

200 24 532 IV
JAP/SHE/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 25. November 2024

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Schnyder

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

Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. Juni 2024



Sachverhalt:

A.

Der am 4. Juni 2021 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) wurde am 17. November 2022 von seinen Eltern bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug angemeldet (Akten der IVB [act. II] 1). Diese tätigte in der Folge medizinische Abklärungen und liess durch ihren Abklärungsdienst einen Abklärungsbericht Hilflosenentschädigung vom 20. Dezember 2022 erstellen (act. II 10). Mit Verfügung vom 16. Februar 2023 (act. II 22) verneinte die IVB einen Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung, stellte jedoch die erneute Anspruchsprüfung per September 2023 in Aussicht. Die Verfügung blieb unangefochten.

Nach weiteren Abklärungen verneinte die IVB insbesondere gestützt auf die Aktenbeurteilung von Dr. med. F. _____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), vom 14. März 2023 (act. II 27) mit Verfügung vom 8. Juni 2023 (act. II 29) einen Anspruch auf medizinische Massnahmen; dies mit der sinngemässen Begründung, die Voraussetzungen zur Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 390 gemäss Anhang zur Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) vom 3. November 2021 über Geburtsgebrecchen (GgV-EDI; SR 831.232.211) seien nicht erfüllt, jene von Ziff. 387 gemäss Anhang zur GgV-EDI zurzeit ebenfalls nicht.

Nachdem gegen die Verfügung vom 8. Juni 2023 (act. II 29) seitens der handelnden Dr. med. G. _____, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, bei der IVB interveniert worden war (act. II 30 f.), tätigte die IVB in der Folge erneut medizinische Abklärungen. Insbesondere gestützt auf die Aktenbeurteilung von Dr. med. F. _____ vom RAD vom 12. Juli 2023 (act. II 37) gewährte die IVB dem Versicherten mit Mitteilung vom 2. August 2023 (act. II 39) medizinische Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 387 gemäss Anhang zur GgV-EDI. Alsdann tätigte die IVB weitere Abklärungen (vgl. u.a. Aktenbeurteilungen von Dr. med. F. _____ vom 1. September 2023 [act. II 47] und 21. Dezember 2023

[act. II 56] sowie Abklärungsbericht Hilflosenentschädigung/Intensivpflegezuschlag vom 10. Januar 2024 [act. II 58]). Mit Verfügung vom 27. Februar 2024 (act. II 70) sprach die IVB dem Versicherten eine Hilflosenentschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades zu. Parallel dazu stellte die IVB mit Vorbescheid vom 30. Januar 2024 (act. II 64) mit der Begründung, die Voraussetzungen für die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI seien nicht erfüllt, in Aussicht, keine medizinische Massnahmen und Behandlungsgeräte für dieses Geburtsgebrecchen zuzusprechen. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. II 71, 75) holte die IVB eine weitere Aktenbeurteilung bei Dr. med. F. _____ vom 26. April 2024 (act. II 80) ein und verfügte am 14. Juni 2024 (act. II 85) dem Vorbescheid entsprechend.

B.

Mit Eingabe vom 19. August 2024 erhob der Versicherte, gesetzlich vertreten durch seine Eltern B. _____ und C. _____, diese wiederum vertreten durch Rechtsanwalt E. _____, D. _____, Beschwerde gegen die Verfügung vom 14. Juni 2024 (act. II 85) mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 14. Juni 2024 sei aufzuheben.
2. Es sei das Geburtsgebrecchen Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI anzuerkennen und es seien in diesem Zusammenhang entsprechende Behandlungen und Behandlungsgeräte zuzusprechen.
3. Es sei Kostengutsprache für den beantragten „Heidelberger Liegebär“ zu erteilen.
4. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten zur medizinischen Abklärung über das Vorhandensein einer Cerebralparese anzuordnen.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 9. September 2024 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 28. Oktober 2024 erfolgten von Seiten des Beschwerdeführers, unter Beilage eines Berichts von Dr. med. G. _____ vom 11. September 2024 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4), weitere materielle Ausführungen.

Erwägungen:

1.

1.1

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]) und 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]) sind eingehalten.

1.1.2 Weder müssen für die Prüfung des Anspruchs auf medizinische Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI die (per analogiam anwendbaren [vgl. BGE 105 V 173]) materiellen Revisionsvoraussetzungen (Art. 87 Abs. 3 der

Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) erfüllt sein, noch steht einer gerichtlichen Überprüfung die materielle Rechtskraft der Verfügung vom 8. Juni 2023 (act. II 29) entgegen. Mit jenem Verwaltungsakt beschied die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch sowohl bezüglich des Geburtsgebrechens Ziff. 390 als auch Ziff. 387 gemäss Anhang zur GgV-EDI abschlägig. Hiergegen wurde seitens der behandelnden Dr. med. G._____ – ohne für den Beschwerdeführer ein Rechtsmittel zu ergreifen – sofort interveniert (act. II 30 f.), worauf die Beschwerdegegnerin hinsichtlich des Geburtsgebrechens Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI weitere Abklärungen initiierte bzw. mit formloser Mitteilung vom 2. August 2023 (act. II 39) medizinische Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 387 gemäss Anhang zur GgV-EDI zusprach. Wenngleich die Verfügung vom 8. Juni 2023 (act. II 29) nicht formell angefochten wurde, ist die Beschwerdegegnerin innert laufender Rechtsmittelrist faktisch auf die Verfügung in formloser Wiedererwägung zurückgekommen (sogenannte Rücknahme [MARKUS MÜLLER, in: HERZOG/DAUM [Hrsg.], Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern, 2. Aufl. 2020, Art. 56 N. 34]) und es liegt (auch seitens der Beschwerdegegnerin unbestritten) keine res iudicata vor. Damit ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 14. Juni 2024 (act. II 85). Zwar wurde in der angefochtenen Verfügung einzig über einen Anspruch auf medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrecen im Sinne von Art. 13 IVG befunden. Aus prozessökonomischen Gründen und weil beide Parteien dazu Stellung genommen haben (Beschwerde S. 10 Ziff. II Ziff. 11; Beschwerdeantwort S. 3 lit. C Ziff. 12 f.), rechtfertigt es sich jedoch, den Anfechtungsgegenstand auf die liquide (spruchreife) Frage eines Anspruchs auf medizinische Massnahmen zur Eingliederung im Sinne von Art. 12 IVG bzw. eines Anspruchs auf Hilfsmittel (bezüglich „Heidelberger Liegebär“) im Sinne von Art. 21 IVG auszudehnen (BGE 130 V 501 E. 1.2 S. 503, 122 V 34 E. 2a S. 36; SVR 2012 IV Nr. 35 S. 137 E. 3.1). Streitig und zu prüfen ist damit der Anspruch des Beschwerdeführers auf medizinische Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-

