

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00973 vom 13. Mai 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-05-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00973

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00973 du 13 mai 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00973 del 13 maggio 2013

Erwägungen

E. 3

Â Â Â Â Â Aus medizinischer Sicht ergibt sich aus den Akten Folgendes:

3.1Â Â Â Â Im Arztbericht vom 22. März 2009 der B.____ (Urk. 7/69/2-3), Äusserer Dr. med. C.____, Spitalfacharzt, der den Versicherten vom 21. Januar 2008 bis 25. Februar 2009 betreut hatte, den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung, schizoider Typ. Zudem bestehe beim Versicherten ein THC- und Ethylabusus. Aufgrund der aktuell bestehenden psychischen Beeinträchtigung sei der Versicherte bei Austritt nicht in der Lage gewesen, eine berufliche Ausbildung auch in geschätztem Rahmen und auf tiefem Niveau zu beginnen (S. 1).

3.2Â Â Â Â Der Versicherte war vom Mai 2008 bis März 2009 insgesamt vier Mal während weniger Tage bis zwei Wochen in der D.____ in Behandlung (Urk. 7/114). Im zweiten Austrittsbericht vom 23. Januar 2009 (Urk. 7/114/5-7) stellte med. pract. E.____, Oberarzt, die Diagnose einer hebephrenen Schizophrenie (F20.19) mit dem Hinweis, der Verlauf sei unklar und der Beobachtungszeitraum sei weniger als ein Jahr. Ferner berichtete er von einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ mit Selbstverletzungsverhalten (S. 1). Ebenso diagnostizierte Dr. med. F.____, Oberarzt, im dritten Austrittsbericht vom 13. Februar 2009 (Urk. 7/114/3-4) eine anamnestic hebephrene Schizophrenie mit unklarem Verlauf und Beobachtungszeitraum von weniger als einem Jahr (S. 1). Im vierten Austrittsbericht vom 17. März 2009 (Urk. 7/114/1-2) führte Dr. F.____ diese Diagnose nicht mehr auf und diagnostizierte nurmehr unterdurchschnittliche Intelligenz (klinischer Eindruck) mit dem Vermerk, es sei keine umschriebene Entwicklungsstörung bekannt (S. 1).

3.3Â Â Â Â Dr. med. G.____, Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Leitende Ärztin der Klinik Sch.____ Äusserte in ihrem Arztbericht vom 8. Mai 2009 (Urk. 7/70) ebenfalls den Verdacht auf eine Schizophrenie seit dem Jahr 2008 (Ziff. 1.1). Der Patient war im Berichtszeitpunkt seit dem 5. März 2009 in der Klinik Sch.____ in stationärer Behandlung (Ziff. 1.3). Weiter führte Dr. G.____ aus, beim damals 17-jährigen Versicherten habe eine ausgesprochen problematische Entwicklung stattgefunden. Zunächst sei man von einer schweren Verhaltensstörung ausgegangen. Inzwischen spreche vieles für die Annahme einer Hebephrenie (Ziff. 1.4).

E. 3.4

Â Â Â Am 16. März 2010 berichteten Dres. med. I.____, leitender Arzt, sowie J.____, Assistenzarzt, der Klinik Ch.____ (Urk. 7/118/1-4) der IV-Stelle über die zuletzt vom 23. Oktober bis 2. November 2009 erfolgte stationäre Behandlung (nach Aufhalten vom

13. Juni bis 19. Juli 2006, vom 25. Oktober bis 10. November 2006 sowie vom 14. Juli bis 30. Juli 2009, Urk. 7/118/5-7 und Urk. 7/136). Sie fÄ¼hrten aus, der Versicherte leide unter (Ziff. 1.1):

- einer hyperkinetischen StÄ¼rung des Sozialverhaltens mit Persistenz ins Erwachsenenalter (F90),
- einer unterdurchschnittlichen Intelligenz (F70),
- einer psychischen StÄ¼rung sowie einer VerhaltensstÄ¼rung durch den schÄ¼rdlichen Gebrauch von Cannabinoiden (F12.1),
- einer psychischen StÄ¼rung sowie einer VerhaltensstÄ¼rung durch den schÄ¼rdlichen Gebrauch von Alkohol (F10.1),
- einer expressiven SprachstÄ¼rung sowie
- einer Akzentuierung von PersÄ¼nlichkeitszÄ¼gen mit emotional-instabilen, histrionischen und dissozialen Anteilen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ohne einen pÄ¼dagogisch strukturierten Rahmen erachteten es die ÄÄrzte als sehr wahrscheinlich, dass der Versicherte mit dem Abschluss der Adoleszenz eine kombinierte PersÄ¼nlichkeitsstÄ¼rung mit emotional-instabilen, histrionischen und dissozialen ZÄ¼gen entwickeln werde. Ob der Versicherte im weiteren Verlauf eine schizophrene Grunderkrankung entwickeln werde (im Sinne einer Pfropfpsychose) werde der weitere klinische Verlauf zeigen (Ziff. 2.5).

