

200 22 617 IV
SCP/GET/LEA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. Februar 2023

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
gesetzlich vertreten durch seine Eltern B. _____ und C. _____
vertreten durch D. _____

Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 21. September 2022



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurde im Februar 2021 von seinen Eltern unter Hinweis auf eine seit Geburt bestehende Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sowie eine Sprachentwicklungsstörung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], 1). Die IVB holte Berichte der Behandler ein und legte das Dossier Dr. med. E. _____, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), zur Beurteilung vor. Mit Vorbescheid vom 3. Mai 2022 (act. II 28) stellte die IVB die Verneinung eines Anspruchs auf medizinische Massnahmen mit der Begründung in Aussicht, die Voraussetzungen für die Annahme eines Geburtsgebrechens nach Ziffer 404 gemäss Anhang der Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21 – in Kraft gestanden bis 31. Dezember 2021, abgelöst durch die Verordnung des EDI vom 3. November 2021 über Geburtsgebrechen [GgV-EDI; SR 831.232.211], in Kraft seit 1. Januar 2022) seien nicht erfüllt. Dagegen liess der Versicherte Einwand erheben und diverse Dokumente einreichen (act. II 29; 35), woraufhin die IVB bei Dr. med. E. _____ (RAD) eine Stellungnahme einholte (act. II 37). Mit Verfügung vom 21. September 2022 (act. II 38) entschied die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Dagegen liess der Versicherte, gesetzlich vertreten durch seine Eltern, diese vertreten durch D. _____, mit Eingabe vom 13. Oktober 2022 Beschwerde erheben. Er stellt die folgenden Anträge:

Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Bern vom 21. September 2022 sei aufzuheben und dem Versicherten seien die beantragten Leistungen zuzusprechen.

Eventualiter: Die IV-Stelle sei zu verpflichten, weitere Abklärungen zwecks Prüfung der Leistungspflicht vorzunehmen.

Ferner liess der Beschwerdeführer Stellungnahmen von Dr. med. F._____, G._____ ... (im Medizinalberuferegister [MedReg; <www.medregom.admin.ch>] ohne Facharzttitel aufgeführt), vom 30. September und 11. Oktober 2022 ins Recht reichen (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 10 f. = act. II 39 S. 32-35 [fortan unter act. II zitiert]).

Mit Beschwerdeantwort vom 10. November 2022 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig reichte sie eine Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. E._____ vom 7. November 2022 (act. II 41) zu den Akten.

Mit Replik vom 2. Dezember 2022 bestätigte der Beschwerdeführer unter Berufung auf eine Stellungnahme von Dr. med. F._____ vom 30. November 2022 (act. I 12 samt [undatiertem und nicht unterzeichnetem] Anhang) die beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren.

Mit Duplik vom 23. Dezember 2022 reichte die Beschwerdegegnerin eine weitere Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. E._____ vom 19. Dezember 2022 (in den Gerichtsakten) zu den Akten, wobei sie die Anträge gemäss Beschwerdeantwort vom 10. November 2022 bestätigte.

Mit Schreiben vom 11. Januar 2023 verzichtete der Beschwerdeführer auf eine weitere Stellungnahme, wobei er an seinen beschwerdeweisen bzw. replicando gestellten Anträgen festhält.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom

6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 21. September 2022 (act. II 38). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf medizinische Massnahmen und dabei insbesondere die Frage, ob die Voraussetzungen für die Annahme eines Geburtsgebrechens gemäss Ziffer 404 GgV erfüllt sind.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213).

Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 21. September 2022 (act. II 38), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen liegt der frühestmögliche Zeitpunkt des potentiellen Anspruchsbeginns vor dem 1. Januar 2022 (Art. 2 Abs. 1 GgV; BGE 120 V 89), weshalb (mangels eines Revisionsgrundes mit Neubeurteilung des Anspruchs nach dem 1. Januar 2022) die Bestimmungen des IVG und der IVV in der jeweils bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung (fortan: aArt.) sowie der GgV massgebend sind.

2.2 Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG).

