

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00501 vom 29. Oktober 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-10-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2025.00501

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00501 du 29 octobre 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00501 del 29 ottobre 2025

Erwägungen

E. 1

Der im Dezember 2014 geborene X.____ wurde von seiner Mutter am

E. 1.1

KSME).

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 blosse 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). Der Anspruch auf Behandlung eines Geburtsgebrechens beginnt mit der Einleitung von medizinischen Massnahmen, frühestens jedoch nach vollendeter Geburt (Art. 3 ter Abs. 1 IVV). Er erlischt am Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 20. Altersjahr vollendet hat (Art. 3 ter Abs. 2 IVV). 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

ff. des Anhangs 4 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der IV [KSME], Stand: 1. Januar 2025).

E. 1.4

Nach ständiger Rechtsprechung handelt es sich bei der objektiven Bedingung der Diagnosestellung und des Beginns der Behandlung vor der Vollendung des 9. Lebensjahres 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 empirischen Erfahrung, dass ein erst später diagnostiziertes und behandeltes Leiden nicht mehr auf einem angeborenen, sondern auf einem erworbenen POS (heute: ADHS) 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. Erfolgen Diagnose oder Behandlungsbeginn erst nach dem vollendeten neunten Altersjahr, besteht die unwiderlegbare Rechtsvermutung, dass ein erworbenes und kein angeborenes POS (heute: ADHS) vorliegt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_418/2016 vom 4. November 2016 E. 4 sowie 8C_23/2012 vom 5. Juni 2012 E. 5.1.1-5.1.2 unter Hinweis auf BGE 122 V 113 E. 2f, E. 3c/ bb und E. 4c).

E. 2

S. 3).

In der Beschwerdeantwort ergänzte sie, der Umstand, dass die Behandlung aufgrund von langen Wartezeiten beim behandelnden Arzt / Therapeuten erst nach dem neunten Geburtstag begonnen worden sei, ändere rechtsprechungsgemäss nichts daran, dass der Behandlungsbeginn für die Annahme eines Geburtsgebrechens Ziff. 404 zu spät erfolgt sei. Ebenso wenig reiche eine blossе Behandlungsbedürftigkeit vor dem neunten Geburtstag aus, um eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung auszulösen (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung zusammengefasst, die Störungen des Verhaltens im Sinne des Geburtsgebrechens Ziff. 404 müssten vor dem 9. Lebensjahr diagnostiziert, dokumentiert und behandelt worden sein. Die klinische Diagnose einer ADHS im September 2022 könne zwar nachvollzogen werden, die Kriterien für die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 404 seien jedoch in diesem Zeitpunkt nicht erfüllt gewesen. Auch bestehe kein Nachweis, dass vor dem 9. Geburtstag eine ADHS-spezifische Therapie eingeleitet worden sei (Urk.

E. 2.2

Der Versicherte brachte dagegen vor, am 14. Dezember 2022 sei die fachärztliche Diagnosestellung einer ADHS erfolgt und als medizinische Massnahme eine Ergotherapie empfohlen worden. In diesem Zeitpunkt sei er acht Jahre und elf Tage alt gewesen (Urk. 1 S. 2). Die Behauptung, der Beschwerdegegnerin, wonach der Nachweis einer Störung des Erfassens / Erkennens und einer Störung der Merkfähigkeit fehle, treffe sodann nicht zu, der Abklärungsbericht halte derartige Störungen ausdrücklich fest (Urk. 1 S. 3).