3.5 Ä Ä Ä Ä Dr. med. K. ____, Oberarzt, und med. pract. L. ____, AssistenzÄÄrztin, Klinik M. ____, berichteten am 7. Mai 2010 (Urk. 7/123), es bestehe der Verdacht einer hebephrenen Schizophrenie (F20.1). Ferner fÄ¼hrten sie gestÄ¼tzt auf die Akten der Klinik Ch. __ als weitere Diagnosen auf: (1) eine hyperkinetische StÄ¼rung des Sozialverhaltens mit Persistenz ins Erwachsenenalter (F90); (2) eine unterdurchschnittliche Intelligenz (F70); (3) eine psychische StÄ¼rung sowie eine VerhaltensstÄ¼rung durch den schÄ¼rdlichen Gebrauch von Cannabinoiden (F12.1); (4) eine psychische StÄ¼rung sowie eine VerhaltensstÄ¼rung durch den schÄ¼rdlichen Gebrauch von Alkohol (F10.1); (5) eine expressive SprachstÄ¼rung (F80.1) sowie (6) einen Astigmatismus (H20.2; Ziff. 1.1). Der Versicherte war im Berichtszeitpunkt seit dem 25. MÄ¼rz 2010 in stationÄ¼rer Behandlung in der Klinik M. __ (Ziff. 2.1). Die ÄÄrzte ergÄ¼nzten ihren Bericht mit dem Hinweis auf vorangegangene stationÄ¼re Aufenthalte vom 17. Dezember bis 22. Dezember 2008 sowie 1. Februar bis 2. Februar 2009 und 28. Januar bis 31. Januar 2009 (richtig: 28. Januar bis 2. Februar 2009 und 3. November bis 17. November 2009 vgl. Urk. 7/136). Bei diesen Aufenthalten sei die Diagnose eines Verdachts auf hebephrene Schizophrenie (F20.1) mit Differenzialdiagnose PersÄ¼nlichkeitsstÄ¼rung gestellt worden. Ferner habe man eine Selbstverletzungstendenz sowie einen Cannabisabusus festgestellt (S. 3).

3.6 Ä Ä Ä Ä Med. pract. N. ____, Oberarzt und Stellvertretender Chefarzt der Klinik O. ____, sowie P. ____, AssistenzÄÄrztin, stellten in ihrem Arztbericht betreffend den Klinikaufenthalt vom 17. November 2009 bis 5. Januar 2010 (Urk. 7/130, undatiert, gemÄ¼ss Aktenverzeichnis der IV-Stelle eingegangen am 14. September 2010) die Diagnosen einer hebephrenen Schizophrenie und einer Intelligenzminderung. Als Differenzialdiagnose fÄ¼hrten sie eine StÄ¼rung des Sozialverhaltens und der Emotionen mit beginnender dissozialer PersÄ¼nlichkeitsstÄ¼rung auf (Ziff. 1.1). Die ÄÄrzte schlossen aus ihrer Anamnese, dass die FeinfÄ¼hligkeit der Mutter in der SÄ¼uglingszeit gefehlt

habe und der Versicherte deshalb keine Affektkontrolle habe erwerben können. Es sei weiter zu vermuten, dass eine Deprivation vorgelegen habe, so dass bereits im Säuglingsalter der Grundstein für einen späteren depressiven Grundkonflikt gelegt worden sei. Die Gewalt in der Familie dürfte nach Ansicht der Ärzte massive psychische Veränderungen in der Familie verursacht haben; trotz ständiger Notsignale habe der Versicherte die Erfahrung gemacht, keine Selbstwirksamkeit zu erreichen. Es sei zu häufigen Beziehungsabbrüchen gekommen. Im Ergebnis schein sich eine geringe Frustrationstoleranz, eine Verinnerlichung des Verhaltens des gewalttätigen Stiefvaters aber auch eine Verzweiflung über die Lebenssituation entwickelt zu haben, die in den Drogen- und Alkoholkonsum geführt habe. Die Intelligenzminderung mit fehlender Introspektions- und Mentalisationsfähigkeit und die Fehlentwicklung aufgrund des sozialen Umfelds seien die Ursache der Entwicklung der vermuteten Diagnose einer hebephrenen Schizophrenie beziehungsweise der Differenzialdiagnose Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen mit Beginn einer sozialen Persönlichkeitsstörung.

