

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00246 vom 23. Februar 2024**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-02-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00246](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00246)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00246 du 23 février 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00246 del 23 febbraio 2024

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der am 10. Mai 2011 geborene X.\_\_\_\_ wurde am 12. April 2022 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf eine Schlafstörung, Angstzustände sowie eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) von seinen Eltern bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet (Urk. 7/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische (Urk. 7/8, 7/10, 7/12, 7/15, 7/19-21) Abklärungen in Bezug auf das Geburtsgebrechen Ziffer 404 der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) über Geburtsgebrechen (GgV -EDI [Inkrafttreten 1. Januar 2022]; angeborene Störungen des Verhaltens bei Kindern ohne Intelligenzminderung, vgl. Urk. 7/5) . Mit Vorbescheid vom 20. Januar 2023 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (keine Kostengutsprache für medizinische Massnahmen , Urk. 7/23). Dagegen liessen die Eltern des Versicherten am 30. Januar 2023 vorsorglich Einwand erheben (Urk. 7/24; ergänzende Begründung vom 31. März 2023, Urk. 7/45; vgl. auch Urk. 7/31-44). Am 13. April 2023 verfügte die IV-Stelle im angekündigten Sinne und lehnte eine Kostengutsprache für medizinische Massnahmen ab (Urk. 2 [= Urk. 7/51]).

#### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Das Leistungsgesuch wurde am 12. April 2022 gestellt (Urk. 7/1). Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Vorliegend sind die ab dem 1. Januar 2022 gültigen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

#### **E. 1.2**

Versicherte haben gemäss Art. 13 Abs. 1 IVG bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Medizinische Massnahmen nach Absatz 1 werden gewährt für die Behandlung angeborener Missbildungen, genetischer Krankheiten sowie prä- und perinatal aufgetretener Leiden, die: a.

fachärztlich diagnostiziert sind; b.  
die Gesundheit beeinträchtigen; c.  
einen bestimmten Schweregrad aufweisen; d.  
eine langdauernde oder komplexe Behandlung erfordern; und e.  
mit medizinischen Massnahmen nach Artikel 14 behandelbar sind.

Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Die blossе Veranlagung zu einem Leiden gilt nicht als Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 IVV). Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist unerheblich (Art. 3 Abs. 3 IVV) ; davon ausgenommen ist Ziffer 404 GgV -EDI (E. 1.3 hernach) . Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) erstellt die Liste nach Artikel 14 ter Absatz 1 Buchstabe b IVG mit den Geburtsgebrechen, für die medizinische Massnahmen nach Artikel 13 IVG gewährt werden (Art. 3 bis Abs. 1 IVV). Es kann nähere Vorschriften über die Liste erlassen (Art. 3 bis Abs. 2 IVV).

### **E. 1.3**

Geburtsgebrechen im Sinne von Ziffer 404 GgV -EDI sind angeborene Störungen des Verhaltens bei Kindern ohne Intelligenzminderung mit kumulativem Nachweis von Störungen des Verhaltens im Sinne einer krankhaften Beeinträchtigung der Affektivität oder der Kontaktfähigkeit, von Störungen des Antriebes, des Erfassens (perzeptive Funktionen, kognitive oder Wahrnehmungsstörungen), der Konzentrationsfähigkeit sowie der Merkfähigkeit ( bei all diesen Symptomen handelt es sich um nicht leicht fass- und messbare Elemente ; Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung [ADHS]; früher «psychoorganisches Syndrom», POS; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2016 vom 4. November 2016 E. 4) .

Die Diagnosestellung und der Beginn der Behandlung müssen vor der Vollendung des 9. Lebensjahres erfolgt sein (Abs. 2 von Ziffer 404 GgV -EDI; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 9C\_855/2017 vom 19. Dezember 2018 E. 2.3 mit Hinweisen sowie Ziffer 1.3 ff. des Anhangs 4 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der IV [KSME], Stand 1. Januar 2023).

Nach der - gesetzes- und verordnungskonformen (vgl. BGE 122 V 113 E. 2 f. und Urteile des Bundesgerichts 8C\_159/2020 vom 14. Mai 2020 E. 2.2 sowie 8C\_316/2018 vom 23. Oktober 2018 E. 4.3 mit Hinweisen) - Verwaltungspraxis gelten die Voraussetzungen von Ziffer 404 GgV -EDI als erfüllt, wenn die dort aufgeführten Symptome vor Vollendung des neunten Altersjahres kumulativ nachgewiesen sind, wobei es genügt, wenn sie nicht alle gleichzeitig, sondern erst nach und nach auftreten (vgl. Ziffer 2.1 des Anhangs 4 KSME). Nach Ziffer 404.5 KSME sind die Voraussetzungen für Ziffer 404 GgV -EDI hingegen nicht erfüllt, wenn bis zum 9. Geburtstag nur einzelne der im Titel erwähnten Symptome (vgl. dazu: Titel zu Ziffer 404.1 ff. KSME) ärztlich festgestellt wurden. In diesen Fällen ist durch den RAD sorgfältig zu überprüfen, ob die geforderten Kriterien gemäss dem medizinischen Leitfaden zur Ziffer 404 GgV -EDI (Anhang 4) effektiv erfüllt sind. Allenfalls sind externe Experten beizuziehen.

### **E. 1.4**

Verwaltungsweisungen, wie etwa Wegleitungen oder Kreisschreiben, richten sich an die Durchführungsstellen und sind für das Sozialversicherungsgericht nicht verbindlich. Dieses

soll sie bei seiner Entscheidung aber berücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen. Das Gericht weicht also nicht ohne triftigen Grund von Verwaltungsweisungen ab, wenn diese eine überzeugende Konkretisierung der rechtlichen Vorgaben darstellen. Insofern wird dem Bestreben der Verwaltung, durch interne Weisungen eine rechtsgleiche Gesetzesanwendung zu gewährleisten, Rechnung getragen (BGE 146 V 224 E. 4.4.2, 141 V 365 E. 2.4 m.w.H.). 2.

## **E. 2**

Dagegen liessen die Eltern des Versicherten als gesetzliche Vertreter am 9. Mai 2023 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 13. April 2023 sei aufzuheben und dem Versicherten seien die gesetzlichen Leistungen nach Art. 13 IVG auszurichten; eventualiter sei die Sache zur Eruiierung des rechtserheblichen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese anzuweisen, weitere Abklärungen zu tätigen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 8. Juni 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Verfügung vom 12. Juni 2023 wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet und dem Beschwerdeführer Frist zur Stellungnahme (Replik) an gesetzt (Urk. 8). Mit Replik vom 11. September 2023 hielt der Beschwerdeführer an seinem Antrag fest (Urk. 11). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Schreiben vom 28. September 2023 auf eine Duplik (Urk. 14), worüber der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 3. Oktober 2023 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 15).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in ihrer Entscheidung, aus dem Bericht der Psychiatrischen Universitätsklinik B.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2021 gehe zwar hervor, dass im November 2017 eine Erstabklärung durchgeführt worden sei. In dieser Abklärung seien eine erhöhte Ablenkbarkeit, Impulsivität und Hyperaktivität sowie Einschränkungen in der sozialen Integration, vermehrte Ängste und Rigidität erwähnt worden, aufgrund der nur geringen Ausprägung der Symptomatik sei aber keine Diagnosestellung erfolgt. Nach dem Eintritt in die Schule habe sich eine hohe Ablenkbarkeit des Beschwerdeführers gezeigt, woraufhin im November 2018 die Diagnose einer ADHS gestellt worden sei. Im Sommer 2019 sei eine medikamentöse Therapie aufgenommen worden. Zum Zeitpunkt des Berichts der Psychiatrischen Universitätsklinik B.\_\_\_\_ im Februar 2021 habe der Beschwerdeführer das 9. Lebensjahr aber bereits erreicht gehabt. Aus den verfügbaren Unterlagen würden eine Konzentrationsstörung und die Einleitung einer medikamentösen Therapie hervor gehen. Die weiteren zur Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziffer 404 erforderlichen Kriterien seien aus den Unterlagen aber nicht ableitbar. Dies dürfte zwar im Bericht vom November 2018 erwähnt sein, dieser Bericht sei aber trotz mehrfacher Aufforderung nicht eingereicht worden. Das Geburts gebrechen Ziffer 404 könne deshalb nicht anerkannt werden. Bei den verschiedenen ambulanten und stationären Therapien, die seit dem Jahr 2017 durchgeführt worden seien, handle es sich in erster Linie um Leidens behandlungen. Entsprechend seien auch die Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen nach Art. 12 IVG nicht erfüllt (Urk. 2 S. 2).

