



## VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

---

### SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz  
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter  
Gerichtsschreiberin: MLaw Jeannine Suter

U R T E I L vom 16. August 2021 *[rechtskräftig]*  
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

**Helsana Versicherungen AG, Recht & Compliance**, Postfach, 8081 Zürich  
Beschwerdeführerin

gegen

**IV-Stelle Zug**, Baarerstrasse 11, Postfach, 6302 Zug  
Beschwerdegegnerin

weiter verfahrensbeteiligt:

**A.** \_\_\_\_\_

gesetzlich vertreten durch seine Mutter **B.** \_\_\_\_\_

betreffend

Invalidenversicherung  
(Medizinische Massnahmen)

S 2021 8

A. Der 2014 geborene A.\_\_\_\_\_ ist bei der Helsana Versicherungen AG (nachfolgend Helsana) obligatorisch krankenversichert. Mit Gesuch vom 16. Mai 2019 beantragte seine Mutter bei der IV-Stelle des Kantons Zug (nachfolgend IV-Stelle) die Ausrichtung von Leistungen (medizinische Massnahmen) im Zusammenhang mit einer Störung aus dem Autismus-Spektrum (IV-act. 1). Die IV-Stelle holte daraufhin medizinische sowie heilpädagogische Berichte ein und legte das Dossier ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vor. Mit Vorbescheid vom 19. Februar 2020 lehnte die IV-Stelle ihre Leistungspflicht ab, eine autistische Störung im Sinne des Geburtsgebrechens nach Ziff. 405 des Anhangs der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) sei nicht ausgewiesen und die Kriterien zur Anerkennung des Geburtsgebrechens gemäss Ziff. 404 GgV Anhang seien nicht erfüllt (IV-act. 21). Dagegen erhob die Helsana Einwände und legte zwei Stellungnahmen ihrer Vertrauensärztin auf (IV-act. 23, 34 und 37). In der Folge ergänzte die IV-Stelle ihre Akten um den Bericht des Spitals C.\_\_\_\_\_ vom 3. August 2018 (IV-act. 45) und liess erneut ihren RAD Stellung nehmen. Mit Verfügung vom 1. Dezember 2020 wies die IV-Stelle die Einwände der Krankenversicherung ab und hielt an der Abweisung des Leistungsbegehrens fest (IV-act. 49 = Bf-act. 1).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 15. Januar 2021 stellte die Helsana (fortan auch Beschwerdeführerin) folgende Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 1. Dezember 2020 sei aufzuheben und die IV-Stelle sei zu verpflichten, Kostengutsprache für medizinische Massnahmen im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV Anhang zu erteilen.
2. Eventualiter sei das Verfahren an die IV-Stelle zwecks weiterer Abklärungen und anschliessender Neuentscheidung zurückzuweisen.
3. Subeventualiter sei das Verfahren an die IV-Stelle zwecks Abklärungen des Geburtsgebrechens Ziff. 404 GgV Anhang zurückzuweisen.
4. Subsubeventualiter sei die Leistungspflicht der IV-Stelle des Kantons Aargau (recte: IV-Stelle des Kantons Zug) unter Art. 12 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) zu prüfen.
5. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der IV-Stelle.

Begründend führte sie im Wesentlichen aus, es sei nicht nachvollziehbar, dass die IV-Stelle bei den sich widersprechenden Arztberichten einseitig auf die Stellungnahmen ihres RAD abstelle. Die IV-Stelle verletze damit ihre Abklärungspflicht, sie hätte weitere aktuelle

Arztberichte einholen und eventualiter ein Gutachten in Auftrag geben müssen (act. 1). Gleichzeitig reichte die Beschwerdeführerin eine weitere vertrauensärztliche Stellungnahme zu den Akten (Bf-act. 3).

C. Der mit Verfügung vom 18. Januar 2021 verlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.– wurde von der Beschwerdeführerin fristgerecht bezahlt (act. 3).

D. Mit Vernehmlassung vom 23. Februar 2021 beantragte die IV-Stelle (fortan auch Beschwerdegegnerin) die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, von einer überwiegend wahrscheinlich fachärztlich gestellten Diagnose einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) könne nicht die Rede sein. Die RAD-Ärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie, habe den Fall unter Berücksichtigung der medizinischen Berichte mehrfach aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht analysiert und nachvollziehbar aufgezeigt, dass und aus welchen Gründen das Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV Anhang nicht überwiegend wahrscheinlich gegeben sei. Auf diese RAD-Beurteilung habe abgestellt werden dürfen. Der neu aufgelegte Bericht der Helsana-Vertrauensärztin vom 7. Januar 2021 würde zur Kenntnis genommen. Die Vertrauensärztin verfüge über keinen Facharztstitel in Psychiatrie oder Kinder- und Jugendmedizin und verweise nun immerhin auch auf andere mögliche Diagnosen. Für die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 404 GgV Anhang werde ausdrücklich "normale Intelligenz" gefordert, eine solche habe sich beim Versicherten offensichtlich nicht feststellen lassen. Weitere Abklärungen hierzu seien nicht notwendig. Die Verfügung vom 1. Dezember 2020 befasse sich ausschliesslich mit der Frage des Vorliegens der Geburtsgebrechen Ziff. 404 und 405 GgV Anhang, medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 12 IVG seien nicht Verfügungsgegenstand (act. 5).

E. Die Helsana hielt mit Replik vom 26. April 2021 an ihren Anträgen fest. Es werde bestritten, dass Zweifel an der ASS-Diagnose von Dr. med. E. \_\_\_\_\_, FMH Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie FMH Kinder- und Jugendmedizin, bestünden. Die Beurteilungen von Dr. E. \_\_\_\_\_ und Dr. med. F. \_\_\_\_\_, FMH Kinder- und Jugendmedizin, seien geeignet an der Schlüssigkeit der RAD-Beurteilungen Zweifel zu begründen. Es treffe zu, dass ihre Vertrauensärztin über keinen Facharztstitel in Psychiatrie oder Kinder- und Jugendmedizin verfüge. Sie habe ihren Bericht jedoch unter Bezug des Vertrauensarztes Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, verfasst. Die IV-Stelle habe nicht einseitig auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin abstellen dürfen. Es treffe zwar zu, dass sich die Verfügung ausschliesslich

mit der Frage des Vorliegens der Geburtsgebrechen befasste. Trotzdem habe die IV-Stelle im Rahmen ihrer Abklärungspflicht die Leistungspflicht ebenso unter Art. 12 IVG zu prüfen, weshalb auch an diesem Antrag festgehalten werde (act. 8).

F. Mit Duplik vom 14. Mai 2021 hielt die Beschwerdegegnerin an der vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde fest. Es bestünden unterschiedliche fachärztliche Auffassungen bezüglich Diagnostik. Einzig RAD-Ärztin Dr. D. \_\_\_\_\_ habe sich auch konkret mit der Würdigung der sozialversicherungsmässigen Kriterien für die Anerkennung des Geburtsgebrechens Ziff. 405 GgV Anhang befasst. Genau um diese Kriterien gehe es letztlich. Dr. D. \_\_\_\_\_ könne die ASS-Diagnose und die Kriterien des Geburtsgebrechens nicht bestätigen, was sie denn auch gut und nachvollziehbar begründe (act. 10).

