

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00824 vom 22. Juni 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-06-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2004.00824

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00824 du 22 juin 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00824 del 22 giugno 2005

Erwägungen

E. 1

1.1. Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 13 Abs. 1 IVG). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden. Er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Art. 13 Abs. 2 IVG). Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 Satz 1 GgV). Die blossе Veranlagung zu einem Leiden gilt nicht als Geburtsgebrechen. Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist unerheblich (Art. 1 Abs. 1 GgV). Die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang aufgeführt. Das Eidgenössische Departement des Innern kann eindeutige Geburtsgebrechen, die nicht in der Liste im Anhang enthalten sind, als Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG bezeichnen (Art. 1 Abs. 2 GgV). Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrecbens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV).

1.2. Das Geburtsgebrechen Ziffer 404 des Anhangs zur GgV umfasst kongenitale Hirnstörungen mit vorwiegend psychischen und kognitiven Symptomen bei normaler Intelligenz (kongenitales infantiles Psychosyndrom, kongenitales hirndiffuses psychoorganisches Syndrom, kongenitales hirnlokales Psychosyndrom), wobei die Zusprechung von medizinischen Massnahmen nur in Frage kommt, sofern das Leiden mit gestellter Diagnose bereits vor vollendetem 9. Altersjahr behandelt worden ist.

In BGE 122 V 118 ff. Erw. 3a (auch publiziert in AHI 1997 S. 124 ff.) hielt das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) fest, dass die Altersgrenze und die Kriterien der Diagnosestellung und der Behandlung zur Bewältigung des Abgrenzungsproblems in Ziffer 404 des Anhangs zur GgV mit dem übergeordneten Recht in Einklang zu bringen sind, und es fasste seine bisherige Rechtsprechung zur Auslegung dieser Bestimmung zusammen: Ziffer 404 des Anhangs zur GgV beruhe auf der medizinisch begründeten und empirisch belegten Annahme, dass das Gebrechen vor Vollendung des 9. Altersjahres diagnostiziert und behandelt worden wäre, wenn es angeboren gewesen wäre (BGE 122 V 115 ff. Erw. 2). Zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführte Abklärungs-massnahmen könnten nach dieser empirischen Erkenntnis nicht mehr zuverlässig Aufschluss über die Abgrenzungsfrage geben, ob das Leiden angeboren gewesen oder später erworben worden sei (BGE 122 V 120 Erw. 3a/dd mit Hinweisen). Die in Ziffer 404 des Anhangs zur GgV umschriebenen Voraussetzungen dienten somit als

Abgrenzungskriterien, um ein bestimmtes Leiden als angeboren zu qualifizieren, damit es als Geburtsgebrechen im Sinne des Gesetzes anerkannt werden könne (BGE 122 V 121 Erw. 3b/bb). Dabei sei diese Bestimmung nicht dahingehend umzusetzen, dass bei fehlender Diagnose und Behandlung vor dem 9. Altersjahr bloss die widerlegbare Vermutung begründet werde, es liege kein Geburtsgebrechen im Rechtssinne vor. Vielmehr sei daran festzuhalten, dass fehlende Diagnose und Behandlung vor vollendetem 9. Altersjahr die unwiderlegbare Rechtsvermutung begründeten, dass es sich nicht um ein angeborenes psychoorganisches Syndrom (POS) handle. Damit entfalle auch der nachträgliche Beweis, dass die Möglichkeit der Diagnosestellung und Behandlung vor Vollendung des 9. Altersjahres bestanden habe (BGE 122 V 122 f. Erw. 3c/bb).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach der verordnungskonformen Verwaltungspraxis (vgl. hierzu BGE 122 V 114 f. Erw. 1b) gelten die Voraussetzungen von Ziffer 404 des Anhangs zur GgV als erfüllt, wenn vor Vollendung des 9. Altersjahres mindestens Störungen des Verhaltens im Sinne krankhafter Beeinträchtigung der Affektivität oder der Kontaktfähigkeit, des Antriebs, des Erfassens (perzeptive, kognitive oder Wahrnehmungsstörungen), der Konzentrationsfähigkeit sowie der Merkfähigkeit ausgewiesen sind. Diese Symptome müssen kumulativ nachgewiesen sein, wobei es genügt, wenn sie nicht alle gleichzeitig, sondern erst nach und nach auftreten. Werden bis zum 9. Geburtstag nur einzelne der erwähnten Symptome ärztlich festgestellt, sind die Voraussetzungen für Ziffer 404 des Anhangs zur GgV nicht erfüllt (Rz 404.5 des Kreisschreibens über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung, Stand Januar 2004).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das EVG führte im erwähnten Entscheid in diesem Zusammenhang aus, mit dem Erfordernis der Diagnosestellung vor dem 9. Lebensjahr werde nicht verlangt, dass bereits dazumal sämtliche Symptome, welche den ärztlichen Schluss auf ein Geburtsgebrechen nach Ziffer 404 des Anhangs zur GgV stützten, genannt und festgehalten sein müssten. Die Anführung der jeweiligen Krankheitszeichen sei erst für die beweisrechtliche Frage relevant, ob die Diagnose zutreffe oder nicht. Ob bereits bei vollendetem 9. Altersjahr die komplette Symptomatik des Geburtsgebrechens nach Ziffer 404 des Anhangs zur GgV bestanden habe, könne auch mit ergänzenden Abklärungen nach Vollendung des 9. Altersjahres nachgewiesen werden (vgl. BGE 122 V 117 f. Erw. 2 f. und 123 Erw. 3c/cc mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä An seiner Rechtsprechung hielt das EVG auch in einem weiteren Entscheid vom 28. August 2001 in Sachen T. L. fest (AHI 2002 S. 60 ff.).

