

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01242 vom 23. Februar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-02-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01242

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01242 du 23 février 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01242 del 23 febbraio 2018

Erwägungen

E. 1

Die Mutter des am 10. Mai 2006 geborenen X.____ (Urk. 7/4) meldete ihren Sohn am 30. März 2015 unter Hinweis auf „ADHS“ zum Leistungsbezug bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle), an (Urk. 7/3). Diese holte einen Bericht bei der behandelnden Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Dr. med. Z.____, ein (Urk. 7/1). Diesen legte sie dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme vor (Urk. 7/18) und kündigte hierauf mit Vorbescheid vom 11. September 2015 an, einen Leistungsanspruch im Rahmen des Geburtsgebrechens Ziffer 404 des Anhangs der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) zu verneinen (Urk. 7/10). Gleichentags leistete sie Kostengutsprache für eine ambulante Ergotherapie nach Art. 12 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; Urk. 7/9). Gegen den Vorbescheid erhob die Mutter des Versicherten Einwand (Urk. 7/14) unter Beilage eines weiteren Berichts der behandelnden Psychiaterin (Urk. 7/15), eines Berichts des schulpsychologischen Dienstes des Bezirks A.____ (Urk. 7/16) sowie eines Abklärungsberichts der Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Dr. med. B.____ (Urk. 7/17). Auf Aufforderung der IV-Stelle hin (Urk. 7/22) reichte sie mit Eingabe vom 19. Oktober 2015 (Urk. 7/28) zudem einen Bericht der behandelnden Ergotherapeutin (Urk. 7/24) sowie der behandelnden Psychomotoriktherapeutin (Urk. 7/25-26) ein. Zusätzlich forderte die IV-Stelle die detaillierten Testergebnisse beim schulpsychologischen Dienst des Bezirks A.____ an (Urk. 7/31-32). Die neuen Unterlagen legte die IV-Stelle dem RAD-Arzt Prof. Dr. med. C.____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, vor. Gestützt auf dessen Stellungnahmen (Urk. 7/33) verneinte sie schliesslich mit Verfügung vom 2. November 2015 einen Anspruch auf medizinische Massnahmen im Rahmen des Geburtsgebrechens nach Ziffer 404 Anhang GgV (Urk. 7/34 = Urk. 2).

E. 1.1

Nach 13 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen (Abs. 1). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden. Er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Abs. 2). Der Bundesrat hat von dieser Kompetenz Gebrauch gemacht und in der Liste im Anhang zur einschlägigen Verordnung die in Betracht fallenden Geburtsgebrechen aufgeführt (Art. 1 Abs. 2 GgV i.V.m. Art. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV).

E. 1.2

des Anhangs 7 des KSME darauf hinweisen, dass in diesem Bereich keine Störung vorliege . Ein IQ von 70 entspreche im Übrigen PR 2 , so dass PR

5 noch im unteren Normalbereich liege. Es werde aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht in Frage gestellt, dass eine behandlungsbedürftige Symptomatik einer ADHS vorliege . Im engeren Sinn genüge diese

aber nicht den strengeren Kriterien für Leistungsansprüche nach Ziff. 404 GgV , da nicht alle kumulativ geforderten Merkmale ausgewiesen seien. Eine Störung der Merkfähigkeit sei bis zum vollendeten 9. Lebensjahr nicht ausgewiesen gewesen (Urk. 23 S. 2). 5. 5.1

Aus den vorstehenden Berichten ergibt sich zunächst, dass Dr. Z.____ im April 2015 eine einfache Aktivitäts- und Hyperaktivitätsstörung im Sinne von ICD-10: F90.0 diagnostizierte. Die Diagnose beruhte auf einer umfassenden Abklärung, die neben der Auswertung der Vorakten auch eine eigene klinische sowie eine ergänzende testpsychologische Untersuchung und die Einholung fremdanamnestischer Angaben beinhaltete. Es handelte sich daher zweifelsohne nicht bloss um eine Verdachtsdiagnose. Dem entsprechenden Bericht ist ferner zu entnehmen, dass der Versicherte ab September 2012 eine Psychomotorik therapie beanspruchte, seit Dezember 2013 indes wöchentlich die Ergotherapie besucht, bei der motorische wie auch soziale Themen im Mittelpunkt stehen. Dr. Z.____ erachtete eine solche – wie bereits Dr. B.____ (Urk. 7/17/4) – als indiziert (Urk. 7/15). Ferner gab Dr. Z.____ am 27. Mai 2015 an, dass seit November 2014 eine psychiatrische Behandlung stattfinde (Urk. 7/1/6/8). Diese dauerte gemäss telefonischer Auskunft im August 2017 weiter an (Urk. 9).

Die Beschwerdegegnerin stellte daher zu Recht nicht in Frage, dass die fachärztliche Diagnosestellung und der Beginn der Therapie mit fachärztlich festgestellter Indikation rechtzeitig vor dem 9. Geburtstag des Versicherten erfolgten (Urk. 2, 6 und 23), selbst wenn der Überlegung des RAD beizupflichten ist, dass in psychiatrischer Hinsicht anfänglich eine Abklärung stattfand, die im Gegensatz zur Ergotherapie nicht als eigentliche Behandlung gilt. 5.2

Der RAD stellte das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Symptomatik im Sinne einer ADHS in seiner letzten Stellungnahme denn auch explizit nicht in Abrede. Indes kam er zum Schluss, die Symptomatik vermöge keinen Leistungsanspruch zu begründen, da eine Störung der Merkfähigkeit bis zum vollendeten 9. Lebensjahr nicht ausgewiesen sei (Urk. 23 S. 3). In der Stellungnahme vom September 2015 hatte er zusätzlich noch den fehlenden Nachweis der Wahrnehmungsstörung mit standardisierten testpsychologischen Methoden moniert (Urk. 7/18/2). Nach Sichtung sämtlicher Vorakten führte er diesen Punkt jedoch bereits in seinen Beurteilungen vom Oktober 2015 nicht mehr auf (Urk. 7/33). Die Beschwerdegegnerin verwies in ihren Rechtsschriften nur auf die Stellungnahmen vom Oktober und November 2015 (vgl. E. 2.1). Im vorliegenden Prozess im Wesentlichen strittig ist demnach nur das Vorliegen einer Merkfähigkeitsstörung.

Im Übrigen kann aufgrund der nachvollziehbaren Beurteilung von Dr. Z.____ im Frühjahr 2015 (vgl. insbesondere E. 4.5.2), welche durch die beigezogenen Vorberichte gestützt wird (vgl. E. 4.1-4.4), mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Intelligenz des Versicherten altersgemäss entwickelt und er im Sinne der weiteren in Ziff. 404 GgV aufgeführten Merkmale (vgl. im Detail Ziff. 2.1.1-2.1.4 des Anhangs 7 des KSME) massgeblich beeinträchtigt ist. Dafür sprechen gemäss den vorstehend

zusammengefassten, einhelligen Berichten insbesondere die in den Intelligenz tests erzielten Resultate und die weiteren testpsychologischen Befunde, der fremdanamnestisch mehrfach bestätigte anhaltend schwierige Kontakt mit Gleichaltrigen, das gemäss den Beteiligten im Schulunterricht bzw. bei den Hausaufgaben sowie in der Abklärungssituation bzw. gegenüber den Abklärungspersonen gezeigte Verhalten sowie die langjährige psychomotorische und ergotherapeutische Therapie zur Verbesserung der sich im Alltag negativ auswirkenden beeinträchtigten Wahrnehmung des eigenen Körpers sowie von sozialen Signalen, wobei die Therapie erfreulicherweise bereits gewisse Erfolge zeitigte. 5.3

5.3.1

Störungen der Merkfähigkeit werden gemäss Ziff. 2.1.5 des Anhangs 7 des KSME meist definiert als eine Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses. Das akustische Kurzzeitgedächtnis könne mit sehr vielen Tests geprüft werden: Zahlen Nachsprechen, Wortreihen, Anweisungen, Mottier Silben. Die visuelle Merkfähigkeit könne mit dem Wiedererkennen von Gesichtern, visuellen Lerntests (z.B. Rey visual

learning, DCS) erfasst werden. So würden viele Tests eine Beurteilung des Kurzzeitgedächtnisses erlauben. Auch für die Lernfähigkeit gebe es Testverfahren (DCS, VLMT). Einige dieser Verfahren (z.B. Figure de Rey oder Wechsler Memory Scale) würden auch eine Beurteilung des Langzeitgedächtnisses erlauben. 5.3.2