#### **E. 2.1.3**

KSME).

Beim von Dr. F.\_\_\_\_ angeführten visuellen Lern- und Merkfähigkeitstest (VLMT) handelt es sich um einen Test zur Abklärung der Merkfähigkeit (Anhang 4 Ziff.

### **E. 2.1.5**

KSME), nicht des Erfassens. Beim Intelligenztest HAWIK-IV schnitt der Beschwerdeführer im Januar 2018 einzig beim Untertest Bildkonzepte (aus zwei oder drei Bilderreihen mit jeweils vier Bildern wählt das Kind jeweils ein Bild aus, um damit eine neue Gruppe zu bilden ; es geht bei diesem Test um das wahrnehmungsgebundene, logische Denken, um abstraktes und kategoriales Denken) unterdurchschnittlich ab, jedoch noch nicht im kritischen Bereich ( Urk. 12/4). Im April 2018 befundeten Dr. F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ noch, der Beschwerdeführer zeig e im HAWIK-IV insgesamt ein durchschnittliches jedoch heterogenes Intelligenz profil, weshalb der Gesamtwert (94) nur bedingt aussagekräftig sei, es bestünden signifikante Diskrepanzen zwischen dem Sprachverständnis und den andern drei Bereichen ( Urk. 7/15/4 oben).

Echtzeitlich wurden die damals durchgeführten Testreihen gerade nicht als aus reichend ausgeprägt beurteilt, dass ihnen im April 2018 Krankheitswert zuerkannt worden wäre. Entsprechend wurde damals die blosse Ver dachtsdiagnose F90.0, Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, vorwiegend unaufmerksamer Typ gestellt ( Urk. 7/15/4) . Dr. F.\_\_\_\_ machte im Bericht vom 2 5. August 2023 ( Urk. 12/2) denn auch nicht geltend, aufgrund der im April 2018 bekannten Test ergebnisse hätte bereits damals die Diagnose F90.0 gestellt werden müssen.

### **E. 2.2**

Demgegenüber brachte der Beschwerdeführer vor, im Bericht vom 1. März 2019 der Psychiatrischen Universitätsklinik B.\_\_\_\_ sei das Vorliegen eine r AD(H)S vor der Erreichung (gemeint wohl: Vollendung) des 9. Altersjahres klar diagnostiziert worden. Die ihn behandelnde Psychologin habe im Beiblatt der Beschwerde gegnerin zum Bericht vom 29. April 2022 das Bestehen dieser Diagnose seit dem Jahr 2017 bestätigt. Der langjährig behandelnde Kinderarzt habe in der Kranken geschichte per 15. März 2019 die Diagnose eine r ADHS ebenfalls aufgeführt . Die Diagnose sei nachweisbar vor Erreichung des 9. Altersjahres erfolgt. Die An nahme des RAD, wonach vor Erreichung des 9. Altersjahres nur eine Verdachts diagnose ADHS bestanden habe, sei unbegründet und ohne Kenntnis seiner gesamten Krankengeschichte

erfolgt (Urk. 1 S. 3-4). Im Arztbericht vom 3. März 2023 sei bestätigt worden , dass bei ihm seit mindestens April 2018 eine krank hafte Beeinträchtigung der Affektivität und Kontaktfähigkeit sowie des Antriebs und seines Verhaltens vorliege. Anlässlich des Untersuchs im Kinderspital C.\_\_\_\_

vom 19. Juni 2017 sei festgestellt worden, dass er Verhaltensauffälligkeiten mit selbstbestimmtem oppositionellem und teils aggressivem Verhalten gegenüber seiner Familie und im Sozialverhalten gegenüber Gleichaltrigen gezeigt habe. Das Kinderspital habe bestätigt, dass bei ihm Verhaltensauffälligkeiten in den Bereichen soziale Interaktion und Kommunikation, der Emotionsregulation sowie in der Impulskontrolle vorliege n würden .

E ine krankhafte Beeinträchtigung der Konzentrations- und Merkfähigkeit sei ebenfalls bestätigt worden (Urk. 1 S. 6).

### **E. 2.3**

In ihrer Beschwerdeantwort ergänzte die Beschwerdegegnerin, im medizinischen Bericht vom 26. Juli 2017 sei auf eine konklusive Beurteilung verzichtet worden, die Auffälligkeiten und Verhaltensweisen hätten diagnostisch erst später erfasst werden sollen. Im Bericht vom 11. April 2018 seien gewisse Auffälligkeiten der Anerkennungskriterien nach Rz. 404.5 von Ziff. 404 der GgV -EDI beschrieben worden, auf eine abschliessende ADHS-Diagnose sei aber verzichtet worden. Am 5. Dezember 2018 sei durch die Behandler die Diagnose ICD-10-Code F90.0 gestellt worden. In den Akten lasse sich dazu zwar ein Protokoll des schulischen Standortgesprächs vom 5. Dezember 2018 finden, ein medizinischer Bericht

fehle aber. Gemäss der Beurteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik B.\_\_\_\_ vom 3. März 2023 sei die nötige Diagnostik in den Berichten vom 11. April 2018, 3. Februar 2021 und vom 10. August 2022 aufgeführt. Einzig der Bericht vom 11. April 2018 sei vor dem 9. Geburtstag des Beschwerdeführers erstellt worden, dieser sei aber ohne abschliessende ADHS-Diagnose. Eine Anerkennung des Geburtsgebrechens nach Ziffer 404 könne nicht erfolgen.

Aus dem medizinischen Therapieverlauf gehe die Persönlichkeitsentwicklung und damit die Leidensbehandlung des Beschwerdeführers hervor, diese falle in den Aufgabenbereich der Krankenversicherung. Die bisherige Therapiedauer weise auf einen dauerhaften Charakter hin und die erwähnte Einnahme von Ritalin sei eine therapeutische Vorkehr, deren Wirkung sich in der Unterdrückung von Symptomen erschöpfe, was nicht als medizinische Massnahme gelten könne. Gesamthaft betrachtet seien auch die Voraussetzungen nach Art. 12 IVG nicht erfüllt (Urk. 6).