EDI (inkl. „Heidelberger Liegebär“ als Behandlungsgerät), alternativ der Anspruch auf medizinische Massnahmen zur Eingliederung nach Art. 12 IVG bzw. ein Anspruch auf einen „Heidelberger Liegebär“ als Hilfsmittel im Sinne von Art. 21 IVG.

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 Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelne Massnahmen erfüllt sind (Art. 8 Abs. 1 IVG). Nach Massgabe der Art. 13 und 21 IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Art. 8 Abs. 2 IVG). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen u.a. in medizinischen Massnahmen und der Abgabe von Hilfsmitteln (Art. 8 Abs. 3 IVG).

2.2 Nach Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG).

2.2.1 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).

Nach Art. 3^{bis} Abs. 1 IVV erstellt das EDI die Liste nach Art. 14^{ter} Abs. 1 lit. b IVG mit den Geburtsgebrechen, für die medizinische Massnahmen nach Art. 13 IVG gewährt werden. Das EDI kann nähere Vorschriften über die Liste erlassen (Art. 3^{bis} Abs. 2 IVV). Die Geburtsgebrechen sind in der GgV-EDI aufgeführt. Die Invalidenversicherung kann nur dann Leistungen gemäss Art. 13 IVG erbringen, wenn es sich um Geburtsgebrechen handelt, die im Anhang zur GgV-EDI enthalten sind. Die Liste der Geburtsgebrechen hat abschliessenden Charakter (Rz. 2 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der IV [KSME]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 148 V 385 E. 5.2 S. 391, 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

Leiden, die als solche keiner wissenschaftlich anerkannten Behandlung zugänglich sind, figurieren nicht in der Geburtsgebrechenliste. Sie können aber gegebenenfalls Ansprüche auf andere Leistungen (berufliche Eingliederungsmassnahmen, Hilfsmittel oder Rente) begründen (Rz. 6 des KSME). Wenn indessen einzelne Symptome, aus denen das Syndrom besteht, die Kriterien eines Geburtsgebrechens erfüllen, können diese unter der entsprechenden Ziff. übernommen werden. Das Syndrom selbst stellt dagegen kein Geburtsgebrechen im Sinne der Invalidenversicherung dar (Rz. 6.1 des KSME). Syndrome sind Entitäten, die durch eine Kombination von Symptomen, die typischerweise gleichzeitig und gemeinsam auftreten, gekennzeichnet werden. Syndrome als solche sind, wie auch Chromosomenanomalien, keiner wissenschaftlich anerkannten Behandlung zugänglich und gelten daher nicht als Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG. Die Invalidenversicherung kann aber bei Kindern, welche unter einem Syndrom (oder einer Chromosomenanomalie) leiden, medizinische Massnahmen zur Behandlung jener Symptome in Zusammenhang mit dem Grundleiden übernehmen, bei denen es sich um ein Geburtsgebrechen im Sinne der Invalidenversicherung handelt (Rz. 10 des KSME).

2.2.2 Als Geburtsgebrechen im Sinne von Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI gelten angeborene infantile Zerebralpareesen (CP; spastisch, dyskinetisch, ataktisch).

2.2.2.1 Die angeborene infantile CP (oft auch als zerebrale Bewegungsstörung oder [kurz] CP bezeichnet) stellt kein einheitliches Krankheitsbild dar, sondern bildet einen Symptomenkomplex, der eine Gruppe von statischen Enzephalopathien zusammenfasst. Diese sind gekennzeichnet durch:

- eine neurologisch klar definierbare Störung,
- je nach Form vorherrschend Spastizität, Dyskinesie oder Ataxie,
- eine Entstehung vor dem Ende der Neonatalperiode,
- das Fehlen einer Progredienz des zugrundeliegenden Prozesses,
- häufig assoziierten auftretenden zusätzliche Störungen wie Lernbehinderung, geistiger Behinderung, Sehstörungen, Epilepsie als Folge derselben Ursache.

Als Geburtsgebrechen Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI anzuerkennen sind nur angeborene spastische, ataktische und/oder dyskinetische Bewegungsstörungen. Die zusätzlich assoziierten Störungen, wie hiervor aufgeführt, sind nicht eine Folge der CP, sondern einer gemeinsamen übergeordneten Ursache (Enzephalopathie), die ihrerseits nicht einem Geburtsgebrechen im Sinne der Invalidenversicherung entspricht. Demzufolge sind diese assoziierten Störungen nicht unter Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI versichert (Rz. 390.1 des KSME).

