von einer möglichen reaktiven Bindungsstörung in Verbindung mit einem möglichen ADHS auszugehen sei (IV-Nr. 18 S. 10 ff.; vgl. E. II. 3.2.2 hiervor), auseinander und legte nachvollziehbar und plausibel dar, der Beschwerdeführer gehöre zu einer Untergruppe von Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung im PDA-Profil. Für diese Kinder sei typisch, dass sie sich sehr anstrengten, um ihre Auffälligkeiten zu maskieren, was dazu führe, dass nicht selten die klinische Untersuchung, beispielsweise mit dem ADOS, unauffällig ausfalle. Dies sei sehr wahrscheinlich auch bei A.____ der Fall gewesen. Im Weiteren nahm sie auch zu der von den F.____, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ambulatorium [...], in ihrem Bericht vom 7. Juli 2022 gestellten weiteren Diagnose («1. Achse Emotionale Störung des Kindesalters mit Trennungsangst» [F93.0], Klinische klare Hinweise für eine ADHS [F90.0]»; IV-Nr. 18 S. 6 ff.; vgl. E. II. 3.2.3 hiervor) Stellung und führte nachvollziehbar aus, die Symptomatik von A.____ könne mit der Diagnose «ADHS» nicht befriedigend erklärt werden. Die Schwierigkeiten im Verständnis von sozialen Konzepten wie Freundschaft, das repetitive Verhalten und die sensorischen Besonderheiten (gesteigerte Empfindlichkeit für Geräusche und taktile Wahrnehmung) seien typisch für eine Autismus-Spektrum-Störung, ebenso die

wenig ausgeprägte Gestik. Auch die Diagnose «Emotionale Störung des Kindesalters mit Trennungsangst (ICD-10 F93.0)», welche von den F.____n so gestellt worden sei, reiche als Erklärung für das oppositionell anmutende, zum Teil aggressive Verhalten des Beschwerdeführers nicht aus. Kinder mit dieser Störung seien scheu und verhielten sich höchstens in Trennungssituationen aus Verzweiflung oppositionell-aggressiv (vgl. BB 5). Diesen überzeugenden Ausführungen der Expertin ist zu folgen. Sodann gilt es zu beachten, dass sich bereits die beratende Psychiaterin, Dr. med. E.____, in ihren Berichten vom 4. November 2022 und 3. Januar 2023 mit dem Ausschluss einer Autismus-Spektrum-Störung durch die F.____ und die Kinderpsychiaterin Dr. med. I.____ auseinandergesetzt hatte, wobei sie zum Schluss gekommen war, dies sei für sie nur schwer nachvollziehbar. Bei A.____ bestünden immerhin anhaltende Defizite in der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit, in der nonverbalen Kommunikation sowie beim Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungen. Ausserdem seien die Kriterien der Stereotypien und der sensorischen Besonderheiten erfüllt und die Symptome beeinträchtigten das alltägliche Funktionieren (IV-Nr. 12 S. 7 und 10; vgl. E. II. 3.2.4 hiervor). Unter Berücksichtigung der vorerwähnten übereinstimmenden fachärztlichen Untersuchungsergebnisse und der Angaben der beratenden Psychiaterin kann hier nicht von inkonsistenten Angaben gesprochen werden. Eine aktuelle klinische Beurteilung, inwiefern Autismus-spezifische Symptome die Entwicklung von A.____ beeinträchtigen, liegt mit der überzeugenden fachärztlichen Beurteilung von Dr. med. D.____ vor, auf welche abzustellen ist. Dass die Ärzte der F.____ und auch Dr. med. I.____ zu einer anderen Beurteilung kamen und eine Autismus-Spektrum-Störung verneinten, führt zu keiner anderen Beurteilung.

5. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 21. November 2023, worin der Anspruch des Beschwerdeführers auf medizinische Massnahmen mit der Begründung abgelehnt wurde, es liege gestützt auf die medizinischen Unterlagen kein von der Invalidenversicherung anerkanntes Geburtsgebrechen vor, aufzuheben. Die Voraussetzungen zur Anerkennung des Geburtsgebrechens gemäss Ziff. 405 GgV-EDI Anhang sind im vorliegend zu beurteilenden Fall erfüllt. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers auf medizinische Massnahmen prüfe und darüber neu entscheide.

E. 4

Störungen der Konzentrationsfähigkeit;

E. 5

Störungen der Merkfähigkeit.

Die Diagnosestellung und der Beginn der Behandlung müssen vor der Vollendung des 9. Lebensjahres erfolgt sein.

2.5 Eine gleichzeitige Anerkennung von Ziff. 404 GgV-EDI und Ziff. 405 GgV-EDI ist nur in Ausnahmefällen und nur mit nachvollziehbarer fachärztlicher (kinderpsychiatrischer) Begründung möglich (Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der IV (KSME, gültig ab 1. Januar 2022, Stand: 1. Januar 2023, Rz. 404.1 bzw. 405.2).

3.

3.1

3.1.1 Die Beschwerdegegnerin wies den Anspruch des Beschwerdeführers auf medizinische Massnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 21. November 2023 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den medizinischen Unterlagen liege kein von der Invalidenversicherung anerkanntes Geburtsgebrechen vor. Das Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang sei nicht ausgewiesen (A.S. 1 f.).

3.1.2 Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, es seien ihm aufgrund des Geburtsgebrechens Ziff. 405 GgV-EDI Anhang, eventualiter Ziff. 404 GgV-EDI Anhang, medizinische Massnahmen zu gewähren. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme weiterer Abklärungen zurückzuweisen. Zur Begründung bringt er im Wesentlichen vor, es existierten neuere Berichte der Psychiaterinnen Dr. med. E.____ und Dr. med. D.____, welche die Diagnose Autismus gestellt hätten. Letztere sei eine ausgewiesene Spezialistin für die Diagnostizierung von Autismus-Spektrum-Störungen. Die Beschwerdegegnerin wäre daher gehalten gewesen, auf diese neueren Berichte abzustellen und das Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang zu bejahen. Es sei nicht berücksichtigt worden, dass der Beschwerdeführer seit dem Beginn des Schuljahres 2023/2024 eine Schule besuche, die auf Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen ausgerichtet sei (C.____ [...]). Sodann habe die Beschwerdeführerin den Anspruch auf medizinische Massnahmen gestützt auf das Geburtsgebrechen Ziff. 404 GgV-EDI Anhang (ADHS) nicht geprüft. Die Voraussetzungen für dieses Geburtsgebrechens seien ebenfalls erfüllt. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben, weil sich die vorgenommenen Abklärungen als unvollständig erwiesen. Die Beschwerdegegnerin hätte namentlich einen ergänzenden Bericht von Dr. med. D.____ einholen müssen (A.S. 4 ff.).

3.1.3 In ihrer Beschwerdeantwort macht die Beschwerdegegnerin geltend, auch die Voraussetzungen des Geburtsgebrechens Ziff. 404 GgV-EDI Anhang seien nicht erfüllt. Weder eine adäquate Behandlung noch eine qualifizierte Diagnosestellung seien vor Vollendung des 9. Lebensjahres des Beschwerdeführers erfolgt (A.S. 17 f.).

3.1.4 Der Beschwerdeführer erneuert in seiner Replik die Argumentation, die Beschwerdegegnerin habe nicht alle erforderlichen Abklärungen vorgenommen. Im Weiteren legt er dar, er besuche seit Beginn des letzten Schuljahres die Privatschule [...] GmbH (). Das Amt für Volksschule und Kindergarten habe die entsprechende Bewilligung gestützt auf den Abklärungsbericht von Dr. med. D.____ vom 10. März 2023 bewilligt. Die Experten des Amtes für Volksschule bzw. der antragstellende Schulpsychologische Dienst der Stadt [...] gelangten ■ anders als die Beschwerdegegnerin bzw. der RAD ■ zum Schluss, dass durch den Bericht von Dr. med. D.____ die Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung gegeben sei. Es sei nicht nachvollziehbar, dass der RAD diesen Bericht nicht anerkenne (A.S. 26 ff.). Mit Eingabe vom 30. Juni 2024 weist er noch darauf hin, der eingereichte Bericht der Privatschule [...] GmbH vom 12. Juni 2024 komme zum Schluss, dass sich die beim Beschwerdeführer in der Schule beobachteten Verhaltensweisen mit den Merkmalen eines «Pathological Demand Avoidance» deckten. Dies werde durch die beiliegende Stellungnahme von Dr. med. D.____ vom 27. Mai 2024 bestätigt. Es sei damit erstellt, dass der Beschwerdeführer unter einer Autismus-Spektrum-Störung leide und das Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang gegeben sei (A.S. 32 f.).

3.2 Im Folgenden ist zu prüfen, ob der Anspruch des Beschwerdeführers auf Kostengutsprache für medizinische Massnahmen von der Beschwerdegegnerin zu Recht

mit der Begründung verneint wurde, ein Geburtsgebrechen gemäss GgV-EDI Anhang sei nicht ausgewiesen. Im Vordergrund steht die Frage, ob die Voraussetzungen des Geburtsgebrechens Ziff. 405 GgV-EDI Anhang erfüllt sind. Der vorliegende medizinische Sachverhalt präsentiert sich wie folgt:

3.2.1 Im Bericht der F.____, Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, Ambulatorium [...], vom 24. April 2017 wurden folgende Diagnosen gestellt: «1. Achse anamnestisch Hinweise für Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität bei F43.25; 2. Achse nicht eruiert; 3. Achse 9.; 4. Achse 00.00; 5. Achse gemäss eigenanamnestischer Angaben der Mutter: St.n. postpartaler Depression; elterliche Meinungsverschiedenheiten betreffend Erziehung; 6. Achse 1 mässige soziale Funktion mit vorübergehenden oder geringen Schwierigkeiten in ein oder zwei Bereichen». Zur aktuellen Problematik wurde angegeben, die Eltern des Beschwerdeführers berichteten, A.____ widersetze sich ihnen häufig. Er reagiere auf elterliche Worte oft destruktiv mit körperlich aggressiven Verhaltensweisen, tobe und schreie viel. Er sei häufig eifersüchtig auf seine ältere Schwester [...] (geb. 2009) und suche ständig nach Aufmerksamkeit. Seine Ausbrüche entwickelten sich teilweise aus nichtigem Anlass. Im Kindergarten sei er nicht gut integriert, worunter er leide und mit Traurigkeit reagiere. Er störe dort andere Kinder durch sein Verhalten. Zum Verlauf wurde vermerkt, die Behandlung habe das Erstgespräch mit den Eltern im Dezember 2016, einen Abklärungstermin mit A.____, im Anschluss einen Termin zusammen mit der Mutter, Telefonate mit der Lehrperson sowie der Förderlehrperson sowie abschliessend im Januar 2017 einen Termin mit der Mutter umfasst. Im Verlauf habe die Mutter von positiven Veränderungen insbesondere betreffend A.____ Verhalten zu Hause sowie in Bezug auf die Vater-Sohn-Beziehung berichtet. Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, A.____ sei zum Zeitpunkt des Erstgespräches ein 5 Jahre und 8 Monate alter Junge gewesen, welcher in schwierigen familiären Verhältnissen bei langandauernder Depression der Kindsmutter aufgewachsen sei. Gemäss anamnestischen Angaben der Eltern bestünden bei A.____ zum Zeitpunkt des Erstgesprächs emotionale Regulationsschwierigkeiten sowie eine motorische Unruhe. Die Frage nach einer allfälligen ADHS bei anamnestisch vorhandenen Hinweisen (Eltern, Lehrperson, Förderlehrperson, Kindergarten) habe testpsychologisch nicht bestätigt werden können. Aufgrund des von der Mutter positiv wahrgenommenen Verlaufs hinsichtlich seines Verhaltens zu Hause sowie der Vater-Sohn-Beziehung seien anfänglich differentialdiagnostische Überlegungen hinsichtlich einer möglichen depressiven Entwicklung im Verlauf der Behandlung in den Hintergrund gerückt. A.____ sei auf Wunsch der Mutter zur Psychomotoriktherapie angemeldet worden. Im Kindergarten erhalte er die Förderstufe A seit Februar 2017. Bis Ende April 2017 sei es zu keiner weiteren Kontaktaufnahme seitens der Mutter gekommen (IV-Nr. 18 S. 3 ff.).

3.2.2 Gemäss dem Bericht der F.____, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ambulatorium [...], vom 22. Oktober 2021 lautete die Diagnose wie folgt: «1. Achse Vd.a. F94.1 Reaktive Bindungsstörung in Verbindung mit klinischen Hinweisen auf F90.0 Einfache Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit Hyperaktivität; 2. Achse Bland; 3. Achse 3. Durchschnittliche Intelligenz; 4. Achse Fructosemal absorption (ohne Krankheitswert); 5. Achse 1.2, 2.0, 8.0, 8.2; 6. Achse Ernsthafte soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen». Zur Beurteilung wurde angegeben, es handle sich um einen 10 Jahre und 6 Monate alten Jungen mit einer stark belasteten Vorgeschichte. Aufgrund einzelner anamnestischer Hinweise bezüglich einer vorliegenden Autismus Spektrum Störung (ASS) sei eine ASS-Abklärung mit ADOS und ADI-R durchgeführt worden. In der

ADOS-Testung bestünden jedoch keine Anzeichen, welche für diese Diagnose sprechen würden. Dementsprechend interpretiere man die vorhandenen Verhaltensauffälligkeiten nicht im Rahmen einer ASS. Vielmehr spreche die auffallende persönliche und familiäre Anamnese für eine mögliche reaktive Bindungsstörung in Verbindung mit einer möglichen Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit Hyperaktivität (ADHS), welche klinisch ausgeprägt und in verschiedenen Settings (Schule, zu Hause, bei Untersuchung) beobachtbar sei (IV-Nr. 18 S. 10 ff.).

3.2.3 Am 7. Juli 2022 wurde der Beschwerdeführer erneut in den F.____, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ambulatorium [...], beurteilt. Die Diagnosen lauteten wie folgt: «1. Achse Emotionale Störung des Kindesalters mit Trennungsangst (F93.0), klinisch klare Hinweise für eine ADHS (F90.0), DD: Reaktive Bindungsstörung (F94.1), Ausschluss einer ASS (Abklärung vom 22.10.2021); 2. Achse 0; 3. Achse 3; 4. Achse Fructosemalabsorption (ohne Krankheitswert); 5. Achse 2.0, 8.0, 8.2; 6. Achse 3». Die Beurteilung lautete wie folgt: Bei der Abklärung im G.____ [...] vom Januar 2020 sei A.____ intellektuelles Niveau durchschnittlich ausgefallen, es sei homogen gewesen. Die Aufmerksamkeit sei unauffällig gewesen, die Visuomotorik beeinträchtigt. Familienanamnestisch sei die Differentialdiagnose einer «reaktiven Bindungsstörung» (Bericht vom Januar 2020) resp. «larvierten kindlichen Depression» (Bericht vom Juli 2019) gestellt worden. Die im März 2021 zusätzlich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) [...] erhobenen Testergebnisse (Nickisch, Mottier, VLMT, Beery, KiTAP) entsprächen denjenigen der ersten Abklärung. Wie damals beim TAP fielen die aktuellen Werte in der KiTAP altersgemäss aus. Betreffend einer ADHS zeige sich dasselbe Bild wie vor einem Jahr: Damals hätten die anamnestisch erhobenen Informationen einen ADHS-Verdacht nahegelegt, der jedoch testologisch nicht habe bestätigt werden können. Auch aktuell kontrastierten die erhobenen Informationen aus Elternhaus und Schule (Gespräche) abgesehen vom d2-R mit den unauffälligen Testergebnissen in der KiTAP. Beim Standortgespräch im Sozialpädagogischen Dienst (SPD) vom 24. Februar 2021 habe die Mutter sich dahingehend geäussert, A.____ könne sich in der Schule und auswärts benehmen, aber zu Hause nicht. Dementsprechend zeige auch der SRS-Fragebogen ein diskrepantes Bild: Beiden Eltern zufolge sei A.____ soziale Reaktivität höchst beeinträchtigt, bei den Lehrpersonen schwach bis mittelschwer. Zum Prozedere wurde angegeben, die Eltern seien am 12. Mai 2021 über die Ergebnisse der Abklärung informiert worden. Sie seien mit einer Anmeldung für eine ASS-Abklärung (ADOS / ADI-R) einverstanden gewesen. Diese sei im Oktober 2021 erfolgt. Am 4. November 2021 habe im Auswertungsgespräch eine ASS bei A.____ ausgeschlossen werden können. Da es klinisch klare Hinweise gegeben habe, die für eine ADHS gesprochen hätten, sei ein Medikationsversuch mit Methylamphenidat empfohlen worden. Im Januar 2022 sei mit der Medikation begonnen worden. Im Hinblick auf das nächste Schuljahr 2022/23 werde eine fragliche Sonderschulbedürftigkeit abgeklärt (IV-Nr. 18 S. 6 ff.).

3.2.4 Die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. H.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in ihrer Anmeldung zur kinderpsychiatrischen Abklärung durch Dr. med. I.____, FMH Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie, bei Verdacht auf ein PDA-Profil einer Autismus-Spektrum-Störung vom 4. November 2022 im Wesentlichen fest, die Familie stehe bei ihr, Dr. med. E.____, in systemischer Behandlung, dies bei hochgradigem Verdacht auf eine PDA-Syndrom von A.____. Dieser besuche aktuell die 5. Primarschulklasse in der Regelschule, wobei das 3. Schuljahr wiederholt worden sei. Die

Schwangerschaft sei unauffällig verlaufen. Schon als Kleinkind habe A.____ eine stark verminderte Frustrationstoleranz gezeigt. Kleinigkeiten hätten zu einer starken Aufregung geführt, welche über Stunden habe anhalten und in gewaltsame Ausbrüche gegenüber den Eltern und der Schwester münden können. Bis ca. zum vierten Lebensjahr habe er den Blickkontakt vermieden. Als man ihn dann vermehrt darauf angesprochen habe, sei es ihm möglich gewesen, diesen zu halten. Er könne weiterhin ohne Probleme Kontakt zu fremden Menschen aufnehmen, diesen jedoch meist nicht aufrechterhalten. In Beziehungen zu Gleichaltrigen, wie auch zu Erwachsenen, zeige er sich sehr bestimmend, wolle dauernd in Interaktion sein, welche er oft in dysfunktionaler Weise mit Schubsen, Erschrecken oder Schlagen aufnehme. In Freundschaften entstünden deshalb viele Konflikte und trotz einer sehr smarten und herzlichen Seite des Jungen seien die Beziehungen weiterhin oft durch Gewalt geprägt. Gleichzeitig könne sich A.____ aber auch nicht selbst beschäftigen und ruhig sitzen, dies sei nur bei Medienkonsum möglich. Er finde keine Ruhe in sich und stelle daher dauernde Anforderungen und Wünsche an die Eltern, erpresse sie in sehr kreativer Weise oder beleidige sie mit Schimpfwörtern. Für die Eltern sei dieses Verhalten sehr ermüdend und sie nähmen es als dauernden «Psychoterror» wahr. Falls A.____ seine Wünsche nicht erfüllt sehe oder zum Erledigen von Anforderungen gedrängt werde, komme es im häuslichen Umfeld weiterhin zu häufigen «Meltdowns» mit Einschlagen auf Türen oder den Kühlschrank. Schon sehr früh hätten die Eltern daher gespürt, dass sie ihrem Sohn sehr viel Autonomie einräumen müssten, um eine Gewalteskalation zu vermeiden.