#### **E. 2.4**

Mit Replik vom 11. September 2023 bestätigte der Beschwerdeführer, dass im April 2018 die definitive Diagnose ADHS von den behandelnden Ärzten nicht gestellt worden sei, da sich die Aufmerksamkeitsstörung zu diesem Zeitpunkt noch nicht in allen Lebensbereichen entsprechend ausgeprägt gezeigt habe. Dieser Umstand sei in rechtlicher Hinsicht aber nicht relevant, da eine definitive Diagnose F90.0 nach ICD-10 vor Erreichung (gemeint: Vollendung) seines 9. Altersjahres erfolgt sei. Die ADHS-Diagnose sei eine klinische Diagnose und basiere auf Verhaltensbeobachtungen. Aus den Verlaufseinträgen der Kinder- und Jugendpsychiatrie D.\_\_\_\_ gehe hervor, dass sich seine schulische Situation spätestens seit dem 2. Oktober 2018 verschlechtert habe. Die Aufmerksamkeitsstörung habe sich zunehmend und erheblich auf den schulischen Alltag ausgewirkt. Am 5. Dezember 2018 sei in der schriftlichen Verlaufskontrolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie D.\_\_\_\_ die definitive Diagnose ADHS gestellt worden. Inwiefern keine formell korrekte medizinische Diagnose erfolgt sein sollte, sei nicht nachvollziehbar. In fachlich-medizinischer Hinsicht sei eine erneute Testdiagnostik nicht notwendig gewesen, aufgrund der bereits vorliegenden Testbefunde aus dem gleichen Jahr seien von einer erneuten Testung keine entscheidenden zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten gewesen. Nach seiner Einschulung hätten sich auch im schulischen Bereich vermehrt Auffälligkeiten gezeigt. Die vorhandene Aufmerksamkeitsstörung habe sich im Zeitpunkt April 2018 aber (noch) nicht in sämtlichen Lebensbereichen entsprechend ausgeprägt genug gezeigt gehabt (Urk. 11).

#### **E. 2.5**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Voraussetzungen für die Anerkennung und Behandlung eines Geburtsgebrechens nach Ziffer 404 GgV -EDI erfüllt sind (Art. 13 IVG)

beziehungsweise, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Kostenübernahme der Behandlungen als medizinische Massnahmen (Art. 12 IVG) hat.

### **E. 3**

Am 1. März 2019 bestätigte Assistenzärztin H.\_\_\_\_

von der Kinder- und Jugendpsychiatrie D.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer befinde sich mit der Diagnose einer AD(H)S seit dem 28. November 2017 in ambulanter Behandlung. Es sei eine medikamentöse Therapie mit Methylphenidat geplant, wofür noch einige somatische Untersuchungen notwendig seien (Urk. 7/31).

#### **E. 3.1**

Aus dem Bericht vom 26. Juli 2017 des Kinderspitals C.\_\_\_\_ geht hervor, dass der Beschwerdeführer aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten mit der Frage nach den möglichen Ursachen (insbesondere Vorliegen einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung oder einer Autismus-Spektrum-Störung) zugewiesen worden sei. Als Diagnosen wurden folgende aufgeführt (Urk. 7/37/1): - Altersentsprechende kognitive Entwicklung mit - Stärken im Bereich des logischen Denkens - Schwäche im Bereich der auditiven Merkfähigkeit - Status nach logopädischer Therapie bei Spracherwerbsstörung 2014-03/2016 - Grob- und feinmotorische Ungeschicklichkeit - Verhaltensauffälligkeiten in Bereichen der sozialen Interaktion und Kommunikation, der Emotionsregulation/ Impulskontrolle sowie der Aufmerksamkeit In der Untersuchung habe der Beschwerdeführer eine altersentsprechende kognitive Entwicklung bei einem Gesamtwert im Altersdurchschnitt (FKI von 103) gezeigt. Stärken hätten sich im logischen/verknüpfenden Denken (Muster ergänzen und Konzeptbildung) und dem Wortschatz (semantisches Lexikon, Wortabruf) finden lassen. Eine deutliche Schwäche habe er in der rein auditiven Merkfähigkeit (Untertests Zahlen nachsprechen und Wortreihe) gezeigt. Im Untertest Atlantis habe festgestellt werden können, dass der Beschwerdeführer mit visueller Unterstützung (Bilder von Fischen, Pflanzen und Muscheln) und durch Repetition neu Gelerntes recht gut abspeichern könne. Insgesamt wurden Aspekte einer ADHS/hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens sowie teilweise Zwangshandlungen milder Ausprägung und autistisch anmutende Verhaltensweisen beschrieben. Die Behandler hielten fest, aufgrund des Leidensdrucks im Umgang mit den beschriebenen Schwierigkeiten, die vor allem von den Eltern zum Ausdruck gebracht worden waren, sei eine psychologisch-psychiatrische Begleitung dringend indiziert. Dies sei auch notwendig, um im weiteren Verlauf die genannten Auffälligkeiten und Verhaltensweisen diagnostisch noch genauer fassen zu können, da zum aktuellen Zeitpunkt eine konklusive Beurteilung nicht möglich gewesen sei. Zur Beurteilung der motorischen Entwicklung sei die Zürcher Neuromotorik II durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer habe sowohl in der Grob- als auch in der Feinmotorik eine Ungeschicklichkeit, insbesondere in der Graphomotorik und Visuomotorik (Auge-Hand-Koordination) gezeigt. Bei anamnestisch beschriebenem und beobachtetem Störungsbewusstsein sei die Einleitung einer Psychomotorik-Therapie empfohlen worden (Urk. 7/37/5-6).

#### **E. 3.2**

Im Bericht der Psychiatrischen Universitätsklinik B.\_\_\_\_, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie D.\_\_\_\_, Ambulatorium E.\_\_\_\_, vom 11. April 2018

(Urk. 7/15 [= Urk. 7/20 und 7/36]) führten

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, und Psychologin G.\_\_\_\_ aus, die Zuweisung des Beschwerdeführers sei nach durchgeführter entwicklungspsychiatrischer Einschätzung durch die Behandlerin des Kinderspitals C.\_\_\_\_ erfolgt, um eine Abklärung einer potentiell bestehenden ADHS- beziehungsweise Autismus-Spektrum-Symptomatik durchzuführen. Das Erstgespräch habe am 28. November 2017 stattgefunden (Urk. 7/15/1). Zu diesem Zeitpunkt habe sich ein offener 6-Jähriger gezeigt, der mühelos mit ihnen in einen wechselseitigen Kontakt habe treten können. Es seien spontan verbale und nonverbale Interaktionen entstanden. Die Mimik und Gestik des Beschwerdeführers seien ausgeprägt und adäquat, seine Gedanken klar und gut nachvollziehbar gewesen. Während des Gesprächs mit seiner Mutter habe er begonnen, sich mit den Sandspielfiguren auseinander zu setzen. Seine Aufmerksamkeit habe er gut auf das Spiel und das Gespräch richten können und das Spiel ohne Widerstand beendet. In der Abklärungssituation habe sich ein etwas anderes Bild gezeigt. Der Beschwerdeführer habe gegenüber Aufgaben, die längere Ausdauer gefordert hätten, Widerstand gezeigt und habe seine Aufmerksamkeit nur kurz darauf richten können. Während des Erstgesprächs sei sein Antrieb der Situation angemessen gewesen, er sei emotional schwingungs fähig und spürbar gewesen. Eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung bestehe trotz aggressivem Verhalten gegenüber seiner Mutter und seiner Schwester nicht. Als Verdachtsdiagnose wurde im Bericht eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung F90.0 vorwiegend vom unaufmerksamen Typus genannt. Der Beschwerdeführer verfüge über eine durchschnittliche Intelligenz mit IQ 85-114, die testpsychologisch ermittelt worden sei. Im Verlauf der Abklärung habe eine Autismus-Spektrum-Störung klar ausgeschlossen werden können. In den Testsituationen und bei den Resultaten hätten sich dagegen Hinweise auf eine erhöhte Ablenkbarkeit, Impulsivität und Schwierigkeiten in der auditiven Merkfähigkeit (kurz und längerfristige Speicherung auditiver Inhalte) gezeigt. Auch die Schilderungen seiner Mutter sowie der Kindergartenlehrperson aus dem Alltag würden an eine Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit vorwiegender Unaufmerksamkeit erinnern. Aufgrund seines geringen Alters und der nur gering vorhandenen Situations-Unabhängigkeit (geringe Ausprägung der Symptomatik im Kindergarten) werde aber auf eine abschliessende Diagnose zum aktuellen Zeitpunkt verzichtet und eine Wiederbeurteilung im Verlauf als sinnvoll erachtet. Es sei später zu beurteilen, inwiefern der Beschwerdeführer den in der Schule geforderten erhöhten Anforderungen an die Aufmerksamkeit gerecht werden könne beziehungsweise seine Symptomatik verstärkt aufträte. Aufgrund des anstehenden Übertritts in die erste Klasse sei aber bereits aufgrund der Verdachtsdiagnose indiziert, geeignete Unterstützungsmassnahmen sorgfältig zu planen, damit dem Beschwerdeführer der Einstieg in die Schule gelingen könne (Urk. 7/15/3-5).