G. Das Verwaltungsgericht gab dem Verfahrensbeteiligten bzw. seiner Mutter als gesetzliche Vertreterin mit Schreiben vom 18. Mai 2021 die Gelegenheit eine allfällige abschliessende Stellungnahme einzureichen, worauf sich diese innert Frist nicht vernehmen liess. Gleichzeitig erhielt die Beschwerdegegnerin eine Orientierungskopie des Schreibens unter Beilage einer Kopie der Duplik (act. 11). In der Folge gingen beim Gericht keine Eingaben mehr ein.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1.

1.1 Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 Abs. 1 lit. a des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [EG AHVIVG; BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – gegeben. Die Verfügung der IV-Stelle datiert vom 1. Dezember 2020 (IV-act. 49 = Bf-act. 1) und ging der Beschwerdeführerin frühestens am Folgetag bzw. gemäss ihren Ausführungen am 10. Dezember 2020 zu (Bf-

act. 2). Unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes nach Art. 38 Abs. 4 lit. c ATSG (18. Dezember bis und mit 2. Januar) erfolgte die Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit Postaufgabe am 15. Januar 2021 jedenfalls innert der 30-tägigen Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG. Die Beschwerdeführerin ist als obligatorischer Krankenversicherer von A. \_\_\_\_\_ von der angefochtenen Verfügung im Sinne von Art. 59 ATSG besonders berührt und hat angesichts ihrer Vorleistungspflicht bei krankheitsbedingten Behandlungen ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, weshalb sie zur Beschwerdeerhebung legitimiert ist (vgl. hierzu auch Art. 49 Abs. 4 ATSG; BGer 9C\_419/2016 vom 2. November 2016 E. 1.3). Die Beschwerde erfüllt sodann die übrigen formellen Voraussetzungen.

1.2 Rechtsprechungsgemäss ist im erstinstanzlichen Beschwerdeverfahren betreffend Leistungen der IV nur über Anspruchsberechtigungen zu entscheiden, hinsichtlich derer die IV-Stelle eine Verfügung erlassen hat und/oder hinsichtlich derer sie es – in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes sowie des Prinzips der Rechtsanwendung von Amtes wegen – unterlassen hat, eine Verfügung zu treffen, obwohl dazu nach der Aktenlage hinreichender Anlass bestanden hätte (BGer 8C\_367/2020 vom 4. August 2020 E. 6; 9C\_134/2016 vom 12. April 2016 E. 4.3; zum weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand sowie zum massgeblichen Streitgegenstand im Allgemeinen: BGE 131 V 164 E. 2.1; 130 V 501 E. 1.1). Die versicherte Person wahrt mit der Anmeldung zum Leistungsbezug alle nach den Umständen vernünftigerweise in Betracht fallenden Leistungsansprüche. Die Abklärungspflicht der IV-Stelle erstreckt sich auf die nach dem Sachverhalt und der Aktenlage im Bereich des Möglichen liegenden Leistungen. Insoweit trifft sie eine Verfügungspflicht (BGE 111 V 261 E. 3b; EVG I 535/01 vom 17. Mai 2002 E. 1b).

Mit der Verfügung vom 1. Dezember 2020 wies die IV-Stelle die Kostengutsprache für medizinische Massnahmen ab (IV-act. 49). Dabei führte sie aus, der Anspruch auf medizinische Massnahmen sei geprüft worden und das Leistungsbegehren werde abgewiesen. Damit hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf medizinische Massnahmen generell abgelehnt; obschon sie sich in den Erwägungen einzig vertieft mit dem Anspruch auf Anerkennung der in Frage stehenden Geburtsgebrechen auseinandersetzte. Zudem verwies sie auf die relevanten gesetzlichen Grundlagen in der Beilage der Verfügung – mithin auch auf Art. 12 IVG –, worauf ihr Entscheid beruhe. Streitgegenstand ist damit der Anspruch auf medizinische Massnahmen im Allgemeinen, also allenfalls auch gestützt auf Art. 12 IVG, weshalb auch auf das Rechtsbegehren Ziff. 4 (vgl. vorne Sachverhalt lit. B) einzutreten ist.

1.3 Den formellen und prozessualen Anforderungen ist damit Genüge getan. Die Beschwerde ist materiell zu prüfen. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

2. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Versicherten auf medizinische Massnahmen der IV. Dabei ist namentlich zu beurteilen, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenüglich abgeklärt worden ist.

3.

3.1 Nach Art. 12 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren.

3.2 Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr haben zudem Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen (Art. 13 Abs. 1 IVG). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden und er kann Leistungen ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Art. 13 Abs. 2 IVG). Von dieser Kompetenz machte der Bundesrat durch den Erlass der GgV Gebrauch und listete die verschiedenen Geburtsgebrechen im Anhang auf (Art. 1 Abs. 2 GgV). Als Geburtsgebrechen gelten dabei jene Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen. Die blosse Veranlagung zu einem Leiden gilt nicht als Geburtsgebrechen. Wann das Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist grundsätzlich unerheblich (Art. 1 Abs. 1 GgV; vgl. aber nachfolgende E. 3.3.1 und E. 3.4). Der Anspruch beginnt mit der Einleitung von medizinischen Massnahmen, frühestens jedoch nach vollendeter Geburt (Art. 2 Abs. 1 GgV).

3.3

3.3.1 Autismus-Spektrum-Störungen werden gemäss Ziff. 405 GgV Anhang als Geburtsgebrechen anerkannt, wenn sie bis zum vollendeten 5. Lebensjahr erkennbar werden. Nach den Verwaltungsweisungen (Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung [KSME], in der ab 1. Juli 2019 geltenden Fassung, Rz. 405; vgl. zur Massgeblichkeit des bis zum Zeitpunkt des

Verfügungserlasses eingetretenen Sachverhalts: BGE 130 V 445 E. 1.2.1 und BGE 121 V 362 E. 1b) müssen die entsprechenden krankheitsspezifischen, therapiebedürftigen Symptome bis zum vollendeten 5. Lebensjahr erkennbar sein. Dies soll es ermöglichen, die prä- oder perinatale ASS von nachgeburtlich entstandenen gleichartigen Leiden abzugrenzen (vgl. Art. 3 Abs. 2 ATSG; BGer 9C\_682/2012 vom 1. Mai 2013 E. 3.2.1). Ziff. 405 GgV Anhang setzt allerdings noch keine diagnostische Festlegung vor Vollendung des 5. Lebensjahres voraus. Es genügt, wenn autistypische Symptome vor dieser Altersgrenze verzeichnet wurden (BGer 9C\_682/2012 vom 1. Mai 2013 E. 3.2.2; 9C\_244/2012 vom 25. April 2012 E. 3.2.2; 8C\_269/2010 vom 12. August 2010 E. 5.1.1).

3.3.2 Die Rechtsprechung hat erkannt, dass charakteristisch für Autismus-Spektrum-Störungen wie den frühkindlichen Autismus (ICD-10 F84.0) und das Asperger-Syndrom (ICD-10 F84.5) die Beeinträchtigung der sozialen Kontaktfähigkeit ist, wobei diese Beziehungsstörung beim Asperger-Syndrom weniger tiefgreifend und schwerwiegend ist als beim frühkindlichen Autismus (BGer 9C\_37/2020 vom 19. Mai 2020 E. 2.3.4).