Sowohl Dr. B. ___ (E. 4.1) als auch die Schulpsychologin D. ___ (E. 4.4) stellten in ihren Berichten eine – in Relation zur guten bis hohen Intelligenz gesehene – Schwäche in der serialen Merkfähigkeit fest, die gemäss Angaben von Dr. B. ___ nur im unteren Normbereich lag. Die Schulpsychologin wies diesbezüglich auf die beim Arbeitsgedächtnis (auch konzentrationsabhängig; PR 32) und in der Verarbeitungsgeschwindigkeit (PR 13) erzielten Wert im unteren Durchschnitt bzw. im unterdurchschnittlichen Bereich hin und errechnete für die kognitiven Fertigkeiten einen CPI an der unteren Durchschnittsgrenze (PR 18). Hervorzuheben ist deshalb einerseits, dass sämtliche Testergebnisse, welche über die Merkfähigkeit Aufschluss geben können, noch im (allerdings unteren) Normbereich lagen; andererseits, dass beim Versicherten ein ausgesprochen dissoziiertes/uneinheitliches Entwicklungsprofil festgestellt wurde, das gemäss schulpsychologischer Beurteilung häufig zu Verlangsamungen und qualitativen Auffälligkeiten beim Erlernen der schulischen Fertigkeiten führt.

Dr. Z. ___ wies im Frühjahr 2015 (E. 4.5) erneut auf das durchgängig inhomogene Intelligenzprofil mit Stärken in der Sprache und Schwächen in der Verarbeitungsgeschwindigkeit hin. Zudem wertete sie später (E. 4.7.1) die damalige Verweigerung der Mitarbeit beim VLMT nach dem Durchgang 1 mit durchschnittlicher Leistung, als Zeichen dafür, dass der Test dem Versicherten zu mühsam gewesen sei und ihn mit seinen Schwächen konfrontiert habe. Wie sie zu Recht anmerkte, finden sich auch in älteren Berichten (E. 4.2-4.4) verschiedentlich Hinweise auf entsprechende Ausweichstrategien des Versicherten bei für ihn schwierigen Aufgaben. Ferner machte Dr. Z. ___ hinsichtlich der Interpretation der Testergebnisse darauf aufmerksam, dass insbesondere das Arbeitsgedächtnis (Konzentration, Merkfähigkeit) in der Untersuchungssituation (keine Ablenkung durch andere Kinder oder äussere Faktoren, enge Führung, zeitlich sehr begrenzt) häufig weniger auffällig sei als in einer grossen Gruppe und die Kinder bei guter Motivationslage zu erstaunlichen Leistungen fähig seien. Dies

dürfte allerdings auf eine Mehrzahl der Kinder zutreffen und ein besonders gutes Bild der effektiven Leistungs fähigkeit erlauben. Bei der Wiederholung des VLMT im September 2017 (E. 4.7.2) stellte Dr. Z.____ alsdann trotz hoher Motivation und ohne äussere Ablenkung ein unterdurchschnittliches Ergebnis (PR 5) fest. Ergänzend führte sie erneut die Untertests „Zahlen nachsprechen“ und „Buchstaben-Zahlen-Folge“ aus dem HAWIK IV durch. Das Ergebnis von 6 Wertpunkten beurteilte sie als ebenfalls unterdurchschnittlich (Arbeitsgedächtnis PR 11,5).

Dem hielt der RAD sinngemäss entgegen, eine Störung der Merkfähigkeit im versicherungsmedizinischen Sinn sei angesichts des erwiesenen guten Allgemeinwissens, Ausdrucksvermögens und Sprachverständnisses nicht nachvollziehbar. Die massgeblichen Testergebnisse würden denn auch allesamt im Durchschnitts- bzw. Normalbereich liegen, so dass es sich nur um eine Schwäche ohne Krankheitswert handle. So entspreche selbst PR 2 noch einem IQ von 70 (E. 4.6 und 4.8). 5.3.3

Der RAD nimmt somit Bezug auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach eine durch geringe Intelligenz verursachte Erwerbsunfähigkeit in der Regel nur dann als gesundheitlich verursacht gilt, wenn die Intelligenz im medizinischen Sinne vermindert ist, mithin der IQ weniger als 70 beträgt

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_108/2014 vom 24. September 2014 E. 2.2 mit Hinweisen). Das Bundesgericht stützt sich hierbei auf das gebräuchlichste Klassifikationssystem ICD-10, welches Intelligenzminderungen in leichte (IQ 69 bis 50), mittelgradige (IQ 49 bis 35), schwere (IQ 34 bis 20) und schwerste (IQ weniger als 20) Fälle einteilt (ICD-10: F70 bis F73), wobei die Mehrzahl der in den oberen Bereichen der leichten Intelligenzminderung eingestuften noch für eine Arbeit anlernbar ist, die eher praktische als schulische Fähigkeiten, einschliesslich ungelerner oder angelernter Handarbeit, verlangt (vgl. Weltgesundheitsorganisation [WHO], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 10. Aufl. 2015, S. 308 ff.; Urteil des Bundesgerichts 9C_664/2009 vom 6. November 2009 E. 3).

Mit dem Normwert-Rechner von Psychometrica (abrufbar unter <https://www.psychometrica.de/normwertrechner.html>) lassen sich alsdann Prozentränge in IQ-Werte umrechnen. Wie der RAD zutreffend darlegte, entspricht ein IQ von 70 ungefähr PR 2 und für PR 5 ergibt sich auf der IQ-Skala ein Wert von 75.3, der nach der vorstehenden ICD-10 Klassifizierung noch im Normbereich liegt. 5.3.4

Indes gilt es sich zu vergegenwärtigen, dass der Prozentrang PR angibt, welche Rangposition ein Testbearbeiter oder eine Testbearbeiterin in einer Bezugs-Stichprobe einnimmt. PR 50 bedeutet im Allgemeinen (hochgerechnet), sofern die Stichprobe und die Feindifferenzierung der Werte gross genug sind, dass jemand mit seinem Testwert 49 % der Stichprobe übertrifft und selbst von 50 % übertroffen wird. Als statistischer Durchschnittsbereich zählt man gewöhnlich die mittleren 50 %, also den Bereich $25 \leq PR \leq 75$ (vgl. Sponzel, R., Bedeutung, Berechnung, Problemlösungen, Literatur, Links. Überblick Arbeiten zur Definitionslehre, Methodologie, Meßproblematik, Statistik und Wissenschaftstheorie besonders in Psychologie, Psychotherapie und Psychotherapieforschung. Internet Publikation für Allgemeine und Integrative Psychotherapie IP-GIPT. Erlangen: <http://www.sgipr.org/wisms/mtt/pr.htm>; H. Berth/F. Balck, Psychologische Tests für Mediziner, Berlin/Heidelberg 2003, S. 9).

Mit Bezug auf den vom Versicherten konkret erzielten PR 5 im VLMT bedeutet dies, dass nur 4 % seiner Vergleichsgruppe über eine schlechtere Merkfähigkeit verfügen als er. Eine massgebliche Beeinträchtigung der Merkfähigkeit ist somit nicht von der Hand zu weisen, wobei diese dem Versicherten angesichts seines unausgeglichenen Profils gemäss schulpsychologischer Beurteilung besondere Mühe bereiten dürfte. 5.3.5