2.2.1 Nach aArt. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen. Der Bundesrat bezeichnete die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt wurden; er konnte die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung war (aArt. 13 Abs. 2 IVG). Die Geburtsgebrechen sind in der bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Liste im Anhang zur GgV aufgeführt. Die Frage, ob ein Geburtsgebrechen im Rechtssinne vorliegt, ist nicht prognostisch, sondern retrospektiv zu beurteilen; wird zwar ursprünglich eine Geburtsgebrechen-Diagnose gestellt, erweist sich diese aber nachträglich als falsch, sind die Leistungsvoraussetzungen nicht erfüllt (SVR 2009 IV Nr. 18 S. 48 E. 3.3 und 3.4).

2.2.2 Ziffer 404 GgV Anhang umschreibt folgendes Geburtsgebrechen: "Störungen des Verhaltens bei Kindern mit normaler Intelligenz, im Sinne krankhafter Beeinträchtigung der Affektivität oder Kontaktfähigkeit, bei Störungen des Antriebes, des Erfassens, der perzeptiven Funktionen, der Wahrnehmung, der Konzentrationsfähigkeit sowie der Merkfähigkeit, sofern sie mit bereits gestellter Diagnose als solche vor der Vollendung des 9. Altersjahres auch behandelt worden sind; kongenitale Oligophrenie ist ausschliesslich als Ziffer 403 zu behandeln."

Nach der 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 Anspruchsvoraus-

setzungen im Sinne von Abgrenzungskriterien, um zu entscheiden, ob die Störung angeboren oder erworben ist (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 2. November 2016, 9C_419/2016, E. 4.2). Zusätzlich zur diagnostizierten Verhaltensstörung müssen auch sämtliche in Ziffer 404 GgV aufgeführten Symptome bzw. Teilleistungsstörungen kumulativ nachgewiesen sein (BGE 122 V 113 E. 3 S. 118; Entscheid des BGer vom 14. Mai 2020, 8C_159/2020 E. 2.2; MEYER/ REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 4. Aufl. 2022, S. 161, Rz. 52). Hinsichtlich der Teilleistungsstörung "Störungen des Erfassens" (perzeptive Funktionen) ist eine Abklärung mittels standardisierter Untersuchungsverfahren erforderlich (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung [KSME], Stand Juli 2021, Anhang 7, Ziff. 2.1.3 [zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen, vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228]).

2.3 Die Anerkennung eines Geburtsgebrechens im Sinne der GgV setzt eine fachärztliche Diagnose voraus (BGer, 9C_419/2016, E. 7.1).

3.

3.1 Die (medizinische) Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Im Zwischenbericht der Kinder- und Jugendpraxis H. _____ vom 30. Januar 2020 (act. II 3 S. 5 f.) wurde ein hochgradiger Verdacht auf eine Autismus-Spektrum-Störung (ASS) diagnostiziert (S. 5). Weitere Abklärungen seien erforderlich (S. 6).

3.1.2 Vom 26. Februar bis 9. Oktober 2020 war der Beschwerdeführer zur Behandlung in der G. _____ (Ambulatorium I. _____). Im Austrittsbericht vom 23. Oktober 2020 (act. II 3 S. 1-4) wurden (als Hauptdiagnose) eine ADHS (ICD-10 F90.0) sowie eine nicht näher bezeichnete Sprachentwicklungsstörung diagnostiziert (ICD-10 F80.9; S. 4). Beim bald 9jährigen Beschwerdeführer sei auf Basis der testpsychologischen Untersuchung, den anamnestischen Angaben der Eltern, der Schilderungen der

Schule sowie des klinischen Eindrucks eine einfache ADHS zu diagnostizieren. Der Beschwerdeführer zeige deutliche und übergreifende Schwierigkeiten im Bereich der Aufmerksamkeit und Konzentration. Im Bereich der Aufmerksamkeitsaktivierung sei er verlangsamt, seine Fähigkeiten zur Lenkung und Teilung der Aufmerksamkeit seien deutlich eingeschränkt. Zusätzlich zeige er sowohl kognitive Impulsivität als auch Hyperaktivität. Die kognitive Leistungsfähigkeit liege im Normbereich, bei heterogenem Profil. Trotz grosser Fortschritte im Bereich der Sprache über die letzten Jahre zeige er in der Sprachkompetenz noch deutliche Defizite (S. 3). Das Symptombild werde durch die ADHS in Kombination mit der Sprachstörung hinreichend gut erklärt und es beständen nicht genügend Hinweise für das Vorliegen einer ASS (S. 4).