2.2.2.2 Zur Diagnose einer spastischen Bewegungsstörung muss eine Hyperreflexie vorliegen, ein erhöhter Widerstand der von der Störung betroffenen Muskeln gegen passive Bewegungen (erhöhter Muskeltonus) sowie pathologische Reflexe (gesteigerte Muskeleigenreflexe, Babinskizeichen) und abnorme Haltungs- und Bewegungsmuster (Rz. 390.1.1 des KSME).

2.2.2.3 Ataktische Bewegungsstörungen betreffen Teile der Fein- und/oder der Körpermotorik. Die ataktische Störung der Feinmotorik ist durch folgende Befunde definiert: Intentions- oder Aktionstremor (ein die Handbewegung begleitendes Zittern), und eine Dysmetrie (Fehler im Mass der Bewegung im Sinne eines Danebengreifens). Begleitend finden sich nicht selten Synkinesien (überschiessendes Öffnen der Hand beim Loslassen manipulierter Gegenstände) und im Neurostatus eine Hypotonie, eine Dysdiadochokinese und/oder ein positives Rebound-Phänomen. Die

ataktische Störung der Körpermotorik ist durch die Rumpfataxie definiert (Rz. 390.1.2 des KSME).

2.2.2.4 Dyskinesien sind von unwillkürlichen Bewegungen gekennzeichnete Störungen der Motorik, welche weiter von abnormalen Haltungs- und Bewegungsmustern geprägt werden. Zu den dyskinetischen Bewegungsstörungen gehören u.a. Chorea und Athetosen (Rz. 390.1.3 des KSME).

2.2.2.5 Eine isolierte muskuläre Hypotonie ohne andere neurologische Auffälligkeiten begründet versicherungsmedizinisch kein Geburtsgebrechen unter Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI. Hypotonien sind aber nicht selten Frühsymptome einer cerebralen Bewegungsstörung und können deshalb ein Geburtsgebrechen unter Ziff. 395 gemäss Anhang zur GgV-EDI begründen, wenn keine andere Ätiologie als wahrscheinlicher gelten muss (Rz. 390.2 des KSME). Medizinische Massnahmen im Rahmen von Ziff. 395 gemäss Anhang zur GgV-EDI können maximal bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr übernommen werden. Bestehen zu diesem Zeitpunkt weiterhin behandlungsbedürftige Befunde, ist die Kostenübernahme der Behandlung unter einer anderen Ziff. gemäss Anhang zur GgV-EDI zu prüfen, beispielsweise Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI. Die für die betreffende Ziff. geltenden Kriterien sind einzuhalten (Ziff. 395.1 des KSME).

2.3 Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung in die obligatorische Schule, in die berufliche Erstausbildung, ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet sind (Art. 12 Abs. 1 IVG). Die medizinischen Eingliederungsmassnahmen müssen geeignet sein, die Schul-, Ausbildungs- oder Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauerhaft und wesentlich zu verbessern oder eine solche Fähigkeit vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Der Anspruch besteht nur, wenn die behandelnde Fachärztin oder der behandelnde Facharzt unter Berücksichtigung der Schwere des Gebrechens der versicherten Person eine günstige Prognose stellt (Art. 12 Abs. 3 IVG).

2.4 Der Versicherte hat im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, deren er für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit im Aufgabenbereich, zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, für die Schulung, die Aus- und Weiterbildung oder zum Zweck der funktionellen Angewöhnung bedarf (Art. 21 Abs. 1 Satz 1 IVG). Der Versicherte, der infolge seiner Invalidität für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontakts mit der Umwelt oder für die Selbstsorge kostspieliger Geräte bedarf, hat im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste ohne Rücksicht auf die Erwerbsfähigkeit Anspruch auf solche Hilfsmittel (Art. 21 Abs. 2 IVG).

Die Befugnis zur Aufstellung der Hilfsmittelliste und zum Erlass ergänzender Vorschriften im Sinne von Art. 21 Abs. 2 und 4 IVG hat der Bundesrat in Art. 14 IVV an das EDI übertragen, welches die Verordnung vom 29. November 1976 des EDI über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI; SR 831.232.51) mit anhangsweise aufgeführter Hilfsmittelliste erlassen hat. Laut Art. 2 HVI besteht im Rahmen der im Anhang aufgeführten Liste Anspruch auf Hilfsmittel, soweit diese für die Fortbewegung, die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge notwendig sind (Abs. 1); Anspruch auf die in dieser Liste mit * bezeichneten Hilfsmittel besteht nur, soweit diese für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder die Tätigkeit im Aufgabenbereich, für die Schulung, die Ausbildung, die funktionelle Angewöhnung oder für die bei einzelnen Hilfsmitteln ausdrücklich genannte Tätigkeit notwendig sind (Abs. 2).

Die Liste der von der Invalidenversicherung abzugebenden Hilfsmittel ist insofern abschliessend, als sie die in Frage kommenden Hilfsmittelkategorien aufzählt; dagegen ist innerhalb der einzelnen Kategorien jeweils zu prüfen, ob die Aufzählung der einzelnen Hilfsmittel ebenfalls abschliessend oder bloss exemplifikatorisch ist. Lässt sich ein Hilfsmittel keiner der im HVI Anhang aufgeführten Kategorien zuordnen, ist es nicht zulässig, den Anspruch auf Kostenübernahme durch die Invalidenversicherung direkt aus der Zielsetzung des Gesetzes abzuleiten, da damit das dem Bundesrat bzw. dem Departement eingeräumte Auswahlermassen durch dasjenige der Verwaltung und des Gerichts ersetzt würde (BGE 131 V 9 E. 3.4.2 S. 14; SVR 2008 IV Nr. 45 S. 153 E. 2.2).

2.5 Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429; SVR 2022 UV Nr. 41 S. 163 E. 3.3).