1.3 Ä Ä Ä Ä Zur Frage, ob ein ADS mit einem POS im Sinne der Ziffer 404 GgV Anhang gleichzustellen sei, führte das EVG mit Urteil in Sachen A vom 15. März 2004, I 572/03, in Erw. 2.6 das Folgende aus:

■ Die Vorinstanz bejaht das Vorliegen eines POS mit der Begründung, der Terminus ADS sei die im deutschen Sprachgebrauch übliche Bezeichnung für ein kongenitales Psychoorganisches Syndrom. Einen Nachweis für seine Behauptung bleibt das kantonale Gericht jedoch schuldig. Aus Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, Berlin, New York 2002, lässt sich dieser Schluss nicht ziehen, behandelt das genannte Nachschlagwerk doch das Aufmerksamkeitsdefizit (a.a.O. S. 154) getrennt vom organischen Psychosyndrom (a.a.O., S. 1381), beschreibt sie unterschiedlich und verweist nicht vom einen auf das andere Stichwort. Auch auf die psychische Fachliteratur lässt sich die Gleichsetzung der Vorinstanz nicht stützen. In der von der

Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, 4. Auflage, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2000, wird die von Dr. med. S. ... genannte Klassifikation ICD-10 F 90.0 unter dem Sammeltitle hyperkinetischer Störungen als "einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung" beschrieben. Der Begriff POS findet sich in diesem Kapitel nicht. Im ebenfalls von der WHO herausgegebenen Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen (ebenda, 2002), S. 98, wird ausgeführt, dass der Begriff des organischen Psychosyndroms wegen seiner Mehrdeutigkeit keinen Eingang in die ICD-10-Klassifikation gefunden hat (mit Ausnahme des organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma). Unter "Aufmerksamkeitsstörung" (a.a.O., S. 20) wird auf den Begriff der hyperkinetischen Störung (F90) hingewiesen. Müller/Laux/Kapfhammer (Hrsg.), Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin, Heidelberg, New York 2000, S. 844, führen unter dem Begriff "Psychoorganische Syndrome ersten Ranges" eine Reihe von näher spezifizierten Leiden an. Die Aufmerksamkeitsstörung wird hingegen unter dem Title hyperkinetischer Störungen auf S. 1623 ff. behandelt. Aus diesen Zitaten lässt sich erkennen, dass die Vorinstanz mit ihrer Gleichstellung von ADS und POS zu undifferenziert vorgegangen ist. Auch in AHI 2003 S. 104 Erw. 1 erfolgte eine hyperkinetische Störung die Voraussetzungen von Ziffer 404 GgV Anhang nicht.