Beim frühkindlichen Autismus bestehen die Symptome in einer spezifischen, schweren und allgemeinen Störung, soziale Beziehungen einzugehen (grundlegendes Defizit, welches sich äussert als unangemessene Wahrnehmung sozioemotionaler Reize, mangelnde Reaktion auf Emotionen Dritter, mangelnde Verhaltensmodulation hinsichtlich des sozialen Kontextes, mangelnder Einsatz sozialer Signale und defizitäres soziokommunikatives Repertoire), in einer spezifischen Störung der Kommunikation, die sich eher als Abweichung denn als Entwicklungsverzögerung manifestiert (grundlegendes Defizit des Einsatzes der Sprache für die soziale Kommunikation, welches sich äussert als mangelnde Synchronizität und Reziprozität in der Konversation, mangelnde Flexibilität des sprachlichen Ausdrucks, mangelnde Kreativität der Denkprozesse und ungenügende Modulation des Sprechens) sowie in verschiedenen eingeschränkten, sich wiederholenden und stereotypen Verhaltensmustern, Interessen und Aktivitäten (welche sich manifestieren in stereotypen und eingeschränkten Interessen, Bindungen an ungewöhnliche Objekte, zwanghaften Ritualen, motorischen Stereotypen, Fixierung an Teilelementen oder nichtfunktionalen Teilen von Spielmaterialien oder in Zeichen affektiver Belastung bei kleinen Veränderungen der Umwelt).

Diagnostische Kriterien für das Asperger-Syndrom sind eine soziale Beeinträchtigung (ausgeprägte Egozentrität, wobei mindestens zwei der folgenden Merkmale erfüllt sein müssen: Schwierigkeiten in der Interaktion mit Gleichaltrigen; Indifferenz hinsichtlich

Kontakten mit Gleichaltrigen; Schwierigkeiten bei der Interpretation sozialer Schlüsselreize; sozial und emotional unangemessenes Verhalten), eingeschränkte Interessen (wobei mindestens eines der folgenden Merkmale erfüllt sein muss: Ausschluss anderer Aktivitäten; repetitives Kleben an Interessen; mehr mechanische als bedeutungsvolle Aktivitäten), das zwanghafte Bedürfnis nach Einführung von Routinen und Interessen (wobei mindestens eines der folgenden Merkmale erfüllt sein muss: mit Auswirkung auf alle Aspekte des Alltags des Betroffenen; mit Auswirkung auf Dritte), die Eigentümlichkeit von Sprache und Sprechen (wobei mindestens eines der folgenden Merkmale erfüllt sein muss: verzögerte Sprachentwicklung; oberflächlich perfekte Expressivsprache; formale und pedantische Sprache; ungewöhnliche Stimmlage [Prosodie], eigentümliche Stimmqualität; Sprachverständnisstörung mit Fehlinterpretationen wörtlicher/impliziter Bedeutungen), nonverbale Kommunikationsprobleme (wobei mindestens eines der folgenden Merkmale erfüllt sein muss: reduzierter Einsatz von Gesten; unbeholfene/ungeschickte Körpersprache; eingeschränkter Gesichtsausdruck; unangemessener Gesichtsausdruck; eigentümlicher, starrer Blick) sowie eine motorische Ungeschicklichkeit (niedrige Leistung bei der entwicklungsneurologischen Untersuchung; zum Ganzen: BGer 9C\_37/2020 vom 19. Mai 2020 E. 2.3 und BGer 9C\_680/2018 vom 22. Juli 2019 E. 3.6 mit Hinweisen, auch auf die Literatur).

3.4 Geburtsgebrechen gemäss Ziff. 404 GgV Anhang sind 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 [ADHS; früher "psychoorganisches Syndrom", POS], sofern sie mit bereits gestellter Diagnose als solche vor der Vollendung des 9. Altersjahres auch behandelt worden sind (BGer 8C\_316/2018 vom 23. Oktober 2018 E. 4.2).

Intelligenzminderungen werden nach dem heute zur Anwendung gelangenden Klassifikationssystem ICD-10 in leichte (IQ 69 bis 50), mittelgradige (IQ 49 bis 35), schwere (IQ 34 bis 20) und schwerste (IQ weniger als 20) Fälle eingeteilt (ICD-10 F70 bis F73; vgl. BGer 9C\_601/2019 vom 7. Januar 2020 E. 3.5.2 mit Hinweisen). Nach konstanter Rechtsprechung wird heute bei einem IQ von 70 und mehr ein invalidenversicherungsrechtlich massgeblicher Gesundheitsschaden verneint (vgl. BGer 9C\_5/2021 vom 6. Mai 2021 E. 3.3; 9C\_601/2019 vom 7. Januar 2020 E. 3.5.2 und 9C\_611/2014 vom 19. Februar 2015 E. 5.1). Demgegenüber führt ein IQ unterhalb dieses

Werts in der Regel zu einer relevanten verminderten Arbeitsfähigkeit (EVG I 775/06 vom 14. August 2007 E. 5.2). In diesem Sinne definiert auch die KSME die "normale Intelligenz" bis zur Grenze der leichten Intelligenzminderung (also bis zu einem IQ von 70; KSME, a.a.O., Anhang 7 S. 24 ff.).

3.5 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Demnach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange an, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht (BGer 9C\_296/2018 vom 14. Februar 2019 E. 4).

3.6 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Es gilt das Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG; BGer 8C\_260/2011 vom 25. Juli 2011 E. 5.2). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1).

3.7 Den von versicherungsinternen Ärzten erstellten Berichten und Gutachten kann voller Beweiswert zukommen, wenn sie die dazu erforderlichen Voraussetzungen erfüllen. Damit der Beweiswert von Berichten des RAD nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) mit externen medizinischen Sachverständigengutachten vergleichbar ist, müssen sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (siehe vorangehende E. 3.6) und die beurteilende RAD-Arztperson muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Es ist dabei nicht zwingend erforderlich, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD bei Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Einschätzung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist damit nicht an sich ein Grund, einen RAD-Bericht in Frage zu stellen.

Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (zum Ganzen: BGer 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4 mit zahlreichen Hinweisen). Die IV-Stellen werden aber stets externe (meist polydisziplinäre) Gutachten einholen, wenn der ausgeprägt interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die fachlichen Ressourcen verfügt, um eine sich stellende Frage beantworten zu können, sowie wenn zwischen RAD-Berichten und allgemeinem Tenor im medizinischen Dossier eine Differenz besteht, welche nicht offensichtlich auf unterschiedlichen versicherungsmedizinischen Prämissen beruht (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 mit Hinweisen). Bestehen selbst nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4; BGer 9C\_8/2011 vom 21. Februar 2011 E. 4.1.3).

4. Der massgebliche medizinische Sachverhalt präsentiert sich vorliegend wie folgt:

4.1 Nachdem A. \_\_\_\_\_ in der Spielgruppe grosse Schwierigkeiten in der Gemeinschaft und beim Ablauf der Spielgruppenzeit zeigte, ersuchte die Spielgruppenleiterin beim heilpädagogischen Dienst H. \_\_\_\_\_ um Beratung und die Mutter um Unterstützung in der alltäglichen Förderung und Entwicklung ihres Sohnes (Antrag auf heilpädagogische Früherziehung [HFE] vom 9. März 2018; IV-act. 13 S. 6 ff.; vgl. auch den Antrag auf Mitfinanzierung einer separativen, internen Sonderschulung im Zentrum I. \_\_\_\_\_ vom 17. April 2019; IV-act. 13 S. 1 ff.).