3.1.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ hielt im Bericht vom 22. April 2022 (act. II 27) als Diagnosen eine ADHS (ICD-10 F90.0) – Erstdiagnose Mai 2020 – sowie eine Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F80.9), fest. Die Diagnose einer ADHS sei 2020 von der I. _____ nach ambulanten Abklärungen vor Erreichen des 9. Lebensjahres nachvollziehbar gestellt und eine entsprechende Behandlung erfolgreich eingeleitet worden. Für das Vorliegen eines Geburtsgebrechens gemäss Ziffer 404 GgV seien die versicherungsmedizinischen Voraussetzungen jedoch nicht erfüllt. Aufgrund der übermittelten und für die Kriterienprüfung relevanten Testergebnisse sei eine Störung des Erfassens im Zeitraum vor dem 9. Lebensjahr testpsychologisch nicht nachgewiesen (S. 2).

3.1.4 Dr. med. F. _____ hielt im mit "Einspruch IV-Entscheid bei ADHS, Autismus und affektiver Störung" bezeichnetem und mit E-Mail vom 5. August 2022 (act. II 35 S. 5) an die Mutter des Beschwerdeführers gesendetem, undatierten Bericht (S. 6-8) fest, sein Kollege Dr. med. J. _____, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, habe am 20. Juni 2022 berichtet, dass es im Rahmen der ersten Abklärung nicht ausreichend Hinweise auf ein IV-anerkanntes Geburtsgebrechen gegeben habe, wobei insbesondere die Hinweise auf eine Störung des Erfassens gefehlt hätten (S. 6). Er – Dr. med. F. _____ – müsse "in der Summe" seinen Kollegen korrigieren. Auf der Grundlage der

Bedingungen, welche die IV für ein anerkanntes Geburtsgebrechen habe, sehe er "Hinweise auf Störungen, die im IV-System leistungsberechtigt inkludierbar sein sollten" (S. 8).

3.1.5 Im Bericht vom 31. August 2022 (act. II 37) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ an ihrer Einschätzung im Bericht vom 22. April 2022 fest. Die hinsichtlich der Störung des Erfassens vor Erreichen des 9. Lebensjahres durchgeführten Testuntersuchungen (Mottier-Test für die auditive Wahrnehmung sowie Figure de Rey für die visuelle Wahrnehmung) seien durchschnittlich ausgefallen. Damit seien die versicherungsmedizinischen Kriterien betreffend Ziffer 404 GgV nicht erfüllt, was aber nicht gegen die Diagnose einer ADHS spreche (S. 2).

3.1.6 Mit zu Händen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers verfasster Stellungnahme vom 11. Oktober 2022 (E-Mail; act. II 39 S. 34) hielt Dr. med. F. _____ fest, mit einem Prozentrang von 17 (Mottier-Test) befinde sich der Beschwerdeführer zwar im durchschnittlichen Bereich. Jedoch hätte er mit nur 2 Punkten weniger im pathologischen Bereich gelegen. Im Übrigen seien Aussagen über die akustische Störung des Erfassens vielfach dokumentiert.

3.1.7 In der Stellungnahme vom 7. November 2022 (act. II 41) bestätigte Dr. med. E. _____ (RAD) ihre bisherige Einschätzung, wonach eine Störung des auditiven und visuellen Erfassens nicht vorliege (S. 3). Ebenfalls sei eine Störung der Merkfähigkeit nicht ausgewiesen (S. 4).

3.1.8 In der mittels E-Mail vom 30. November 2022 (act. I 12) an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zugestellten (und undatierten) Stellungnahme hielt Dr. med. F. _____ fest, mit den zwei normalen Mottier-Tests bestehe im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen gemäss Ziffer 404 GgV keine Leistungspflicht der IV. Diese Praxis sei zu kritisieren, seien beim Beschwerdeführer doch zwei Prozentränge gemessen worden, die 1,5 Standardabweichungen auseinanderlägen. Diese extreme Streuung deute auf die Unzulänglichkeit dieses Tests beim Beschwerdeführerin hin. Ferner liege auch eine ASS vor.

3.1.9 In der Stellungnahme vom 19. Dezember 2022 (in den Gerichtsakten) hielt Dr. med. E. _____ (RAD) an ihren bisherigen Einschätzungen

fest und bekräftigte, dass auch die Diagnose einer ASS aufgrund der Akten nicht gestellt werden könne.