Seine Gefühle könne A.____ nicht benennen, er kenne nur «schwarz» oder «weiss». Schon seit klein zeige er extreme Stimmungswechsel, welche von einem Moment auf den anderen und ohne von aussen erkennbaren Grund auftreten könnten. Es komme zu Momenten mit starkem Jähzorn. A.____ könne sich nicht in andere Menschen hineinversetzen und wirke oft kalt. Er zeige eine expressive Sprache, habe aber Schwierigkeiten beim Zuhören. So komme es immer wieder zu Missverständnissen und der Junge sei z.B. überzeugt davon, dass ihm Versprechen gemacht worden seien, was nicht der Wahrheit entspreche. Es fehle ihm jegliche Introspektions- oder Reflektionsfähigkeit. Er leide seit frühem Kindesalter unter einer extremen Selbstüberschätzung. Stereotypien zeige er im Sinne von repetitiven Schnalzeräuschen mit der Zunge, neu auch mit wiederholtem lauten Aufeinanderschlagen der Zähne. Ausserdem führe er Schaukelbewegungen beim Einschlafen durch, dabei schlage er den Kopf immer wieder ins Kissen. In der Schule wippe er dauernd auf dem Stuhl. Des Weiteren bestünden Besonderheiten der Wahrnehmung. Es bestehe eine deutlich verminderte Schmerzempfindlichkeit, jedoch eine erhöhte Empfindlichkeit auf alle anderen Sinnesreize. Kleidung werde oft als unangenehm erlebt. Ebenso bestehe eine Überempfindlichkeit auf Geräusche und er empfinde z.B. «Schmatz-Geräusche» am Tisch als zu unangenehm und esse daher kaum mit der Familie. Als kleines Kind sei er ausserdem sehr blendempfindlich gewesen. Es bestünden klare Hinweise auf Reizüberflutung. Im Weiteren zeigten sich Auffälligkeiten in der Sprachpragmatik. A.____ erkenne keine Doppeldeutigkeiten, habe Mühe mit Ironie und dem Verstehen von Metaphern. In der Schule könne er seine Schwierigkeiten oft sehr gut maskieren und sich z.B. bei Vorträgen gut präsentieren. Er habe aber insgesamt grosse Schwierigkeiten mit den Anforderungen, welche in der Schule bestünden. Hausaufgaben erledige er nie. A.____ sei wegen seiner Bewegungsunruhe, Impulsivität und der Aufmerksamkeitsschwierigkeiten bisher schon zweimal auf ADHS getestet worden, wobei diese Verdachtsdiagnose nicht habe bestätigt werden können. Ebenfalls habe der KJPD [...] eine ASS-Testung durchgeführt. Eine ASS sei ausgeschlossen worden, was nur schwer nachvollzogen werden könne. Die Kriterien

gemäss DSM-5 seien erfüllt. Mit dem Erreichen von 61 Punkten im durch die Mutter ausgefüllten EDA-Q werde ausserdem eine hohe Wahrscheinlichkeit eines PDA-Profiles der ASS aufgezeigt. Dr. med. I. ___ werde nun um eine diagnostische Beurteilung aus kinderpsychiatrischer Sicht gebeten (IV-Nr. 12 S. 8 ff.).

Am 3. Januar 2023 wurde der Beschwerdeführer von der vorerwähnten behandelnden Psychiaterin bei der Ergotherapeutin J. ___ zur Abklärung angemeldet. Dabei wurde u.a. ausgeführt, bei der im Dezember 2022 durchgeführten Testung durch die Kinderpsychiaterin Dr. med. I. ___ sei das PDA-Profil einer ASS ausgeschlossen worden, weil sich A. ___ in seinem Verhalten zu beziehungsbezogen gezeigt habe. Allerdings habe sie den Jungen extrem hyperaktiv und aggressiv erlebt. Es sei deshalb die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens mit fehlenden sozialen Bindungen gestellt worden (ICD-10 F91.1). Aus Sicht von Dr. med. I. ___ zeigten sich PDA-Kinder immer introvertiert und isoliert, sodass bei A. ___ keine ASS vorliegen könne. Dies widerspreche jedoch klar der Meinung der PDA-Society, welche betone, dass PDA-Kinder oberflächlich sozial erscheinen könnten und zum Teil sogar Spezialinteressen im sozialen Bereich aufwiesen. Immerhin bestünden bei A. ___ anhaltende Defizite in der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit, in der nonverbalen Kommunikation sowie beim Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungen. Ausserdem seien die Kriterien der Stereotypien und der sensorischen Besonderheiten erfüllt und die Symptome beeinträchtigten das alltägliche Funktionieren. Hiermit seien gemäss ihrer Einschätzung eigentlich alle ASS-Kriterien gemäss DSM-5 erfüllt. Die Mutter zeige sich nach der Einschätzung von Dr. med. I. ___ nun sehr verunsichert und ersuche um eine neue diagnostische Beurteilung durch ein Team, welches sich auf das Aufdecken von ASS mit hohem Masking spezialisiert habe (IV-Nr. 12 S. 4 ff.).

Mit ärztlichem Begleitschreiben zum Antrag an den SPD K. ___ bzw. das Volksschulamt [...] auf Beschulung an der Privatschule [...] im Sinne eines spezifischen Angebotes Autismus vom 11. März 2023 hielt Dr. med. E. ___ im Wesentlichen noch fest, sie sei Psychiaterin mit Spezialisierung auf ASS inkl. PDA-Profil. PDA sei ein im deutschsprachigen Raum noch sehr wenig bekanntes Profil aus dem Autismus-Spektrum, welches mit der Verweigerung von alltäglichen Anforderungen (u.a. Schulbesuch/Hausaufgaben etc.) und einem oft sehr hohen Masking der Betroffenen einhergehe. Unterdessen sei das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung mit PDA-Profil nach einer ausführlichen Testung von der Kinderpsychiaterin Dr. med. D. ___ bestätigt worden (Bericht vom 10. März 2023; vgl. E. II. 3.2.5 hiernach). Der Schulbesuch von A. ___ stelle aufgrund seiner krankheitsbedingten Schwierigkeiten schon seit Jahren eine extreme Belastung für die Familie dar. Von der Lehrperson werde A. ___ gerade in Prüfungssituationen zunehmend blockiert erlebt, sodass eine Benotung nicht mehr möglich sei. Er habe noch nie über die Fähigkeit verfügt, zu Hause in Ruhe zu lernen. Von Hausaufgaben habe er nun seit Beginn dieses Schuljahres ganz dispensiert werden müssen. Da sowohl die schulischen als auch die sozialen Anforderungen in den höheren Schulklassen kontinuierlich zunähmen, akzentuiere sich die Problematik bei A. ___ immer mehr. Auch wenn es ihm teilweise gelinge, seine Demand Avoidance in der Schule durch hochgradiges Masking zu überwinden, führe dies im Gegenzug zu Hause zu einem massiv erhöhten Stresspegel und dadurch zu vermehrten autistischen, mit Aggressionen einhergehende Meltdowns im häuslichen Rahmen. Der Junge zeige aber auch in der Schule im sozialen Bereich u.a. beim Einhalten von Regeln immer grössere Schwierigkeiten. Das

aktuelle Setting stosse immer mehr an seine Grenzen. Damit die Beschulung in Zukunft auf A.____ besondere Bedürfnisse abgestimmt werden könne und er die Möglichkeit habe, gemäss seinen kognitiven Fähigkeiten gefördert zu werden, sei dringend ein Wechsel in ein Sonderschulsetting notwendig (IV-Nr. 12 S. 2 f.).

3.2.5 Dem Bericht von Dr. med. D.____, Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 10. März 2023 können die Diagnosen «Autismus-Spektrum-Störung (ICD-10 F84.1), Diagnose erstmals gestellt am 23. Januar 2023» und «ADHS (ICD-10 F90.0), Erstdiagnose mir nicht genau bekannt (vor mehreren Jahren)» entnommen werden. Die Expertin machte hierzu die Anmerkung, auch wenn die ICD-10 die gleichzeitige Stellung dieser beiden Diagnosen nicht erlaube, träten bei bis zu 50 % der Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung zusätzliche hyperkinetische Symptome auf, welche die Kriterien für ein ADHS erfüllten. 10 % der Personen mit ADHS erfüllten auch die Kriterien für eine Autismus-Spektrum-Störung. A.____ habe seit Beginn der Primarschule Schwierigkeiten mit dem Verhalten im Unterricht. Er widerspreche oft Lehrpersonen und sei im Unterricht unruhig und schwatze mit anderen Kindern. Er habe in der Schule grosse Probleme mit der Konzentration und deswegen stark schwankende Prüfungsnoten. Auch im Kindergarten habe es schon Verhaltensprobleme gegeben. Er habe die dritte Klasse repetieren müssen, weil die Lehrpersonen gedacht hätten, er brauche mehr Zeit für seine Reifung. Es werde zurzeit eine Sonderschulung geprüft. Es liege das Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang vor. A.____ benötige eine psychiatrische Behandlung mit Einbezug des Familiensystems und eine Behandlung mit Strattera.

Zum ärztlichen Befund wurde angegeben, der am 24. März 2011 geborene Patient sei 11 Jahre und 11 Monate alt. Er wirke körperlich altersentsprechend. Er schaue die Untersuchungsperson kaum an. Er könne nicht berichten, wie es ihm emotional gehe und berichte lächelnd davon, dass er oft Blödsinn mache und aggressiv gegenüber anderen Kindern sei, wenn sie etwas machten, was nach seiner Einschätzung falsch sei. Er gebrauche Flüche und diskriminierende Worte, ohne zu realisieren, dass er anderen Personen damit weh tun könne. Als er am Schluss der Sitzung noch kurz habe warten müssen, sei er sehr ungeduldig gewesen. Seine Stimmung schwanke je nach Gesprächsthema. Zur Prognose wurde dargelegt, bei der Fortführung der laufenden psychiatrischen Behandlung bei Dr. med. E.____ und geeigneter Medikation (neu Strattera) sei zu erwarten, dass A.____ mit der Zeit in der Familie besser zurechtkommen werde. Eine geeignete Sonderschulung werde die schulische Integration des normal intelligenten Jungen erleichtern. Die Autismus-Spektrum-Störung als solche werde bestehen bleiben, sodass für die berufliche Integration wahrscheinlich die Hilfe der IV nötig sein werde. Ohne Behandlung würde A.____ sehr bald in der Schule und später auch zu Hause nicht mehr tragbar sein und auch seine spätere Ausbildung (Eidgenössisches Berufsattest [EBA]) wäre hochgradig gefährdet (IV-Nr. 6 S. 5 ff.).

3.2.6 Aus dem kinderpsychiatrisch-ergotherapeutischen Abklärungsbericht vom 10. März 2023 (Dr. med. D.____; J.____, dipl. Ergotherapeutin; L.____, Psychosoziale Beraterin ASS & AD[H]S) geht zur aktuellen Situation hervor, A.____ wohne mit seinen Eltern und seiner älteren Schwester in [...] und besuche aktuell die 5. Klasse. Er werde von der Mutter als offen, herzlich und sehr sportlich beschrieben. Er spiele gerne Fussball, fahre Velo, spiele Schlagzeug, «game» oder schaue «youtube». B.____ zeige seit dem Kleinkindalter Auffälligkeiten und sei seit dem Kindergarten mehrmals im KJPD F.____ abgeklärt worden.