1.4 Daraus ist ersichtlich, dass ein ADS als hyperkinetische Störung nicht einem psychoorganischen Syndrom gleichgestellt werden kann. Auf die Diagnose eines POS kann somit nicht verzichtet werden, ist diese doch die Anspruchsvoraussetzung für medizinische Massnahmen gemäss Art. 13 IVG nach Ziffer 404 GgV Anhang (BGE 122 V 122 Erw. 3c/bb).

1.5 Für die Annahme einer Leistungspflicht der Invalidenversicherung aufgrund von Art. 13 IVG genügt nach konstanter Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in beweisrechtlicher Hinsicht, dass es ein Facharzt oder eine Fachärztin zumindest für wahrscheinlich hält, es liege ein im Anhang der GgV enthaltenes Gebrechen vor (BGE 100 V 108 Erw. 2 in fine).

1.6 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

E. 2

2.1 Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 125 V 414 Erw. 1a, 119 Ib 36 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.2 Mit Verfügung vom 4. August 2004 wurde das Nichtvorliegen des Geburtsgebrechens Ziff. 404 festgestellt und in der Folge ein Anspruch auf medizinische

Massnahmen gemäss Art. 13 IVG verneint (Urk. 10/9).

Die Anfechtungsgegenstand ist der Einspracheentscheid vom 26. Oktober 2004 (Urk. 2), welcher die gegen die Verfügung (Urk. 10/9) erhobene Einsprache (Urk. 10/8) abwies.

3. Die Einsprache

3.1 Streitig und zu präzisieren ist, ob die Invalidenversicherung dem Versicherten gestützt auf Ziffer 404 GgV Anhang medizinische Massnahmen zu erbringen hat.

3.2 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass die Voraussetzungen eines angeborenen psychoorganischen Syndroms (POS; Ziff 404 GgV Anhang; Urk. 10/9) nicht erfüllt seien, weswegen dem Versicherten diesbezüglich kein Anspruch auf medizinische Massnahmen gemäss Art. 13 IVG zukomme.

3.3 Die Mutter des Versicherten brachte hiegegen in der Einsprache vom 22. August 2004 vor, dass bei ihm die Diagnose ADS eindeutig vor dem neunten Lebensjahr gestellt worden sei und dass er seit dem 30. März 2004 mit dem Medikament Ritalin behandelt werde (Urk. 10/8). In der Beschwerde vom 11. November 2004 wurde geltend gemacht, im März 2004 sei die Diagnose POS gestellt worden, weswegen gestützt darauf eine Kostengutsprache für medizinische Massnahmen gutzuheissen sei (Urk. 1).

E. 4

4.1 Dr. med. A., Fachärztin Augenkrankheiten FMH, nannte in ihrem Bericht vom 20. August 1999 als Diagnosen einen Mikrostrabismus links, exzentrische Fixation links und eine hohe Anisomyopie, links mehr als rechts (Urk. 10/22 Ziff. 3). Gemäss GgV lägen die Geburtsgebrechen Ziffer 425 und Ziffer 427 vor. Deshalb beantragte sie die Kostenübernahme augenärztlicher Massnahmen, allfällig notwendig werdender Operationen sowie Brillen und notwendig werdender Kontaktlinsen.

4.2 Dr. B., Spezialärztin Kindermedizin FMH, führte in ihrem Bericht vom 10. Januar 2003 aus, sie habe den Versicherten am 2. Dezember 2002 untersucht (Urk. 10/21 lit. D.1). Es bestehe eine massive Visusverminderung (Urk. 10/21 lit. D.4). Als Diagnosen nannte sie eine hohe Anisomyopie links mit starker Refraktionsamblyopie, Astigmatismus beidseits, Strabismus links, allgemeiner Entwicklungsrückstand, fein- und grobmotorische Ungeschicklichkeit bei muskulärer Hypotonie (Urk. 10/21 lit. A.). Als zur Zeit notwendige Therapie nannte sie regelmässige Untersuchungen beim Augenarzt und Versorgung mit Brille; ferner wurde eine psychomotorische Therapie durchgeführt (Urk. 10/21 lit. D.6).

4.3 Dr. med. D., Schulärztin, Schulärztlicher-Schulpsychologischer Dienst V., führte in ihrem Bericht vom 22. April 2003 aus, der Versicherte habe drei Jahre lang den Regelkindergarten besucht und sei nun in der Volksschule Kleinklasse A1 (Urk. 10/24 Ziff. 1-2). Er zeige keine Verhaltensstörungen im Sinne eines POS (Urk. 10/24 Ziff. 2). Wegen der Sehbehinderung sei der Versicherte in der Motorik stark eingeschränkt, weswegen Psychomotorik-Therapie unbedingt nötig sei (Urk. 10/24 Ziff. 6).