Bezüglich der übrigen Einwände des RAD-Arztes Prof. C.____ bleibt anzu merken, dass er keine eigene klinische Untersuchung durchführte. Ferner führt er zwar in Deutschland den Titel "Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin", ist aber im Schweizer Verzeichnis "doctorfmh.ch", dem offiziellen und vollständigen Verzeichnis der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz, nicht als Facharzt aufgeführt. Insbesondere ist er weder in Deutschland noch in der Schweiz als Fachmediziner für Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig respektive in der Schweiz anerkannt. Vielmehr ist er laut seiner Website Spezialist für pädiatrische Bronchopulmologie sowie pädiatrische Echokardiografie und verweist darin auch auf seine umfangreichen Erfahrungen auf dem Gebiet der pädiatrischen Schlafforschung und Schlafmedizin sowie zu Fragen der Heimbeatmung und der CPAP-Therapie: http://www.gutachten-C.____.de/gutachter/; Besuch der Seite: 20.2.2018 (vgl. dazu betreffend die Diagnosestellung bei ADHS das Urteil des Bundesgerichts 9C_419/2016 vom 2. November 2016 E. 6 und 7.1). Die Testung im September 2017 dauerte alsdann nur 50 Minuten, während die von ihm zitierte Leitlinie (abrufbar unter http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049012l_S1_Auditiv_Ver-arbeitungsstoerungen_Wahrnehmungsstoerungen_AVWS_2016-02.pdf) einen Zeitraum von 1,5 bis 2,5 Stunden als problematisch einstuft, ohne dass sich darin nähere Angaben zur optimalen oder sinnvollen Dauer einer Untersuchungseinheit finden würden. Daraus kann also nicht direkt auf eine zu lange Testdauer bei günstiger Führung in der 1:1-Situation geschlossen werden. Was die schlechteren Testergebnisse betrifft, veränderte sich der Rohwert in den Untertests „Zahlen nachsprechen“ und „Buchstaben-Zahlen-Folge“ gegenüber der schulpsychologischen Abklärung im März 2014 um den Wert +/-1. Der RAD erläutert nicht, inwiefern diese minimale Abweichung signifikant bzw. auf eine Inkonsistenz hinweisen und die zweite Testreihe deshalb unbeachtlich sein soll. Im Übrigen ist es nicht einleuchtend, wenn Prof. C.____ aufgrund eines einzelnen Durchgangs des VLMT auf eine grundsätzlich durchschnittliche Merkfähigkeit schliesst, wenn davor alle Beteiligten eine Leistung im unteren Normbereich dokumentierten, die danach durch den VLMT im September 2017 nochmals im Sinne einer ergänzenden Abklärung bestätigt wurde. Es bleibt anzufügen, dass es sich beim VLMT um einen vom KSME grundsätzlich anerkannten Test handelt, soweit dieser unter vertretbaren Voraussetzungen durchgeführt wird. Unter Berücksichtigung des Wortlauts von Ziff. 2.1.5 des Anhangs 7 und der offenen Formulierung des Bundesgerichts „Störung der Merkfähigkeit“ ist zudem darauf zu schliessen, dass eine beeinträchtigte Funktionsfähigkeit des Kurzzeitgedächtnisses ausreicht. 5.4

Zusammenfassend mag die ausgewiesene Beeinträchtigung in der Merkfähigkeit für sich allein genommen keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellen. Indes gilt es zu bedenken, dass auch nicht jedes Geburtsgebrechen später zwingend zu einer Berentung führen muss, besonders wenn die Eingliederung in den Arbeitsprozess mit medizinischen und beruflichen Massnahmen entsprechend unterstützt wird, was der primären Aufgabe der Invalidenversicherung entspricht. Zudem ist bei der vom RAD vergleichsweise herangezogenen Beurteilung der Erwerbsfähigkeit zufolge Intelligenzminderung stets eine

Gesamtwürdigung der gesundheitlichen Situation vorzunehmen, weshalb unter Umständen auch ein IQ im unteren Normbereich einen Leistungsanspruch mitzubegründen vermag (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_45/2015 vom 9. April 2015). Demnach muss es für die Begründung eines Leistungsanspruchs infolge eines Geburtsgebrechens nach Ziff. 404 GgV genügen, wenn – wie beim Versicherten - eine relevante Beeinträchtigung hinsichtlich jedes einzelnen Merkmals gegeben ist und ein umfassender Therapiebedarf besteht. Hinzu kommt beim Versicherten als Besonderheit ein auffallend unausgeglichenes Profil. Müsste ein Kind indes nicht nur rechtzeitig diagnostiziert und behandelt werden sowie alle geforderten Kriterien im Sinne einer massgeblichen Beeinträchtigung aufweisen, sondern in Bezug auf jedes einzelne dieser fünf Kriterien für sich genommen als invalid gelten bzw. zu den am schwersten Betroffenen 2 % der Vergleichsgruppe gehören (IQ $69 \leq PR 2$), würden einer Leistungszusprache letztlich zu hohe Hindernisse entgegenstehen. 6.

Nach dem Gesagten ist das Vorliegen eines Geburtsgebrechens nach Ziff. 404 GgV mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, weshalb die Beschwerde gutzuheissen ist. Die Beschwerdegegnerin ist folglich zu verpflichten, die notwendigen medizinischen Massnahmen

gemäss Art. 13 IVG zur Behandlung desselben für den Versicherten zu erbringen.

E. 1.3

Die Symptome müssen kumulativ nachgewiesen, jedoch nicht unbedingt gleichzeitig vorhanden sein, sondern können unter Umständen sukzessive auftreten. Wenn bis zum 9. Geburtstag nur einzelne der erwähnten Symptome ärztlich festgestellt werden, sind die Voraussetzungen für ein Geburtsgebrechen im Sinne von Ziffer 404 GgV nicht erfüllt. Nach ständiger Rechtsprechung handelt es sich bei der objektiven Bedingung "mit bereits gestellter Diagnose als solche vor der Vollendung des 9. Altersjahres auch behandelt" um zwei kumulativ zu erfüllende Anspruchsvoraussetzungen im Sinne von Abgrenzungskriterien, um zu entscheiden, ob die Störung angeboren oder erworben ist. Das Fehlen von wenigstens einem der beiden Merkmale begründet die unwiderlegbare Rechtsvermutung, es liege kein Geburtsgebrechen im Rechts sinne vor (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_418/2016 vom 4. November 2016 E. 4 mit diversen Hinweisen und 9C_932/2010 vom 11. Januar 2011 E. 2.2 sowie Ziff. 2.1 des Anhangs 7 zum Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung [KSME], in den Fassungen ab 1. März 2012). Es bleibt anzufügen, wurde die Diagnose rechtzeitig gestellt und erfolgte im Hinblick darauf die Behandlung ebenfalls rechtzeitig, so sind die Anspruchsvoraussetzungen nach Ziffer 404 GgV Anhang erfüllt, auch wenn die Verwaltung zunächst Zweifel an der Diagnosestellung hegte und deswegen eine ergänzende Abklärung anordnete, die erst nach vollendetem 9. Altersjahr eine Bestätigung der gestellten Diagnose ergibt (BGE 122 V 113 E. 2 f.).

E. 2

Gegen diesen Entscheid erhob die Mutter des Versicherten am 2. Dezember 2015 Beschwerde mit dem Antrag, es seien ihrem Sohn infolge eines Geburts gebrechens medizinische Massnahmen zu gewähren (Urk. 1; Beilage Urk. 3). Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 20. Januar 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Am 14. August 2017 beauftragte das Sozialversicherungsgericht Dr. Z. ___ mit der Wiederholung des verbalen Lern- und Merkfähigkeitstests (VLMT) zur Ergänzung der

medizinischen Akten (Urk. 9-11). Die detaillierten Testergebnisse (Urk. 17/1-2) sowie die Interpretation derselben durch Dr. Z.____ (Urk. 13) wurden den Parteien mit Verfügung vom 9. Oktober 2017 zur Stellungnahme zugestellt (Urk. 18). Sowohl die Mutter des Versicherten (Urk. 20) als auch die IV-Stelle (Urk. 22) – unter Beilage einer erneuten Beurteilung durch den RAD-Arzt Prof. C.____ (Urk. 23) – hielten dabei an ihren bisherigen Anträgen fest. In der Folge wurde den Parteien mit Verfügung vom 22. November 2017 die Möglichkeit eingeräumt, sich zur Eingabe der jeweiligen Gegenpartei zu äussern (Urk. 24). Während die Mutter des Versicherten am 28. November 2017 erneut Stellung nahm und neu den Eventualantrag stellte, ein Gerichtsgutachten einzuholen (Urk. 26), verzichtete die IV-Stelle auf weitere Ausführungen (Urk. 27). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, es seien nicht alle Merkmale für die Anerkennung des Geburtsgebrechens ADHS komplett ausgewiesen. Insbesondere würden sich – vor allem in den Detailbefunden des Schulpsychologischen Dienstes A.____ zu Untersuchungen in mehreren Zeitpunkten, mit verschiedenen testpsychologischen Methoden und unter Berücksichtigung fremdanamnestischer Angaben – keine Hinweise für eine Merkfähigkeitsstörung finden. Auch sei eine Wahrnehmungsstörung nicht mit standardisierten testpsychologischen Methoden nachvollziehbar diagnostiziert worden (Urk. 2). In der Beschwerdeantwort sowie der Eingabe vom 21. November 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die Stellungnahmen des RAD vom Oktober und November 2015 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 22).