#### **E. 4**

Gemäss Bericht vom 3. Februar 2021

der Psychiatrischen Universitätsklinik B.\_\_\_\_ fand im Oktober 2020 bei zunehmender Symptomatik eine zweite Verlaufskontrolle auf Wunsch der Eltern des Beschwerdeführers statt. Der Beschwerdeführer habe zwei Jahre lang die Spielgruppe besucht. Aufgrund seiner sozial-emotionalen Unreife sei eine Rückstellung vom Kindergarteneintritt erfolgt. Im Sommer 2016 sei der Beschwerdeführer in den Kindergarten eingetreten und habe ab dem Jahr 2018 regulär in die 1. Klasse eingeschult werden können. Aufgrund schulischer und psychischer Schwierigkeiten sei er ab dem Sommer 2019 privat unterrichtet worden. Aktuell befinde er sich in der 3. Klasse im Privatunterricht. Dort lerne er in einer Gruppe

mit drei anderen Kindern verschiedener Stufen. Der Beschwerdeführer sei ein normal entwickelter neunjähriger Junge, der zum Zeitpunkt der Verlaufskontrolle offen und fröhlich in Kontakt getreten sei. Er habe gutgelaunt gewirkt und sei problemlos schwingungsfähig gewesen. Er habe selbst über seine Ängste Auskunft gegeben und auch von «alten Ängsten» erzählt, die wieder mehr im Vordergrund stehen würden. Hinweise auf Zwänge, Selbst- oder Fremdgefährdung hätten keine festgestellt werden können. Es seien aber suizidale Äusserungen ohne Handlungsplan beschrieben worden, die der Beschwerdeführer in der sehr belasteten Zeit in den Weihnachtsferien geäußert habe. Im November 2017 sei aufgrund des noch jungen Alters des Beschwerdeführers sowie der geringen Ausprägung der Symptomatik im Kindergarten nur eine Verdachtsdiagnose ADS gestellt worden. Die Diagnose habe im ersten Quartal in der ersten Klasse im Dezember 2018 bestätigt werden können, da sich die hohe Ablenkbarkeit des Beschwerdeführers deutlich auf den Schulalltag ausgewirkt habe. Im Sommer 2019 sei der Übertritt des Beschwerdeführers in die 2. Klasse im Privatunterricht sowie die Eindosierung der Medikation erfolgt. Weiterhin werde er durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie D. medikamentös begleitet. In den Testresultaten habe sich eine deutliche Verbesserung seiner Leistungen gezeigt. Es sei klar davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer sehr von der Medikation habe profitieren können. Der Bereich der Verarbeitungsgeschwindigkeit bleibe davon aber nicht beeinflusst und falle in den deutlich unterdurchschnittlichen Bereich. Der Beschwerdeführer sei diesbezüglich in seiner weiteren Beschulung auf viel Unterstützung angewiesen (Urk. 7/19). 3.

#### **E. 4.1.1**

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass es bei der Beurteilung eines Antrages um Kostengutsprache für medizinische Massnahmen um die Zuordnung des Leistungsträgers und nicht um die Beurteilung der Therapiebedürftigkeit des versicherten Kindes geht. Die Ablehnung eines Antrags durch die IV-Stelle ist somit nicht eine Entscheidung gegen das Kind oder eine Verneinung seiner Behandlungsbedürftigkeit, sondern eine versicherungsrechtlicher Entscheidung bezüglich der Zuordnung des Leistungsträgers (Ziff. 1.1 Anhang 4 KSME).

#### **E. 4.1.2**

Es ist an dieser Stelle noch einmal zu verdeutlichen, dass ein Geburtsgebrechen gemäss Ziffer 404 GgV -EDI nur dann anzuerkennen ist und die entsprechend notwendigen medizinischen Massnahmen nur dann nach Art. 13 IVG von der Invalidenversicherung zu übernehmen sind, wenn zusätzlich zur diagnostizierten angeborenen Verhaltensstörung des normal intelligenten Kindes auch sämtliche Teilleistungsstörungen kumulativ ausgewiesen sind (vgl. vorstehend E. 1.2 und 1.3), die Störungen des Erfassens, der Konzentrations- und der Merkfähigkeit sind mittels standardisierter testpsychologischer Untersuchungen nachzuweisen (Anhang 4 KSME). Die Definition des Geburtsgebrechens im Sinne von Ziffer 404 GgV EDI geht damit weit über das Vorliegen einer ADHS hinaus, indem eben zusätzlich weitere Teilleistungsstörungen diagnostiziert werden müssen.

Bei der Alterslimite - Diagnosestellung und Beginn der Behandlung vor Vollendung des neunten Lebensjahres – handelt es sich um zwei kumulativ zu erfüllende Anspruchsvoraussetzungen im

Sinne von Abgrenzungskriterien, um zu entscheiden, ob die Störung angeboren

oder erworben ist. Auf diese beiden Voraussetzungen kann nicht verzichtet werden. Sie beruhen auf der naturwissenschaftlichen (medizinischen) Erkenntnis, dass ein erst später diagnostiziertes und behandeltes Leiden nicht mehr auf einem angeborenen, sondern auf einem erworbenen POS beruht, welches nicht von der Invaliden-, sondern von der Krankenversicherung zu übernehmen ist. Die Befristung bezweckt, spätere Einflussfaktoren auszuschliessen, die mit dem Geburtsgebrechen nichts zu tun haben, aber dennoch zu den erwähnten Symptomen führen können. Erfolgt Diagnose und Behandlungsbeginn erst nach dem vollendeten neunten Altersjahr, besteht die unwiderlegbare Rechtsvermutung, dass ein erworbenes und kein angeborenes POS vorliegt. Damit entfällt auch der nachträgliche Beweis, dass die Möglichkeit der Diagnosestellung vor Vollendung des neunten Altersjahres bestanden habe. Selbst wenn es, objektiv betrachtet, an sich möglich gewesen wäre, rechtzeitig eine Diagnose zu stellen, dies aber im konkreten Einzelfall - aus welchen Gründen auch immer - nicht geschah, hat die Invalidenversicherung gestützt auf Ziffer 404 GgV -EDI keine medizinischen Massnahmen zu erbringen. Eine Verdachtsdiagnose genügt rechtsprechungsgemäss den Voraussetzungen von Ziffer 404 GgV -EDI nicht (Urteile des Bundesgerichts 8C\_316/2018 vom 23. Oktober 2018 E. 5.2 und 5.2.1; 9C\_418/2016 vom 4. November 2016 E. 4 sowie 8C\_23/2012 vom 5. Juni 2012