4.4 Dr. B. führte in ihrem Bericht vom 24. April 2004 aus, der Versicherte sei seit dem 3. Februar 2004 in ihrer Behandlung (Urk. 10/19/1 lit. D.1 = Urk. 3/2 lit. D.1). In Bezug auf die neuromotorische Entwicklung führte sie aus, dass das Erlernen von koordinierten Bewegungen erschwert, die Graphomotorik mangelhaft und die grob- und

feinmotorischen Bewegungen nicht altersentsprechend seien. Bezüglich der Wahrnehmungsfunktionen führte sie aus, dass der Versicherte durch viele Eindrücke sehr verwirrt werde und er scheine nicht zuzuhören. Die Sprachentwicklung sei leicht verzögert. Beim Spielen und Zeichnen habe er wenig Ausdauer; Konzentrationsspiele würden ihm Mühe bereiten. In der Schule könne er sich nicht gut konzentrieren, die Leistung sowie das Verhalten seien sehr wechselhaft und nach der Schule sei er immer erschöpft. Der Versicherte könne Situationen nicht adäquat einschätzen und Regeln nicht gut einhalten. Als reaktive Störungen könnten Einschlafstörungen und Versagensängste erwähnt werden. Er spreche häufig, aber nicht zum Thema, und in der Schule spiele er den Clown (Urk. 10/19/1 lit. D.3).

Als Beschwerden führte Dr. B. eine Hyperaktivität, Verhaltensstörungen und Schulschwierigkeiten an (Urk. 10/19/1 lit. D.4). Seit August 2003 besuche der Versicherte einmal wöchentlich die Psychomotorik, seit März 2004 werde er psychotherapeutisch begleitet und seit Ende März 2004 sei mit einer Ritalintherapie begonnen worden (Urk. 10/19/1 lit. D.7). Als Diagnose, welche erstmals am 3. Februar 2004 gestellt worden sei, nannte sie ein infantiles POS (Urk. 10/19/1 lit. A); es liege das Geburtsgebrechen Ziffer 404 vor (Urk. 10/19/1 lit. B).

Im Begleitschreiben zum Bericht führte Dr. B. aus, die Mutter des Versicherten habe sich gemeldet, da dieser seit Schuleintritt sehr unkonzentriert sei, langsam arbeite, die Hausaufgaben nie alleine erledige und schnell ermüde. Er besuche die zweite Klasse der Sonder A. Der IQ-Test nach Raven (vgl. Urk. 10/20), welcher am 2. März 2004 durchgeführt worden sei, habe einen guten Intelligenzdurchschnitt ergeben. Es bestehe eine kräftezehrende Hyperaktivität und ein aggressives Verhalten bei verminderter Frustrationstoleranz. Die Antriebsstörung zeige sich in stark verminderter Vigilanz. Die Wahrnehmungsstörungen vor allem im Bereich der auditiven Erfassung und der Raumerfassung zusammen mit der starken Ablenkbarkeit erschwerten das Erfassen der Aufgabe und es Schulstoffes sowie alltäglicher Situationen und sozialer Regeln. Es handle sich um ein angeborenes POS, Hirnerkrankungen oder Unfälle seien keine bekannt. Es sollte die ärztliche Behandlung, Psychotherapie, Psychomotorik- und die Ritalintherapie übernommen werden; weitere Abklärungen seien nicht geplant (Urk. 10/19/2).