3.

3.1 Den medizinischen Akten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 In der RAD-Aktenbeurteilung vom 21. Dezember 2023 (act. II 56) führte Dr. med. F. _____ aus, der Beschwerdeführer zeige im Alter von zweieinhalb Jahren weiterhin eine deutliche Entwicklungsverzögerung mit ausgeprägter muskulärer Hypotonie, axial betont. Es finde sich in der Untersuchung bei Dr. med. G. _____ vom 28. November 2023 eine zentrale Hypotonie. Ein klarer Intensionstremor werde verneint. Angegeben werde eine Überstrecktendenz der unteren Extremitäten bei Aktivität. Die Knie- und Hüftgelenke seien frei beweglich, ebenfalls das obere Sprunggelenk. Der Langsitz gehalten sei gerade einnehmbar. Die Muskeleigenreflexe würden als symmetrisch und seitengleich beschrieben. Es bestehe eine schwächige Trophik an der unteren Extremität. Weiterhin weise der Beschwerdeführer eine ausgeprägte Instabilität im Rumpf auf. Somit sei weder freies Sitzen noch Stehen bei mangelnder Rumpfkontrolle möglich. Dies im Sinne einer Rumpfataxie. Zusätzliche Kriterien, welche gemäss dem KSME für eine CP im Sinne eines Geburtsgebrechens Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI gefordert würden, seien nicht dokumentiert. Es finde sich kein Intentions- oder Aktionstremor. Eine ausgeprägte Dysmetrie habe nur vorübergehend bestanden und sich im Verlauf verbessert. Die rasche Verbesserung einer zuvor ausgeprägten

Dysmetrie passe nicht zur Diagnose einer CP. Zudem sei es relevant, dass grundsätzlich unterschieden werde zwischen einer CP im Sinne eines frühkindlichen Hirnschadens bei welchem eine Ataxie auftreten könne, oder ob es sich um eine Ataxie im Rahmen einer anderen Grunderkrankung handle und eine Ataxie als „im Sinne einer cerebralen Bewegungsstörung“ bestehend beschrieben werde. Eine Ataxie sei ein Oberbegriff für Störungen der Bewegungskoordination. Eine Ataxie trete nicht nur bei einer CP auf und könne verschiedene Ursachen habe. Nicht-fortschreitende Störungen, die sich im sich entwickelnden Gehirn des Fötus oder Säuglings manifestierten, führten zur CP. Es sei die häufigste Ursache für Behinderungen im Kindesalter. Es gebe eine Vielzahl von Differentialdiagnosen und die klinischen Anzeichen und Symptome der CP könnten bei vielen anderen Erkrankungen auftreten. Zu den Erkrankungen, die eine CP nachahmen könnten, gehörten neurodegenerative Erkrankungen, angeborene Stoffwechselstörungen, Entwicklungsanomalien des Rückenmarks, neuromuskuläre Erkrankungen, Bewegungsstörungen und Neoplasien. Bei der vorherrschenden klinischen Symptomatik einer Ataxie gehörten u.a. dazu: Ataxie-Teleangiectasien, eine X-chromosomale spinozerebelläre Ataxie oder auch das Angelman-Syndrom (AS). Vorliegend sei ein Geburtsgebrechen Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI nicht ausgewiesen.

3.1.2 Dr. med. G._____ führte in der Stellungnahme vom 5. März 2024 (act. II 75/2) aus, der Beschwerdeführer leide sowohl klinisch als auch genetisch unter einem AS. Die entsprechende Analyse läge vor. Ein vorgängig zur Abklärung vorgenommenes MRI des Schädels vom 28. Oktober 2022 habe neben einer Hypomyelinisierung des Lobus parietalis superior beidseits und subdural Kollektionen frontotemporal keine weiteren Anlagestörungen oder Auffälligkeiten der hinteren Schädelgrube gezeigt. Ein frühkindlicher Hirnschaden könne somit anhand des MRI nicht nachgewiesen werden. Nicht progrediente kongenitale Ataxien, welche dem klinischen Bild einer ataktischen CP entsprächen, zeigten jedoch häufig kein klar definierbares strukturelles Korrelat im MRI des Schädels, was auch für andere CP-Formen zutrefte. Somit sei ein normales MRI kein Ausschlusskriterium für eine CP. Die ataktische CP sei klinisch definiert und in der Ätiologie eine heterogene Gruppe, bei der die Ursache häufig