E. 5.1.1 - 2 unter Hinweis auf BGE 122 V 113 E. 2f, 3c/ bb und E. 4c).

### **E. 4.1.3**

Eine Störung des Erfassens im Sinne von Ziffer 2.1.3 Anhang 4 KSME besteht bei definierten visuellen oder auditiv-perzeptiven Teilleistungsstörungen, welche anhand einer klar definierten und detaillierten Abklärung mit standardisierten Untersuchungsverfahren festzustellen sind. Zur Erfassung von spezifischen Störungen der akustischen Wahrnehmung, die nicht immer einfach von Beeinträchtigungen der Merkfähigkeit zu unterscheiden sind, kommen verschiedene sprachlich-akustische Merkfähigkeitstests in Frage, insbesondere der Test nach Mottier. Dabei gilt es qualitative Auffälligkeiten im Sinne einer Differenzierungsstörung, welche auf eine beeinträchtigte akustische Wahrnehmungsleistung schliessen lässt, darzustellen. Auch zur Erfassung von Störungen der visuellen Wahrnehmung gibt es verschiedene Testverfahren, wobei viele Intelligenztests entsprechende Untertests aufweisen, wie beispielsweise der Mosaiktest. Zusätzlich gibt es auch Verfahren aus dem visuokonstruktiven Bereich, namentlich die Figurenkomplexe von Rey. Wichtig ist dabei stets die Differenzierung zwischen Störungen des Erfassens und der Reproduktion. Eine Störung der Merkfähigkeit gemäss Ziffer 2.1.5 Anhang 4 KSME wird als eine Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses definiert, wobei das akustische Kurzzeitgedächtnis mit vielen Tests, beispielsweise dem Nachsprechen von Zahlen, Wortreihen oder Anweisungen, geprüft werden kann. Die visuelle Merkfähigkeit kann mit dem Wiedererkennen von Gesichtern oder visuellen Lerntests erfasst werden.

### **E. 4.2.1**

Bezüglich der geforderten Diagnosestellung

vor Vollendung des neunten Lebensjahres sowie der fünf vor Vollendung des neunten Lebensjahres aufgetretenen Symptome erschliesst sich aus den Akten was folgt:

Anlässlich der Untersuchung des Beschwerdeführers mit Testung im Kinderspital vom 19. Juli 2017 (Bericht vom 26. Juli 2017; E. 3.1 hiervor)

wurde eine « Kaufman Assessment Battery

for Children II » zur Beurteilung der kognitiven Entwicklung durchgeführt, diese war altersentsprechend mit Stärken im logischen/induktiven Denken bei einem Gesamtwert im Altersdurchschnitt. In den Untertests zeigte sich im Bereich der auditiven Merkfähigkeit eine deutliche Schwäche, ansonsten ergab die Testung eine altersentsprechende kognitive Entwicklung. Die früher festgestellte Spracherwerbsstörung hatte sich ausgeheilt

(Urk. 7/37/5; E. 3.1 hiervor).

In Bezug auf die Auffälligkeiten im Bereich der Hyperaktivität/Impulsivität und der Aggression/des Trotzes führten die Ärzte aus, die Kriterien für eine ADHS kombinierter Typ nach DSM-IV-TR seien vermutlich erfüllt; die Kriterien für eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens gemäss Symptomzahlen nach ICD-10 seien vermutlich erfüllt. Es seien auch Zwangshandlungen milder Ausprägung und autistisch anmutende Verhaltensweisen zu beschreiben. Im Bericht wurde darauf hingewiesen, eine psychologisch-psychiatrische Begleitung sei dringend indiziert, dies sei auch notwendig, um im weiteren Verlauf die genannten Auffälligkeiten und Verhaltensweisen auch diagnostisch noch genauer fassen zu können, zum jetzigen Zeitpunkt sei eine konklusive Beurteilung nicht möglich (Urk. 7/37/5-6).

#### **E. 4.2.2**

Im Bericht der Kinder- und Jugendpsychiatrie D.\_\_\_\_ vom 11. April 2018 (Urk. 7/15/5; E. 3.2 hiervor) wurde auf die Abklärungen im Kinderspital verwiesen. Die von den Ärzten befragte Lehrperson schilderte, das Verhalten des Beschwerdeführers erinnere an eine ADS-Symptomatik, wobei die Symptome nicht ausgeprägt seien (Urk. 7/15/3 oben). Der durchgeführte KITAP-Test zur Prüfung der Aufmerksamkeit erbrachte auffällige Werte in den Bereichen Go/ Nogo, Ablenkbarkeit und Flexibilität; bei Störreizen bestehe eine hohe Ablenkbarkeit, bei der Testung falle auf, dass es dem Beschwerdeführer schwer falle, ausdauernd an einer für ihn schwierigen Aufgabe zu bleiben. Die andern Werte der Untertests waren im unauffälligen Bereich. Die Verarbeitungsgeschwindigkeit war normal. Der VLMT-Test zur Erfassung verschiedener Aspekte der sprachlichen Gedächtnisleistung (Test zur Merkfähigkeit) ergab einen durchschnittlichen Lernzuwachs im Verlauf der Durchgänge, jedoch einen Einbruch der Erinnerungsleistung nach zeitlicher Verzögerung, die Wiedererkennungslleistung fiel unterdurchschnittlich aus. Unter Auswertung des HAWIK-IV Intelligenz-Tests sowie der klinischen Fragebögen (Conners Lehrerfragebogen) stellten die Ärzte die Verdachtsdiagnose F90.0, Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, vorwiegend unaufmerksamer Typ (Urk. 7/15/3-4). Im Gegensatz zu den Ärzten des Kinderspitals (E. 4.1.1 hiervor) äusserten sie nicht den Verdacht auf eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F90.1).

#### **E. 4.2.3**

Anlässlich des schulischen Standortgesprächs vom 5. Dezember 2018, bei dem neben den Eltern des Beschwerdeführers auch Frau G.\_\_\_\_

der Kinder- und Jugendpsychiatrie D.\_\_\_\_ anwesend war, führte Letztere gemäss der damals erstellten Gesprächsnotiz aus, der Verdacht einer Aufmerksamkeitsstörung sei vorhanden, das Arbeitsgedächtnis sei eingeschränkt. Der Beschwerdeführer schein nicht darunter zu

leiden, dass er in der Schule langsam sei. Das Arbeiten falle ihm schwer, die Konzentration lasse schnell nach. Im Moment sei die Medikamentenabgabe noch etwas verfrüht, es bestehe kein Leidensdruck ( Urk. 7/40/3). In der Folge dieses Gespräches kamen Dr. F.\_\_\_\_ und Frau G.\_\_\_\_

der Kinder- und Jugendpsychiatrie D.\_\_\_\_ überein, die Diagnose F90.0 im Rahmen «der üblichen internen Besprechung von Mitarbeitern und Vorgesetzten» schriftlich festzuhalten; dies wegen der hohen Ablenkbarkeit, die sich im Schulalltag aus gewirkt habe; bei der Verlaufskontrolle sei es vor allem um die klinische Einschätzung gegangen, die Diagnose F90.0 sei vor allem eine klinische Diagnose. Von einer erneuten Testung sei bei der Verlaufsbeurteilung abgesehen worden, da aufgrund der bereits vorliegenden Test-Befunde aus dem gleichen Jahr (2018) von einer erneuten Testung keine entscheidenden zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten gewesen wären ( Urk. 12/2 Ziff. 3-5; s. auch Urk. 7/27 und 7/35/1 Ziff. 1 , 12/3).