Der Versicherte sei aus der Klinik entwichen, er habe einen Mitpatienten zur Mithilfe angestiftet. Er habe zusammen mit diesem Patienten einen Pfleger überfallen, ihm den Schlüssel weggenommen und sei getötet. Derzeit sei der Versicherte erheblich fremdgefährdend, weshalb eine psychiatrische Behandlung unter forensischen Bedingungen angezeigt sei. Wegen der genannten Intelligenzminderung und der fehlenden Introspektions- und Mentalisationsfähigkeit sei eine Behandlung ausserst schwierig und bleibe abzuwarten (Ziff. 1.4).

3.7 Im Arztbericht des Z. vom 11. Februar 2011 (Urk. 7/165), dessen Aufwendungen im vorliegenden Verfahren unter anderem strittig sind, diagnostizierte Dr. med. Q., Facharzt Psychiatrie/Psychotherapie, Oberarzt, eine hebephrene Schizophrenie (F20.1; Ziff. 1.1). Ein Geburtsgebrechen war Dr. Q. unbekannt (Ziff. 1.3). Er führte weiter aus, dass der Versicherte eine kontinuierliche Psychopharmaka-Therapie benötige und darüber hinaus eine sozialpsychiatrische Anbindung indiziert sei (Ziff. 1.6). Der Versicherte sei nach massiver Gewaltanwendung bei einem Fluchtversuch aus Klinik O. in Sicherheitshaft gewesen und daher vom 14. Januar bis zum 24. März 2010 einer psychiatrischen Behandlung beim Z. zugeführt worden (Ziff. 2.3 und 2.8, vgl. auch E. 3.6). Während des Aufenthaltes habe sich die vorbekannte Diagnose einer hebephrenen Schizophrenie bestätigt, der Versicherte sei mit einer kombinierten Psychopharmakotherapie, bestehend aus einem Stimmungsstabilisator und zwei Neuroleptika, behandelt worden. Dadurch habe zwar eine gewisse Stabilisierung des Zustandes des Versicherten erreicht werden können, jedoch keine zuverlässige Besserung. Nach Beendigung der Sicherheitshaft sei er gestützt auf einen fürsorgerischen Freiheitsentzug in die Klinik M. eingewiesen worden (S. 3).

3.8 Med. pract. R., Stellvertretende Oberärztin der Klinik O., berichtete am 15. Februar 2011 (Urk. 7/166), der Versicherte sei der Klinik mit den Diagnosen einer hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens mit Persistenz im Erwachsenenalter (F90), eines Verdachts einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit dissozialen und histrionischen Anteilen (F61.0), einer unterdurchschnittlichen Intelligenz (F70), einem schädlichen Gebrauch von Alkohol und Cannabis (F10.1/F12.1) sowie einer expressiven Sprachstörung (F80.1) zugewiesen worden (Ziff. 1.1 in Verbindung mit Ziff. 2.3). Dr. R. schilderte erneut die Gewaltanwendung gegenüber einem Pfleger und die Flucht aus der geschlossenen Station beim ersten Aufenthalt des Versicherten (vgl. auch E. 3.6 und

3.7). Während des zweiten Aufenthaltes vom 9. bis 17. Dezember 2010 habe sich der Versicherte von einer Mitpatientin provoziert gefühl und mit der Krücke auf sie eingeschlagen. Anschliessend habe er die Klinik entgegen dem Ärztlichen Rat verlassen, sei am Abend aber wieder zurückgekehrt. Am Folgetag sei der Versicherte in suizidalem Zustand in die Klinik M. verlegt worden. Während des letzten Aufenthaltes vom 13. bis 15. Januar 2011 sei der Versicherte lediglich ein paar Stunden auf der Station gewesen und dann entwichen. Später sei er nach Auskunft einer somatischen Akutklinik schwer intoxikiert aufgefunden und von dort aus direkt auf die Akutstation der Klinik M. verlegt worden (Ziff. 2.3). Der Versicherte sei aufgrund seiner kognitiven Defizite und seiner hebephrenen Schizophrenie nicht in der Lage, die Konsequenzen seines Tuns abzuschätzen (Ziff. 2.4).