Er könne schlecht mit Druck und von aussen gestellten Anforderungen umgehen. Er werde schnell aggressiv und gefährde sich und andere. Die Diagnose lautete auf «Autismus-Spektrum-Störung». Zur persönlichen Anamnese wurde im Wesentlichen dargelegt, die sprachliche und motorische Entwicklung sei unauffällig verlaufen. A. ___ habe mit 12 Monaten frei gehen können. Er habe eher spät gesprochen, dafür gleich korrekt. Seine Entwicklung sei phasenweise verlaufen, es habe immer wieder Zeiten gegeben, in denen bereits erworbene Fähigkeiten wieder verloren gegangen seien, wie z.B. selbstständig anziehen, auf die Toilette gehen, Zähne putzen etc.. Er habe nie ein konstruktives oder fantasievolles Spiel gezeigt. Oft habe er die Hand der Mutter als Werkzeug benutzt, um etwas zu greifen. Selber habe er keine Gesten eingesetzt. A. ___ sei bereits im Kindergarten ein eher lautes und wildes Kind gewesen, habe aber von der Lehrperson gut mitgetragen werden können. Er habe zu dieser Zeit nicht auf Ansprache mit seinem Namen reagiert, sondern habe immer auch angetippt werden müssen. Im April 2017 sei A. ___ das erste Mal im KJPD F. ___ abgeklärt worden aufgrund von Verhaltensproblemen im Kindergarten, Streit mit anderen Kindern und seiner Traurigkeit (Bericht vom 24. April 2017). Er habe von August 2017 bis Dezember 2018 die Psychomotorik-Therapie besucht (Bericht vom 4. Februar 2019). Die damalige Therapeutin habe bereits damals soziale Schwierigkeiten beschrieben: A. ___ sei es schwer gefallen, sich in der Gruppe einzuordnen. Andere Kinder seien nicht als Spielpartner wahrgenommen worden. Es sei oft alleine geblieben und habe isoliert gewirkt in seinem eigenen Bewegungsspiel. Er habe damals Schwierigkeiten im Umgang mit Nähe-Distanz und im Erkennen und Einhalten seiner eigenen Grenzen und die der anderen gezeigt. A. ___ besuche aktuell die 5. Klasse, in welcher es ihm schwerfalle, sich in die Gruppe zu integrieren und an gemeinsamen Aktivitäten teilzunehmen. Er habe die dritte Klasse wiederholt, habe jedoch immer wieder schulische Schwierigkeiten. Er sei deswegen im Juli 2022 nochmals im KJPD abgeklärt worden, welcher eine gut durchschnittliche Intelligenz bestätigt habe. A. ___ sei grundsätzlich sehr offen und neugierig und interessiere sich für andere. Er habe aber grosse Schwierigkeiten, mit Gleichaltrigen in Kontakt zu treten und orientiere sich eher an den Älteren. Er könne sich kaum alleine beschäftigen und brauche daher immer Begleitung. Er wirke nicht authentisch. Grundsätzlich rede er aber wenig mit anderen, er mache keinen Smalltalk. Er brauche häufig mehr Zeit, um die Ansprache zu verarbeiten und Fragen beantworten zu können. Er mache immer wieder sozial unangemessene Bemerkungen und sei oft diskriminierend. Werde A. ___ auf der Strasse von einem Fremden angelächelt, nehme er es als Provokation wahr. Er könne nicht teilen oder jemanden trösten, er habe keine Einsicht in die Situation. A. ___ zeige immer wieder repetitive Verhaltensweisen. So könne er exzessiv den Lichtschalter an- und ausschalten oder Türen auf- und zumachen, bis es alle nerve. Statt mit Spielzeug zu spielen, werfe er es herum. Er müsse anderen zwanghaft ein Bein stellen oder beim Vorbeigehen noch eines auf den Po klatschen. Er könne dieses Verhalten nicht unterdrücken. Jegliche Abweichung vom Alltag müsse frühzeitig und detailliert vorbesprochen werden. A. ___ wolle immer wissen, was geschehe. Er sei geräuschempfindlich und ertrage elektrische Geräte wie Staubsauger nicht.

Zur Diagnostik (diagnostische Beobachtungsskala für autistische Störungen ADOS-2 Modul 3) wurde angegeben, mit einem Gesamtwert von 15 liege A. ___ deutlich über dem Cut-off-Wert für eine ASS. Seine Sprechweise sei sehr schnell, laut und monoton, ohne Echolalien oder Stereotypien. Er gebe kaum spontan Informationen über seine Gedanken und Gefühle und habe auch bei der Untersucherin nicht nachgefragt. Er habe jedoch sehr gewandt geredet, als es um das Erzählen von seinen Streichen gegangen sei. Deskriptive

Gesten seien kaum gezeigt worden. A.____ Blickkontakt sei angemessen, die mimischen Ausdrücke seien eingeschränkt gewesen (meist habe er gelächelt). Er habe ein gewisses Verständnis für Gefühle vermittelt, habe aber Wut oder Ärger und glücklich oder entspannt sein nicht unterscheiden können. Er habe beim Beschreiben eines Bildes oder einer Geschichte viele Details aufzählen können, es sei ihm aber sichtlich schwer gefallen, den roten Faden zu finden. Im Fragebogen zur sozialen Kompetenz (FSK) erreiche A.____ einen Gesamtwert von 29, was ebenfalls über dem Cut-Off-Wert für eine ASS liege. Im diagnostischen Interview für Autismus (ADI-R) erreiche er in allen Bereichen Werte über dem Cut-Off für eine ASS. Die Beurteilung lautete wie folgt: A.____ sei mit dem Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung in die Abklärung gekommen. Die ausführlichen anamnestischen Angaben, die klinischen Beobachtungen und die testpsychologischen Werte ergäben deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung. A.____ zeige eindeutig ein hohes Bedürfnis nach Autonomie, weshalb er im PDA Profil angesiedelt sei. Die klassischen Massnahmen bei ASS (Struktur, Vorgaben) würden bei ihm nicht helfen. Er dürfe mit Anforderungen nicht direkt konfrontiert werden. Alles müsse für ihn einen Sinn ergeben und er müsse zum Schluss kommen, dass er es freiwillig machen wolle. Nur so sei eine Kooperation möglich und das oppositionelle Verhalten nehme ab (IV-Nr. 6 S. 8 ff.).

3.2.7 RAD-Ärztin med. pract. M.____, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 19. April 2023 im Wesentlichen fest, für einen versicherungsmedizinischen Nachvollzug der Diagnose fehlten Beschreibungen, die das qualitativ Besondere in der Interaktion und Kommunikation erkennen liessen. Der Junge habe es darauf angelegt, einen (negativen) Effekt hervorzurufen, er habe damit also ein Verständnis von seiner eigenen Rolle in sozialen Situationen gezeigt und Beziehungen ausgetestet. Von daher seien die Differentialdiagnosen der emotionalen Störung und der (hyperaktiven) Störung des Sozialverhaltens wichtig, zumal eine AD(H)S-Diagnose vorliege. Es seien Verhaltensprobleme in der Schule, Unruhe, Dreinschwatzen, Widerspruch, Konzentrationsprobleme und allgemeine Schwierigkeiten, sich auf vorgegebene Anforderungen einzulassen, genannt worden. Das Autismus-Typische daran sei nicht klar zu erkennen. Es fehle eine klinische Beurteilung, inwiefern Autismus-spezifische Symptome die Entwicklung eines Kindes zeit- und situationsübergreifend beeinträchtigten. Das vorgeschlagene pädagogische Vorgehen (Nachvollziehbarkeit herstellen) sei nicht spezifisch. Die Ziele der medizinischen Therapie bei Dr. med. H.____ und ihre Gründe für eine Autismusabklärung seien unklar. Im Weiteren sei auch nicht klar, welche therapeutischen Massnahmen und mit welchem Effekt bislang erfolgt seien. Differentialdiagnostische Überlegungen bzw. eine Auseinandersetzung mit eventuell vorliegenden anderen Diagnosen/Ausschlussdiagnosen und die Abgrenzung und Überschneidung zwischen Autismus und ADHS/HKS seien nicht erfolgt. Ein Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht ausgewiesen. Die fachärztlich gestellte Diagnose sei nicht differentialdiagnostisch beurteilt und nicht anhand von Verhaltensbeobachtungen und über einen längeren Beobachtungszeitraum bestätigt und klinisch abgesichert worden. Es fehlten Fremdanfragen und Fremdbefunde. Die Sache sei nach Eingang weiterer Berichte, insbesondere derjenigen von Dr. med. E.____ und des KJPD F.____ (2017, 2022), wieder vorzulegen. Es seien Verhaltensbeschreibungen in verschiedenen Lebensbereichen, z.B. in der Schule, der Psychomotorik-Gruppe oder im Kindergarten, erforderlich, um die Frage beantworten zu

können (IV-Nr. 9 S. 4 f.).

3.2.8 In ihrer Stellungnahme vom 14. September 2023 äusserte sich die RAD- und Fachärztin nach Einsicht in weitere medizinische Abklärungsberichte dahingehend, A.____ sei in eine psychosozial belastete Familiensituation hineingeboren worden. Er falle den Eltern als auffällig aktiv, unruhig und fordernd auf, seine Emotionen zeige er heftig, es komme vor allem zu sozial herausforderndem Verhalten, das sich bei Aufforderungen, insbesondere ab der Einschulung, verstärke. Die Familie suche Unterstützung, im Jahr 2017 sei der Verdacht auf eine Störung der Emotionsregulation und auf eine Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung erhoben worden. Die neuropsychologischen Untersuchungen zeigten keine einheitlichen und schweren Einbussen von Arbeitsgedächtnis, Sprachverständnis und Konzentration. Die Verhaltensbeschreibungen während der Abklärungen 2017, 2021 und 2022 sowie die Beschreibung des Verhaltens des Jungen in der Schule durch die SHP 2021 zeigten typische Verhaltensweisen bei einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung. Eine autistische Störung sei im Jahr 2021 nicht diagnostiziert, sondern ausgeschlossen worden. Dies sei versicherungsmedizinisch plausibel begründet worden. Zum Verlauf der anschliessenden Behandlung (Medikation, aufsuchende Behandlung «AUF»), zum Wechsel der Therapie zu Dr. med. E.____ und dem Verlauf der Therapie seien keine Informationen vorhanden. Die im Jahr 2023 von Dr. med. D.____ gestellte Autismus-Diagnose (ohne ICD-10 oder ICD-11 Kennzeichnung) sei in der RAD-Stellungnahme vom 19. April 2023 als versicherungsmedizinisch nicht ausreichend konsistent und plausibel beschrieben worden. An dieser Beurteilung habe sich nichts geändert. Es seien nunmehr weitere Inkonsistenzen vorhanden, insbesondere in der Form, dass Ende 2021 Autismus ausgeschlossen worden sei. Es liege kein Abschlussbericht betreffend Therapie der KJP, kein Abklärungsbericht des G.____ für das Jahr 2020, kein Bericht der Behandlerin Dr. med. E.____, der Psychomotorik und keine Verhaltensbeschreibung der Schule (über die Angaben der SHP 2021 und die Beurteilungen im SRS-Fragebogen hinaus) vor. Die Beurteilung des bisherigen Verlaufs von Behandlungen, Rehabilitationen, Eingliederungsmassnahmen etc. sowie die Diskussion von Heilungschancen seien unklar. Ein Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang sei nicht ausgewiesen. Die Angaben seien inkonsistent. Der Abklärungsbericht von Dr. med. D.____ beziehe nicht die davon abweichenden diagnostischen Überlegungen mit ein und nehme nicht Stellung zur Rolle der ADHS auf die Symptomatik. Dementsprechend empfahl die RAD-Ärztin «bislang keine Kostengutsprache GG 405» (IV-Nr. 25 S. 5 f.).