4.5 Die Lehrerin des Versicherten, E., führte in ihrem Bericht vom 27. Mai 2004 zur Förderplanung (Urk. 3/3) aus, der Versicherte habe sich während des ersten Schuljahres gut integriert. Da er sehbehindert sei, sei seine Entwicklung leicht verzögert gewesen. Die Sehbehinderung sei mittlerweile so gut erfasst und durch die Brille korrigiert, dass er in Zukunft ohne zusätzliche Unterstützung durch den Stützunterricht auskommen könne. Im zweiten Schuljahr, ab August 2003, seien mit der Geburt einer kleinen Schwester auffällige Veränderungen festzustellen gewesen. Dies habe für vier bis sechs Monate eine leichte Regredierung ausgelöst (sich die Kleider verkehrt herum anziehen, sich bei jeder Gelegenheit beschmutzen, sich beim Essen wie ein Baby beschmieren, schulstoffliches Unverständnis). Auffälliger sei gewesen, dass er etwas später begonnen habe, sich von den Klassenkameraden abzusondern (Urk. 3/3 S. 1 unten). Seither sei er auch oft unruhig und zappelig. Im Moment werde der Versicherte von einer Kinderärztin auf ADS untersucht und man versuche, ihn auf Ritalin einzustellen. Seit vier Wochen werde er psychologisch begleitet (Urk. 3/3 S. 2 oben). Grundsätzlich sei er interessiert an Neuem und er arbeite meistens motiviert. Seit Schulbeginn habe der

Versicherte viel zu verarbeiten. Seine grosse Sehnsucht sei korrigiert worden und zum ganzen Schulstoff müsse er auch die ganze Welt mit neuen Augen neu erfahren. Das sei viel und anspruchsvoll. Daher sei es nur verständlich, dass er viel mehr Zeit als andere Kinder, auch derselben Klasse, brauche. Er sollte diese Zeit unbedingt auch im neuen Schuljahr haben. Er werde im Lernen weiterhin sehr eng begleitet (Urk. 3/3 S. 4).

4.6 Lic. phil. F. ____, Psychologin FSP, Schulpsychologischer Dienst V. ____, fährte in ihrem Schreiben vom 17. Juni 2004 aus, der Versicherte sei in der 2. Kleinklasse A2 und werde ab dem Schuljahr 2004/2005 die 2. Kleinklasse D besuchen (Urk. 3/4 S. 1). Er sei in der Klasse bis zum vorletzten Standortgespräch aufgefallen durch seine unselbständige und unkonzentrierte Arbeitsweise. Die Lernfortschritte hätten sich klein gehalten, gemessen an der allgemeinen Entwicklung der Klasse. Seit er jedoch aufgrund einer diagnostizierten Aufmerksamkeitsstörung (ADS) mit Ritalin behandelt werde, mache er allgemein erfreuliche und schnellere Fortschritte (Urk. 3/4 S. 1). Aufgrund seiner Sehbinderungen habe der Versicherte insbesondere mit dem Eintritt in den Kindergarten und später in der Schule ein für ihn hohes Mass an Anforderungen zu bewältigen gehabt. Er sei auf sehr viel Hilfe und Anleitung angewiesen gewesen. Durch die verlangsamte Einschulungszeit habe er in seinem Entwicklungsrückstand viel aufholen können. Eine verminderte Konzentrationsfähigkeit, wenig Durchhaltevermögen sowie die grosse Unselbständigkeit im Arbeiten habe die Bewältigung des Schulstoffes erschwert. Trotzdem habe sich der Versicherte immer lernwillig und interessiert gezeigt. Seine Stärken lägen im kreativen Bereich; er zeichne sehr ideenreich, beobachte scharf. Er sei sehr beweglich und fantasievoll in der Bewegung. Er verfüge über ein friedfertiges Wesen und zeige im Umgang mit anderen Kindern eine liebevolle Art. Er sei kein aggressives Kind; er sei hilfsbereit und teile gerne (Urk. 3/4 S. 2).

4.7 Lic. phil. G. ____, Psychologin, fährte in ihrem Schreiben vom 18. November 2004 aus, sie habe den Versicherten erstmals am 25. März 2004 gesehen. Dank Ritalin habe er grosse Fortschritte gemacht indem er konzentriert und bei allem, was er tue, interessiert sei. Er zeige immer noch eine gewisse Hemmungslosigkeit und Unkontrolliertheit, doch gegenüber früher in einem minimalen Mass (Urk. 6).

4.8 Dr. B. ____, fährte in ihrem Schreiben vom 22. November 2004 an die Beschwerdegegnerin aus, die Argumente, welche gegen eine Aufnahme in die Versicherung bezüglich seines Geburtsgebrechens Ziffer 404 sprächen, seien zu überprüfen. Nach ihrer eingehend erhobenen Anamnese hätten sich deutliche Hinweise auf eine Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität abgezeichnet. Die Resultate einer neuromotorischen Untersuchung hätten die Unreife in der Wahrnehmung, im Verhalten und der Motorik deutlich gezeigt. Die Psychologin Zwahlen habe deutlich den Unterschied im allgemeinen Verhalten sowie in der leistungsbezogene Konzentration vor und nach der regelmässigen Einnahme von Ritalin beobachtet (Urk. 5).