3.2

3.2.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.2.3 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 154 E. 2.3).

Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach aArt. 44 ATSG (in der bis am 31. Dezember 2021 gültigen und hier massgeblichen Fassung) vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 154 E. 2.3).

3.3 Die diversen Beurteilungen der RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ vom 22. April (act. II 27), 31. August (act. II 37) und 7. November 2022 (act. II 41) erfüllen sowohl für sich betrachtet wie auch im Verbund die Voraussetzungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte (vgl. E. 3.2.2 f. vorne) und erbringen vollen Beweis. Dabei schadet es nicht, dass es sich um Aktenberichte handelt, konnte Dr. med. E. _____ ihre Stellungnahmen doch auf einen klinisch und testpsychologisch zweifach erhobenen und damit lückenlos dokumentierten Befund abstützen (vgl. E. 3.2.2 vorne). Die Schlussfolgerung der RAD-Ärztin, wonach zwar eine ADHS vorliege, jedoch gestützt auf die Ergebnisse der Mottier-Tests bzw. des Testverfahrens Figure de Rey eine Störung des (auditiven und visuellen) Erfassens sowie der Merkfähigkeit nicht gegeben und demzufolge die Kriterien für ein Geburtsgebrechen gemäss Ziffer 404 GgV nicht erfüllt seien, überzeugt.

Daraus ergibt sich im Einzelnen was folgt:

3.4 Was den Nachweis einer ADHS betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass die erforderliche fachärztliche Diagnosebestätigung (vgl. E. 2.3 vorne) durch Dr. med. J. _____ nach den vorliegenden Akten zwar erst mit Bericht vom 13. September 2021 (act. II 17 S. 5) und damit nach der Vollendung des neunten Lebensjahres des Beschwerdeführers erfolgte. Indessen deckt sich dieser Bericht inhaltlich mit jenem der G. _____ vom 23. Oktober 2020 (act. II 3 S. 1-4), worin die Diagnose einer ADHS nach gut siebenmonatiger Behandlung gestellt wurde und welcher Bericht vom leitenden Psychologen sowie einer Psychologin unterzeichnet wurde. Da-

mit sind die Voraussetzungen der vor Vollendung des neunten Lebensjahres erfolgten Diagnosestellung und Behandlung erfüllt (act. II 27 S. 2). Schliesslich liegt unbestrittenermassen auch keine Intelligenzminderung vor (act. II 3 S. 4; 41 S. 3), womit eine ADHS – in Übereinstimmung mit den Parteien – grundsätzlich erstellt ist.

Uneinig sind sich die Parteien jedoch bei der Frage, ob auch die normativen Kriterien im Sinne von Ziffer 404 GgV gegeben sind, was die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilungen der RAD-Ärztin Dr. med. E._____ verneint, der Beschwerdeführer unter Berufung auf die Berichte von Dr. med. F._____ demgegenüber bejaht. Im Streit steht dabei ausschliesslich die Frage, ob eine Störung des (auditiven und visuellen) Erfassens sowie der Merkfähigkeit vorliegt und damit sämtliche (kumulativ vorausgesetzten) Teilleistungsstörungen ausgewiesen sind (vgl. E. 2.2.2 vorne) respektive, ob durch die Berichte von Dr. med. F._____ (auch nur geringe) Zweifel an den im Wesentlichen auf den Ergebnissen von zwei Mottier-Tests (sowie der einmaligen Durchführung des Tests Figure de Rey) beruhenden Einschätzungen der RAD-Ärztin Dr. med. E._____ geweckt werden (vgl. E. 3.2.3 vorne).