E. 2.2

Dem wurde in der Beschwerdeschrift entgegnet, bereits Dr. B.____ habe eine therapiebedürftige relative serielle Merkfähigkeitsschwäche festgestellt. Ebenso sei durch die Schulpsychologin D.____ eine Einschränkung bzw. eine signifikante (relative) Schwäche der sog. seriellen Merkfähigkeit für auditive und visuelle Informationen konstatiert worden. Schliesslich habe Dr. Z.____ im April 2015 eine ADHS unter anderem mit dem Befund „Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörung“ diagnostiziert. Die Verweigerung des VLMT sei gerade damit zu begründen, dass dem Versicherten dieser zufolge Konfrontation mit seinen Schwächen zu mühsam gewesen sei. Weiter sei bereits im September 2012 die Rede von vielen Wahrnehmungsproblemen gewesen. Die Ergotherapeutin E.____ habe im Februar 2013 sodann klargestellt, dass die vestibuläre Wahrnehmung gemäss Testergebnis unterhalb der altersmässigen Norm sei und die propriozeptive Wahrnehmung klar im therapiebedürftigen Bereich liege. Ebenso habe Dr. Z.____ im Mai 2015 ausgeführt, dass der Versicherte grosse Schwierigkeiten im Erfassen von sozialen Signalen und Regeln und in der auditiven Wahrnehmung habe. Computer gestützte Tests seien dabei lediglich ergänzend heranzuziehen und würden allein nicht ausreichen, um eine Diagnose zu stellen oder auszu-schliessen (Urk. 1 Ziff. 15-17).

Bezüglich der vom Gericht veranlassten ergänzenden medizinischen Abklärung wurde in der Eingabe vom 30. Oktober 2017 hervorgehoben, dass der Versicherte gemäss Feststellungen von Dr. Z.____ trotz hoher Motivation nur ein unterdurchschnittliches Ergebnis erzielt habe, was für das Vorliegen einer Störung der Merkfähigkeit spreche (Urk. 20). Darüber hinaus wurde in der Eingabe vom 28. November 2017 mit Blick auf die letzte Stellungnahme des RAD bemängelt, dass dieser im Beschwerdeverfahren nicht mehr

als objektiv gelte und im Sinne eines Parteigutachtens nochmals sämtliche Testergebnisse aufgerollt habe, was angesichts der Kosten für ein eigenes Gutachten das Prinzip der Waffengleichheit verletze. Zudem sei es mit Blick auf das KSME unzulässig, für die Störung der Merkfähigkeit zusätzlich eine Beeinträchtigung des Langzeitgedächtnisses vorauszusetzen. Der Test von Dr. Z.____ entspreche den Qualitätsanforderungen der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP). Falls dennoch nicht darauf abgestellt werde, sei ein Gerichtsgutachten zwingend erforderlich (Urk. 26).

E. 3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob beim Versicherten die Voraussetzungen für die Anerkennung eines Geburtsgebrechens im Sinne von Ziff. 404 Anhang GgV erfüllt sind. Diesbezüglich ist vorab festzuhalten, dass Geburtsgebrecen als Krankheiten im Rechtssinne (Art. 3 Abs. 2 ATSG i.V.m . Art. 13 Abs. 1 IVG) grundsätzlich von einem (Fach-)Arzt diagnostiziert werden müssen, um als solche anerkannt zu werden. Dementsprechend hält Rz 404.5 KSME fest, dass die im ersten Teilsatz von Ziffer 404 Anhang GgV erwähnten Symptome (Krankheitszeichen) "ärztlich festgestellt" sein müssen, und nach Rz 404.8 KSME sind in Zweifelsfällen die "ärztlichen Feststellungen" aus medizinischer Sicht sorgfältig zu überprüfen und allenfalls durch eine von der IV-Stelle angeordnete spezialärztliche Untersuchung zu ergänzen. "Ärztlich festgestellt" bedeutet auch, dass der Arzt den oder die Versicherte selber untersucht, die klinischen Befunde erhoben und allenfalls fremdanamnestische Auskünfte eingeholt hat. Die persönliche Befassung, der unmittelbare Kontakt mit der versicherten Person ist Wesensmerkmal einer medizinischen Diagnosestellung *lege artis* . Die Mitwirkung Dritter, insbesondere der Beizug nicht medizinischer Hilfspersonen, ist nur in engen Grenzen, die jedenfalls nicht weiter sein können als bei delegierter Psychotherapie (vgl. BGE 114 V 266 E. 2b), zulässig (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_419/2016 vom 2. November 2016 E. 7).

E. 4.1

Der Versicherte wurde zuerst durch Dr. med. B.____, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, abgeklärt. Diese führte diverse Tests (HAWIVA-III-Intelligenztest, Zürcher Neuromotoriktest II, Gesellfiguren, Visu motoriktest , Test der visuellen Wahrnehmung nach Liselotte Ruf- Bächtiger) durch, untersuchte den Versicherten neurologisch und allgemeininternistisch und liess seine Eltern sowie seine Kindergärtnerin SDQ-Verhaltensfragebögen ausfüllen. Darauf gestützt diagnostizierte sie am 17. September 2012 (1) eine gute kognitive Entwicklung (IQ 109) bei unausgeglichem Profil – unter anderem bei einer relativen serialen Merkfähigkeitsschwäche und Hinweisen auf eine auditive Wahrnehmungsschwäche, (2) eine allgemeine motorische Unge schicklichkeit und Hinweisen auf Körperwahrnehmungsprobleme sowie (3) Verhaltensauffälligkeiten mit Aufmerksamkeitsschwankungen, vermehrter motorischer Unruhe, Problemen mit Gleichaltrigen, dem Verdacht auf eine soziale Wahrnehmungsschwäche, hoher Emotionalität, vermehrtem Ungehorsam und wenig prosozialem Verhalten (Urk. 7/17/1-2).

Dazu erläuterte sie, in beiden Testsituationen sei die Aufmerksamkeit sehr schwankend und der Versicherte rasch abgelenkt, vermehrt impulsiv und motorisch eher unruhig gewesen. Er habe gut geführt werden müssen und zu leichtem Ungehorsam tendiert. Im Gegensatz zur hohen Intelligenz seien die Fähigkeiten im Rechnen und in der Merkfähigkeit im unteren Normbereich. Kinder mit serialer Merkfähigkeitsschwäche hätten Mühe, sich Dinge zu merken, die in einer Reihe vorgegeben würden (Auge oder Ohr) und keinen

logischen Zusammenhang hätten. Diese Kinder wirkten eher unorganisiert und ver gesslich, machten vermehrt Flüchtigkeitsfehler und seien langsam. Vor allem aufgrund der Angaben im Kindergarten gebe es Hinweise auf eine auditive Wahrnehmungsschwäche, also die Schwierigkeit, sprachliche oder akustische Reize korrekt aufzunehmen. Dies erkläre, weshalb der Versicherte ungern den Zirkus besuche (nehme Geräusche lauter wahr) und häufig nicht zuzuhören scheine. Die Motorik sei in allen Bereichen unterdurchschnittlich, weshalb von einer allgemeinen Ungeschicklichkeit gesprochen werden könne. Anamnestisch habe man den Verdacht auf Körperwahrnehmungsprobleme, was dazu führen könne, dass der Versicherte Schmerzen anders wahrnehme. Ein grosses Problem sei das Verhalten mit Gleichaltrigen, gegenüber denen er sich häufig unge schickt benehme. Sie denke, er habe Mühe, soziale Reize korrekt wahr zu nehmen. Eine Therapie sei indiziert. Es gehe darum, an der Motorik, der Wahrnehmung und den Aufmerksamkeitsschwankungen zu üben. Der Ver sicherte habe verschiedene Probleme, die zu einer ADHS passen, aber auch viele Wahrnehmungsprobleme, die sein Verhalten erklären würden. Es sei durchaus möglich, dass später eine ADHS diagnostiziert werde (Urk. 7/17/2-3).

E. 4.2

Zuerst besuchte der Versicherte eine Psychomotoriktherapie . Frau F.____, Psychomotoriktherapeutin EDK, berichtete am 2. Juli 2013 über Fortschritte der Grob- und Feinmotorik (verbessertes Gleichgewicht, harmonischere Bewegungs abläufe, richtiges Einsetzen des Tonus, bessere Dosierung der Kraft, gute Stifthaltung). Sodann wies sie mit Bezug auf den sozial-emotionalen Bereich darauf hin, dass es dem Versicherten teilweise noch schwer falle, Fremdaufträge anzunehmen und umzusetzen. Oft versuche er mit Diskussionen abzulenken oder auszuweichen. So versuche er im Rollenspiel immer wieder, die Regie zu übernehmen. Ihm sei es alsdann wichtig gewesen, im Rollenspiel zu erproben und zu erleben, was ein Freund sei, wie man eine Freundschaft aufbaue und aufrechterhalten könne. Anfangs habe er sie lange in der Rolle des Gegners gehalten, den es zu besiegen oder vor dem es sich zu verstecken galt. Nun sei er bereit, sie als Freundin zu erkennen, sich gegenseitig zu unterstützen und zu helfen sowie gemeinsam etwas zu erleben (Urk. 7/25). Der beigelegten Therapie abklärung vom 5. September 2012 ist zu entnehmen, es sei auffallend, dass der Versicherte häufig den Clown mime oder aus der Aufgabe etwas anderes mache, wenn diese schwierig sei (Urk. 8/26/2).