3.2.9 Der im vorliegenden Beschwerdeverfahren mit Eingabe vom 30. Juni 2024 (A.S. 32 f.) nachgereichten Stellungnahme von Dr. med. D.____ vom 27. Mai 2024 kann Folgendes entnommen werden: A.____ sei im Januar 2023 im Zentrum für Autismus abgeklärt und es sei eine Autismus-Spektrum-Störung mit PDA-Profil diagnostiziert worden. Zudem bestehe ein ADHS, welches bereits früher festgestellt worden sei. Zur Zeit der Abklärung im Januar 2023 hätten keine auffälligen psychosozialen Belastungsfaktoren bestanden. Bei der Abklärung im KJPD [...] vom 20. Oktober 2021 hätten sich im ADI-R Auffälligkeiten bezüglich der Entwicklung bis zum Alter von 36 Monaten und der qualitativen Kommunikation gefunden. Im Jahr 2022 seien die Angaben im SRS sowohl von Seiten der Schule als auch der Eltern auffällig ausgefallen. Der KJPD F.____ sei zum Schluss gekommen, es liege keine Autismus-Spektrum-Störung vor, da im Oktober 2021 die Untersuchung von A.____ mit dem ADOS-2 unauffällig ausgefallen sei. Dazu müsse gesagt werden, dass A.____ zu einer Untergruppe von Kindern mit einer

Autismus-Spektrum-Störung gehöre, die im sogenannten PDA-Profil angesiedelt seien. In der ICD-10, der aktuellen Klassifikation der WHO für Krankheiten, sei diese Unterform einer Autismus-Spektrum-Störung erwähnt. Für diese Kinder sei typisch, dass sie sich sehr anstrengten, um ihre Auffälligkeiten zu maskieren, was dazu führe, dass nicht selten die klinische Untersuchung, beispielsweise mit dem ADOS, unauffällig ausfalle. Dies sei sehr wahrscheinlich auch bei A.____ im Jahr 2021 der Fall gewesen. Das PDA-Profil sei noch wenig bekannt.

Die Symptomatik von A.____ könne mit der Diagnose ADHS nicht befriedigend erklärt werden. Die zum Inhalt des Gesprächs nicht passenden Emotionen (lächelnder Bericht über eigene Schwierigkeiten) seien für ein ADHS nicht typisch (dort wären eher stark ausgeprägte, aber passende Emotionen zu erwarten). Auch die Schwierigkeiten im Verständnis von sozialen Konzepten wie Freundschaft, das repetitive Verhalten und die sensorischen Besonderheiten (gesteigerte Empfindlichkeit für Geräusche und taktile Wahrnehmung) seien typisch für eine Autismus-Spektrum-Störung, ebenso die wenig ausgeprägte Gestik. Auch die Diagnose «Emotionale Störung des Kindesalters mit Trennungsangst» (ICD-10 F93.0), welche vom F.____ gestellt worden sei, genüge als Erklärung für das oppositionell anmutende, zum Teil aggressive Verhalten nicht aus. Kinder mit dieser Störung seien scheu und verhielten sich höchstens in Trennungssituationen aus Verzweiflung oppositionell-aggressiv. In Gegenwart ihrer Eltern seien sie zurückhaltend und suchten bei den Eltern Schutz, beleidigten sie aber nicht. Die IV-Stelle habe nie nachgefragt bezüglich der fehlenden Überlegungen betreffend eventuell vorliegende andere Diagnosen und der Abgrenzung ADHS/Autismus. Im Formular für den IV-Bericht seien diese Fragen nicht enthalten und es seien auch keine entsprechenden Zusatzfragen gestellt worden. Zu diesem Punkten habe daher nicht Stellung genommen werden können (BB 5).

3.2.10 Aus dem ebenfalls nachgereichten Zwischenbericht der Privatschule [...] GmbH, Abteilung Förderung und Autismus (C.____ [...]; N.____, Schulleitung; O.____, Fachleitung Autismus), vom 12. Juni 2024 geht im Wesentlichen hervor, A.____ besuche seit Beginn des Schuljahres am 16. August 2023 den Unterricht an der Privatschule [...]. In der Schnupperwoche vor den Sommerferien sowie in den ersten Schulwochen des Schuljahres habe sich A.____ in der Schule überaus angepasst gezeigt. Er habe mitgearbeitet, sei sehr höflich gewesen und habe sich bemüht. Es habe sich jedoch rasch gezeigt, dass diese Überanpassung (maskieren) für A.____ mit enormem Energieaufwand verbunden und nicht nachhaltig aufrechtzuerhalten gewesen sei. Bereits in der zweiten Schulwoche sei es zu ersten Absenzen gekommen. Danach habe A.____ begonnen, in der Schule schrittweise zu demaskieren und seine Bedürfnisse, Besonderheiten und Grenzen zu zeigen. Er habe mehr Pausen und eine engere Begleitung benötigt, schulische Inhalte hätten mehr und mehr mit ihm verhandelt und angepasst werden müssen, um ihm eine Mitarbeit zu ermöglichen, und Regeln und Vorgaben hätten zu immer mehr Widerstand geführt. Inzwischen habe man A.____ mit all seinen Facetten kennen lernen dürfen, vom stark überangepassten, vorbildhaften Verhalten bis hin zu «Meltdowns» mit massiv grenzüberschreitendem Verhalten, Verweigerung und Beleidigungen. Generell habe sich gezeigt, dass A.____ an sich allen Anforderungen und Normen gerecht werden könne, wenn er dies wirklich wolle; allerdings nur über einen kurzen Zeitraum, da es für ihn mit einem ungemein hohen Energieaufwand verbunden sei. Es werde mit A.____ daher daran gearbeitet, eine Mitte zwischen diesen beiden Extremen zu finden, sodass er zu schulischer Mitarbeit und dem

Einhalten gewisser sozialer Normen in der Lage sei, ohne sich dabei so zu überanstrengen, dass es zu einer Dekompensation komme. Inwiefern A. ___ im Schulalltag Zugriff auf seine Ressourcen habe und wie viel Anpassungsleistung ihm daher möglich sei, sei tagesformabhängig und entsprechend starken Schwankungen unterlegen.

A. ___ bringe vielschichtige Herausforderungen mit und scheine oft selbst seinen eigenen Gefühlen bzw. einer inneren Getriebenheit ausgeliefert. Er benötige eigentlich einen klaren Rahmen und Strukturen und scheine dieses Bedürfnis selbst auch wahrzunehmen, andererseits könne er Strukturen und Vorgaben jedoch kaum annehmen, wenn diese von anderen auferlegt worden seien. A. ___ habe offensichtlich ein extremes Bedürfnis nach Autonomie und Kontrolle. Von der Lehrperson vorgegebene Inhalte zu bearbeiten oder schulische Regeln einzuhalten, falle ihm schwer. Es bewähre sich, sowohl Regeln als auch schulische Inhalte mit A. ___ gemeinsam auszuhandeln, dabei zwar Mindestvorgaben zu machen, diese jedoch gut zu begründen und A. ___ wo immer möglich auch entgegenzukommen und Sonderabmachungen mit ihm zu treffen. Alle nicht essenziellen Anforderungen und Vorgaben seien wegzulassen und seine Interessen bei den fachlichen Inhalten zu berücksichtigen. A. ___ besuche den Unterricht inzwischen nach einem reduzierten, seine Wünsche und Stärken berücksichtigenden Stundenplan. Dies bringe eine wertvolle Entlastung und A. ___ sei wieder vermehrt in der Lage, sich in der Schule von seiner konstruktiven und kooperativen Seite zu zeigen. Auch arbeite er inzwischen meist 1:1 begleitet, wenn es darum gehe, fachliche Inhalte zu bearbeiten. Die Mitarbeit falle ihm so deutlich leichter, wobei es auch bei einer 1:1-Begleitung nicht immer möglich sei, mit A. ___ in die Arbeit zu finden. Auch in diesem Setting sei feststellbar, dass A. ___ Energie nach einer Lektion an schulischer Mitarbeit grösstenteils aufgebraucht sei und er eine Erholungsphase benötige. Auch gelinge das Arbeiten an einem separierten Platz eher als im Klassenzimmer. Trotz der kleinen Klassen von maximal acht Schülerinnen und Schülern stelle das Zurechtfinden im sozialen Gefüge in Kombination mit fachlichen Anforderungen offenbar eine (zu) hohe Anforderung an A. ___ dar. Im Sport sowie bei spielerischen Sequenzen gelinge dies hingegen eher. In der sozialen Interaktion falle auf, dass A. ___ stark den Kontakt suche, dies sowohl zu Erwachsenen als auch zu Gleichaltrigen. Gerade im Umgang mit diesen scheine er jedoch oft nicht «sich selbst» zu sein, sondern er passe sich im Verhalten stark an das Gegenüber an bzw. scheine in eine Rolle zu schlüpfen, die auch oft überspitzt wirke.

Unter dem Titel «Bemerkungen bezüglich Diagnosekriterien ASS nach ICD 11» wurde dargelegt, A. ___ zeige Schwierigkeiten beim Reagieren auf soziale Kommunikation anderer. Seien die eigenen Interessen deckungsgleich mit den Interessen anderer, könne er adäquat reagieren. Seien ihm die Interessen fremd oder gar zuwider, reagiere er oft mit Belustigung oder Beleidigungen. Teilweise reagiere er angriffig auf soziale Kommunikationsangebote. Es sei nicht immer abschätzbar, was ihn dazu veranlasse. Er wirke dann getrieben, auf die Inhibition sei in solchen Fällen kaum mehr zurückzugreifen. A. ___ deute Verhaltensweisen und die nonverbale Kommunikation anderer oft als Angriff. Dies nicht nur bei Gleichaltrigen, sondern auch bei Fachpersonen. Entsprechend oft sei er im Verteidigungsmodus. Das Rollenverständnis von Lehr- oder sonstigen Fachpersonen scheine dann nicht klar zu sein. A. ___ zeige oft eine eher überspitzte Mimik und Gestik. Teilweise passten diese auch nicht zur aktuellen Gefühlslage (z.B. bei Trauer und Unsicherheit). Blickkontakt könne er halten; wie sehr ihn dies anstrengt, sei von aussen nicht zu beobachten. Mit Erwachsenen sei A. ___ immer wieder in der Lage, wechselseitige

Gespräche zu führen. Gehe es im Gespräch um die eigenen Gefühle, gebe er nicht viel preis. Auch bei Gleichaltrigen komme er in die wechselseitige Kommunikation, die Kommunikationsweise sei oft geprägt von Jugendsprache und vielem Fluchen. Auch tendiere er dazu, den «Klassenclown» zu spielen, also in eine eingeübte soziale Rolle zu schlüpfen.