3.9) Im Arztbericht vom 7. März 2011 (Urk. 7/171) führten Prof. Dr. med. S., leitender Arzt und Dr. med. T., Oberärztin, Klinik U., als Diagnosen auf: Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit unter anderem emotional instabilen, dissozialen und histrionischen Anteilen, fragliche epileptische Erkrankung sowie schädlicher Gebrauch von Alkohol und Cannabis (Ziff. 1.1). Der Bericht basiert auf zwei Behandlungsterminen im November 2010 (Ziff. 2.1, 2.3 und 2.5) sowie den Berichten der Klinik M.. Die Ärzte stellten fest, aufgrund der sehr symptomreichen und vielfirmigen Symptomatik in der Vergangenheit sowie den wenigen direkten Kontakten sei eine diagnostische Einordnung sehr schwierig. Um eine Prognose einschätzen zu können, wäre zunächst eine ausführliche diagnostische Abklärung (Bildgebung, neuropsychologische und testpsychologische Untersuchung, Abklärung der im Raum stehenden fraglichen Epilepsie etc.) indiziert. Eine solche sei jedoch nach den bekannten Informationen bisher nicht erfolgt (E. 2.5). Ein Geburtsgebrechen war den beiden Ärzten nicht bekannt (Ziff. 1.3). Bei Austritt aus der Klinik M. am 16. November 2010 sei der Versicherte mit Abilify (Aripiprazol), Depakine Chrono, Seroquel und Pantozol medikamentös behandelt worden (S. 3).

4.))))))

4.1) Aus den aktenkundigen Arztberichten geht hervor, dass die Ärzte seit den Jahren 2008/2009 den Verdacht hatten, dass der Versicherte an einer hebephrenen Schizophrenie leide, oder befürchteten, dass sich eine solche entwickeln könnte. Die meisten Ärzte haben den Patienten nicht über längere Zeit hinweg konstant betreut, so dass es bei der Verdachtsdiagnose blieb. Der Verdacht hat sich allerdings im weiteren Verlauf erhärtet. Dr. med. Q. vom Z. bestätigte in seinem Arztbericht vom 11. Februar 2011 die Diagnose einer hebephrenen Schizophrenie nach der über zweimonatigen Betreuung vom 14. Januar bis 24. März 2010 während der Sicherheitshaft des Versicherten (E. 3.7). Diese nun vorbehaltlos fachärztliche Diagnose wurde von med. pract. N., P. sowie R. von der Klinik O. in den Arztberichten vom 14. September 2010 (E. 3.6) und 15. Februar 2011 bestätigt (vgl. E. 3.8 am Ende). Die Tatsache, dass die Dres. S. und T. der Klinik U. im Bericht vom 7. März 2011 davon ausgingen, der Versicherte leide unter einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit unter anderem emotional instabilen, dissozialen und histrionischen Anteilen, ändert an dieser Einschätzung nichts. Die beiden Ärzte berichteten selber, dass ihnen die diagnostische Einordnung wegen der wenigen Kontakte schwer gefallen sei. Kommt hinzu, dass der Versicherte mit Abilify (Aripiprazol) und Seroquel behandelt wird (E. 3.9). Beide Medikamente werden gemäss

Ä■compendium.chÄ■ bei einer Schizophrenie eingesetzt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es ist somit erstellt, dass beim Versicherten gemÄss den vorhandenen medizinischen Akten spätestens seit Januar 2010 die Diagnose einer hebephrenen Schizophrenie im Vordergrund steht.