#### **E. 4.2.4.1**

Die Diagnose einer ADHS wurde am 5. Dezember 2018 zwar vor Vollendung des neunten Altersjahres des Beschwerdeführers gestellt, doch wurde die erhöhte Ablenkbarkeit bereits im April 2018 festgehalten ( Urk. 7/15/3; E. 3.2 hiervor), da mals jedoch erst die Verdachtsdiagnose einer ADHS gestellt. Im Frühjahr 2018 trat der Beschwerdeführer vom Kindergarten in die Primarschule über, in der sich die bereits im Kindergarten festgestellte Ablenkbarkeit weiterhin negativ auswirkte. Im Bericht der Kinder- und Jugendpsychiatrie D.\_\_\_\_ vom 10. November 2021 über die tagesklinische Behandlung des Beschwerdeführers wurde dazu ausgeführt, die Verdachtsdiagnose ADS sei im Dezember 2018 erhärtet worden, da sich die hohe Ablenkbarkeit von X.\_\_\_\_ eindeutig auf den Schulalltag ausgewirkt habe ( Urk. 7/8/3). Eine Verschlechterung der Ablenkbarkeit zwischen April und Dezember 2018 wurde ärztlicherseits jedoch weder qualitativ noch quantitativ beschrieben; der Wechsel von einer Verdachtsdiagnose zu einer gesicherten Diagnose ist nicht schlüssig. Mit der RAD-Ärztin ist festzuhalten, dass es nicht opportun ist, wenn dieselben Befunde, die im April 2018 noch nicht zur Diagnose geführt hatten, von den gleichen Ärzten nachträglich schwerwiegender bewertet wurden ( Urk. 7/50/ 3; E. 3.9 hiervor). Die Diagnosestellung einer ADHS im Dezember 2018 wurde nicht nachvollziehbar hergeleitet und ist somit nicht überwiegend wahrscheinlich.

#### **E. 4.2.4.2**

Weiter monierte die RAD-Ärztin zu Recht, dem Entscheid vom 5. Dezember 2018 liege keine unmittelbar vorausgehende Diagnostik zugrunde (E. 3.9 hiervor). Eine weitere Verlaufskontrolle mit Testreihen (unter Ritalin-Gabe) fand erst im Oktober 2020 und damit nach vollendetem neuntem Lebensjahr des im Mai 2011 geborenen Beschwerdeführers statt, als neben ADHS eine phobische Störung des Kindesalters (F93.1) diagnostiziert wurde (E. 3.4 hiervor). Im Oktober 2020 war der Test betreffend die verbale Lern- und Merkfähigkeit unauffällig, der Beschwerdeführer erbrachte gut durchschnittliche Leistungen. Der KITAP-Test zur Prüfung der Aufmerksamkeit erbrachte nur beim Untertest zur Flexibilität viele Fehler, der Beschwerdeführer konnte bei diesem Untertest seinen Impuls nicht rechtzeitig kontrollieren, an deren Subtests gelangen ihm gut. Bei der Lerndiagnostik wurde der WISC-V-Test (Wechsler Intelligence

Scale

for

children ) durchgeführt, der ebenfalls durchschnittliche Werte ergab, mit Ausnahme der Verarbeitungsgeschwindigkeit, wo er stark unterdurchschnittlich abschnitt

( Urk. 7/19/3; dies im Gegensatz zu r 2018 durchgeführten Testung mit HAWIK-IV, als dieser Wert unauffällig war [ Urk. 7/15 /4 ]).

Im Bericht der Kinder- und Jugendpsychiatrie D.\_\_\_\_ vom 3. März 2023 ( Urk. 7/35; E. 3.8 hiervor) machte Dr. F.\_\_\_\_ geltend, krankhafte Beeinträchtigungen der Affektivität und Kontaktfähigkeit, des Antriebs, des Verhaltens

sowie der Konzentrations- und Merkfähigkeit hätten schon anlässlich der Diagnosestellung vom 5. Dezember 2018 vorgelegen. Derselbe machte im Bericht vom 25. August 2023 ( Urk. 12/2) geltend, das Erfassen (perzeptive Funktionen) sei vor dem 9. Altersjahr des Beschwerdeführers abgeklärt worden, so in der Testdiagnostik gemäss dem Bericht vom 1. April 2018: VLMT, März 2018 und HAWIK-IV, Jan. 2018. Beim HAWIK-IV: Mosaiktest Wertpunkt 9, durchschnittlich, Zahlennachsprechen WP 7, unterer Durchschnitt, Bildkonzepte WP 6, unterdurchschnittlich ( Urk. 12/2 Ziff. 8).

Bis zur Diagnosestellung vom 5. Dezember 2018 respektive bis am 10. Mai 2020 (Vollendung des neuen Lebensjahres) wurden entgegen Dr. F.\_\_\_\_ keine eingehenden standardisierten Testungen bezüglich des Erfassens ( perzeptive Funktionen , kognitive oder Wahrnehmungsstörungen ) durchgeführt (E. 4.1.2 hiervor); wobei bemerkenswert ist, dass sich die Spracherwerbsstörung bereits bis Juli 2017 ausgeheilt hatte ( ausgewiesene Defizite der auditiven Wahrnehmung

können zu Sprachentwicklungsstörungen führen ; Anhang 4 Ziff.

#### **E. 4.3**

Aus den vorstehenden Erwägungen wurde die am 5. Dezember 2018 beim Beschwerdeführer gestellte Diagnose einer ADHS nicht nachvollziehbar hergeleitet und vermag daher das Kriterium, vor dem vollendeten neunten Lebensjahr gestellt worden zu sein, nicht zu erfüllen. Ebenso wenig wurde die Teilleistungsstörung des Erfassens vor Vollendung des neunten Lebensjahres testdiagnostisch rechtsgenügend erhoben. Damit sind die Voraussetzungen nicht erfüllt, damit die Beschwerdegegnerin gestützt auf Ziffer 404 GgV -EDI verpflichtet werden könnte, medizinische Massnahmen im Rahmen der ADHS zu erbringen.

#### **E. 4.4**

Zu prüfen bleibt, ob die ADHS im Rahmen von Art.

#### **E. 4.5**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass medizinische Massnahmen vorliegend weder gestützt auf Art.