nicht festgestellt werden könne und genetische Faktoren diskutiert würden. Die infantile CP sei definiert als eine Gruppe von Erkrankungen, die, bedingt durch eine permanente frühkindliche Hirnschädigung, zu einer Störung der Haltung, der Koordination, des Tonus und der Reflexe sowie zu einer milden bis ausgeprägten Beeinträchtigung der Aktivität des Kindes führten. Bei einer ataktischen CP sei sowohl die Koordination der Bewegung als auch eine zentrale Hypotonie, eine Störung der Rumpfkontrolle und des Gleichgewichts vorliegend. Beim Beschwerdeführer seien all diese Symptome vorhanden. Wie bereits erwähnt, fänden sich bei einer Vielzahl von Patienten im MRI keine strukturellen Auffälligkeiten. Die Ursache für die frühkindliche Hirnschädigung sei bei spastischen und athetotischen CP viel häufiger und klarer nachweisbar, als dies bei einer ataktischen CP der Fall sei, aber auch bei obigen Störungsbildern sei dies nicht immer eindeutig. Genetische Ätiologien würden als Ursache insbesondere für Ataxien häufig postuliert und nun auch zunehmend häufig festgestellt. Unter den genetischen Erkrankungen gebe es sicherlich solche, die nicht dem klinischen Bild einer ataktischen CP entsprächen, wie z.B. eine Ataxie Teleangiektasie, weil sie mit einer Progredienz der Symptome einhergehe. In einem Fall wie bei einem Kind mit einem AS treffe dies jedoch nicht zu. Diese Kinder zeigten keine Progredienz der Symptome und im Verlauf der Therapie und der Kooperation des Kindes eine angemessene Verbesserung der Symptome. Somit gebe es nach heutigem Wissensstand keine klare Möglichkeit, eine ataktische CP in jedem Fall bildgeberisch oder genetisch zu sichern oder zu verwerfen. Damit gebe es auch keine klare Möglichkeit, anhand einer bestimmten genetischen Variante von einer CP mimics zu sprechen. Klinisch sei dies nicht zu unterscheiden und die Ätiologie sei weiterhin nicht vollständig geklärt. Auch in den Expertengruppen gebe es im Moment keinen Konsens, wie ataktische CP und kongenitale nicht progrediente Ataxien von einander zu trennen seien. Der Rückschluss, dass nur, weil ein Kind eine genetische Diagnose habe, die im syndromalen Beschrieb eindeutig mit einer Ataxie einhergehe, die Ataxie nicht Teil einer ataktischen CP sein könne, sei nicht korrekt. Dies betreffe auch viele andere Kinder mit genetischen Syndromen, die unter einer begleitenden Ataxie leiden würden. Dieser Diskurs sei in den Fachgesellschaften noch bestehend. Ein entsprechender Bescheid sollte abgewartet werden und bis

dahin für und nicht gegen den Patienten entschieden werden. Eine Nichtversicherung über die Invalidenversicherung habe weitreichende Konsequenzen für die Familie. Die finanzielle Benachteiligung durch das Anschaffen von Hilfsmitteln, welche über die Krankenpflegeversicherung nur schlecht oder teilweise finanziert würden, das eingeschränkte therapeutische Angebot (insbesondere bei Ataxien sei auch eine Hippotherapie hilfreich, welche von den Krankenpflegeversicherungen nicht übernommen werde) und der Selbstbehalt bei der Krankenpflegeversicherung führe zu einer grossen Benachteiligung der Familien mit chronisch kranken Kindern, welche nicht akzeptabel sei.

3.1.3 Dr. med. F._____ führte in der Aktenbeurteilung vom 26. April 2024 (act. II 80) aus, der Beschwerdeführer leide an einem AS. Dieses sei ein genetischer Defekt auf dem Chromosom 15 und entspreche selbst keinem Geburtsgebrechen, da es sich um ein Syndrom handle. Teilaspekte des Syndroms könnten jedoch als eigenständiges Geburtsgebrechen anerkannt werden, sofern sie die entsprechenden Kriterien im KSME ihrerseits erfüllten. Dies sei beim Beschwerdeführer hinsichtlich des cerebralen Anfallsleidens der Fall (Ziff. 387 gemäss Anhang zur GgV-EDI). Es werde von der behandelnden Dr. med. G._____ aktuell zusätzlich ein Geburtsgebrechen Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI beantragt, da der Beschwerdeführer eine Ataxie aufweise. Diese klinische Symptomatik sei für das zugrundliegende AS jedoch typisch. Gemäss KSME sei die angeboren infantile CP hingegen ein Symptomkomplex, welcher eine Gruppe von statischen Enzephalopathien zusammenfasse. Diese seien u.a. gekennzeichnet durch eine neurologisch klar definierbare Störung, welche je nach Form spastisch, dyskinetisch oder ataktisch sein könne. Jedoch müsse hier versicherungsmedizinisch differenziert werden, ob es sich bei der Ataxie um eine Folge einer möglichen Hirnschädigung im Rahmen einer (ataktischen) CP (Geburtsgebrechen Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI) handle oder um eine Ataxie im Rahmen des genetischen Defektes, wie hier beispielsweise auf dem Chromosom 15 beim nachgewiesenen AS. Die Ataxie sei ein charakteristisches Merkmal für Kinder mit AS. Diese Problematik stehe im direkten Zusammenhang mit der genetischen Störung (Chromosom 15). Das AS gehöre zu einer Gruppe von genetischen und metabolischen Störungen, die mit motorischen

Symptomen einhergehen könne, die einer CP hinsichtlich der Symptomatik ähnelten. Ein zusätzlicher angeborener Hirnschaden, welcher zu einer ataktischen CP entsprechend Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI führe, liege hier aber nicht zugrunde. Die nicht-fortschreitenden Störungen, die sich im sich entwickelnden Gehirn des Fötus oder Säuglings manifestierten, führten zur CP. Es sei die häufigste Ursache für Behinderungen im Kindesalter. Beim Beschwerdeführer werde im Rahmen seines AS eine Ataxie diagnostiziert. Eine Ataxie sei ein Oberbegriff für Störungen der Bewegungskoordination, trete nicht nur bei einer CP auf und könne verschiedene Ursachen haben. Natürlich könnten Kinder mit einem angeborenen genetischen Syndrom auch, in seltenen Fällen, zusätzlich eine CP aufweisen, wenn es diesbezüglich klinisch sicher nachweisbare Befunde gebe, welche nicht zum typischen Erscheinungsbild der syndromalen Erkrankung gehörten, sondern eindeutig einen separat vorhandenen Hirnschaden belegten. Ansonsten wäre es so, dass die grosse Mehrheit der Kinder, resp. alle Kinder mit einem AS, wenn sie eine unterschiedlich ausgeprägte Ataxie aufwiesen, zusätzlich in jedem Fall eine CP haben müssten, damit ihre Ataxie hinreichend begründet werden könnte. Somit sei es vielmehr die Aufgabe des behandelnden Arztes, eine zusätzliche und eigenständige CP (Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI) aufgrund klarer klinischer Befunde eindeutig zu belegen und somit aufzuzeigen, dass die Symptomatik eine Ataxie nicht nur derjenigen eines typischen Merkmales einer syndromalen Erkrankung (hier des AS) sei, sondern nachgewiesenermassen einem frühkindlichen Hirnschaden in Form einer CP entspreche.