E. 5

5.1 Der Versicherte vollendete am 22. April 2004 das neunte Lebensjahr. Daher ist zu prüfen, ob die Diagnose eines POS im Sinne von GgV Ziffer 404 bereits vor dem 22. April 2004 gestellt wurde. Da einzig im Bericht von Dr. B. ____, vom 24. April 2004 die Diagnose eines POS genannt wurde, ist ihr Bericht zu würdigen und damit einhergehend zu prüfen, ob beim Beschwerdeführer das Geburtsbrechen Ziffer 404 vorliegt.

5.2. Dr. B. hat den Versicherten bereits im Dezember 2002 untersucht und damals schwerwiegende Augenleiden, welche bereits 1999 als Geburtsgebrechen Ziffer 425 und Ziffer 427 anerkannt worden waren (vgl. Urk. 10/14) sowie einen allgemeinen Entwicklungsrückstand und fein- sowie grobmotorische Ungeschicklichkeit bei muskulärer Hypotonie diagnostiziert. In ihrem Bericht vom 24. April 2004 führte sie sodann aus, sie behandle den Versicherten seit 3. Februar 2004 und diagnostizierte ein infantiles POS. In der Anmeldung vom 30. März 2004 hatte die Mutter des Versicherten jedoch ausgeführt, es sei ein ADS-Syndrom festgestellt worden (Urk. 10/25 Ziff. 5.8). Ebenso wurde im Bericht des Schulpsychologischen Dienstes vom 17. Juni 2004 ausgeführt, der Versicherte werde aufgrund einer diagnostizierten Aufmerksamkeitsstörung (ADS) mit Ritalin behandelt (vgl. vorstehend Erw. 4.6). Auch die Lehrerin des Versicherten erwähnte, dass dieser durch eine Kinderärztin auf ADS untersucht und auf Ritalin eingestellt werde (vgl. vorstehend Erw. 4.5).

Die von Dr. B. erst- und letztmalig in ihrem Bericht vom 24. April 2004 zu Händen der Beschwerdegegnerin verwendete Diagnose eines angeborenen POS vermag vor diesem Hintergrund nicht zu überzeugen. Einerseits hatte die gleiche Ärztin den Versicherten im Dezember 2002, also lediglich gut ein Jahr früher, untersucht und keine solche Diagnose gestellt, in ihrem zweiten Bericht jedoch zudem angegeben, den Versicherten (erst) seit 3. März 2004 zu behandeln. Andererseits nannte Dr. B. sowohl gegenüber der Mutter des Versicherten als auch dem Schulpsychologischen Dienst und der Lehrerin offensichtlich nicht ein POS, sondern ein ADS als Diagnose. Da die beiden Diagnosen erhebliche Unterschiede in der Leistungspflicht bewirken (vgl. vorstehend Erw. 1.3-4), was Dr. B. aus dem Urteil des hiesigen Gerichts im Fall Nr. IV.2004.00176 möglicherweise bekannt war, ist der Wechsel in der gestellten Diagnose bemerkenswert. Um nicht als Ergebnis versicherungstechnischer Überlegungen zu erscheinen, wäre es unter diesen Umständen unumgänglich gewesen, dass Dr. B. die Untersuchung vom Dezember 2002 nicht nur nicht erwähnt, sondern im Gegenteil darauf inhaltlich Bezug genommen hätte, und dass sie dargelegt hätte, warum es sich nunmehr nicht - wie der Mutter und der Lehrerin des Versicherten sowie dem Schulpsychologischen Dienst mitgeteilt - ein ADS, sondern um ein POS handeln solle. Dies unterliess sie ebenfalls in ihrem nachträglich eingereichten Schreiben vom 11. November 2004. In Ermangelung solcher Ausführungen fehlt der Diagnosestellung von Dr. B. die erforderliche Nachvollziehbarkeit.