4.2Ä Ä Ä Ä Strittig ist, ob die Schizophrenie, welche zur Einweisung in den Z.____ gefÄhrt hat, und selber kein Geburtsgebrechen gemÄss Anhang GgV darstellt, mit dem beim Versicherten diagnostizierten POS in einem qualifizierten adÄquaten Kausalzusammenhang steht. Nur in diesem Fall ist die Invalidenversicherung verpflichtet, gemÄss Art. 13 Abs. 1 IVG fÄr die notwendigen medizinischen Massnahmen aufzukommen (vgl. E. 1.2). Das Bundesgericht erwog im Urteil I 29/06 vom 9. August 2007 (E. 6.1) und im Urteil 9C_917/2011 vom 28. MÄrz 2012 (E. 3.2), in der medizinischen Fachwelt sei grundsÄtzlich anerkannt, dass die Symptome des POS (beziehungsweise des Aufmerksamkeits-Defizit-HyperaktivitÄts-Syndroms, ADHS) andere psychische Erkrankungen wie Depression, Sucht- und Angsterkrankungen hervorrufen oder mit ihnen einhergehen kÄnnten. POS sei ein komplexes Leiden mit breitem Symptomspektrum wie beispielsweise emotionalen Schwierigkeiten, niedrigem SelbstwertgefÄhl, Unsicherheit, Reizbarkeit, Antriebsarmut, StimmungslabilitÄt, Aggression und Depression. Die Symptome kÄnnten vom SÄuglings- bis ins Erwachsenenalter auftreten mit lebensalters- und geschlechtstypischer SymptomausprÄgung. Jedes von einer solchen StÄrung betroffene Kind sei hinsichtlich der BeeintrÄchtigung und deren Ausmass anders und habe ein entsprechend unterschiedliches TherapiebedÄrfnis. In der Adoleszenz stÄnden beispielsweise folgende Symptome im Vordergrund: Unaufmerksamkeit, Ä■Nullbock-MentalitÄtÄ■, Leistungsverweigerung, oppositionell-aggressives Verhalten, stark vermindertes SelbstwertgefÄhl, Ängste, Depressionen, Kontakte zu sozialen Randgruppen, Neigung zu Delinquenz, Alkohol und Drogen.

4.3Ä Ä Ä Ä Mit diesen ErwÄgungen wurde im zitierten Entscheid, der qualifizierte adÄquate Kausalzusammenhang zwischen einem POS und einer depressiven Symptomatik bejaht (Urteil des Bundesgerichts I 29/06 vom 9. August 2007 E. 6.3). Anders verhÄlt es sich aber in Bezug auf eine Schizophrenie. Weder ist die Diagnose Schizophrenie von der - wenn auch breiten POS-Symptomatik - erfasst noch mÄndet eine POS typischerweise in eine Schizophrenie (vgl. zu einer Ähnlichen Sachlage BGE 100 V 41 E. 1b, vgl. zum Ganzen auch Andreas Hirth/Silvia Bucher, Medizinische Massnahmen der Invalidenversicherung, in: Gabriela Riemer-Kafka [Hrsg.], Kinder und Jugendliche mit Behinderungen - Zwischen Sozialversicherung und SonderpÄdagogik, ZÄrich 2011, S. 163 f.). Abweichende Ärztliche Stellungnahmen liegen nicht bei den Akten, namentlich nicht die von der BeschwerdefÄhrerin erwÄhnte EinschÄtzung ihrer Vertrauenspsychiaterin (Urk. 1 S. 4 Ziff. 2). Auch aus dem von der BeschwerdefÄhrerin erwÄhnten Bericht der Klinik Ch. __ vom 16. MÄrz 2010 (E. 3.4) kann nichts Derartiges abgeleitet werden. Selbst wenn die StÄrung des Sozialverhaltens mit Persistenz ins Erwachsenenalter hyperkinetischen Ursprungs sein sollte, steht doch gleichwohl fest, dass nunmehr die Schizophrenie der Grund fÄr die BehandlungsbedÄrflichkeit des BeschwerdefÄhrers ist. Es fehlt mithin an einem qualifizierten adÄquaten Kausalzusammenhang zwischen dem beim Versicherten im Kindesalter festgestellten Geburtsgebrechen Ziff. 404 und der im Jugendalter diagnostizierten hebephrenen Schizophrenie.

4.4 Bei dieser Ausgangslage steht fest, dass die Invalidenversicherung gestützt auf Art. 13 IVG die strittigen Behandlungskosten des Z. ___ nicht zu übernehmen hat.

5. Bei

5.1 Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Invalidenversicherungen die Kosten für die Behandlung beim Z. ___ gestützt auf Art. 12 Abs. 2 IVG übernehmen muss.

5.2 Versicherte haben gemäss Art. 12 IVG bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren (Abs. 1).

5.3 Art. 12 IVG bezweckt namentlich, die Aufgabenbereiche der Invalidenversicherung einerseits und der sozialen Kranken- und Unfallversicherung andererseits gegeneinander abzugrenzen. Diese Abgrenzung beruht auf dem Grundsatz, dass die Behandlung einer Krankheit oder einer Verletzung ohne Rücksicht auf die Dauer des Leidens primär in den Aufgabenbereich der Kranken- und Unfallversicherung gehört (BGE 104 V 79 E. 1, 102 V 40 f.).