4.2 Im Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 3. August 2018 diagnostizierten Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_, FMH Kinder- und Jugendmedizin, und Assistenzärztin med. pract. K. \_\_\_\_\_ (1) einen sprachbetonten unspezifischen Entwicklungsrückstand, (2) eine schwere expressive und rezeptive Spracherwerbsstörung sowie (3) Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion und Kommunikation. Sie hätten den aktuell 4 <sup>2</sup>/<sub>12</sub>-jährigen A. \_\_\_\_\_ erstmalig zur entwicklungspädiatrischen Kontrolle mit Frage nach einer ASS bei bekanntem Entwicklungsrückstand, insbesondere im Bereich der Sprache und dem Spielverhalten, gesehen. Bei den durchgeführten Tests und Kategorien habe sich ein Entwicklungsalter von 3 <sup>2</sup>/<sub>12</sub> Jahren gezeigt. Insgesamt sei das genaue Entwicklungsalter bei sehr selbstbestimmtem Verhalten nicht abschliessend beurteilbar. Die Prüfung der rezeptiven und expressiven Sprache habe sich kooperationsbedingt ebenfalls sehr schwierig gestaltet. Hierbei könne nur auf die anamnesticen Angaben und die vereinzelt

genannten Worte zurückgegriffen werden. A. \_\_\_\_\_ versuche sich bei fehlender Sprache häufig durch Gestik und Mimik auszudrücken. Meist scheine er einen nicht zu verstehen, was teils Trotzreaktionen und Überforderung auslöse. Er verfüge über einen noch sehr kleinen Wortschatz und habe teilweise Mühe mit der Artikulation. Sie gingen von einer schweren rezeptiven und expressiven Spracherwerbsstörung in der Muttersprache (L. \_\_\_\_\_) und Zweitsprache Schweizerdeutsch aus. Das Sozialverhalten sei während der gesamten Untersuchung sehr auffällig gewesen. A. \_\_\_\_\_ zeige sowohl in der sozialen Interaktion als auch sozialen Kommunikation Auffälligkeiten. Die Frage nach einer ASS könne im Rahmen der Untersuchung nicht vollständig beantwortet werden. Viele Verhaltensmuster würden für eine ASS sprechen. Einige Verhaltensmuster liessen sich aber auch durch den kognitiven Entwicklungsrückstand und die schwere Spracherwerbsstörung erklären. Eine psychiatrische Abklärung (u.a. mittels diagnostischer Beobachtungsskala für autistische Störungen [ADOS-2]) werde empfohlen. Eine wohnortnahe psychiatrische Begleitung erscheine sinnvoll (IV-act. 45; eingegangen bei der IV-Stelle am 9. November 2020).

4.3 Am 16. November 2018 hielten Dr. E. \_\_\_\_\_ und lic. phil. M. \_\_\_\_\_, Psychologin, fest, A. \_\_\_\_\_ sei vom ehemaligen Kinderarzt zur Abklärung einer autistischen Störung zugewiesen worden. Die kognitiven Ressourcen von A. \_\_\_\_\_ seien schwierig einzuschätzen. Er könne Puzzles lösen (deren Schwierigkeitsgrad seinem Alter entsprechen), kenne die Farben und zeige Interesse an Zahlen und Buchstaben. Das Niveau seines Spielverhaltens sei jedoch nicht altersentsprechend. Bei Freude zeige er ein "Flapping" mit beiden Armen. A. \_\_\_\_\_ zeige mehrheitlich ein Sprechen/Lautieren für sich, das oft in einer nicht verständlichen Fantasiesprache erfolge. Die Artikulation sei undeutlich. Bei Bedürfnissen richte er Lautäusserungen direkt an andere Personen. Auf Namensnennung reagiere er nach mehrmaliger Wiederholung erst mit dem Repetieren des eigenen Namens und schliesslich mit Blickkontakt. Er habe einige konventionelle, jedoch keine beschreibenden Gesten verwendet. Der Blickkontakt von A. \_\_\_\_\_ sei mehrheitlich auffällig. Die Integration von Blickkontakt und anderen Verhaltensweisen gelinge ihm manchmal. Er zeige bei mehreren Tätigkeiten Freude an der Interaktion und versuche solche Sequenzen zu verlängern, indem er Abläufe wiederhole. Er könne Anwesenden Gegenstände zeigen und so gemeinsame Aufmerksamkeit herstellen. Auf das Lenken seiner Aufmerksamkeit reagiere er inkonsequent. Die Qualität der sozialen Annäherung sei auffällig. Er suche schnell engen Körperkontakt bei der ihm wenig bekannten Untersucherin. Die Intonation der sprachlichen Äusserungen sei nicht beurteilbar, da zu wenig Spontansprache gezeigt worden sei. Es seien keine

ungewöhnlichen sensorischen Interessen beobachtet worden, hingegen bestünden Ansätze von Hand-Manierismen (Fingerverdrehen rechts). Zudem sei das Spielverhalten von A. \_\_\_\_\_ repetitiv. Er könne zwar den Spielgegenstand wechseln, spiele jedoch mit unterschiedlichen Gegenständen in repetitiver Weise. Der Gesamtwert der ADOS-2 liege mit 12 über dem "cut-off" von 8 für eine ASS, exakt beim "cut-off" für Autismus. Die Abklärungen zeigten eindeutige Schwierigkeiten in den drei Kernbereichen eines Autismus (soziale Interaktion, wechselseitige Kommunikation und stereotypes Verhalten). Es falle auf, dass A. \_\_\_\_\_ oft stolpere, ab und zu leichten Zehenspitzen gang zeige und sich anlehne. Insgesamt wirke er motorisch ungeschickt. Der Schweregrad rechtfertige zurzeit die Diagnose eines frühkindlichen Autismus (ICD-10 F84.0). Weiter zeige sich eine umschriebene Entwicklungsstörung der Grobmotorik (ICD-10 F82.0) sowie eine leichte Intelligenzminderung gemäss dem klinischen Eindruck bei einem IQ von 50 bis 69 (ICD-10 F70; IV-act. 4).

4.4 Am 1. Juli 2019 gab Kinderärztin Dr. F. \_\_\_\_\_ mittels dem ihr zugestellten IV-Arztformular Auskunft. Die Ärztin hielt ebenfalls die Diagnose eines frühkindlichen Autismus fest. Der Gesundheitszustand der versicherten Person sei gleichbleibend aber besserungsfähig. Weiter verwies sie auf benötigte Behandlungen und Therapien, wie heilpädagogische Sonderschulung, Logopädie, Psychotherapie (bei Psychologin lic. phil. M. \_\_\_\_\_ seit 24. August 2018 einmal wöchentlich) und Ergotherapie (in Zukunft; IV-act. 10).