5.3. In den übrigen Berichten ist kein Hinweis auf das Vorliegen eines angeborenen POS aktenkundig, welcher als eine überzeugende, vor dem neunten Lebensjahr gestellte, Diagnose zu verstehen wäre. Vielmehr geht hervor, dass der Versicherte aufgrund seiner angeborenen, mittlerweile jedoch gut erfassten, Sehbehinderung in der Entwicklung verzögert war. Wegen der Sehbehinderung war er insbesondere in der Motorik eingeschränkt, wies jedoch keine Verhaltensstörungen im Sinne eines POS auf (vgl. vorstehend Erw. 4.3). Nach der Korrektur seiner Augenschwäche musste er die Welt neu erfahren, was zweifelsfrei anspruchsvoll war und viel Zeit beanspruchte. Ein aggressives Verhalten gegenüber anderen Kindern wurde von seiner Lehrerin und dem Sozialpädagogischen Dienst nie festgestellt. Der Lehrerin sind jedoch im August 2003, mit der Geburt seiner Schwester, Veränderungen im Verhalten des Beschwerdeführers aufgefallen. Insbesondere sei er unruhiger und zapplicher geworden und habe sich in der Folge von den Klassenkameraden abzusondern begonnen. Eine

verminderte Konzentrationsfähigkeit, wenig Durchhaltevermögen und ein unselbständiges Arbeiten konnten festgestellt werden. Dies wurde jedoch nie mit einem POS in Verbindung gebracht. Nach Initiierung der Ritalintherapie war zwar ersichtlich, dass sich der Versicherte vermehrt konzentrieren konnte, dies kann jedoch nicht als genügende Anspruchsvoraussetzung für die Annahme eines angeborenen POS gemäss GgV Anhang Ziffer 404 gewertet werden (vgl. vorstehend Erw. 1.2-1.4).

5.4 Zusammenfassend ist somit nicht als überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass beim Versicherten ein angeborenes POS vorhanden ist, für welches die Invalidenversicherung unter Ziffer 404 GgV Anhang medizinische Leistungen nach Art. 13 IVG zu erbringen hätte.

5.5 Allenfalls könnte sich die Frage stellen, ob für die beantragten (vgl. Urk. 10/25 Ziff. 5.7-9) sowie von Dr. B. ___ unter anderem mit Psychotherapie, Psychomotorik und Ritalintherapie umschriebenen (Urk. 10/19/2 Ziff. 6) und von der Beschwerdegegnerin abgelehnten medizinischen Massnahmen eine Leistungspflicht gestützt auf Art. 12 IVG bestehe.

Darüber hat die Beschwerdegegnerin nicht verfügt (vgl. vorstehend Erw. 2). Sie hat nur das Vorliegen des Geburtsgebrechens Ziffer 404 verneint und damit zusammenhängend einen Leistungsanspruch gemäss Art. 13 IVG. Die Beschwerdeführerin könnte deshalb bezüglich einer Leistungspflicht nach Art. 12 IVG eine begründete Verfügung der Beschwerdegegnerin verlangen.

Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts Massnahmen zur Behandlung von sogenannten hyperkinetischen Störungen, das heisst Hyperaktivität, Impulsivität, Konzentrationsstörungen und mangelnde Verhaltenssteuerung, in den Bereich der Krankenversicherung gehören und von der Invalidenversicherung auch nicht im Rahmen von Art. 12 IVG zu übernehmen sind. Bei diesen Leiden stehe eine Therapie von unbeschränkter Dauer oder zumindest über eine längere Zeit hinweg in Frage, wobei sich über den damit erreichbaren Erfolg keine zuverlässige Prognose stellen lasse, weil klinische oder wissenschaftlich sichere Faktoren, welche für individuelle Patienten eine Vorhersage gestatten würden, nicht existierten. Darüber hinaus komme der Massnahme, da sie nicht geeignet sei, den Eintritt eines stabilisierten Zustandes, wodurch die Berufsbildung oder die Erwerbstätigkeit oder beide beeinträchtigt würden, zu verhindern, kein überwiegender Eingliederungscharakter im Sinne des IVG zu (AHI 2003 S. 103 ff., Urteil vom 14. Oktober 2003 in Sachen F., Nr. I 298/03).

5.6 Zusammenfassend erweist sich der ablehnende Einspracheentscheid als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - M. ___
 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