3.5

3.5.1 Beim Mottier-Test handelt es sich um ein Screeningverfahren zur Erfassung der phonologischen Lautdifferenzierung und der auditiven Merkfähigkeit. Er gilt grundsätzlich als anerkannt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 9. Juni 2016, 9C_933/2015, E. 4.3; KSME, Anhang 7, Ziff. 2.1.3). Die Einordnung der entsprechenden Untersuchungsergebnisse erfordert indessen eine Klassifikation der Ergebnisse bzw. die Einteilung der Testergebnisse in Kategorien wie "unterdurchschnittlich", "durchschnittlich" oder "überdurchschnittlich" (vgl. Leitlinien zur Klassifikation und Interpretation neuropsychologischer Testergebnisse der Schweizerischen Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen [SVNP], 2018, Ziff. 4.1, abrufbar unter <www.neuropsych.ch> -> Qualitätssicherung -> Leitlinien – nachfolgend zitiert als Leitlinien; vgl. ferner auch Leitlinien für die neuropsychologische Begutachtung, Ziff. 7.3, abrufbar unter <www.swiss-insurance-medicine.ch> -> Fachwissen und Tools). Gemäss den erstgenannten Leitlinien wird als untere Normgrenze ein Prozentrang von

16 verwendet, wobei Testergebnisse zwischen Prozentrang >5 bis Prozentrang <16 als "unterdurchschnittlich" klassifiziert werden und solche zwischen Prozentrang ≥ 2 bis Prozentrang ≤ 5 als "deutlich unterdurchschnittlich". Als "durchschnittlich" wird der Bereich von einer Standardabweichung über und unter dem Populationsmittelwert bezeichnet (Prozentrang ≥ 16 bis Prozentrang ≤ 84 ; vgl. Leitlinien, Ziff. 4.1). Mit dieser Klassifikation stimmen im Wesentlichen auch die Prozentrangnormen hinsichtlich der Leistungseinschätzungen bei Ergebnissen von Mottier-Tests überein (vgl. Forschung Praxis der Erziehungsdirektion des Kantons Bern, Normen für den Mottier-Test bei 4 bis 12-jährigen Kindern, S. 13).

3.5.2

3.5.2.1 Im Lichte des hiervor Dargelegten ist es demnach nicht zu beanstanden, dass sich die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ im Rahmen ihrer Beurteilungen auf die Ergebnisse der Mottier-Tests abgestützt hat (vgl. namentlich act. II 41 S. 3). Es finden sich denn auch in den Akten keine (fachärztlichen) Meinungen, welche den Einsatz des Mottier-Tests generell in Frage stellen oder dessen Ergebnisse als grundsätzlich nicht aussagekräftig erachten. Auch Dr. med. F. _____ äussert sich nicht in eine solche Richtung (vgl. jedoch E. 3.5.2.2 sogleich). Ebenso wenig finden sich Anhaltspunkte in den Akten, wonach die zugrunde gelegten Normwertgrenzen und insbesondere die (hier massgebliche) untere Normgrenze von 16 Prozenträngen entgegen den Leitlinien (vgl. E. 3.5.1 vorne) auf den Mottier-Test generell nicht anwendbar wären. Im Weiteren mag es mit dem Beschwerdeführer zwar zutreffen, dass zur Beurteilung einer (auditiven) Wahrnehmungsstörung auch andere Tests zur Verfügung stehen (Beschwerde, S. 4, Ziff. 5 und S. 5, Ziff. 9; KSME, Anhang 7, Ziff. 2.1.3). Entscheidend ist jedoch, dass vorliegend keine anderen Tests durchgeführt wurden bzw. keine anderweitigen Testergebnisse vorliegen, welche die Ergebnisse der Mottier-Tests in Frage zu stellen vermöchten. Weil es sich bei Letzterem – wie in E. 3.5.1 vorne dargelegt – um ein geeignetes und anerkanntes Instrument zur Erhebung von Defiziten in der auditiven Wahrnehmung handelt, besteht kein Anlass für die Durchführung weiterer (oder anderer) Tests, zumal Dr. med. F. _____ nicht geltend macht und auch in den übrigen Akten keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Tests

an sich nicht lege artis durchgeführt worden wären. Folglich kann somit dem Grundsatz nach auf die entsprechenden Ergebnisse abgestellt werden.