#### **E. 5**

Am 10. August 2022 berichtete n

Dr. F.\_\_\_\_ und Frau G.\_\_\_\_ von der Kinder- und Jugendpsychiatrie D.\_\_\_\_, es habe sich eine zunehmende emotionale Symptomatik bei bereits vordiagnostizierter Aufmerksamkeits-Defizit-Störung (ADS) gezeigt, weshalb die Zuweisung durch die Eltern erfolgt sei. Die Behandler führten aus, bereits kurz nach dem Einstieg in die erste Klasse seien die Konzentrations- und Gedächtnisprobleme des Beschwerdeführers aufgefallen. Er

habe sehr langsam gearbeitet, sei verträumt gewesen und habe sich Lerninhalte nur schwer merken können. Aufgrund der gestellten ADS-Diagnose sei im Sommer 2019 eine Ritalin-Medikation begonnen worden, die den Beschwerdeführer gut unterstützt habe. Im Oktober 2020 habe die Wirkung deutlich nachgelassen, was durch eine Dosisanpassung habe aufgefangen werden können. Trotz Medikation habe der Beschwerdeführer aber viel zu lange an seinen Hausaufgaben gehaft (Urk. 7/10/1-2). In der Befundbeschreibung erläuterten die Behandler, der Beschwerdeführer könne zum Teil dem Unterricht nicht folgen, wenn ihn Inhalte an Phobien erinnern würden. Er verlasse das Klassenzimmer, wenn die Lehrperson das Thema Ägypten aufgreife (Phobie vor Mumien) oder ein Bild aus dem Mittelalter gezeigt werde (Phobie vor Folter/Gefängnis). Zudem würden weiterhin deutliche Ein- und Durchschlafschwierigkeiten mit häufigem Aufsuchen des elterlichen Bettes, Albträumen, nächtlichem Erwachen und Müdigkeit tagsüber bestehen. In Bezug auf die Antriebsstörung geht hervor, der Beschwerdeführer leide an deutlicher Tagesmüdigkeit, zeitweise vermindertem Antrieb sowie Motivationslosigkeit insbesondere für schulische Inhalte. Zudem liege bei ihm eine Lese-Rechtschreibstörung vor. Er weise eine deutliche ADS auf mit einer ausgeprägten Schwäche im Bereich der Verarbeitungsgeschwindigkeit. Diese schränke ihn im familiären aber vor allem auch im schulischen Umfeld massiv ein und führe längerfristig zur sekundären, affektiven Symptomatik, die schliesslich zur teilstationären Behandlung geführt habe. Ohne Medikation bestehe eine Einschränkung in der Merkfähigkeit, insbesondere in der Langzeitspeicherung sprachlicher Inhalte. Es trete ein Einbruch der Erinnerungsleistung nach zeitlicher Verzögerung auf, dies sei testpsychologisch durch den verbalen Lern- und Merkfähigkeitstest (VLMT), welcher neuropsychologische Verfahren zur Erfassung verschiedener Aspekte der sprachlichen Gedächtnisleistung

beinhalte, erfasst worden. Die Diagnose der einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung F90.0 hätten sie am 5. Dezember 2018 gestellt. Am 3. Februar 2021 sei eine phobische Störung des Kindesalters F93.1 diagnostiziert worden. Am 10. November 2021 hätten Dr. med. I.\_\_\_\_\_

und lic.

phil. J.\_\_\_\_\_

beim Beschwerdeführer eine Lese- und Rechtschreibstörung F81.0 diagnostiziert (Urk. 7/10/3). Die Eindosierung mit Ritalin habe am 1. März 2019 begonnen. Ab Sommer 2019 sei die Anpassung des schulischen Settings mit Wechsel in die Privatschule erfolgt. Im Januar 2021 habe der Beschwerdeführer eine einzeltherapeutische Begleitung aufgenommen und sei schliesslich am 10. Juni 2021 in die Tagesklinik für Kinder eingetreten (Urk. 7/10/4) . 3.

## **E. 6**

Am 7. September 2022 ergänzte die behandelnde Psychologin,

Frau G.\_\_\_\_, die Psychotherapie stehe im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziffer 40.4. Seit Juni 2017 stehe der Beschwerdeführer in ambulanter Abklärung und Therapie. Von Juni 2021 bis November 2021 sei er im teilstationären Aufenthalt gewesen. Im Therapieverlauf seien Fortschritte in dem Sinne erreicht worden, dass eine Reduktion der Ängste festgestellt werden können. Der Beschwerdeführer habe Entspannungstechniken erlernt und es sei ein adäquates Schulsetting aufgegleist worden. Es werde noch mit einem Jahr Therapiedauer gerechnet. Die Psychologin bestätigte sodann,

dass mit der psychotherapeutischen Behandlung die drohenden negativen Auswirkungen der Erkrankung auf die Berufsbildung und Erwerbsfähigkeit ganz oder in wesentlichem Ausmass verhindert werden könne (Urk. 7/12 [= Urk. 7/32] ). 3.

#### **E. 7**

RAD-Ärztin Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie, nahm am 7. November 2022 eine versicherungsmedizinische Beurteilung vor und hielt fest, es sei der Abklärungsbericht der Psychiatrischen Universitätsklinik B.\_\_\_\_ vom 11. April 2018 eingereicht worden, dieser beziehe sich auf die Abklärung einer potentiell bestehenden ADHS oder Autismus-Spektrum-Symptomatik vom 28. November 2017. In dieser Abklärung sei eine Autismus-Spektrum Störung (ASS) klar ausgeschlossen worden. Es hätten zwar Hinweise für eine ADHS bestanden, aufgrund des Alters des Beschwerdeführers und der geringen Ausprägung der Symptomatik sei aber auf eine abschliessende Diagnose verzichtet und eine Wiederbeurteilung im Verlauf empfohlen worden. Gemäss Verlaufskontrolle in der Psychiatrischen Universitätsklinik B.\_\_\_\_ am 3. Februar 2021 sei die Diagnose anschliessend am 5. Dezember 2018 durch Dr. F.\_\_\_\_ gestellt und ab Sommer 2019 eine Ritalinbehandlung eingeleitet worden. Entsprechend sei erneut darum zu beten, den Abklärungsbericht vom Dezember 2018 einzureichen (Urk. 7/22/2-3) . 3.

#### **E. 8**

Dr. F.\_\_\_\_ bestätigte in seinem Bericht vom 3. März 2023, am 5. Dezember 2018 zusammen mit lic.

phil .

G.\_\_\_\_ die Diagnose F90.0 einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung gestellt zu haben . Vom Tag der Diagnosestellung sei kein separater Bericht vorhanden , es sei das Datum der fachlichen Entscheidung im Anschluss an die entsprechende Diagnostik gewesen. In den früheren Berichten sei die Testdiagnostik sowie die klinische Einschätzung aus den Jahren davor beschrieben worden. Es habe auch ein Schulbesuch am 23. November 2018 stattgefunden und es seien Auskünfte von Lehrpersonen in die klinische Diagnostik einer ADHS eingeflossen. Die Auffälligkeiten und Ergebnisse in den Bereichen der krankhaften Beeinträchtigung der Affektivität und Kontaktfähigkeit, des Antriebs und Verhaltens sowie der Konzentrationsfähigkeit und Merkfähigkeit seien bereits vor dem 9. Lebensjahr festgestellt worden (Urk. 7/35). 3.