E. 4.3

Im Dezember 2013 folgte eine ergotherapeutische Abklärung durch G.____, diplomierte Ergotherapeutin FH. Sie wies vorab auf Ausweichstrategien (z.B. sich immer wieder hinlegen) an der Leistungsgrenze hin. Als Instrumente zur Befundaufnahme setzte sie einen M-ABC 2 Test und ein COPM Assessment zur Elternbefragung ein. Bei der visuellen Wahrnehmung/ Visumotorik wies sie darauf hin, dass der Versicherte mit dem rechten Auge schaue. Es bleibe abzuklären, ob er auch mit links schaue. Sodann kontrolliere er seine Hand lungen visuell. Beim Nachschauen eines sich bewegenden Gegenstandes, erfolge die Überkreuzung der Mittellinie stockend und er verliere den Gegenstand. Beim Nachfahren einer Spur mit dem Stift schaue er sehr nahe, sein Arbeitstempo sei langsam.

Die Ergotherapeutin kam zum Schluss, dass das Gesamtergebnis des M-ABC 2 Test mit SW 1 klar im therapiebedürftigen Bereich liege. Der Versicherte weise deutliche Unreifen in den Basissinnessystemen auf. Er habe ein unreifes Körperschema und eine mangelhafte

grob- sowie feinmotorische Koordination. Er setze oft nur eine Körperseite ein. Schwierigkeiten zeigten sich insbesondere bei der Tonusregulation in Rumpf und Extremitäten sowie der Druck- und Kraftdosierung. Die Greiffunktionen seien noch unreif. Im Alltag zeigten sich Rückstände auf der Aktivitätsebene wie langsames Anziehen, Hilfsbedarf bei feinen Verschlüssen und beim Binden der Schuhe, Unsicherheit im Strassenverkehr und das Benötigen von Windeln in der Nacht. Differentialdiagnostisch ergebe sich ein Bild der propriozeptiven Diskriminierungs schwäche, verbunden mit einer mangelhaften sensorischen Modulation sowohl im taktilen wie im vestibulären Bereich. Insbesondere vernachlässige der Versicherte seine linke Körperseite und sei in Alltagsverrichtungen auffällig langsam bzw. nicht altersentsprechend. Der Alltag sei für ihn wohl anstrengend und verunsichernd (Urk. 7/24).

E. 4.4

In der schulpyschologischen Beurteilung vom 24. April 2014 führte D.____, Dipl. Psych. FH, aus, die Aufmerksamkeit sei schwankend. Wenn der Versicherte mit für ihn schwierigeren Aufgaben konfrontiert werde, versuche er seine Unsicherheit zu überspielen, in dem er äussere, er finde es „bubig“. Die Nähe-Distanz-Regulation sei für ihn nicht immer einfach. Oft sei die Neugierde so gross, dass er das Warten nicht aushalte und in den Testunterlagen zu blättern beginne. Er sei auf klare Strukturen, Vorgaben und Akzeptanz ihm gegenüber angewiesen. Kognitiven Aufgaben gegenüber zeige er sich interessiert und vermöge die Ausdauer und Kooperation aufrechtzuerhalten, wenn ihm regelmässig Pausen ermöglicht würden. Wenn die Aufmerksamkeitsspanne und Ausdauer nachlasse, werde er motorisch unruhig und versuche auszuweichen (Urk. 7/16/1).

Sie schlussfolgerte, die Überprüfung der intellektuellen Leistungsfähigkeit ergebe Werte im mittleren bis oberen Durchschnittsbereich (PR 50, HAWIK-IV). Die individuellen Stärken würden im Bereich Sprachverständnis (PR 90; allgemeines Faktenwissen, Wortwissen, Begriffsbildung) und dem logisch-abstrakten Denken (PR 45; logisch-analytische und räumlich-konstruktiv fluide Denkprozesse) liegen. Einschränkungen bzw. signifikante (relative) Schwächen zeigten sich bei der sog. serialen Merkfähigkeit für auditive und visuelle Informationen, beides wichtige Stützfunktionen der Intelligenz. Hier würden die Werte beim Arbeitsgedächtnis (auch konzentrationsabhängig; PR 32) und in der Verarbeitungsgeschwindigkeit (PR 13) im unteren Durchschnitt bzw. im unter durchschnittlichen Bereich liegen. Da hinsichtlich der kognitiven Fähigkeiten diskrepante Voraussetzungen bestünden, könne zur validen Interpretation der Kognitionen der allgemeine Fähigkeitsindex (GAI) verwendet werden. Dieser finde sich aktuell im oberen Altersdurchschnitt (PR 75). Der kognitive Fertigkeitensindex (CPI), der insbesondere den Arbeitsspeicher und die Verarbeitungsgeschwindigkeit berücksichtige, bewege sich demgegenüber an der unteren Durchschnittsgrenze (PR 18). Ein solch dissoziiertes bzw. uneinheitliches Entwicklungsprofil mit den erwähnten Teilleistungsschwächen könne häufig zu Verlangsamungen und qualitativen Auffälligkeiten beim Erlernen der schulischen Fertigkeiten führen. Bezüglich sozial-emotionaler Kompetenzen (aus IDS) gelinge dem Versicherten das Erkennen von Emotionen gut und er verstehe soziale Situationen. Die Regulation und das Handeln in sozialen Situationen seien indes reduziert. Noch nutze er die Strategien, mit denen er seine Emotionen für sich und andere nutzen bzw. voll regulieren könne, zu wenig (Urk. 7/16/1-2).

E. 4.5.1

Es folgte eine eingehende Abklärung in der Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Praxismgemeinschaft von Dr. med. Z.____, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie, und lic. phil. H.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FPS. Der ausführlichen Anamnese im Bericht vom April 2015 ist zur Situation in der 2. Klasse zu entnehmen, dass der Versicherte durch eine niedrige Konzentrationsspanne, eine motorische Unruhe und das Stören des Unterrichts auffalle. Schwierigkeiten habe er im Lesen und Schreiben, der Verarbeitung und Konzentration. In grossen Gruppen sei sein Verhalten auffälliger als in Kleingruppen. Die Hausaufgabensituation sei für alle Beteiligten anstrengend, da der Versicherte enorm schnell abgelenkt und entmutigt sei. Mittlerweile sei eine Hausaufgabenzeit – unabhängig der bearbeiteten Menge – vereinbart worden. Der Versicherte habe einen Freund, auf den er fokussiert sei. Die anderen Kinder würden ihn manchmal ablehnen, weil er häufig versuche, eigene Spielideen durchzusetzen und zu dominieren. Von einigen werde er als grob und laut empfunden (Urk. 7/15/2).

Bezüglich der telefonisch bei der Schulpsychologin, der Ergotherapeutin und der Lehrperson eingeholten Auskünfte ist anzumerken, dass die Ergotherapeutin mitunter darauf hinwies, der Versicherte verweigere sich, wenn er zu viel mit seinen Schwächen konfrontiert werde. Die Lehrperson gab an, dieser verstehe schulische Inhalte oftmals nicht, was an seinem Selbstwert nahe. In der Klasse sei er gut integriert und akzeptiert. Er profitiere sehr gut von der Zusammenarbeit mit der Heilpädagogin. Eine Lega-Abklärung in der 3. Klasse befürworte sie. Die Konzentrationsleistung sei sehr schwierig. Der Versicherte brauche viel Steuerung von aussen, sei motorisch unruhig und stehe während des Unterrichts plötzlich auf (Urk. 7/15/2).