A.____ zeige immer wieder nicht konformes Verhalten, dies über ganz verschiedene Settings und Situationen hinweg. Er sei in solchen Situationen kaum oder nicht in der Lage, sich an Abmachungen zu halten. Auch könne er Anforderungen von aussen dann kaum annehmen. Generell brauche er enorm viel Kontrolle und erzeuge diese oft über das eigene Handeln und Bestimmen, was er wann wie tue. Sein Autonomiebedürfnis sei überdurchschnittlich hoch, auch im Vergleich mit autistischen Gleichaltrigen. A.____ zeige auch Herausforderungen beim Belohnungsaufschub, dieser falle ihm über weite Strecken noch schwer. Teilweise sei er in der Lage, Gefühle, emotionale Zustände und die Haltung anderer zu verstehen. Er zeige dann Empathievermögen. In anderen, konfliktiven Situationen falle es ihm sehr schwer, die Emotionen anderer wahrzunehmen und seine Handlungen entsprechend anzupassen. Er sage dann oft, dass es ihm egal sei, wie andere sich fühlten. Ob dies wirklich stimme, sei in Frage gestellt. Trotz vorhandenem Empathievermögen sei wohl von einer weniger gut ausgeprägten «Theory of Mind» auszugehen. A.____ könne gut über seine Interessen sprechen. Vor allem im 1:1 Setting mit einer Fachperson gelinge dies gut. Das aktive Zuhören, wenn andere von ihren Interessen erzählten, sei stark abhängig von seiner Tagesform wie auch vom Inhalt, welche die Person wiedergebe. Bei Erwachsenen scheine ihm dies besser zu gelingen als bei Gleichaltrigen. A.____ sei herausgefordert beim Aufbau und dem Leben von Beziehungen zu Gleichaltrigen. Es wirke, als ob er auch in Freundschaften viel Kontrolle bewahren müsse. Er zeige dies mit dominantem Verhalten, mit Sprüche klopfen, sich über Fehler des Gegenübers lustig zu machen, mit verbalen Drohungen, aber auch mit (kontrollierten) Schlägen. Er ecke mit diesem Verhalten immer wieder an. Er orientiere sich sehr gerne an älteren Schülern und kopiere auch deren maladaptiven Strategien.

A.____ sei auf Konstanz und Ruhe angewiesen, halte diese aber kaum aus. Er gehe bei vielen Vorgaben in die Vermeidung/Verweigerung und es könne sich Wut zeigen. An die dahinterliegenden Gefühle komme er nur bedingt heran. Auch hier zeige sich, wie schwierig es sei, wenn er eine Situation nicht kontrollieren könne, sondern spontan darauf reagieren müsse. Spannende neue Erfahrungen hingegen möge er sehr. Er scheine auf ständiger Suche nach Dopamin zu sein. Sich im öffentlichen Raum bewegen, gelinge ihm gut. Gerade in Bezug auf den öffentlichen Verkehr sei er enorm selbstständig unterwegs und könne die Fahrten zur Schule und wieder nach Hause flexibel einplanen. Zu bedenken sei jedoch, dass Reize bei ihm wohl weniger gut gefiltert würden und ihn Störfaktoren enorm anstregten und seine Tagesenergie im Vergleich zu Gleichaltrigen wohl deutlich niedriger sei. A.____ bemerke Regelverstösse unglaublich schnell. Er weise die Personen dann auch darauf hin. In Bezug auf sich selbst könne er jedoch flexibel mit Regeln umgehen (in sozialen Situationen; im Sport halte er Regeln ein). Auch hier spiele das extreme Vermeiden von Anforderungen eine Rolle. A.____ möge starke Reize, was sich auch in seine Hobbys zeige (Motocross, Kickboxen, Fussball). Er habe ein grosses Wissen in Bezug auf seine Spezialinteressen. In Bezug auf den Medienkonsum gebe es keine Konstanz. Phasenweise verbringe er viel Zeit damit und könne sich auch abends kaum davon lösen, andererseits sei er viel draussen und beschäftige sich sportlich. Letzteres sei

eine wertvolle Ressource von ihm.

Es bestehe die Hypothese, dass A.____ Verhalten (Kontrolle mit aller Macht bewahren) enorm von Angst geleitet sei und grosse Auswirkungen auf sein autonomes Nervensystem habe. Er scheine eine hypersensible Amygdala zu haben, was dazu führe, dass sein Gehirn überdurchschnittlich oft Gefahr sehe, wo keine sei und in entsprechenden Situationen nicht oder kaum mehr auf seine exekutiven Funktionen zurückgreifen könne, da das Stammhirn mit «Fight», «Flight» oder «Freeze» reagiere. Die Beobachtungen seiner Verhaltensweisen deckten sich mit Merkmalen des «Pathological Demand Avoidance»-Profils, welches seit einiger Zeit in der Schweiz von Fachleuten (kritisch) diskutiert werde und Dr. med. E.____ in ihrem Bericht vermerke (BB 4).

4.

4.1 Im Folgenden ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer gestützt auf die oben (unter E. II. 3.2 hiervor) dargelegten medizinischen Berichte die Voraussetzungen für ein Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang erfüllt. Wie erwähnt, liegt ein solches Geburtsgebrechen vor, sofern die Diagnose «Autismus-Spektrum-Störung» durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder mit Schwerpunkt Entwicklungspädiatrie bestätigt worden ist (vgl. E. II. 2.3 hiervor). Im vorliegenden Fall stellte Dr. med. D.____, Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, in ihrem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 10. März 2023 beim Beschwerdeführer die Diagnose «Autismus-Spektrum-Störung (ICD-10 F84.1), Diagnose erstmals gestellt am 23. Januar 2023» und «ADHS (ICD-10 F90.0), Erstdiagnose mir nicht genau bekannt (vor mehreren Jahren)», wobei sie darlegte, die gleichzeitige Stellung dieser beiden Diagnosen sei gemäss ICD-10 zwar nicht erlaubt, es gelte aber zu beachten, dass bei bis zu 50 % der Personen mit einer Autismus-Spektrum-Störung zusätzlich hyperkinetische Symptome aufträten, welche die Kriterien für ein ADHS erfüllten; bei 10 % der Personen mit ADHS seien auch die Kriterien für eine Autismus-Spektrum-Störung gegeben (IV-Nr. 6 S. 5; vgl. E. II. 3.2.5 hiervor). Die Diagnose «Autismus-Spektrum-Störung» wurde damit von einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie gestellt, die sich insbesondere auch mit Fragestellungen zum Thema «Autismus-Spektrum-Störung» mit dem Profil «Pathological Demand Avoidance» (PDA) eingehend befasst (vgl. mit Eingabe vom 30. Juni 2024 nachgereichte Stellungnahme von Dr. med. D.____ vom 27. Mai 2024 mit Beilagen zum Thema «PDA» [BB 5]). Dementsprechend wurde der Beschwerdeführer von seiner systemisch beratenden Psychiaterin, Dr. med. E.____, an die Spezialistin Dr. med. D.____ zur Abklärung überwiesen, welche vom 23. bis 25. Januar 2023 durchgeführt wurde (vgl. IV-Nr. 6 S. 8 und 12 S. 2 und 7). Es besteht kein Hinweis, dass Dr. med. D.____ als Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit ihren Spezialkenntnissen nicht über die im Sinne von Ziff. 405 GgV-EDI Anhang erforderliche fachliche Qualifikation (Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Entwicklungspädiatrie) zur Stellung bzw. Bestätigung einer solchen Diagnose verfügen würde. Dies wird denn auch von keiner Seite bestritten.

4.2 Dr. med. D.____, J.____, Dipl. Ergotherapeutin sowie L.____, Psychosoziale Beraterin ASS & AD(H)S, stellten in ihrem kinderpsychiatrisch-ergotherapeutischen Abklärungsbericht vom 10. März 2023 (Abklärung vom 23. bis 25. Januar 2023) die Diagnose «Autismus-Spektrum-Störung» und kamen im Rahmen ihrer Beurteilung zum Schluss, die ausführlichen anamnestischen Angaben, die klinischen Beobachtungen und die testpsychologischen Werte ergäben deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer

Autismus-Spektrum-Störung. Der Beschwerdeführer zeige eindeutig ein hohes Bedürfnis nach Autonomie, weshalb er im PDA-Profil angesiedelt sei. Die klassischen Massnahmen bei ASS (Struktur, Vorgaben) würden bei ihm nicht helfen. A.____ dürfe mit Anforderungen nicht direkt konfrontiert werden. Alles müsse für ihn einen Sinn ergeben und er müsse zum Schluss kommen, dass er es freiwillig machen wolle. Nur so sei eine Kooperation möglich und das oppositionelle Verhalten nehme ab (IV-Nr. 6 S. 8 ff.; vgl. E. II. 3.2.6 hiervor). Diese fachärztliche Beurteilung von Dr. med. D.____ wurde in ihrer Stellungnahme vom 27. Mai 2024 erneuert. Die Expertin legte nachvollziehbar und plausibel dar, A.____ sei im Januar 2023 im Zentrum für Autismus abgeklärt worden, wobei eine Autismus-Spektrum-Störung mit PDA-Profil diagnostiziert worden sei. Der KJPD [...] sei bei seiner Abklärung vom 20. Oktober 2021 zwar zum Schluss gekommen, es liege keine Autismus-Spektrum-Störung vor, da die Untersuchung mit dem ADOS-2 unauffällig ausgefallen sei (IV-Nr. 18 S. 10 ff.; vgl. E. II. 3.2.2 hiervor). Dr. med. D.____ hielt dem jedoch entgegen, A.____ gehöre zu einer Untergruppe von Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung, die im sogenannten PDA-Profil angesiedelt seien. In der ICD-10, der aktuellen Klassifikation der WHO für Krankheiten, sei diese Unterform einer Autismus-Spektrum-Störung erwähnt. Für diese Kinder sei typisch, dass sie sich sehr anstrengten, um ihre Auffälligkeiten zu maskieren, was dazu führe, dass nicht selten die klinische Untersuchung, beispielsweise mit dem ADOS, unauffällig ausfalle. Dies sei sehr wahrscheinlich auch beim Beschwerdeführer in der Untersuchung vom Oktober 2021 der Fall gewesen. Dr. med. D.____ führte im Weiteren überzeugend aus, die Symptomatik von A.____ könne mit der Diagnose «ADHS» nicht befriedigend erklärt werden. Die zum Inhalt des Gesprächs nicht passenden Emotionen (lächelnder Bericht über eigene Schwierigkeiten) seien für ein ADHS nicht typisch (dort wären eher stark ausgeprägte, aber passende Emotionen zu erwarten). Auch die Schwierigkeiten im Verständnis von sozialen Konzepten wie Freundschaft, das repetitive Verhalten und die sensorischen Besonderheiten (gesteigerte Empfindlichkeit für Geräusche und taktile Wahrnehmung) seien typisch für eine Autismus-Spektrum-Störung, ebenso die wenig ausgeprägte Gestik. Auch die Diagnose «Emotionale Störung des Kindesalters mit Trennungsangst» (ICD-10 F93.0), welche vom KJPD [...] gestellt worden sei, reiche als Erklärung für das oppositionell anmutende, zum Teil aggressive Verhalten nicht aus. Kinder mit dieser Störung seien scheu und verhielten sich höchstens in Trennungssituationen aus Verzweiflung oppositionell-aggressiv. In Gegenwart ihrer Eltern seien sie zurückhaltend und suchten bei ihnen Schutz, beleidigten sie aber nicht (BB 5; vgl. E. II. 3.2.9 hiervor).