4.5 Im Abschlussbericht vom 26. Juli 2019 des logopädischen Dienstes N. \_\_\_\_\_ berichtete O. \_\_\_\_\_, dipl. Logopädin, die logopädische Therapie sei vom 7. Dezember 2018 bis 5. Juli 2019 (einmal wöchentlich) erfolgt. Mit Verweis auf eine Erstabklärung vom 21. September 2018 und einen Abklärungsbericht vom 25. Oktober 2018 hielt O. \_\_\_\_\_ als "logopädische Diagnose" eine schwere expressive und rezeptive Spracherwerbsstörung in allen Sprachen bei Verdacht auf ASS fest. Die Kooperationsbereitschaft von A. \_\_\_\_\_ sei tages- und umweltabhängig. Wenn ihm danach sei, trete er mit einem in Kontakt und halte den Blickkontakt aufrecht, wenn er mit einem spreche. Zu Therapiebeginn habe er diesen selten bis gar nicht zur Sprachverständnissicherung benützt. Die Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne sei länger geworden. Wenn A. \_\_\_\_\_ sich auf ein Spiel habe einlassen können, sei es ihm gelungen mit Ortswechsel 20 bis 30 Minuten an etwas gemeinsam dranzubleiben. Dies sei ein grosser Fortschritt in den letzten Monaten. Am Anfang sei sein Spielverhalten sehr sprunghaft gewesen, sodass er alle zwei bis drei Minuten den Gegenstand

gewechselt und auch kein gemeinsames Spiel zugelassen habe. Die Spielentwicklung an sich sei noch nicht altersgemäss. Hauptsächlich befinde sich A. \_\_\_\_\_ noch im Funktionsspiel, vermehrt würden vereinzelte, einfache symbolische Handlungen vorkommen. Eine andere Meinung anzunehmen bzw. fremdgesteuerte Handlungen würden ihm noch Mühe bereiten. Vermutlich sei der Perspektivenwechsel noch nicht ganz vollzogen. Die praktisch-gnostischen und visuellen Kompetenzen sowie die Motorik seien Stärken von A. \_\_\_\_\_; in der Therapie sei er sehr aktiv dabei gewesen. Das Sprachverständnis im L. \_\_\_\_\_ sei gemäss seiner Mutter besser geworden. Im Deutsch seien kleine Fortschritte im situativen Verständnis (Situationen, welche er kenne) ersichtlich. Bei Nicht-Verstehen frage er noch selten nach. Meist sei er mit der Situation überfordert, beginne zu schreien, stosse den Gegenstand und manchmal auch die Person von sich weg. Das Sprachverständnis habe noch nicht mittels normierter Diagnostik überprüft werden können und sei daher noch pendent. Für Bezugspersonen sowie Fremde sei A. \_\_\_\_\_ oft unverständlich, da ihm viele Worte fehlen würden. Im Deutsch hätten expressiv nur kleine Fortschritte auf Einwortebene festgestellt werden können. Seit Therapiebeginn benutze A. \_\_\_\_\_ zudem eine Fantasiesprache, welche ohne Inhalt zu sein scheine. Diese wende er immer noch an, wenn auch etwas weniger oft. Die morpho-syntaktische als auch die semantisch-lexikalische Ebene seien nicht altersgemäss. Ein Diagnostikverfahren habe nicht durchgeführt werden können. Phonologische Prozesse könnten nicht ausgeschlossen werden. A. \_\_\_\_\_ trete im August 2019 in den Kindergarten des Zentrums I. \_\_\_\_\_ ein. Er werde dort das Internat besuchen. Dies werde ihm beständige Struktur geben, und könne sich positiv auswirken. Die Weiterführung der logopädischen Therapie sei sehr zu empfehlen, da es sich immer noch um eine schwere Spracherwerbsstörung handle (IV-act. 14).

4.6 Auf Empfehlung des RAD-Arzt Dr. med. P. \_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, wurde das Dossier der Spezialistin für psychische Geburtsgebrechen des RAD Dr. D. \_\_\_\_\_ vorgelegt (IV-act. 15). Diese nahm am 27. Januar 2020 Stellung und erklärte, die kognitiven Fähigkeiten seien anhand genormter Intelligenztests (noch) nicht valide zu ermitteln gewesen. Eine entwicklungs-pädiatrische Untersuchung mit Bestimmung des emotionalen Intelligenzquotienten (EQ) sei nicht erfolgt. Aufgrund der ausführlichen heilpädagogischen Berichte zusammen mit dem logopädischen Bericht sei jedoch eine Einschätzung möglich und ein inhomogenes Intelligenzprofil im unterdurchschnittlichen Bereich wahrscheinlich. Gemäss ICD-10 seien die Kriterien für einen frühkindlichen Autismus (F84.0) in den Kernbereichen (Kommunikation, stereotypes Verhalten und Sonderinteressen) nicht vollständig erfüllt. Gefordert seien für die Diagnose

jeweils zwei Kriterien aus beiden Bereichen. Ihres Erachtens liege bei A. \_\_\_\_\_ ein atypischer Autismus (ICD-10 F84.1) vor. Diese Störung trete auch bei Patienten auf, die unter einer schweren umschriebenen Entwicklungsstörung der rezeptiven Sprache litten. So stelle der atypische Autismus eine sinnvollerweise vom Autismus getrennte Störung dar. Ein Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV Anhang sei nicht ausgewiesen. Erfüllt seien jedoch die medizinischen Kriterien des Geburtsgebrechens Ziff. 404 GgV Anhang. Ergotherapeutische Behandlungen könnten in diesem Rahmen übernommen werden (IV-act. 17).

RAD-Arzt Dr. P. \_\_\_\_\_ hatte dem in der Folge nichts hinzuzufügen (IV-act. 18).

4.7 Am 14. Februar 2020 hielt RAD-Arzt Dr. P. \_\_\_\_\_ fest, der Versicherte sei vom heilpädagogischen Dienst mit drei und viereinhalb Jahren hinsichtlich Intelligenz getestet worden (Non-verbaler Intelligenztest [SON-R]). Der IQ sei jeweils unter 70 gelegen (Abklärungen des heilpädagogischen Dienstes H. \_\_\_\_\_ am 18. Januar und 24. Oktober 2018; IV-act. 13 S. 14 f.). Insofern sei er nicht als normalbegabt, sondern als leicht intelligenzgemindert im Sinne von ICD-10 F70.0 zu sehen und erfülle damit nicht das Eingangskriterium für das Geburtsgebrechen Ziff. 404 GgV Anhang (IV-act. 20).

4.8 Im Rahmen des Einspracheverfahrens erstattete Helsana-Vertrauensärztin med. pract. Q. \_\_\_\_\_, FMH Chirurgie, am 23. April 2020 eine Stellungnahme. Die Ärztin führte aus, die Leistungsablehnung der IV sei überhaupt nicht nachvollziehbar. Der RAD habe festgehalten, dass die Diagnosekriterien für frühkindlichen Autismus nicht erfüllt seien, da in den Bereichen Kommunikation und Sonderinteressen jeweils zwei Kriterien erfüllt sein müssten. Dies stimme jedoch nicht, in diesen Bereichen müsse jeweils nur ein Kriterium erfüllt sein. Aus ihrer Sicht erfülle A. \_\_\_\_\_ zwei bis drei Kriterien aus dem Bereich Kommunikation. Bei den Sonderinteressen seien mehrere Kriterien angedeutet vorhanden, jedoch nicht im vollen Umfang. Er erfülle aber mindestens drei bis vier Kriterien (von notwendigen zwei) zur sozialen Interaktion. Zudem seien die Eintrittskriterien ebenfalls mehr als erfüllt. Zu erwähnen sei, dass die RAD-Kinderpsychiaterin das Geburtsgebrechen Ziff. 404 GgV Anhang vorgeschlagen habe, was dann vom fallführenden RAD-Psychiater zu Recht korrigiert worden sei, da dieses aufgrund der wahrscheinlich vorliegenden Intelligenzminderung nicht möglich sei. Zusammenfassend liege eine völlig falsche Beurteilung durch die Kinder- und Jugendpsychiaterin des RAD vor. Die Kriterien für das Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV Anhang seien erfüllt (IV-act. 34).