Zum psychopathologischen Befund wurde im Bericht notiert, der Versicherte falle einerseits durch seine ausgeprägte Sprachleistung und andererseits durch eine etwas distanzlose und freche Art auf. Anweisungen nehme er nur teilweise entgegen, bei Unlust verweigere er sich komplett und könne nicht zur Weiterarbeit motiviert werden. Sein grosses Wissen über Natur und Geschichte nutze er in Diskussionen oft als Ausweichstrategie. Im Spiel wolle er das Geschehen dominieren und versuche stets, die Kontrolle zu behalten. Er wünsche sich, in der Schule weniger Aufgaben bearbeiten zu müssen und dafür mehr Zeit zu haben. Ferner wurden die detaillierten testpsychologischen Befunde von Dr. B.____ (HAWIVA-III-Intelligenztest) und der Schulpsychologin (HAWIK-IV-Intelligenztest, IDS) aus den Jahren 2012 und 2014, einschliesslich der von den Eltern und der Lehrperson ausgefüllten Fragebögen (DISYPS-II), wiedergegeben. Ergänzt wurden diese durch die Resultate der selbst durchgeführten Tests. Dazu wurde angemerkt, nach einem ersten Durchgang mit durchschnittlichen Leistungen habe der Versicherte eine weitere Mitarbeit beim VLMT verweigert. Beim d2-R (Konzentrationstest) sei er durch die Zeitmessung sehr unter Druck geraten, habe sehr wenige Zeichen bearbeitet (PR = 1), viele Fehler gemacht (PR = 7) und insgesamt eine deutlich unter durchschnittliche Konzentrationsleistung (PR = 1) gezeigt. Ebenso habe er im TOL (Tower of London) bezüglich der Handlungsplanung und Impulsivität deutlich unterdurchschnittliche Leistungen (SW 60-78) gezeigt. Insbesondere die Regelverletzungen seien für sein Alter auffällig (SW < 60).

Schliesslich wurde gestützt auf das multiaxiale Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters Folgendes diagnostiziert: Achse I einfache Aktivitäts- und Hyperaktivitätsstörung (ICD-10: F90.0), Achse II Entwicklungsstörung der motorischen Fähigkeiten und Achse III durchschnittliche Intelligenz IQ 85-115 (Ergebnis

testpsychologisch ermittelt; Urk. 7/15/2 f.). Dazu wurde erläutert, der Versicherte sei schon früh durch motorische Unruhe, mangelnde Konzentrationsfähigkeit und ungünstige Interaktionsstrategien aufgefallen. Diverse Abklärungen hätten durchgängig ein inhomogenes Intelligenzprofil mit Stärken in der Sprache und Schwächen in der Verarbeitungsgeschwindigkeit gezeigt. Psychomotorik und Ergotherapie seien früh installiert worden, wobei sowohl motorische als auch soziale Themen im Mittelpunkt gestanden hätten. Auch für die schwierige Erziehungssituation zu Hause habe sich die Familie professionelle Hilfe geholt und vieles im Alltag umsetzen können. Trotz der eingeleiteten Massnahmen würden sich weiterhin Auffälligkeiten in der Konzentration, der Motorik, der Impulsivität und des Sozialverhaltens zeigen, welche sowohl zu Hause als auch in der Schule und der psychiatrischen Abklärung hätten beobachtet werden können. Deshalb stelle man die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung. Die Weiterführung der Ergotherapie sei unbedingt notwendig. Man empfehle zudem eine erneute Einschätzung des schulpsychologischen Dienstes mit Bezug auf die angepassten Lernziele und die weitere Beschulung. Ferner habe man mit den Eltern eine medikamentöse Unterstützung besprochen (Urk. 7/15/3-4).

E. 4.5.2

Bei praktisch identischem Wortlaut nichts Neues ergibt sich aus dem Formularbericht vom 27. Mai 2015, den Dr. Z.____ auf spezifische Anfrage der Beschwerdegegnerin verfasste (Urk. 7/1-4). In Beantwortung des von der Beschwerdegegnerin beigelegten spezifischen Fragebogens zum infantilen POS (Urk. 7/6/3 f.) äusserte sich Dr. Z.____ sodann wie folgt zu den konkreten Voraussetzungen eines Geburtsgebrechens im Sinne von Ziffer 404 GgV Anhang (Urk. 7/1/5-6):

(1) Ein IQ höher als 70 sei durch die von Dr. B.____ und D.____ durchgeführten Intelligenztests ausgewiesen. (2) Bezüglich der verlangten Beeinträchtigung der Affektivität und Kontaktfähigkeit seien bereits in der Spielgruppe und Kinderkrippe bis dato bestehend durchgängig Auffälligkeiten im Sozialverhalten berichtet worden. Dem Versicherten fehle es an der Kraft- und Lautstärkedosierung im Umgang mit anderen. Er zeige ein dominantes Verhalten und eine negative Kontaktaufnahme durch Auslachen, Provozieren und dergleichen. (3) Mit Blick auf die Voraussetzung der Antriebsstörung wechsele der Versicherte sehr schnell seine Tätigkeiten. Er könne nicht lange still sitzen oder zuhören. Er bewege sich ständig auf dem Stuhl oder suche Gründe um aufzustehen. Teilweise verweigere er Aufgaben vollständig oder lenke durch seine gute Sprachfähigkeit durch Diskussionen ab. Die Leistungen im TOL (SW 60-78) seien deutlich unterdurchschnittlich, insbesondere in den Regelverletzungen (SW < 60). (4) Was die Störung des Erfassens und Erkennens betreffe, so zeige der Versicherte grosse Schwierigkeiten im Erfassen von sozialen Signalen und Regeln (schätze das Verhalten von Gleichaltrigen immer wieder falsch ein und sei sozial schlecht integriert; ids Emotionsregulation und sozialkompetentes Handeln jeweils WP 6) und in der auditiven Wahrnehmung (VLMT nach erstem Durchgang abgebrochen). Die Ergotherapeutin berichte von Schwierigkeiten in der Grafo- und Grobmotorik. (5) Konzentrationsstörungen als weitere Voraussetzung seien durch die Auffälligkeiten im d2-R nachgewiesen, wobei auch die Kindseltern und die Lehrperson mit Stanine

E. 4.6.1

Der RAD-Arzt Prof. C.____ stellte am 10. September 2015 gestützt auf den letzten Bericht von Dr. Z.____ fest, dass zu Hause, in der Schule und in der Untersuchungssituation Hinweise für eine motorische Unruhe sowie verminderte Konzentrationsfähigkeit bestünden. Es zeige sich zudem eine Verhaltensauffälligkeit: der Versicherte sei distanzlos, frech sowie grob und laut zu anderen Kindern. Die Verhaltensstörung sei indes nicht mit den üblichen standardisierten testpsychologischen Verfahren untersucht worden. Die Antriebsstörung werde testpsychologisch bestätigt. Störungen der Wahrnehmung würden im sozialen Bereich/Sozialverhalten bestehen. Testpsychologisch sei die Untersuchung der auditiven Wahrnehmung abgebrochen worden, so dass hierzu kein Ergebnis vorliege. Das wahrnehmungsgebundene logische Denken (WLD) liege mit einem IQ von 98 allerdings im Normalbereich. Testpsychologisch sei damit keine Störung des Erfassens und Erkennens ausgewiesen worden. Störungen der Merkfähigkeit seien nicht ausgewiesen, da mittels VLMT im ersten Durchgang durchschnittliche Leistungen erfasst worden seien, das Kurzzeitgedächtnis normale Leistungen zeige (Arbeitsgedächtnis IQ 93) und keine Hinweise für eine Störung des Langzeitgedächtnisses bestünden (groses Wissen über Natur und Geschichte). Ferner sei die Diagnosestellung im Alter von 8 Jahren und 11 Monaten erfolgt. Therapeutisch sei die Fortsetzung der Ergotherapie empfohlen und über eine medikamentöse Behandlung gesprochen worden. Eine Psychotherapie sei noch nicht aufgegleist worden, da die fachärztlichen Abklärungen von November 2014 bis April 2015 nicht als Behandlung mit Methoden und Ergebnissen deklariert worden seien. Dr. Z.____ habe sich mit den vorangehenden Untersuchungen auseinandergesetzt und wesentliche Befunde im Detail zitiert. Im Jahr 2012 sei kein ADHS diagnostiziert und ein Asperger-Syndrom mit standardisierten Verfahren nicht bestätigt worden.