3.1.4 Dr. med. G. _____ diagnostizierte im Bericht vom 11. September 2024 (act. I 4) ein AS mit/bei ataktischer CP, allgemeiner Entwicklungsverzögerung, expressiv betontem Sprachentwicklungsrückstand, Strabismus, auffälligem Angelman typischem EEG und Zustand nach Infekt assoziierten Anfällen im September 2022 (aktuell möglich kurze tägliche Absenzen). Bezüglich Epilepsie würden mehrfach täglich kurze Episoden mit einem Augenverdrehen, Innehalten, zitternder Kopfbewegung und dann einem plötzlichen Tonusverlust des Kopfes und des Nackens beobachtet. Die Dosiserhöhung des Medikaments habe nicht den gewünschten Effekt

gebracht. Grund der heutigen Vorstellung sei die erneute neurologische Abklärung für eine „Revision“ bei der Invalidenversicherung bezüglich Ataxie. Die beschriebene Ataxie manifestiere sich dato erneut primär als Stand- und Gangataxie mit einer leichten Dysmetrie auch im Bereich der oberen Extremität. Eine begleitende Spastik/Dystonie oder Pyramidenbahnzeichen fänden sich nicht in der neurologischen Untersuchung. Als Zusatzbefund bei Ataxie zeige der Beschwerdeführer noch erschwerte Augenfolgenbewegungen. Bezüglich der Epilepsie sei vereinbart worden, dass bei mangelnder Anfallskontrolle unter Monotherapie mit Levetiracetam jetzt eine add on Therapie mit Orfiril gestartet werde, beginnend mit einer Kapsel Orfiril 150 mg am Morgen, zu steigern auf zwei Kapseln nach einer Woche. Die Familie werde Rückmeldung erstatten, ob dies einen günstigen Effekt auf die Anfälle habe. Das Levetiracetam werde etwas reduziert. Eine Verlaufskontrolle mit EEG werde in ca. vier Monate oder bei Bedarf erfolgen.

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. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (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 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG 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. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3).

3.3 Es ist gestützt auf die medizinischen Akten, insbesondere den molekulargenetischen Bericht des Spitals H._____ vom 27. April 2023 (act. II 45/2 f.) zwischen den Parteien zu Recht unbestritten, dass das Krankheitsbild des Beschwerdeführers mit einem AS vereinbar ist. Strittig ist, ob das Syndrom im hier zu beurteilenden Einzelfall unter die Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI „Angeborene infantile Zerebralparese (spastisch, dyskinetisch, ataktisch)“ zu subsumieren ist.

Im Zuge der per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV [WEIV]) wurde die Geburtsgebrechenliste der bis 31. Dezember 2021 in Kraft gestandenen Verordnung des Bundesrates vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) in die ab 1. Januar 2022 gültige GgV-EDI überführt, wobei hinsichtlich der CP lediglich die Terminologie aktualisiert wurde, mithin war keine inhaltliche Änderung beabsichtigt (vgl. Erläuterungen zur GgV-EDI, Anhang S. 30, abrufbar unter <www.bsv.admin.ch>, Rubrik: Sozialversicherungen/Invalidenversicherung IV/Reformen & Revisionen/Weiterentwicklung der IV, Erläuterungen).

3.4 Das AS gilt als solches nicht als Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG. Die Geburtsgebrechenliste lässt als Positivliste (vgl. etwa GÄCHTER/MEIER, Rechtsprechung des Bundesgerichts im Bereich der Invalidenversicherung, in: SZS 2017, S. 302) entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers nicht etwa „Spielräume offen“ (Beschwerde S. 4 Ziff. II Ziff. 3), handelt es sich bei der vom Beschwerdeführer exemplarisch erwähnten Trisomie 21 (Down-Syndrom) doch um eine Ausnahme eines Leidens, welches an sich keiner wissenschaftlich anerkannten medizinischen Behandlung zugänglich ist und daher grundsätzlich nicht als Geburtsgebrechen gelten könnte (vgl. BGE 114 V 22 S. 26 E. 2c), jedoch aus politischen Gründen dennoch explizit in die Liste aufgenommen wurde (Rz. 489.1 des KSME), was für das AS gerade nicht zutrifft (Beschwerdeantwort S. 3 lit. C Ziff. 10). Die Invalidenversicherung kann jedoch medizinische Massnahmen zur Behandlung jener Symptome in Zusammenhang mit dem Grundleiden übernehmen, bei denen es sich um ein Geburtsgebrechen im Sinne der Invalidenversicherung handelt (Rz. 6.1 und 10 des KSME; vgl. auch E. 2.2.1 hiervor). Beim Beschwerdeführer trifft

dies unbestrittenermassen auf die mit dem AS einhergehende Epilepsie zu, welche unter Ziff. 387 gemäss Anhang zur GgV-EDI fällt und seitens der Beschwerdegegnerin anerkannt wurde (act. II 37/3, 39; vgl. auch Beschwerdeantwort S. 2 lit. C Ziff. 5). Fraglich ist hingegen, wie es sich diesbezüglich mit der beim Beschwerdeführer auftretenden Ataxie verhält.