Ergänzend fügte med. pract. Q. \_\_\_\_\_ am 22. Mai 2020 an, die beiden neuen Berichte (logopädische Beurteilungen, welche ihr die IV-Stelle vorher nicht zugestellt habe) würden ihre Beurteilung vom 23. April 2020 bestätigen. Die Kriterien für das Geburtsgebrechen Ziff. 405 GgV Anhang seien erfüllt. Falls die IV-Stelle auf ihrer Leistungsablehnung beharre, müsse dies mit einer unabhängigen Zweitbeurteilung begründet werden (IV-act. 37).

4.9 Die Einwände der Krankenversicherung bzw. die Stellungnahmen von Vertrauensärztin med. pract. Q. \_\_\_\_\_ wurden in der Folge RAD-Ärztin Dr. D. \_\_\_\_\_ vorgelegt. Diese berichtete am 26. August 2020, es stelle sich grundsätzlich die Frage, inwieweit eine nachvollziehbare differenzialdiagnostische Abklärung als Teil einer validen Diagnose, insbesondere eines frühkindlichen Autismus, für die Anerkennung eines Geburtsgebrechens Ziff. 405 GgV Anhang notwendig sei bzw. sein solle. Dieser diagnostische Prozess sei eine fachliche Herausforderung, da die Symptome sowohl Differenzialdiagnose als auch Komorbidität sein könnten.

Im konkreten Fall seien ihre Ausführungen vom 27. Januar 2020 zu erweitern. Offensichtlich bestehe gemäss einem Bericht der Logopädin vom 21. September 2018 bei A. \_\_\_\_\_ eine Sprachstörung. Im Bericht der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (IV-act. 4) – unter dem multiaxialen Klassifikationsschema – werde jedoch unter Achse II eine umschriebene Entwicklungsstörung der Motorik (nicht nachvollziehbar ohne Untersuchungsbefund) codiert. Der Sprachbefund werde hingegen weder in der Untersuchung noch differenzialdiagnostisch berücksichtigt und auch nicht codiert. Dies möge einer Nachlässigkeit oder aber auch einem mangelnden Fallverständnis zuzurechnen sein. Der IQ werde mit einer Intelligenzminderung als "klinischer Eindruck" codiert. Zu klären wäre gewesen, ob sich die sprachlichen Funktionen von der allgemeinen kognitiven Entwicklung deutlich unterscheiden würden oder ob der Entwicklungsrückstand als global beurteilt werden müsse. Dies sei insofern wichtig, als mit dieser Hintergrundinformation das Spielverhalten (repetitiv im Sinne von Autismus oder aber Entwicklungsretardierung, emotionaler Vernachlässigung) und die Kommunikation im Hinblick auf einen frühkindlichen Autismus erst beurteilt werden könne. Dies setze entwicklungspädiatrische Expertise, nämlich die Bedeutung der entwicklungsbezogenen Einordnung von Defiziten voraus.

Nun sei mit der Entwicklungspädiaterin med. pract. K. \_\_\_\_\_ telefoniert worden. Die Abklärung sei erschwert gewesen, A. \_\_\_\_\_ habe bei nicht selbst gewählten Aufgaben die Kooperation verweigert. Es bestünden kognitive Schwierigkeiten, eine Spracherwerbsstörung, Ängste, eine emotionale Instabilität mit plötzlichen Stimmungswechseln zwischen extremem Trotzen, Angst, Begeisterung und Anhänglichkeit. A. \_\_\_\_\_ habe sofort zu der ihm unbekanntem Untersucherin körperliche Nähe gesucht. Zudem habe er im Spiel nicht auf Ideen Anderer eingehen können. Die fehlende verbale Sprache habe er durch Mimik und Gestik kompensiert. Insgesamt sei er ständig in Bewegung gewesen und habe bei Aufregung "Flapping" gezeigt. Ärztin K. \_\_\_\_\_ habe angeraten, eine konstante Betreuungssituation anzustreben. Gemäss Psychiatriebericht erfolge alle drei Monate ein Wechsel der Betreuungsperson. A. \_\_\_\_\_ sehe die Mutter tagelang nicht, da sie das Haus verlasse, ehe A. \_\_\_\_\_ wach sei und zurückkehre, wenn er schon schlafe.

Differenzialdiagnostisch seien neben der Diagnose eines atypischen Autismus (wenn die Kriterien des ICD-10 angewendet werden sollen) die einer reaktiven Bindungsstörung sowie emotional/affektive Störungen abzuklären. Nach jüngeren Forschungsergebnissen würden bei Kindern mit Bindungsstörung häufig Schwierigkeiten im Verständnis sozialer Situationen, in der Nutzung von Kontextinformationen, im Rapport und generell im Sprachgebrauch auftreten, die jenen von Kindern mit ASD im Schweregrad gleichen würden. Mehr als 60 % der Kinder mit Bindungsstörung erfüllten die ADI-R Kriterien für Auffälligkeiten im Sprachgebrauch und in der sozialen Kommunikation, 46 % für reziproke soziale Interaktion und 20 % zeigten repetitive und stereotype Verhaltensweisen. Unter optimierten und standardisierten Forschungsbedingungen zeige der ADOS exzellente diagnostische Güte und eine gute Inter-Rater-Reliabilität. Studien wiesen darauf hin, dass die Inter-Rater-Übereinstimmung im klinischen Alltag sehr niedrig und sehr variabel sei, was zu einer grossen Zahl an falsch-positiven und falsch-negativen diagnostischen Entscheidungen führe.

Eine entwicklungsbezogene Einordnung der Symptomatik und eine differenzialdiagnostische Betrachtung sei bei dieser Autismusabklärung ungenügend erfolgt und die Diagnose erscheine nicht genügend gesichert. Es sei noch der Entwicklungsbericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ (med. pract. K. \_\_\_\_\_) einzuholen (IV-act. 41).