Der RAD-Arzt schlussfolgerte, aus versicherungsmedizinischer Sicht seien damit die Voraussetzungen für Leistungsansprüche nach Ziffer 404 GgV Anhang nicht erfüllt, da die kumulativ geforderten Merkmale nicht komplett ausgewiesen seien. Insbesondere bestünden keine Hinweise für eine Störung der Merkfähigkeit und eine Wahrnehmungsstörung sei nicht mit standardisierten testpsychologischen Methoden nachvollziehbar diagnostiziert worden. Die Ergotherapie sei im Dezember 2013 begonnen worden. Diese Leistung könne bei Anmeldung am 1. April 2015 ab April 2014 nach Art. 12 IVG von der Invalidenversicherung übernommen werden. So seien fein- und grobmotorische Störungen angegeben worden, wobei deren Verbesserung als Therapieziel aus versicherungsmedizinischer Sicht vermutet werden könne (Urk. 7/18/2).

E. 4.6.2

Am 21. Oktober 2015 äusserte sich derselbe RAD-Arzt dahingehend, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht eine Störung der Merkfähigkeit auch nach Sichtung der weiteren Abklärungsberichte bis zum vollendeten 9. Lebensjahr ärztlich, psychologisch oder anderweitig, z.B. via Psychomotorik- und Ergotherapie-Abklärung, nicht festgestellt und nicht nachvollziehbar belegt worden sei (Urk. 7/33/3 f.): - Im Bericht vom 17. September 2012 werde darauf hingewiesen, dass Sprachverständnis, Allgemeinwissen und Wortschatz deutlich überdurchschnittlich seien. Beim sprachlich-logischen Verständnis und dem Allgemeinwissen sei mit einem IQ von 137 sogar der Hochbegabungsbereich erreicht worden. - Im Bericht zur psychomotorischen Abklärung vom September 2012 werde ein cleverer Junge mit einem grossen Wissen beschrieben. Ebenso werde im psychomotorischen Zwischenbericht vom Juli 2013 auf das sehr gute Ausdrucksvermögen und den grossen Wortschatz hingewiesen. Das Wissen über

Geographie, Geschichte usw. habe die Untersucherin erstaunt. - Die Ergotherapeutin habe im Februar 2014 ebenfalls ein gutes Allgemeinwissen angegeben. Der Junge sei sehr interessiert an Naturthemen. Auf solche könne er sich mit guter Ausdauer einlassen und dabei bleiben. - Gemäss Bericht des schulpsychologischen Dienstes vom April 2014 sei das hohe Allgemeinwissen eine Stärke. Der Versicherte wisse viel zu erzählen. Seine individuellen Stärken würden im Bereich Sprachverständnis (PR 90) und logisch-abstraktes Denken liegen. Für das Arbeitsgedächtnis, dessen Leistungsfähigkeit als „auch konzentrationsabhängig“ beschrieben werde, liege mit PR 32 im unteren Durchschnitt. Für die Verarbeitungsgeschwindigkeit, nicht aber für das Arbeitsgedächtnis seien Werte im unterdurchschnittlichen Bereich angegeben worden. Definitionsgemäss würden IQ-Werte von 70-79 als unterdurchschnittlich, solche von 80-89 als im unteren Durchschnittsbereich liegend gelten. - Im Untersuchungsbericht Psychologie vom April 2014 [recte: 2015] werde ein grosses Interesse am Weltgeschehen (beispielsweise Satelliten, Geschichte und Geographie) angegeben. Erste Worte seien mit 12 Monaten gesprochen worden. Der Versicherte falle gemäss Einschätzung der Schulpsychologin durch seinen hervorragenden sprachlichen Ausdruck auf. Auch gemäss Lehrperson kenne er sehr viele Wörter und verstehe viele Sachverhalte (Geographie, Geschichte) schon sehr gut. Ebenso seien in der Untersuchung die ausgeprägte Sprachleistung und ein grosses Wissen über Natur und Geschichte aufgefallen. Gemäss HAWIVA-III vom September 2012 seien folgende Befunde zu Leistungen des Lang- bzw. Kurzzeitgedächtnisses angegeben worden: VT 112, AS 118 bzw. VG 91. Im Verbalteil (VT) würden Leistungen des Langzeitgedächtnisses über das Allgemeinwissen erfasst. Es handle sich um einen Kernuntertest. Mit dem Erklären von Begriffen würden in diesem Test auch Leistungen des Langzeitgedächtnisses erfasst. Bei der Allgemeinen Sprachskala (AS) sei ein IQ-Wert im oberen Durchschnittsbereich an der Grenze zu überdurchschnittlichen Leistungen (≥ 120) erreicht worden. Bei der Verarbeitungsgeschwindigkeit (VG) sei mit 91 ein durchschnittlicher Wert erreicht worden. Die Verarbeitungsgeschwindigkeit bilde unter anderem auch Leistungen des Kurzzeitgedächtnisses inklusive des visuellen Kurzzeitgedächtnisses ab. Die fehlenden Befundergebnisse im Arztbericht vom 17. September 2012 seien damit in diesem Bericht mitgeteilt worden. Mittels HAWIK-IV seien im April 2014 durch den schulpsychologischen Dienst gleichlautend zu diesen Ergebnissen unter anderem folgendes Leistungen dokumentiert worden: SV (Sprachverständnis) 119 und AGD (Arbeitsgedächtnis) 93. Diese Leistungen würden ebenfalls im oberen Durchschnitt bzw. im durchschnittlichen Bereich liegen. - Im Bericht und POS-Fragebogen vom Mai/Juni 2015 werde angegeben, dass der Versicherte sehr viele Wörter kenne und ein grosses Wissen über Natur und Geschichte habe. Das Arbeitsgedächtnis werde gemäss schulpsychologischem Dienst mit einem IQ-Wert von 93 angegeben. Dieser Wert liege definitionsgemäss im durchschnittlichen Bereich von 90-109. Im VLMT sei im ersten Durchgang denn auch eine durchschnittliche Leistung dokumentiert worden.

E. 4.6.3

Ferner liess Prof. C.____ die Testergebnisse des schulpsychologischen Dienstes (Urk. 7/31) anfordern. Zu diesen erläuterte er am 30. Oktober 2015, dass sich in den testpsychologischen Detailbefunden zu mehreren Untersuchungszeitpunkten und mit mehreren standardisierten testpsychologischen Verfahren unter Einbeziehung der Kindeseltern und einer Lehrperson keine Hinweise für eine Merkfähigkeitsstörung finden würden. Im HAWIK-IV sei ein Gesamt-IQ von 100 bei einem IQ von 93 beim Arbeitsgedächtnis und einem IQ von 119 beim Sprachverständnis dokumentiert worden.

Dabei seien die üblichen 10 Untertests durchgeführt und insbesondere in den Untertests Wortschatz (Wortwissen, Langzeitgedächtnis), Buchstaben-Zahlen-Folgen (auditives Kurzzeitgedächtnis) und Zahlen nachsprechen (Kurzzeitgedächtnis, Arbeitsgeschwindigkeit) Normal befunde dokumentiert worden. Mittels DISYPS-II-Fragebogen hätten die Kindes eltern und die Lehrperson angegeben, der Versicherte sei ein wenig vergesslich. Eine Schwäche der serialen Merkfähigkeit für auditive und visuelle Informationen können aus diesen Befunden nicht nachvollziehbar abgeleitet werden. Eine weitergehende Abklärung erübrige sich, da es sich um eine „Schwäche“ handle, die nicht als krankhaft einzuschätzen sei.

Zusammenfassend hielt er fest, da anamnestisch und testpsychologisch zu mehreren Zeitpunkten, mit unterschiedlichen testpsychologischen Methoden und ausgehend von den Angaben der Eltern, einer Lehrperson und der Untersucher (2 Ärztinnen, zwei Psychologinnen vom schulpsychologischen Dienst und der Praxis von Dr. Z.____ sowie zwei Therapeutinnen für Psycho motorik bzw. Ergotherapie) keine Hinweise für eine Störung der Merkfähigkeit vorgelegen hätten, seien die kumulativ geforderten Merkmale gemäss Ziffer 404 GgV Anhang nicht ausgewiesen (Urk. 7/33/5).