3.5 Die Beschwerdegegnerin gelangte in der angefochtenen Verfügung vom 14. Juni 2024 (act. II 85) zum Schluss, dass die Ataxie überwiegend wahrscheinlich auf das AS und nicht auf eine separat vorhandene frühkindliche Hirnschädigung zurückzuführen ist. Sie stützte sich dabei in medizinischer Hinsicht insbesondere auf die Aktenbeurteilungen des RAD-Arztes Dr. med. F._____ vom 21. Dezember 2023 (act. II 56) und 26. April 2024 (act. II 80). Diese fachärztlichen Einschätzungen sind voll beweiskräftig (vgl. nachfolgend). Soweit vorgebracht wird, Dr. med. F._____ sei kein Spezialist für Neurologie, insbesondere Neuropädiatrie (vgl. Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 28. Oktober 2024 S. 1 f.), ist dies nicht stichhaltig. Dr. med. F._____ erlangte im Juni 2005 in Deutschland den Facharzttitel für Kinder- und Jugendmedizin, welcher von der Schweiz am 21. Dezember 2005 anerkannt wurde (<www.medregom.admin.ch>). Bestandteil der entsprechenden Facharztausbildung bildet u.a. das neuropädiatrische Fachgebiet (<https://approbatio.de/facharztausbildung/weiterbildung-kinder-und-jugendmedizin/>). Damit besitzt Dr. med. F._____ die notwendigen fachlichen Qualifikationen, um die sich hier stellenden medizinischen Fragen zu beantworten. Zudem benötigen RAD-Ärzte gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung (vgl. Entscheid des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2023, 8C_342/2023, E. 5.7.3) nicht zwingend einen spezifischen Facharzttitel, was damit auch für die hier geltend gemachten fehlenden weiteren Qualifikationen im Sinne privatrechtlicher Weiterbildungen zu gelten hat, wenn sie wie vorliegend lediglich die vorhandenen Akten würdigen, ohne einen Untersuchungsbericht im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV zu erstellen. Dem RAD-Arzt lag ein lückenloser Befund vor, womit eine klinische Exploration entbehrlich war (vgl. E. 3.2.2 hiervor). Er legte gestützt auf die Akten nachvollziehbar dar, dass sich klinisch zwar das Bild einer Rumpfataxie zeigt, ein Intensions- oder Aktionstremor (ein die Handbewegung begleitendes Zittern), als typischer Befund für eine

ataktische Störung im Sinne der CP (vgl. Rz. 390.1.2 des KSME sowie E. 2.2.2.3 hiervor) jedoch fehlt (act. II 56/3). Weiter habe eine ausgeprägte Dysmetrie (Fehler im Mass der Bewegung im Sinne eines Danebengreifens [vgl. Rz. 390.1.2 des KSME sowie E. 2.2.2.3 hiervor]) nur vorübergehend bestanden und sich im Verlauf verbessert, was nicht zur Diagnose einer CP passe (act. II 56/3). Darüber hinaus zeigte Dr. med. F. _____ – untermauert durch fachmedizinische Quellen – überzeugend auf, dass es sich bei der Ataxie um ein geradezu typisches Symptom des AS handelt (act. II 80/3 ff.). Beim Beschwerdeführer fehlen klinisch sicher nachweisbare Befunde, die eindeutig einen separat vorhandenen Hirnschaden (statische Enzephalopathie [Rz. 390.1 des KSME; vgl. auch E. 2.2.2.1 hiervor]) belegen und nicht bloss zum typischen Erscheinungsbild der syndromalen Erkrankung gehören (act. II 80/6). Der RAD-Arzt setzte sich eingehend mit der Stellungnahme der behandelnden Dr. med. G. _____ vom 5. März 2024 (act. II 75/2 f.) auseinander. Diese ist nicht geeignet ist, auch nur geringe Zweifel an seiner schlüssigen Beurteilung des Dr. med. F. _____ zu begründen (act. II 80/2 f.). Das Gleiche hat auch für die beschwerdeweise erhobenen Einwände gegen die angefochtene Verfügung vom 14. Juni 2024 (act. II 85) zu gelten. Zwar mag es zutreffen, dass weder die Bildgebung (Schädel-MRI vom 28. Oktober 2022 [act. II 6/1]) noch die molekulargenetische Erhebung vom 27. April 2022 (act. II 45/2 f.) eine ataktische CP klar zu belegen oder auszuschliessen vermögen (act. II 75/3). Immerhin konnte vorliegend jedoch eine Hirnschädigung ausgeschlossen werden. Auch schliesst eine genetische Ursache ein Geburtsgebreechen nicht per se aus (Beschwerde S. 5 Ziff. II Ziff. 4, S. 8 Ziff. II Ziff. 8). Es genügt hier jedoch, die Ätiologie der Ataxie anhand der klinischen Befunde nach dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen (vgl. E. 2.5 hiervor), mithin zu bewerten, ob die Ataxie eher eine Folge einer CP ist oder im Rahmen des erstelltermassen auf einem Gendefekt basierenden AS auftritt. Genau dies tat Dr. med. F. _____ und gelangte dabei nachvollziehbar mit überzeugenden Argumenten zum versicherungsmedizinisch relevanten Ergebnis, dass die in den Akten beschriebene Ataxie ein charakteristisches Merkmal für Kinder mit AS ist und im vorliegenden Fall kein zusätzlich angeborener Hirnschaden zugrunde liegt, welcher zu einer ataktischen CP im Sinne der Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI führt.