3.5.2.2 Auch was die Schlussfolgerungen von Dr. med. E. _____ hinsichtlich der Interpretation der spezifischen (auf den Beschwerdeführer bezogenen) Testergebnisse anbelangt, so besteht kein Anlass, diese in Frage zu stellen: So ist aufgrund der Akten erstellt, dass beim Beschwerdeführer zweimal – das erste Mal im Juni 2018 im Alter von gut sechs Jahren (act. II 6 S. 2) und das zweite Mal im Januar 2020 (act. II 3 S. 6) im Alter von gut acht Jahren – in unterschiedlichem situativem Kontext ein Mottier-Test durchgeführt wurde, womit – entgegen der Beschwerde (S. 5, Ziff. 9) – ein zufälliges oder falsch negatives Resultat unwahrscheinlich ist (vgl. act. II 41 S. 3). Die entsprechenden Ergebnisse ergaben gemäss den jeweiligen Berichten einen Rohwert von 17 bei einem Prozentrang von 84 bis 90 (act. II 6 S. 2) respektive 77 (act. II 41 S. 3) bzw. einen Rohwert von 14 bei einem Prozentrang von 17-50 (act. II 3 S. 6) respektive 28 (act. II 41 S. 3). Wenn Dr. med. E. _____ diese Werte als nicht unterdurchschnittlich und in der Folge eine Störung des Erfassens als testpsychologisch nicht nachgewiesen qualifizierte (act. II 27 S. 2 f.; 37 S. 2 f.; 41 S. 3 f.), steht dies mit Blick auf die untere Normgrenze von 16 Prozenträngen im Einklang mit den normativen Vorgaben (vgl. E. 3.5.1 vorne). Damit trifft es nicht zu, dass lediglich ein Testverfahren mit einem Ergebnis im Normbereich geendet habe (Beschwerde, S. 5, Ziff. 8). Auch beruht das an selber Stelle der Beschwerde vorgebrachte Argument, das entsprechende Ergebnis liege "knapp" im Normbereich, auf einem Versehen von Dr. med. F. _____, welcher in der E-Mail vom 11. Oktober 2022 (act. II 39 S. 34; vgl. E. 3.1.6 vorne) offensichtlich den Rohwert mit dem Prozentrang verwechselte, indem er Letzteren mit 17 quantifizierte und weiter argumentierte, dass der Beschwerdeführer mit einem Wert von nur zwei Punkten weniger im pathologischen Bereich gelegen hätte. Tatsächlich lag der Prozentrang beim von Dr. med. F. _____ angesprochenen Test – wie hiavor dargelegt – bei 84 bis 90 (act. II 6 S. 2) respektive 77 (act. II 41 S. 3). Im Weiteren trifft es mit Dr. med. F. _____ zwar zu, dass die Resultate der beiden Tests erheblich differieren (act. I 12). Dies ändert jedoch nichts daran, dass der Beschwerdeführer auch im zweiten Test einen Prozentrang von 17 bis 50

(act. II 3 S. 6) respektive 28 (act. II 41 S. 3) erreichte, was immer noch deutlich über der Grenze zur Unterdurchschnittlichkeit liegt. Wenn Dr. med. F. _____, welcher den Beschwerdeführer nicht selber untersucht bzw. behandelt hat (Beschwerde, S. 4, Ziff. 6), sodann aus diesen Abweichungen darauf schliesst, die Testergebnisse seien beim Beschwerdeführer nicht aussagekräftig, dann ist zu bedenken, dass dies die Behandler der G. _____ offensichtlich gegenteilig und im Sinne der RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ beurteilten: So geht aus dem (undatierten) Schreiben "Einspruch IV-Entscheid bei ADHS, Autismus und affektiver Störung" von Dr. med. F. _____ nämlich hervor, dass die Abklärung in der G. _____ "nicht ausreichend Hinweise auf ein IV anerkanntes [Geburtsgebrechen]" ergeben habe und insbesondere die Hinweise auf eine Störung des Erfassens gefehlt hätten, weshalb "eine IV Anmeldung" nicht empfohlen worden sei (act. II 35 S. 6). Soweit Dr. med. F. _____, welcher ausdrücklich einräumt, mit den versicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen der schweizerischen IV noch nicht vertraut zu sein (S. 8), dennoch zu einer anderweitigen, indes – wie dargelegt – nicht schlüssig begründeten Auffassung gelangt, vermag er damit den Beweiswert der RAD-ärztlichen Einschätzung nicht zu erschüttern.

Damit liegt beim Beschwerdeführer kein im Sinne von Ziffer 404 GgV relevantes Defizit in der auditiven Wahrnehmung vor.