4.3 Die oben wiedergegebene Einschätzung von Dr. med. D.____, J.____ und L.____ im kinderpsychiatrisch-ergotherapeutischen Abklärungsbericht vom 10. März 2023 (E. II. 3.2.6 hiervor) sowie die vorerwähnten Ausführungen von Dr. med. D.____ in ihrer Stellungnahme vom 27. Mai 2024 (E. II. 3.2.9 hiervor) stehen in Übereinstimmung mit dem nachgereichten Zwischenbericht der Privatschule [...] GmbH, Abteilung Förderung und Autismus (C.____ [...]), vom 12. Juni 2024. Darin wurde von der Schulleitung und der Fachleitung Autismus nachvollziehbar und detailliert dargelegt, der Beschwerdeführer besuche seit dem 16. August 2023 den Unterricht in der Privatschule [...]. In den ersten Schulwochen des Schuljahres habe sich A.____ in der Schule überaus angepasst gezeigt. Es habe sich jedoch rasch gezeigt, dass diese Überanpassung (maskieren) für ihn mit enormem Energieaufwand verbunden und nicht nachhaltig aufrechtzuerhalten gewesen sei. Danach habe A.____ in der Schule schrittweise begonnen zu demaskieren und seine Bedürfnisse, Besonderheiten und Grenzen zu zeigen. Er habe mehr Pausen und eine engere Begleitung

benötigt, schulische Inhalte hätten mehr und mehr mit ihm verhandelt und angepasst werden müssen, um ihm eine Mitarbeit zu ermöglichen. Regeln und Vorgaben hätten zu immer mehr Widerstand geführt. Inzwischen habe man ihn mit all seinen Facetten kennenlernen dürfen, vom stark überangepassten, vorbildhaften Verhalten bis hin zu «Meltdowns» mit massiv grenzüberschreitendem Verhalten, Verweigerung und Beleidigungen. Generell habe sich gezeigt, dass A.____ an sich allen Anforderungen und Normen gerecht werden könne, wenn er dies wirklich wolle; allerdings nur über einen kurzen Zeitraum, da es für ihn mit einem ungemein hohen Energieaufwand verbunden sei. Die Lehrpersonen hielten ■ nach Vornahme einer Einschätzung nach Kompetenzen des Semesterberichts und Ausführungen zu den Diagnosekriterien einer ASS ■ abschliessend fest, gemäss ihrer Hypothese sei A.____ Verhalten (Kontrolle mit aller Macht bewahren) enorm von Angst geleitet und habe grosse Auswirkungen auf sein autonomes Nervensystem. Er scheine eine hypersensible Amygdala (zentrale Struktur im Gehirn, die wesentlich an der Entstehung der Angst beteiligt ist, und daraufhin entsprechende Reaktionen einleitet) zu haben, was dazu führe, dass sein Gehirn überdurchschnittlich oft Gefahr sehe, wo keine sei und in entsprechenden Situationen nicht oder kaum mehr auf seine exekutiven Funktionen zurückgreifen könne, da das Stammhirn mit «Fight, Flight oder Freeze» reagiere. Die Beobachtungen seiner Verhaltensweisen deckten sich mit Merkmalen des «Pathological Demand Avoidance»-Profils, welches seit einiger Zeit in der Schweiz von Fachleuten (kritisch) diskutiert werde und Dr. med. E.____ in ihrem Bericht vermerke (BB 4; vgl. E. II. 3.2.10 hiervor).

4.4 Die die Familie des Beschwerdeführers systemisch beratende Psychiaterin Dr. med. E.____ spricht sich ebenfalls für das Bestehen einer Autismus-Spektrum-Störung mit PDA-Profil aus. So hielt sie in ihrem Bericht vom 4. November 2022 im Wesentlichen fest, der KJPD [...] habe bei A.____ ein ASS-Testung durchgeführt. Eine ASS sei ausgeschlossen worden, was für sie, Dr. med. E.____, nur schwer nachvollziehbar erscheine. Immerhin bestünden anhaltende Defizite in der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit, in der nonverbalen Kommunikation sowie beim Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungen. Ausserdem seien die Kriterien der Stereotypien und der sensorischen Besonderheiten erfüllt und die Symptome beeinträchtigten das alltägliche Funktionieren. Hiermit seien alle Kriterien gemäss DSM-5 erfüllt. Mit dem Erreichen von 61 Punkten im durch die Mutter ausgefüllten EDA-Q werde ausserdem eine hohe Wahrscheinlichkeit eines PDA-Profiles der ASS aufgezeigt (IV-Nr. 12 S. 10; vgl. E. II. 3.2.4 hiervor). In ihrem Bericht vom 3. Januar 2023 wies Dr. med. E.____ im Weiteren darauf hin, auch bei einer im Dezember 2022 durchgeführten Testung durch die Kinderpsychiaterin Dr. med. I.____ sei das PDA-Profil einer ASS ausgeschlossen worden, weil sich A.____ in seinem Verhalten zu beziehungsbezogen gezeigt habe. Allerdings habe sie den Jungen extrem hyperaktiv und aggressiv erlebt. Es sei deshalb die Diagnose einer Störung des Sozialverhaltens mit fehlenden sozialen Bindungen gestellt worden (ICD-10 F91.1). Aus Sicht von Dr. med. I.____ zeigten sich PDA-Kinder immer introvertiert und isoliert, sodass bei A.____ keine ASS vorliegen könne. Dies widerspreche jedoch klar der Meinung der PDA-Society, welche betone, dass PDA-Kinder oberflächlich sozial erscheinen könnten und zum Teil sogar Spezialinteressen im sozialen Bereich aufwiesen. Die Mutter des Beschwerdeführers sei nach der Einschätzung von Dr. med. I.____ verunsichert gewesen und habe um eine neue diagnostische Beurteilung durch ein Team, welches sich auf das Aufdecken von ASS mit hohem «Masking» spezialisiert habe, gebeten (IV-Nr. 12 S. 7; vgl. E. II. 3.2.4 hiervor). Im ärztlichen Begleitschreiben vom 11. März 2023 gab Dr. med. E.____ schliesslich an, sie sei

Psychiaterin mit Spezialisierung auf Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) inklusive PDA-Profil. PDA sei ein im deutschsprachigen Raum noch sehr wenig bekanntes Profil aus dem Autismus-Spektrum, welches mit der Verweigerung von alltäglichen Anforderungen (u.a. Schulbesuch/Hausaufgaben etc.) und einem oft sehr hohen Masking der Betroffenen einhergehe. Die Familie stehe seit einigen Monaten aufgrund des Verdachts auf PDA des Sohnes in ihrer systemischen Beratung. Unterdessen sei das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung mit PDA-Profil von Dr. med. D.____ bestätigt worden (Bericht vom 10. März 2023; vgl. E. II. 3.2.5 hiervor). Der Schulbesuch von A.____ stelle aufgrund seiner krankheitsbedingten Schwierigkeiten schon seit Jahren eine extreme Belastung für die Familie dar. Von den Lehrpersonen werde er gerade in Prüfungssituationen zunehmen blockiert erlebt, sodass eine Benotung nicht mehr möglich sei. A.____ habe noch nie über die Fähigkeit verfügt, zu Hause in Ruhe zu lernen. Von Hausaufgaben habe er nun seit Beginn des Schuljahres ganz dispensiert werden müssen. Da sowohl die schulischen als auch die sozialen Anforderungen in den höheren Schulklassen kontinuierlich zunehmen, akzentuiere sich die Problematik immer mehr. Auch wenn es ihm teilweise gelinge, seine «Demand Avoidance» in der Schule durch hochgradiges Masking zu überwinden, führe dies im Gegenzug zu Hause zu einem massiv erhöhten Stresspegel und dadurch zu vermehrten autistischen, mit Aggressionen einhergehenden «Meltdowns» im häuslichen Rahmen. Der Junge zeige auch in der Schule im sozialen Bereich u.a. beim Einhalten von Regeln immer grössere Schwierigkeiten. Damit die Beschulung in Zukunft auf A.____ besondere Bedürfnisse abgestimmt werden könne und er die Möglichkeit habe, gemäss seinen kognitiven Fähigkeiten gefördert zu werden, sei ein Wechsel in ein Sonderschulsetting dringend notwendig (IV-Nr. 12 S. 2 f.; vgl. E. II. 3.2.4 hiervor).

4.5 Gestützt auf die oben dargelegten übereinstimmenden Angaben der beratenden Psychiaterin Dr. med. E.____ in ihren Berichten vom 4. November 2022, 3. Januar und 11. März 2023, die Berichte der Expertin Dr. med. D.____, der Ergotherapeutin J.____ und der psychosozialen Beraterin L.____ vom 10. März 2023, die Stellungnahme von Dr. med. D.____ vom 27. Mai 2024 sowie den Bericht der Schulleitung der Privatschule [...] GmbH vom 12. Juni 2024, welche alle das Bestehen einer Autismus-Spektrum-Störung mit PDA-Profil beim Beschwerdeführer bestätigen, ist mit dem hier erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Voraussetzungen zur Anerkennung des Geburtsgebrechens im Sinne von Ziff. 405 GgV-EDI Anhang gegeben sind (vgl. auch die mit Eingabe vom 30. Juni 2024 eingereichten Unterlagen betreffend PDA-Profil; A.S. 32 f. und BB 5).