#### **E. 9**

Am 9. Januar 2023 nahm RAD-Ärztin Dr. K.\_\_\_\_ erneut Stellung und hielt fest, es sei ein Bericht der Psychiatrischen Universitätsklinik B.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2021 eingereicht worden, aus dem eine Erstabklärung im November 2017 hervorgehe . In dieser Erstabklärung seien eine erhöhte Ablenkbarkeit, Impulsivität und Hyperaktivität erwähnt und Einschränkungen in der sozialen Integration, vermehrte Ängste und Rigidität beschrieben worden. Zu diesem Zeitpunkt sei aber nur eine geringe Ausprägung der Symptomatik feststellbar gewesen, weshalb keine Diagnosestellung erfolgt sei. Nach dem Eintritt in die Schule habe sich eine hohe Ablenkbarkeit gezeigt, weshalb im Dezember 2018 die Diagnose ADHS gestellt worden sei , dieser Bericht sei aber nicht aktenkundig . Ab Sommer 2019 sei eine medikamentöse Therapie durchgeführt worden. Zum Zeitpunkt des Berichtes der Psychiatrischen Universitätsklinik B.\_\_\_\_ vom Februar 2021 habe der Beschwerdeführer das 9. Lebensjahr bereits erreicht gehabt. Aus den verfügbaren

Unterlagen gehe eine Konzentrationsstörung und die Einleitung einer medikamentösen Therapie hervor, die weiteren zur Anerkennung des Geburtsgebrechens erforderlichen Kriterien seien aus den Unterlagen aber nicht ableitbar. Dr. K.\_\_\_\_ notierte, die Kriterien dürften zwar im Bericht vom Dezember 2018 erwähnt worden sein, dieser Bericht sei aber trotz mehrfacher Aufforderung weiterhin nicht eingereicht worden. Die Anerkennung des Geburts gebrechens Ziffer 404 könne damit nicht empfohlen werden. Es sei zudem davon auszugehen, dass es sich bei den verschiedenen ambulanten und stationären Therapien, die seit dem Jahr 2017 durchgeführt worden seien, in erster Linie um Leidensbehandlungen handle. Entsprechend werde auch keine Übernahme der Leistungen nach Art. 12 IVG empfohlen (Urk. 7/22/3).

Am 13. April 2023 ergänzte Dr. K.\_\_\_\_, insgesamt gehe aus den zahlreichen zusätzlich eingereichten Unterlagen im Einwandverfahren hervor, dass im Rahmen der dokumentierten fachspezifischen Untersuchungen und test diagnostischen Abklärungen durch die Entwicklungspädiatrie des Kinderspitals im Juli 2017 und die Kinder- und Jugendpsychiatrie D.\_\_\_\_

der Psychiatrischen Universitätsklinik B.\_\_\_\_ im April 2018 zwar Auffälligkeiten beschrieben worden seien, die Diagnose einer ADHS aber nicht gestellt worden sei. Da zuvor durch die Entwicklungspädiaterin des Kinderspitals auf die Wichtigkeit einer genauen diagnostischen Zuordnung der festgestellten Auffälligkeiten hingewiesen worden war, erstaune es, dass eine derartige fachliche Entscheidung nicht einmal in Form einer Notiz schriftlich festgehalten und insbesondere nicht fachlich begründet worden sei. Eine der fachlichen Entscheidung unmittelbar vorangegangene Diagnostik liege nicht vor. Einzig der Bericht vom April 2018 sei vor dem 9. Geburtstag des Beschwerdeführers erstellt worden, wo bei die Behandler im Text auf Resultate der entwicklungspsychiatrischen Abklärung vom Juli 2017 eingegangen seien. Aus dieser Beurteilung gehe hervor, dass die Diagnostik für eine definitive Diagnose einer ADHS nicht ausgereicht habe, wes halb die Zuweisung zur Weiterbeurteilung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie D.\_\_\_\_

der Psychiatrischen Universitätsklinik B.\_\_\_\_

vorgenommen worden sei. Im Juli 2017 habe die durchgeführte entwicklungspsychiatrische Abklärung Hinweise für Defizite in der auditiven Merkfähigkeit ergeben, was übernommen worden sei. In den leitliniengerechten, testbasierten Abklärungen vom Juli 2017 und April 2018 sei aber die Diagnose ADHS nicht gestellt worden. Eine Dokumentation bezüglich anschliessender Verschlechterung liege nicht vor. Die von der Lehrerschaft erwähnte Vergesslichkeit sei kein grundsätzlich neues Symptom, da bereits zuvor in den ärztlichen Berichten ein Merkfähigkeitsdefizit erwähnt worden sei. In der aktuellen Beurteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik B.\_\_\_\_ vom März 2023 seien bezüglich Erfüllung der ADHS-Kriterien verschiedene Test- und Untersuchungsbefunde der Abklärung im April 2018 zitiert worden. Es sei nicht opportun, die selben Befunde nachträglich schwerwiegender zu bewerten. Die Einnahme von Ritalin während mindestens eines Monats ab August 2019 sei dokumentiert, dies könne aber nicht als Beweis einer ADHS Diagnose gelten, da Stimulantien bei Schulschwierigkeiten und entsprechendem Leidensdruck auch auf Wunsch der Eltern ohne klare Diagnose verschrieben würden. Beim Beschwerdeführer fehle die dokumentierte Herleitung der abschliessenden Diagnose vor dem 9. Lebensjahr (Urk. 7/50). 3.

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens erläuterte Dr. F.\_\_\_\_ am 25. August 2023 , aus dem Bericht vom 1. März 2019 an den behandelnden Hausarzt des Beschwerdeführers gehe die Diagnose der ADHS hervor. Am 28. November 2017 sei keine Diagnose gestellt worden, er habe an diesem Datum nur ein Erstgespräch mit der Familie geführt . Im Untersuchungsbericht vom 3. Februar 2021 sei unter «bisheriger Verlauf» die fachliche Beurteilung, der zeitliche Verlauf sowie die Begründung der fachlichen Einschätzung konkret dargelegt worden. Im April 2018 sei das Kriterium, dass sich eine Aufmerksamkeitsstörung im Sinne von ICD-10 F90.0 in sämtlichen Lebensbereichen entsprechend ausgeprägt zeige, nicht ausreichend erfüllt gewesen. Daher sei zu diesem Zeitpunkt nur eine Verdachtsdiagnose gestellt worden. Mit der Entwicklung der Schulsituation im Verlauf des Jahres 2018 sei dann die Diagnose F90.0 im Dezember 2018 aufgrund der nun auch in der Schule beschriebenen Symptomatik bestätigt worden. Bei der Verlaufsbeurteilung sei es vor allem um die klinische Einschätzung gegangen, wie sich die Symptomatik in den Lebensbereichen ausgewirkt habe. Es habe ein Austausch mit den Eltern, der Schule (Lehrperson) sowie ein Schulbesuch stattgefunden. Nach der Einschulung hätten sich auch in diesem Lebensbereich vermehrt Auffälligkeiten mit entsprechender Ausprägung und somit eine Verschlechterung der Symptomatik gezeigt. Von einer erneuten Testdiagnostik sei in der Verlaufsbeurteilung abgesehen worden, da aufgrund der bereits vorliegenden Testbefunde aus dem gleichen Jahr von einer erneuten Testung keine entscheidenden zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten gewesen seien. Dr. F.\_\_\_\_ wies sodann darauf hin, dass die Diagnose F90.0 am 5. Dezember 2018 nach Evaluation der zu diesem Zeitpunkt zur Verfügung stehenden Befunde und Informationen gestellt worden sei. Das Protokoll von diesem Datum sei aber nicht von der Kinder- und Jugendpsychiatrie D.\_\_\_\_ erstellt worden. Die Informationen aus dem Standortgespräch seien in die Entscheidung zur Diagnose eingeflossen. Im Anschluss an die Diagnosestellung sei mit den Eltern die Medikation besprochen worden und das erste Rezept am 13. August 2019 ausgestellt worden . Die Testdiagnostik sei im Bericht vom 11. April 2018 enthalten (Urk. 12/2) . 4.

## **E. 12**

IVG noch auf Art.

## **E. 13**

IVG geschuldet sind. Die angefochtene Verfügung vom 13. April 2023 erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt . 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für

Sozialversicherungen 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Philipp Sherif

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