Nachdem der Bericht von Prof. Dr. J. \_\_\_\_\_ und Assistenzärztin med. pract. K. \_\_\_\_\_ vom 3. August 2018 bei der IV-Stelle eingegangen war (vgl. vorstehende E. 4.2) hielt RAD-Ärztin Dr. D. \_\_\_\_\_ am 26. November 2020 fest, in Bezug auf die Qualität der erfolgten psychiatrischen Abklärung verweise sie auf ihre vorangegangenen Stellungnahmen. Ergänzend sei der Befund von "englischen Sprachfragmenten", die wohl mit dem deutschen Wortschatz gleichauf zu sein scheinen, ein Hinweis auf einen erheblichen englischsprachigen Bildschirmkonsum in einem frühen Alter. Als Folge eines frühen Bildschirmkonsums würden auch Einschränkungen der sozialen Interaktion und Kommunikation beschrieben. Vom Verlauf spreche eine relativ rasche Verbesserung der Symptomatik unter heilpädagogischer Behandlung nicht für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (ICD-10 F84-Diagnosen), sondern für andere Ursachen. Am Bescheid könne festgehalten werden (IV-act. 47).

4.10 Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens äusserte sich Helsana-Vertrauensärztin med. pract. Q. \_\_\_\_\_ am 7. Januar 2021 erneut. Bei A. \_\_\_\_\_ stünden verschiedene Diagnosen (frühkindlicher Autismus, Entwicklungsrückstand, Intelligenzminderung) im Raum, die von universitären Zentren gestellt worden seien. Die Diagnosen würden sich beeinflussen und seien zum Teil nicht vollständig abgeklärt. Zudem gehe die RAD-Psychiaterin in ihrer ersten Stellungnahme von einem atypischen Autismus sowie von ADHS aus. Die erwähnte Betreuungssituation des Versicherten möge für die psycho-emotionale Entwicklung einen negativen Einfluss haben, könne aber das Vorliegen eines Geburtsgebrechens im Sinne einer autistischen Störung oder ADHS, was die auffälligen Verhaltensweisen des Versicherten erklären könnten, nicht ausschliessen. In der Gesamtschau seien die Kriterien für Autismus erfüllt, wie bereits am 23. April 2020 festgehalten worden sei. Differenzialdiagnostisch müsse ein ADHS in Betracht gezogen werden. Ausserdem sei schon in der Stellungnahme vom 22. Mai 2020 darauf hingewiesen worden, dass eine Beurteilung durch eine unabhängige Stelle notwendig sei. Eine unabhängige Beurteilung des komplexen Sachverhalts habe nach wie vor nicht stattgefunden. Deshalb könne das Vorliegen eines Geburtsgebrechens im Sinne von Ziff. 404 oder 405 GgV Anhang nicht von vornherein abgelehnt werden. Diese Beurteilung sei in Rücksprache mit dem psychiatrischen Vertrauensarzt Dr. G. \_\_\_\_\_, unter Vorlage der gesamten Akte, erfolgt (Bf-act. 3).

5. Die IV-Stelle stützte bei der Ablehnung ihrer Leistungspflicht auf die Beurteilungen der RAD-Ärzte Dr. D. \_\_\_\_\_ und Dr. P. \_\_\_\_\_. In Würdigung der Aktenlage

bestehen jedoch begründete Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit dieser Beurteilungen, dies aus folgenden Gründen:

5.1 Umstritten ist vorliegend die Diagnose einer ASS. Die Aktenlage zeigt sich in dieser Hinsicht widersprüchlich, wobei sich die Differenzen nicht offensichtlich mit rein versicherungsmedizinischen Gesichtspunkten begründen lassen. Einerseits verneint der RAD das Vorliegen einer Störung im Sinne des Geburtsgebrechens Ziff. 405 GgV Anhang. Demgegenüber diagnostizierte Dr. E. \_\_\_\_\_ am 16. November 2018 eindeutig einen frühkindlichen Autismus, ebenso ging Kinderärztin Dr. F. \_\_\_\_\_ im Juli 2019 von dieser Diagnose aus. Wenn auch in umstrittenen Fällen mit Blick auf die prinzipielle Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag in der Regel nicht allein auf die Berichte der behandelnden Ärzte abgestellt werden kann (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5; BGer 9C\_281/2015 vom 2. September 2015 E. 2), so vermögen diese Berichte vorliegend durchaus Zweifel an der Einschätzung des RAD zu wecken. Unbestrittenermassen handelt es sich bei Dr. E. \_\_\_\_\_ um einen ausgewiesenen Experten auf dem Gebiet der Autismus-Spektrum-Störungen. Er stellte seine Diagnose in nachvollziehbarer und begründeter Art und Weise unter Zuhilfenahme der diagnostischen Beurteilungsskala ADOS-2, wie dies im Übrigen vorgängig von Prof. Dr. J. \_\_\_\_\_ und Assistenzärztin med. pract. K. \_\_\_\_\_ empfohlen worden war. Von "mangelndem Fallverständnis" oder unbesehener Diagnostik ("weil von ihm eine Autismus-Diagnose offensichtlich immer erwartet werde") kann jedenfalls nicht die Rede sein.

Im Weiteren sind auch die konkreten und differenzierten Einwände von Helsana Vertrauensärztin med. pract. Q. \_\_\_\_\_ vorliegend geeignet – zumindest geringe – Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung von RAD-Ärztin Dr. D. \_\_\_\_\_ zu begründen (vgl. hierzu auch BGer 8C\_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.3). Mit den vertrauensärztlichen Stellungnahmen liegt nicht bloss eine pauschale Bejahung des in Frage stehenden Geburtsgebrechens vor, vielmehr setzt sich med. pract. Q. \_\_\_\_\_ eingehend mit den Kriterien von Ziff. 405 GgV Anhang auseinander (vgl. vorstehende E. 4.8). Ihre letzte Stellungnahme im Rahmen dieses Verfahrens – unter Beizug eines psychiatrischen Facharztes – verdeutlicht, dass es sich vorliegend um eine komplexe Ausgangslage mit verschiedenen im Raum stehenden Diagnosen handelt, welche sich gegenseitig beeinflussen. Selbst Dr. D. \_\_\_\_\_ beurteilte den diagnostischen Prozess als fachliche Herausforderung, da die Symptome sowohl Differenzialdiagnose als auch Komorbidität sein könnten (vgl. vorne E. 4.9). Diese

widersprüchliche Aktenlage lässt sich ohne unabhängige Expertise nicht rechtsgenügend auflösen.

In diesem Zusammenhang sei ferner erwähnt, dass das Eingangskriterium von Ziff. 405 GgV Anhang hinsichtlich der Erkennbarkeit der Symptome einer ASS vor dem vollendeten 5. Altersjahr vorliegend zu Recht unbestritten ist (vgl. hierzu auch vorstehende E. 3.3).

5.2 Im Übrigen sind bereits die verschiedenen RAD-Stellungnahmen in sich nicht schlüssig und erfüllen die Anforderungen an beweismässige medizinische Berichte im Sinne der vorstehend zitierten Rechtsprechung nicht.