3.5.3 Wie Dr. med. E. _____ ferner in den Berichten vom 31. August 2022 (act. II 37 S. 2) und namentlich vom 7. November 2022 (act. II 41 S. 3 f.) weiter ausführte, ist darüber hinaus auch eine Störung des visuellen Erfassens sowie der Merkfähigkeit nicht ausgewiesen: Was Erstere anbelangt, wies die RAD-Ärztin darauf hin, dass eine solche Störung mittels dem Testverfahren Figure de Rey nachweisbar wäre. Der Beschwerdeführer habe hierbei laut Bericht der Kinder- und Jugendpraxis H. _____ vom 30. Januar 2020 33 Wertpunkte entsprechend einem Prozentrang von 62 bis 65 erzielt, was im durchschnittlichen Bereich liege (act. II 3 S. 6; 41 S. 3 f.). Hinsichtlich der Merkfähigkeit habe dasselbe Testverfahren (Gedächtnisvariante) 14 Wertpunkte entsprechend einem Prozentrang von 45 bis 49 ergeben, was ebenfalls im Normbereich liege (vgl. act. II 3 S. 6; 41 S. 4). Diese Einschätzungen überzeugen, zumal auch das insoweit ange-

wandte Testverfahren (Figure de Rey) zur Feststellung entsprechender Defizite anerkannt ist (vgl. KSME, Ziff. 2.1.3 und 2.1.5) und keine (fachärztlichen) Berichte vorliegen und auch anderweitig keine Anhaltspunkte bestehen, wonach der Beweiswert der Testergebnisse in Frage zu stellen wäre oder insoweit andere Normwerte (vgl. E. 3.5.1 vorne) für den Schluss auf eine unterdurchschnittliche Leistung zur Anwendung gelangten.

3.5.4 Soweit Dr. med. F._____ schliesslich auch (und wiederholt) das mögliche Vorliegen einer ASS diskutiert (act. II 39 S. 33; act. I 12), ist darauf hinzuweisen, dass eine solche im Zwischenbericht der Kinder- und Jugendpraxis H._____ vom 30. Januar 2020 zwar verdachtsweise in Betracht gezogen, gleichzeitig jedoch eine diesbezügliche Abklärungsbedürftigkeit als notwendig erachtet wurde (act. II 3 S. 5 f.). Diese Abklärungen erfolgten im Zuge einer mehrmonatigen Behandlung in der G._____ (Ambulatorium I._____), wobei das Symptombild als im Rahmen der ADHS gut erklärbar beurteilt wurde (act. II 3 S. 4), womit der Verdacht auf eine ASS nicht erhärtet werden konnte (act. II 11 S. 2). Im Übrigen hat auch der Beschwerdeführer selber im Hinblick auf den geltend gemachten Leistungsanspruch zu keinem Zeitpunkt das Vorliegen einer ASS behauptet (vgl. act. II 1 S. 6; 35 S. 1 f.; Beschwerde, S. 4, Ziff. 6 und S. 5 Ziff. 8 ff.). Die entsprechende Einschätzung von Dr. med. E._____ (vgl. act. II 27 S. 2; 37 S. 3; 41 S. 4) steht somit auch insoweit im Einklang mit der Aktenlage.

3.6 Damit begründen die Berichte von Dr. med. F._____ (act. II 35 S. 6-8; 39 S. 32-35; act. I 12) keine auch nur geringen Zweifel (vgl. E. 3.2.3 vorne) am Beweiswert der Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. med. E._____. Dasselbe trifft auch auf die übrigen im Recht liegenden medizinischen Berichte zu, womit es der beschwerdeweise eventualiter beantragten Rückweisung zwecks weiterer Abklärungen nicht bedarf. Demnach steht fest, dass weder eine Störung des Erfassens (perzeptive Funktionen) noch eine Störung der Merkfähigkeit vorliegt, womit die kumulativ vorausgesetzten Teilleistungsstörungen im Sinne von Ziffer 404 GgV nicht vorliegen und ein Geburtsgebrechen gemäss dieser Bestimmung somit nicht erstellt ist. Die Beschwerdegegnerin hat folglich einen Anspruch auf medizinische Massnahmen zu Recht verneint.

3.7 Zusammenfassend ist die Beschwerde gegen die angefochtene Verfügung vom 21. September 2022 abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen. Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens der unterliegende Beschwerdeführer zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. dazu auch BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- D. _____, Direktion ... z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.