Gestützt auf diese Diagnose sei als therapeutische Massnahme ein Platz für eine Ergotherapie vermittelt und damit die Therapie eingeleitet worden. Dabei sei der Therapiebeginn von der Ergotherapiepraxis auf Sommer 2023 vorgemerkt worden. Die Begründung dafür, dass die Ergotherapie nicht vor dem 6. September 2024 habe erfolgen können, liege darin, dass nicht genügend Therapieplätze zur Verfügung gestanden seien. Dies dürfe ihm jedoch nicht angelastet werden. Es könne nicht angehen, dass für die

Beurteilung der Rechtzeitigkeit nicht auf das Datum der Einleitung der Therapie, sondern auf deren Beginn abgestellt werde. Zudem seien bereits im Februar 2023 verschiedene Massnahmen, insbesondere Logopädie und Psychomotorik, eingeleitet und umgesetzt worden. Auch habe er bereits seit dem 10. Dezember 2021 bei Dr. med. Z.____, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, in Abklärung gestanden und im Februar 2023 seit gut eineinhalb Jahren Therapiestunden bei ihr wahrgenommen. Es sei somit erstellt, dass eine Therapie deutlich vor dem neunten Lebensjahr eingeleitet worden sei (Urk. 1 S. 3).

E. 2.3

Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Kostengutsprache für medizinische Massnahmen bei Geburtsgebrechen Ziff. 404 abgelehnt hat.

Unbestritten ist, dass vorliegend eine Kostengutsprache für allfällige Therapien gestützt auf Art. 12 IVG nicht zu prüfen ist. Es kann hierzu auf die Ausführungen in der Verfügung vom 18. Juni 2025 verwiesen werden (Urk. 2). 3.

3.1

Dr. Z.____ führte zwischen April und Oktober 2022 eine Abklärung bezüglich ADHS beim Versicherten durch (Urk. 6/22/1 f.). Zusammenfassend hielt sie am 14. Dezember 2022 fest, in der Beurteilung der Eltern erscheine der Versicherte wenig auffällig bezüglich einer ADHS. Aufgrund der testpsychologischen und klinischen Befunde sowie der Beobachtungen in der Schule sei jedoch die Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) angezeigt. Der Versicherte benötige eine Ergotherapie zur Verbesserung der Konzentration, der Daueraufmerksamkeit und der Merkfähigkeit sowie zum Erlernen von Arbeitsstrategien um seine Selbständigkeit im schulischen Bereich zu fördern. In der Schule sei ein Nachteilsausgleich nach Ermessen der Lehrpersonen sinnvoll (Urk. 6/22/2). 3.2

Dr. med. A.____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, führte in seinem Bericht vom 10. April 2025 aus, bereits im September 2022 habe eine entwicklungspsychiatrische Untersuchung stattgefunden und sei die Diagnose einer ADHS gestellt worden. Die aktuelle Untersuchung sei zur Standortbestimmung / Verlaufskontrolle sowie im Hinblick auf Überlegungen zur pädagogischen und therapeutischen Unterstützung erfolgt (Urk. 6/8/1). Seit dem 5. November 2024 werde der Versicherte medikamentös und seit dem 3. Juli 2024 mittels einer Ergotherapie behandelt. Eine Psychotherapie werde derzeit nicht durchgeführt (Urk. 6/8/3; vgl. dazu auch den Bericht von Dr. A.____ vom 30. August 2024

betreffend die Entwicklungsuntersuchung vom 25. Juni 2024; Urk. 6/9). 3.3

Dr. med. B.____, Fachärztin für Neurologie, vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD), legte in ihrer Aktenbeurteilung vom 6. Mai 2025 dar, die Abklärung vom September 2022 habe zwar klinisch auf eine ADHS hingewiesen, die Testresultate seien jedoch gemäss Dr. A.____ nicht einheitlich gewesen. Eine Therapie sei damals nicht eingeleitet worden. Nach der Bestätigung der Diagnose im Juni 2024 sei ab dem 3. Juli 2024 eine ADHS-spezifische Therapie durchgeführt worden. Sowohl die definitive Diagnosestellung als auch die Therapieeinleitung seien nach dem 9. Geburtstag erfolgt. Die Kriterien für die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff.

404 seien damit nicht erfüllt (Urk.

6/12/2).