5.4 Es ist nicht ersichtlich, dass die medizinischen Massnahmen des Z. ___ während der Sicherheitshaft auf die Eingliederung ins Erwerbsleben gerichtet waren (Art. 12 IVG). Kommt hinzu, dass die Behandlung von Schizophrenie nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht in den Bereich der medizinischen Massnahmen nach Art. 12 IVG fällt, da es um eine dauernde Behandlung eines Leidens geht, von der nicht mehr gesagt werden kann, sie diene (auch) der beruflichen Eingliederung (BGE 100 V 41 E 2a und Urteil des Bundesgerichts I 23/04 vom 23. September 2004 E. 4.2). Auch aus diesem Grund fehlt der Behandlung durch den Z. ___ der Eingliederungscharakter. Die strittigen Behandlungskosten des Z. ___ sind von der Invalidenversicherung somit auch nicht unter dem Titel medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 12 IVG zu übernehmen.

Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass die Kosten für die medizinischen Massnahmen beim Z. ___ weder gestützt auf Art. 13 IVG noch auf Art. 12 IVG von der Invalidenversicherung zu übernehmen sind. Die angefochtene Verfügung vom 5. August 2011 (Urk. 2/1) ist dementsprechend nicht zu beanstanden.

E. 6

6.1 Gesetz und Verordnung enthalten keine Vorschriften über die materiellrechtliche Revision von Eingliederungsleistungen wegen einer seit ihrer Zusprechung eingetretenen Veränderung der Verhältnisse. Ebenso wenig ist geregelt, unter welchen Voraussetzungen im Falle einer vorangegangenen Verweigerung von Eingliederungsleistungen ein neues Gesuch entgegenzunehmen und zu prüfen ist. In BGE 105 V 173 hat das Bundesgericht entschieden, dass Eingliederungsleistungen gleich wie Renten und Hilflosenentschädigungen zu behandeln sind und dass demzufolge Art. 41 IVG (seit 1. Januar 2003: Art. 17 ATSG) sowie die dazugehörigen Verordnungsbestimmungen in analoger Weise auch auf die Revision von Eingliederungsleistungen angewendet werden müssen.

6.2 Gemäss dem einschlägigen Art. 17 Abs. 2 ATSG (vgl. auch Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, N 39 zu Art. 17) werden formell

rechtskräftig zugesprochene Dauerleistungen, die keine Invalidenrenten darstellen, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der zugrunde liegende Sachverhalt nachträglich erheblich verändert hat. Die Herabsetzung oder Aufhebung ist in sinngemässer Anwendung von Art. 85 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf den der neuen Verfügung folgenden Monat hin vorzunehmen.

6.3 Auf Grund der medizinischen Unterlagen ist erstellt, dass beim Versicherten ab Januar 2010 die Diagnose einer hebephrenen Schizophrenie im Vordergrund stand (E. 4.1). Von dieser Tatsache hatte die Beschwerdegegnerin allerdings im Zeitpunkt der Kostengutsprache vom 7. Dezember 2010 für das Geburtsgebrechen Ziffer 404 (Urk. 7/142) noch keine gesicherte Kenntnis. Erst nach Erhalt des Arztberichts vom Dr. Q. des Z. vom 11. Februar 2011 (vgl. E. 3.7) konnte die Beschwerdegegnerin mit genügender Sicherheit davon ausgehen, dass die erheblichen psychiatrischen Interventionen beim Versicherten hauptsächlich durch die diagnostizierte hebephrene Schizophrenie nötig geworden waren (vgl. E. 4.1). Sämtliche Behandlungen waren denn auch auf diese neue Diagnose gerichtet und nicht mehr auf das POS-Syndrom. Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bestand damit nicht mehr. A

6.4 Zusammenfassend erweist sich somit auch die revisionsweise Aufhebung der Kostengutsprache für das Geburtsgebrechen Ziff. 404 vom 7. Dezember 2010 (Urk. 7/142) mit Verfügung vom 6. August 2011 (Urk. 2/2) per 1. September 2011 als richtig.

A Die Beschwerde ist dementsprechend abzuweisen.

7. Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. _____

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

- XYZ, Sozialdienst, Amtsvormundschaft

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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