4.6 Die anderslautende Einschätzung von RAD- und Fachärztin med. pract. M.____, wonach das Geburtsgebrecchen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht ausgewiesen sei, vermag demgegenüber nicht zu überzeugen. Die RAD-Ärztin kam in ihrer Würdigung vom 19. April 2023 zum Schluss, die fachärztlich gestellte Diagnose sei nicht differentialdiagnostisch beurteilt und nicht anhand von Verhaltensbeobachtungen (nicht nur der abklärenden Fachpersonen, sondern auch durch Fremdbenachrichtungen) und über einen längeren Beobachtungszeitraum bestätigt und klinisch abgesichert worden (IV-Nr. 9 S. 4 f.; vgl. E. II. 3.2.7 hiervor). In ihrer Stellungnahme vom 14. September 2023 kam sie nach Vorlage weiterer medizinischer Unterlagen zum Schluss, das Geburtsgebrecchen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang sei immer noch nicht ausgewiesen. Die Angaben seien inkonsistent. Der Abklärungsbericht von Dr. med. D.____ beziehe nicht die davon abweichenden diagnostischen Überlegungen mit ein und nehme nicht Stellung zur

Rolle des ADHS auf die Symptomatik. Bislang könne keine Kostengutsprache für ein Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV-EDI Anhang erfolgen (IV-Nr. 25 S. 5 f.; vgl. E. II. 3.2.8 hiervor).

Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. med. D. ___ zusammen mit weiteren Fachpersonen bei ihrer Abklärung vom Januar 2023 die persönliche Anamnese des Beschwerdeführers (kleinkindliche Entwicklung, sein Verhalten in Spielgruppen und im Kindergarten, die schulische Entwicklung, sein Kontaktverhalten, rigide Verhaltensweisen und Wahrnehmungsbesonderheiten) berücksichtigte, die Befunde (unter Berücksichtigung der diagnostischen Beobachtungsskala für autistische Störungen ADOS-2 Modul 3, des Fragebogens zur sozialen Kompetenz FSK und des diagnostischen Interviews für Autismus ADI-R) erhob und zum Schluss kam, beim Beschwerdeführer bestehe eine Autismus-Spektrum-Störung mit PDA-Profil (vgl. Bericht vom 10. März 2023 mit den entsprechenden Testergebnissen; IV-Nr. 6 S. 8 ff.; vgl. E. II. 3.2.6 hiervor). In ihrem Bericht vom 27. Mai 2024 (BB 5) setzte sie sich mit der im Bericht der F. ___, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ambulatorium [...], vom 22. Oktober 2021 davon abweichend gestellten Diagnose («1. Achse Vd.a. F94.1 Reaktive Bindungsstörung in Verbindung mit klinischen Hinweisen auf F90.0 Einfache Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit Hyperaktivität») und der Beurteilung, wonach in der ADOS-Testung keine Anzeichen für eine Autismus-Spektrum-Störung vorhanden gewesen seien, die Verhaltensauffälligkeiten nicht im Rahmen eines solchen Leidens zu interpretieren seien und von einer möglichen reaktiven Bindungsstörung in Verbindung mit einem möglichen ADHS auszugehen sei (IV-Nr. 18 S. 10 ff.; vgl. E. II. 3.2.2 hiervor), auseinander und legte nachvollziehbar und plausibel dar, der Beschwerdeführer gehöre zu einer Untergruppe von Kindern mit einer Autismus-Spektrum-Störung im PDA-Profil. Für diese Kinder sei typisch, dass sie sich sehr anstrengten, um ihre Auffälligkeiten zu maskieren, was dazu führe, dass nicht selten die klinische Untersuchung, beispielsweise mit dem ADOS, unauffällig ausfalle. Dies sei sehr wahrscheinlich auch bei A. ___ der Fall gewesen. Im Weiteren nahm sie auch zu der von den F. ___, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Ambulatorium [...], in ihrem Bericht vom 7. Juli 2022 gestellten weiteren Diagnose («1. Achse Emotionale Störung des Kindesalters mit Trennungsangst» [F93.0], Klinische klare Hinweise für eine ADHS [F90.0]); IV-Nr. 18 S. 6 ff.; vgl. E. II. 3.2.3 hiervor) Stellung und führte nachvollziehbar aus, die Symptomatik von A. ___ könne mit der Diagnose «ADHS» nicht befriedigend erklärt werden. Die Schwierigkeiten im Verständnis von sozialen Konzepten wie Freundschaft, das repetitive Verhalten und die sensorischen Besonderheiten (gesteigerte Empfindlichkeit für Geräusche und taktile Wahrnehmung) seien typisch für eine Autismus-Spektrum-Störung, ebenso die wenig ausgeprägte Gestik. Auch die Diagnose «Emotionale Störung des Kindesalters mit Trennungsangst (ICD-10 F93.0)», welche von den F. ___n so gestellt worden sei, reiche als Erklärung für das oppositionell anmutende, zum Teil aggressive Verhalten des Beschwerdeführers nicht aus. Kinder mit dieser Störung seien scheu und verhielten sich höchstens in Trennungssituationen aus Verzweiflung oppositionell-aggressiv (vgl. BB 5). Diesen überzeugenden Ausführungen der Expertin ist zu folgen. Sodann gilt es zu beachten, dass sich bereits die beratende Psychiaterin, Dr. med. E. ___, in ihren Berichten vom 4. November 2022 und 3. Januar 2023 mit dem Ausschluss einer Autismus-Spektrum-Störung durch die F. ___ und die Kinderpsychiaterin Dr. med. I. ___ auseinandergesetzt hatte, wobei sie zum Schluss gekommen war, dies sei für sie nur schwer nachvollziehbar. Bei A. ___ bestünden immerhin anhaltende Defizite in der sozial-emotionalen Gegenseitigkeit, in der nonverbalen Kommunikation sowie beim

Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehungen. Ausserdem seien die Kriterien der Stereotypen und der sensorischen Besonderheiten erfüllt und die Symptome beeinträchtigten das alltägliche Funktionieren (IV-Nr. 12 S. 7 und 10; vgl. E. II. 3.2.4 hiervor). Unter Berücksichtigung der vorerwähnten übereinstimmenden fachärztlichen Untersuchungsergebnisse und der Angaben der beratenden Psychiaterin kann hier nicht von inkonsistenten Angaben gesprochen werden. Eine aktuelle klinische Beurteilung, inwiefern Autismus-spezifische Symptome die Entwicklung von A.____ beeinträchtigen, liegt mit der überzeugenden fachärztlichen Beurteilung von Dr. med. D.____ vor, auf welche abzustellen ist. Dass die Ärzte der F.____ und auch Dr. med. I.____ zu einer anderen Beurteilung kamen und eine Autismus-Spektrum-Störung verneinten, führt zu keiner anderen Beurteilung.

5. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 21. November 2023, worin der Anspruch des Beschwerdeführers auf medizinische Massnahmen mit der Begründung abgelehnt wurde, es liege gestützt auf die medizinischen Unterlagen kein von der Invalidenversicherung anerkanntes Geburtsgebrechen vor, aufzuheben. Die Voraussetzungen zur Anerkennung des Geburtsgebrechens gemäss Ziff. 405 GgV-EDI Anhang sind im vorliegend zu beurteilenden Fall erfüllt. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers auf medizinische Massnahmen prüfe und darüber neu entscheide.

E. 6

6.1 Unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung gilt die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung als Obsiegen der versicherten Person (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 f.). Dem Beschwerdeführer steht somit eine ordentliche Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zu.

Die Parteikosten werden vom Versicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses festgesetzt. Nach § 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 des Gebührentarifs (GT, BGE 615.11) beträgt der Stundenansatz für die Bestimmung der Kosten der berufsmässigen Vertretung CHF 250.00 bis 350.00 (ab 1. Januar 2023) zuzüglich Mehrwertsteuer, soweit sie durch Anwälte wahrgenommen wird.

Der Vertreter des Beschwerdeführers hat am 5. Juli 2024 seine Kostennote eingereicht (A.S. 35 ff.). Darin macht er einen Zeitaufwand von insgesamt 8 Stunden und 20 Minuten bzw. 8.4167 (recte: 8.33) Stunden, einen Stundenansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von insgesamt CHF 93.00 (Kopien von CHF 66.00 [CHF 1.00 pro Kopie], Porto von CHF 27.00) geltend. Die Höhe des geltend gemachten Zeitaufwands (8.33 Stunden) ist angemessen. Bei den Auslagen sind die Kopien nur mit CHF 0.50 (nicht mit CHF 1.00) zu vergüten (vgl. § 160 Abs. 5 GT). Somit sind die Auslagen um CHF 33.00 auf CHF 60.00 zu reduzieren. Damit beläuft sich die Parteientschädigung auf insgesamt CHF 2'316.05 (Honorar von CHF 2'082.50, Auslagen von CHF 60.00 und Mehrwertsteuer [8.1 %] von CHF 173.55).

6.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis CHF 1'000.00 festgelegt.

Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin als unterliegende Partei die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

6.3 Gemäss Art. 45 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer bzw. sein Rechtsvertreter aufgrund von bestehenden Abklärungslücken den Bericht von Dr. med. D.____ vom 27. Mai 2024 (BB 5; vgl. E. II. 3.2.9 hiervor) veranlasst. Aufgrund dieses Berichts konnten die Abklärungslücken, welche angesichts des der Beschwerdegegnerin obliegenden Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG) von ihr zu beheben gewesen wären, gefüllt werden. Im Weiteren hat der Bericht massgeblich zum Entscheid beigetragen, dass die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers auf medizinische Massnahmen zu prüfen und darüber neu zu entscheiden hat. Der Betrag von CHF 356.75 ist durch die vorliegende Rechnung vom 21. Juni 2024 ausgewiesen (Aktensstudium vom 23. Mai 2024 von CHF 108.10, Bericht vom 27. Mai 2024 von CHF 194.58 und Telefongespräche von CHF 54.05 [vgl. A.S. 38]) und erscheint als angemessen. Somit hat die Beschwerdegegnerin diese Kosten zu übernehmen.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 21. November 2023 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfähre und neu über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers entscheide.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 2'316.05 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Kosten des Berichts von Dr. med. D.____ vom 27. Mai 2024 von CHF 356.75 zu übernehmen.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Schmidhauser

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