Am 17. Juni 2025 ergänzte Dr. B.____, die klinische Diagnose einer ADHS im September 2022 könne nachvollzogen werden. Die Kriterien für die Anerkennung des Geburtsgebrechens

Ziff. 404 seien jedoch in diesem Zeitpunkt nicht erfüllt gewesen. Insbesondere fehle der Nachweis einer Störung des Erfassens / Erkennens und einer Störung der Merkfähigkeit. Zudem sei nicht belegt, dass vor dem 9. Geburtstag eine ADHS-spezifische Therapie eingeleitet worden sei. Die Ergotherapie sei zwar im Zusammenhang mit der Leseschwäche erwogen, letztlich jedoch nicht durchgeführt worden. Die in den weiteren eingereichten Unterlagen erwähnten therapeutischen Massnahmen, namentlich Psychomotorik und Logopädie, entsprächen keiner von der Invalidenversicherung anerkannten Therapie einer ADHS. Kumulativ seien die erforderlichen Kriterien für die Anerkennung des Geburtsgebrechens

Ziff. 404 damit auch unter Berücksichtigung der mit dem Einwand eingereichten Unterlagen nicht erfüllt (Urk. 6/26/2). 4. 4.1

Dr. Z.____ stellte nach erfolgten Untersuchungen des Versicherten am 14.

Dezember 2022 die Diagnose einer ADHS (Urk. 6/22/2), welche gemäss der RAD-Ärztin Dr. B.____ nachvollzogen werden könne (Urk. 6/26/2). Beim im Dezember 2014 geborenen Versicherten erfolgte die fachärztliche Diagnose - stellung damit unbestrittenermassen vor Vollendung des 9. Altersjahres. Auch die Behandlungsbedürftigkeit der Symptomatik einer ADHS vor Vollendung des 9.

Altersjahrs ist aufgrund der Aktenlage unbestritten. 4.2

4.2.1

Aus Ziffer 404 Anhang GgV -EDI geht explizit hervor, dass die Diagnosestellung und die Behandlung vor dem 9. Lebensjahr erfolgt sein müssen, wobei es sich um zwei kumulativ zu erfüllende Anspruchsvoraussetzungen handelt. Diese Kriterien dienen im Wesentlichen zur Abgrenzung der Frage, ob die Störung angeboren oder erworben ist respektive das entsprechende Leiden von der Invaliden- oder Krankenversicherung zu übernehmen ist. Auf diese beiden Voraussetzungen kann nicht verzichtet werden

(vorstehend E. 1.4). 4.2.2

Was zunächst die vom Versicherten als spezifische Behandlung vorgebrachte, seit Februar 2023 erfolgte Logopädie und Psychomotorik betrifft (Urk. 1 S. 3), ist festzuhalten, dass mit Blick auf die Rechtsprechung nur die Durchführung von Therapien, welche von der Invalidenversicherung beim Geburtsgebrecben Ziff. 404 anerkannt werden, für das Beginndatum ausschlaggebend sein können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2016 vom 4. November 2016 E. 6.3.2; Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV. 2024.00614 vom 29. Januar 202

E. 5

Die angefochtene Verfügung vom 18. Juni 2025 (Urk. 2) erweist sich damit als rechens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Abschliessend bleibt anzumerken, dass es bei der Beurteilung eines Antrages um Kostengutsprache für medizinische Massnahmen um die Zuordnung des Leistungsträgers und nicht um die Beurteilung der Therapiebedürftigkeit eines versicherten Kindes geht. Die Ablehnung eines Antrages durch die Invalidenversicherung ist insbesondere nicht ein Entscheid gegen das Kind oder eine

Verneinung seiner Behandlungsbedürftigkeit, sondern ein versicherungsrechtlicher Entscheid bezüglich der Zuordnung des Leistungsträgers (vgl. Anhang 4 Ziff.

E. 6

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 400.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden Versicherten aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 400.-- werden dem Versicherten auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ - 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 Engesser

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