E. 4.7.1

Den RAD-Stellungnahmen hielt Dr. Z.____ im Bericht vom 27. November 2015 entgegen, dass der Versicherte sowohl klinisch als auch testpsychologisch unzweifelhaft Symptome einer ADHS zeige, weshalb eine solche Diagnose im April 2015 gestellt worden sei. Insbesondere in der Schule zeigten sich ADHS-typische Symptome wie kurze Aufmerksamkeitsspanne, leichte Ablenkbarkeit, motorische Unruhe und impulsives Verhalten. In der 1:1-Situation sei der Versicherte deutlich besser führbar und weniger schnell abgelenkt. Diesen Umstand gelte es bei der Beurteilung der Testergebnisse zu beachten, da insbesondere das Arbeitsgedächtnis (Konzentration, Merkfähigkeit) häufig in der Untersuchungssituation (keine Ablenkung durch andere Kinder oder äussere Faktoren, enge Führung, zeitlich sehr begrenzt) weniger auffällig sei als in einer grossen Gruppe. Den VLMT, der die Merkfähigkeit am besten belegen würde und bei ihr standardmässig bei der ADHS/POS-Diagnostik eingesetzt werde, habe der Versicherte nach dem ersten Durchgang verweigert. Man könne davon ausgehen, dass er dies getan habe, weil ihm der Test zu mühsam gewesen sei bzw. dieser ihn mit seinen Schwächen konfrontiert habe. Ein entsprechendes Verhalten werde auch in den vorangegangenen Abklärungen von der Psycho motorik therapeutin und der Schulpsychologin beschrieben. Man habe eine Wiederholung des Tests angeboten, worauf die Beschwerdegegnerin indes nicht eingegangen sei. Ein gutes Allgemeinwissen und ein grosser Wortschatz bzw. ein guter Sprach-IQ im Allgemeinen schliesse eine Störung der Merkfähigkeit insbesondere bei Kindern mit einer Aufmerksamkeitsstörung nicht aus. Bei guter Motivationslage seien diese Kinder zu erstaunlichen Leistungen fähig. Die Merkfähigkeitsstörung sei bereits von Dr. B.____ und der Schulpsycho login festgestellt worden. Bezüglich der Wahrnehmungsstörung sei anzunehmen, dass die Therapie nach zwei Jahren Erfolg zeitige und die Störung nicht mehr so stark ausgeprägt sei (Urk. 3).

E. 4.7.2

Am 21. September 2017 wiederholte Dr. Z.____ den VLMT im Auftrag des Gerichts. Zum Ergebnis hielt sie im Bericht vom 25. September 2017 fest, die Gesamtleistung in den Durchgängen 1 bis 5 sei mit PR 5 deutlich unter durchschnittlich. Der Versicherte sei mit

Schwierigkeiten gestartet und habe im ersten Durchgang 4 von 15 Begriffen korrekt (PR 5) erinnert. Danach habe er sich auf max. 9 korrekte Begriffe im Durchgang 5 (PR 5) gesteigert. Bei der Interferenzliste habe er ebenfalls 4 von 15 Begriffen erinnert (PR 10). In den Durchgängen 6 (aus dem Gedächtnis ohne erneutes Vorsagen) und 7 (aus dem Gedächtnis nach einer halben Stunde) habe er je 6 Begriffe korrekt erinnert (PR 5). Das Passivwissen (Wiedererkennungsliste) liege mit 10 erinnerten Begriffen im knapp durchschnittlichen Bereich (PR 10). Auffallend seien auch viele Perseverationen (PR < 5). Dr. Z.____ schlussfolgerte, der Versicherte habe trotz sehr hoher Motivation, 1:1-Situation und ohne äussere Ablenkung ein unterdurchschnittliches Ergebnis (PR 5) erzielt, was für das Vorliegen einer Störung der Merkfähigkeit spreche. Um die Ergebnisse zu verifizieren, habe sie noch die Untertests „Zahlen nachsprechen“ und „Buchstaben-Zahlen-Folge“ aus dem HAWIK-IV wiederholt. In beiden Tests habe der Versicherte mit 6 WP (Norm 7-13 WP) ebenfalls ein unterdurchschnittliches Testergebnis (Arbeitsgedächtnis PR 11,5) erreicht (Urk. 13).

E. 4.8

Die neuen Testergebnisse legte die Beschwerdegegnerin wiederum dem RAD-Arzt Prof. C.____ zur Prüfung vor. Dieser stellte am 7. November 2017 vorab fest, dass gemäss Bericht von Dr. I.____ vom 17. Juli 2016 einen Monat zuvor eine Behandlung mit Ritalin begonnen worden sei, weil sich der Versicherte nur schwer konzentrieren könne. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne sodann auf die auch in Ziff. 2.1.5 des Anhangs 7 zum KSME abgebildete herrschende Lehrmeinung abgestellt werden, dass die Merkfähigkeit an die Funktionsfähigkeit des Kurzzeit- und Langzeitgedächtnisses des Gehirns gebunden sei. Dabei könne der VLMT nur schwache Zusammenhänge zu den real vorhandenen Gedächtnisleistungen abbilden. Eine diagnostische Verwertung sei deshalb nur möglich bei Konsistenz zu gleichzeitig durchgeführten anderen Tests (und VLMT-Vorbefunden) sowie Ausschluss von Störfaktoren im Hinblick auf ein reproduzierbares Ergebnis. Ebenso werde in den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der SGPP angeregt, in Bezug auf mögliche Verfälschungen und Verzerrungen bei der Verwendung von psychodiagnostischen Instrumenten ein besonderes Augenmerk auf deren Aussagekraft im versicherungsmedizinischen Kontext zu richten sowie deren Konsistenz im Hinblick auf andere Informationen und Ergebnisse zu prüfen. Gleichlautend werde in Kapitel 5.2 der „S1-AWMF-Leitlinie Auditive Verarbeitung - und Wahrnehmungsstörungen“ darauf hingewiesen, dass sich die Testergebnisse bei einem Kind mit ADHS im Lauf der Untersuchung verschlechtern würden, wenn die Aufmerksamkeitsspanne zu lange belastet werde. Die Ergebnisse würden daher reliabler und valider, wenn die Untersuchung in mehreren kürzeren Einheiten stattfindet und nicht in einer langen 1.5- bis 2.5-stündigen Testung (Urk. 23 S. 1 und 2).

Prof. C.____ schlussfolgerte, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb eine Testdauer von 50 Minuten ohne Kommentar und Bezug zur aktuellen Umgebungssituation am Untersuchungstag (mögliche Belastung durch Schulunterricht) oder Hinweis auf eine allfällige Ritalingabe am Untersuchungstag praktiziert worden sei, nachdem beim Versicherten mehrfach Konzentrationsprobleme dokumentiert worden seien. Weiter bestünde eine nicht diskutierte Inkonsistenz zum Ergebnis im ersten Durchgang beim letzten VLMT, die auf Motivations-, Aufmerksamkeits- und/oder Konzentrationsprobleme hinweise, wobei gemäss KSME der bessere Wert massgebend sei. Dasselbe gelte für den

im Vergleich zur früheren Testung wesentlich tieferen IQ von 77 für das Arbeitsgedächtnis, da ohne zwischenzeitliche hirnorganische Erkrankung keine Abnahme anzunehmen sei. Die jenseits des Kindergarten- / Vorschulalters verschiedentlich dokumentierten Normalbefunde für die Merkfähigkeit würden gemäss

Ziff.

E. 7

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Verfahrensausgang der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Diese hat ferner die Kosten von Fr. 319.-- (Urk. 14) der ergänzenden Abklärung vom 21. September 2017 zu tragen (Urk. 13 und 17/1-2). Mit BGE 139 V 496 E. 4.4 hat das Bundesgericht erwogen, dass die Kosten eines Gerichtsgutachtens der Verwaltung aufzuerlegen sind, sofern ein Zusammenhang zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen, besteht (vgl. auch BGE 140 V 70 E. 6.1). Vorliegend war die Störung der Merkfähigkeit strittig, für deren Nachweis das KSME den VLMT vorsieht. Dem Versicherten kann so dann nicht vorgeworfen werden, dass er bei der ersten Durchführung seine Mitarbeit verweigerte, da ihm aufgrund seines Alters noch die dazu notwendige Einsichtsfähigkeit fehlt. Bei Zweifeln der Verwaltung aufgrund der durchschnittlichen Leistung in einem einzelnen Durchgang war daher eine Wiederholung geboten.

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) besteht zudem Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 2 GSVGer). Unter Berücksichtigung der vorstehenden Grundsätze bei geringem Aktenumfang und zwei kurzen Rechtschriften, des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- und des aktuellen Mehrwertsteuersatzes von 7,7 % ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. MWST und Barauslagen) zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 2. November 2015 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, die notwendigen medizinischen Massnahmen gemäss Art. 13 IVG (Geburtsgebrechen Ziff. 404 GgV) für den Beschwerdeführer zu erbringen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten von Fr. 319.-- für die vom Gericht eingeholte ergänzende Abklärung (VLMT) zu erstatten. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Yves Blöchliger - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 6.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti

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