Weitere medizinische Sachverhaltserhebungen – insbesondere das eventualiter beantragte Gerichtsgutachten zur medizinischen Abklärung über das Vorhandensein einer CP (vgl. Beschwerde S. 2 Antrag Ziff. 4) – erübrigen sich in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4). Daran ändert der mit Stellungnahme vom 28. Oktober 2024 eingereichte Bericht von Dr. med. G. _____ vom 11. September 2024 (act. I 4) sowie die diesbezüglichen Ausführungen des Beschwerdeführers nichts. Die Verlaufskontrolle offenbarte keine wesentlichen neuen Aspekte, die nicht bereits in der Beurteilung von Dr. med. F. _____ berücksichtigt worden wären. Immerhin bestätigen die durch die Kinderärztin erhobenen klinischen Befunde, dass das Beschwerdebild nicht unter eine spastische oder dyskinetische Bewegungsstörung zu subsumieren ist, so zeigten sich beispielsweise weder gesteigerte Muskeleigenreflexe noch ein positiver Babinski-Reflex und es ergaben sich keine Anhaltspunkte für eine Dystonie oder Spastik. Hinsichtlich der Ataxie war (weiterhin) kein Tremor zu beobachten und die Diadochokinese, d.h. die rasche Ausführung antagonistischer Bewegungen, konnte nicht geprüft werden, da das Interesse des Beschwerdeführers fehlte. Weil es sich bei der angeborenen infantilen CP um einen vorwiegend klinisch zu beurteilenden Symptomkomplex handelt, ist hinzunehmen, dass bei einem dreijährigen Kind kooperationsbedingt nicht alle Symptome gleich gut überprüfbar sind (Eingabe des Beschwerdeführers vom 28. Oktober 2024 S. 1 f.). Dies führt indes nicht zur Beweislosigkeit (deren Folge der Beschwerdeführer zu tragen hätte [vgl. BGE 121 V 204 E. 6a S. 208]), denn die Befundlage genügt, um in der Gesamtschau das Vorliegen des besagten Geburtsgebrechens mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen und zu verneinen.

Der Beschwerdeführer macht schliesslich geltend, es bestehe seit Jahren eine Praxis, dass Kinder mit AS, die auf Therapien bezüglich der Bewegungsstörungen angewiesen sind, alle mit Geburtsgebrecchen Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI bei der Invalidenversicherung anerkannt seien (Beschwerde S. 6 f. Ziff. II Ziff. 6 f., S. 9 Ziff. II Ziff. 9). Das Bestehen einer solchen „Anerkennungspraxis“ der kantonalen IV-Stellen wurde indes beschwerdeweise nicht durch entsprechende Beweismittel untermauert

und seitens des BSV sogar explizit bestritten (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 3/1; vgl. auch Beschwerdeantwort S. 3 lit. C Ziff. 11). Daran ändert auch eine geltend gemachte Auskunft des privatrechtlichen Vereins „I._____“ (Beschwerde S. 6 Ziff. 6 sowie Eingabe des Beschwerdeführers vom 28. Oktober 2024 S. 2 f.) nichts. Abgesehen davon, dass eine solche „Praxis“ nicht ausgewiesen ist, bestünde auch eine Gleichbehandlung im Unrecht (BGE 131 V 9 E. 3.7 S. 20, 126 V 390 E. 6a S. 392) und damit kein Anspruch auf Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI (Beschwerde S. 9 Ziff. II Ziff. 10), wenn die Beschwerdegegnerin eine widerrechtliche Praxis aufgäbe.

Mangels anerkanntem Geburtsgebrecchen Ziff. 390 und damit mangels eines Anspruchs auf medizinische Massnahmen zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 390 gemäss Anhang zur GgV-EDI kann daher auch der beantragte „Heidelberger Liegebär“ (act. II 38, 52; vgl. <www.rehatec.com>, Rubrik: Unsere Hilfsmittel/Stehen) nicht als Behandlungsgerät (Rz. 1216 ff. des KSME) unter dem Titel von Art. 13 IVG zugesprochen werden.

3.6 Soweit beschwerdeweise (vgl. Beschwerde S. 10 Ziff. II Ziff. 11) eventualiter eine Leistungszusprache gemäss Art. 12 IVG verlangt wird, ist dem Beschwerdeführer nicht zu folgen. Die Tatsache, dass sich die Anschaffung des „Heidelberger Liegebär“ für den dreijährigen Beschwerdeführer nicht unmittelbar auf die hier derzeit einzig in Frage kommende Eingliederung in die obligatorische Schule (vgl. E. 2.3 hiervor) auswirkt, hat die Ablehnung der Leistungsübernahme gemäss Art. 12 IVG zur Folge. Zudem ist nicht ausgewiesen, dass mit dieser Anschaffung ein dauerhafter und wesentlich verbesserter Zustand erreicht werden kann (vgl. hierzu auch Beschwerdeantwort S. 3 lit. C Ziff. 12).

3.7 Ebenfalls fällt der alternative Antrag auf Übernahme der Kosten des „Heidelberger Liegebär“ als Hilfsmittel im Sinne von Art. 21 IVG (Beschwerde S. 10 Ziff. II Ziff. 11) nicht in Betracht. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbringt (vgl. Beschwerdeantwort S. 3 lit. C Ziff. 13) ist der „Heidelberger Liegebär“ nicht auf der Hilfsmittelliste aufgeführt. Zudem wurde dem Beschwerdeführer mit dem „Stuhl Rehatec Dieter Frank / Nele

Gr. 1“ bereits ein Hilfsmittel in der Hilfsmittelkategorie 13.01 zugesprochen (act. II 87) weshalb die Austauschbefugnis (Art. 21^{bis} IVG) nicht zum Tragen kommt und die Berufung auf Rz. 1006 des vom BSV herausgegebenen Kreisschreibens über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (KHMI) unbehelflich ist.

3.8 Aufgrund des Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 14. Juni 2024 (act. II 85) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde 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.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

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. _____, Rechtsanwalt E. _____ 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.