So führte Dr. D. \_\_\_\_\_ am 26. August 2020 aus, eine entwicklungsbezogene Einordnung der Symptomatik und eine differenzialdiagnostische Betrachtung sei ungenügend erfolgt und die Diagnose erscheine nicht genügend gesichert (vorne E. 4.9). Offensichtlich ging also auch sie davon aus, dass der medizinische Sachverhalt bis zu diesem Zeitpunkt nur ungenügend festgestellt worden war. Zwar holte die IV-Stelle in der Folge den in den Akten bis anhin fehlenden Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 3. August 2018 ein. In diesem wird die geforderte entwicklungsbezogene Einordnung jedoch nicht vollzogen, verweisen Prof. Dr. J. \_\_\_\_\_ und Assistenzärztin med. pract. K. \_\_\_\_\_ doch auf weitere noch zu tätige diagnostische Abklärungen, wobei viele Verhaltensmuster für eine ASS sprechen würden (vgl. vorne E. 4.2). Es erschliesst sich vor diesem Hintergrund nicht, dass die RAD-Ärztin daraufhin die Notwendigkeit weiterer Abklärungen nicht sah und der IV-Stelle mitteilte, es könne am leistungsablehnenden Bescheid festgehalten werden. Daran vermag auch die telefonische Rücksprache mit med. pract. K. \_\_\_\_\_ nichts zu ändern. Diese hatte den Versicherten im Juni 2018 (soweit ersichtlich einmalig) gesehen, wobei die Frage nach einer ASS eben nicht abschliessend geklärt werden konnte. Ferner sei – gerade vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdeführerin die fachliche Qualifikation von Vertrauensärztin med. pract. Q. \_\_\_\_\_ in Frage stellt – erwähnt, dass med. pract. K. \_\_\_\_\_ über keinen Facharztstitel verfügt. Zudem ging die IV-Stelle in ihrer Argumentation in der Vernehmlassung vom 23. Februar 2021 offenbar davon aus, der Bericht vom 3. August 2018 sei jüngeren Datums (nämlich vom 3. August 2020), was nicht zutrifft (vgl. act. 5).

Soweit die RAD-Ärztin die sprachlichen Defizite des Versicherten und seine Probleme in der sozialen Interaktion mit einem frühen Bildschirmkonsum erklärt haben will, greift dies angesichts der Aktenlage – mit seit früher Kindheit dokumentierten offenkundigen und

erheblichen Schwierigkeiten in der Kommunikation und im Sozialverhalten – eindeutig zu kurz. Auch kann gestützt auf die vorhandenen Berichte nicht auf eine signifikante Verbesserung der Symptomatik unter heilpädagogischer Behandlung – im Sinne eines Ausschlusses einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung – gesprochen werden. So beurteilte die behandelnde Kinderärztin – im jüngsten bei den Akten liegenden Bericht einer Arztperson – den Gesundheitszustand des Patienten als gleichbleibend, obschon sie Potential für eine Verbesserung sah (vorstehende E. 4.4). Auch die heilpädagogischen Berichte – auf welche sich die RAD-Ärztin abstützt – weisen keine massgebliche Verbesserung aus. Zwar werden im Abschlussbericht vom 26. Juli 2019 gewisse Fortschritte dokumentiert, die Logopädin geht allerdings unverändert von einer schweren Spracherwerbsstörung aus und hält auch den Verdacht auf eine ASS weiterhin fest (vgl. E. 4.5). Dem Bericht kann folglich gerade nicht entnommen werden, dass sich die beschriebenen (eher geringgradigen) Fortschritte auch in einer Verbesserung hinsichtlich des Schweregrades der gesundheitlichen Beeinträchtigung manifestiert hätten.

Auch die erwähnte (suboptimale) Betreuungssituation des Versicherten vermag das Vorliegen eines Geburtsgebrechens im Sinne einer autistischen Störung nicht per se auszuschliessen. Sodann kann in diesem Zusammenhang aus den allgemeinen Aussagen zu jüngeren Forschungsergebnissen betreffend Kindern mit Bindungsstörungen und der generellen Kritik an der Verwertbarkeit der mittels ADOS erhobenen Ergebnisse im klinischen Alltag nichts für den vorliegenden Fall entnommen werden bzw. fehlt eine eingehende Begründung inwieweit dies vorliegend von ausschlaggebender Bedeutung sein sollte.

Hinsichtlich der Ermittlung des IQ des Versicherten fehlt es zudem an validen Testergebnissen, darauf hatte Dr. D. \_\_\_\_\_ denn auch am 27. Januar 2020 aufmerksam gemacht, wenn sie auch ein inhomogenes Intelligenzprofil im unterdurchschnittlichen Bereich aufgrund der logopädischen Berichte für wahrscheinlich hielt. Trotzdem sah sie die Voraussetzungen für Leistungen im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrecchen Ziff. 404 GgV Anhang – welches eine normale Intelligenz von einem IQ über 70 voraussetzt (vgl. vorne E. 3.4) – als erfüllt. Dagegen hatte RAD-Arzt Dr. P. \_\_\_\_\_ zunächst nichts einzuwenden (vgl. E. 4.6). Am 14. Februar 2020 schloss Dr. P. \_\_\_\_\_ sodann gestützt auf die SON-R-Abklärungen des heilpädagogischen Dienstes H. \_\_\_\_\_ vom 18. Januar und 24. Oktober 2018 (IQ von 65 bzw. 68; vgl. IV-act. 13 S. 14 f.) auf einen IQ unter 70. Dies allerdings ohne auszuführen, weshalb diese Ergebnisse nun doch eine zuverlässige Einschätzung zuliessen und ohne auf den

Umstand einzugehen, dass im Bericht des heilpädagogischen Dienstes H. \_\_\_\_\_ vom 17. April 2019 festgehalten wurde, dass der SON-R nur teilweise durchführbar gewesen sei (vgl. IV-act. 13 S. 3), sowie ohne sich inhaltlich mit der Einschätzung von Dr. D. \_\_\_\_\_ auseinanderzusetzen.

5.3 Schliesslich erweist sich die Aktenlage als unvollständig. So fehlen etwa Berichte der behandelnden Psychologin lic. phil. M. \_\_\_\_\_, bei welcher der Versicherte (gemäss Auskunft seiner Kinderärztin vom Juli 2019) seit dem 24. August 2018 einmal wöchentlich in Behandlung ist (vgl. vorne E. 4.4).

5.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass vorliegend nicht einseitig auf die Stellungnahmen der involvierten RAD-Arztpersonen abgestellt werden kann. Insbesondere die Beurteilung von Dr. E. \_\_\_\_\_ sowie die vertrauensärztlichen Stellungnahmen von med. pract. Q. \_\_\_\_\_ vermögen begründete Zweifel an diesen Feststellungen zu wecken, wobei bereits geringe Zweifel genügen würden, um ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Ohnehin vermögen die Stellungnahmen des RAD auch in sich nicht zu überzeugen. Bei dieser Ausgangslage hätte die IV-Stelle – statt wiederholter versicherungsinterner Einschätzungen des RAD – eine unabhängige externe medizinische Expertise einholen müssen. Der massgebliche Sachverhalt ist folglich unvollständig und damit in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes festgestellt worden.

Die Aktenlage wird durch die Beschwerdegegnerin zu aktualisieren und zu vervollständigen sowie der medizinische Sachverhalt mittels einer unabhängigen Begutachtung durch einen für ASS kompetenten Sachverständigen zu klären sein. Sofern die IV-Stelle danach ihre Leistungspflicht hinsichtlich eines Geburtsgebrechens im Sinne Ziff. 405 GgV Anhang weiterhin ablehnend beurteilen sollte, wird sie ferner weitere Abklärungen hinsichtlich des Geburtsgebrechens Ziff. 404 GgV Anhang (namentlich aussagekräftige Einschätzungen zur der Intelligenz des Versicherten) zu veranlassen und ihren Leistungsanspruch eventuell unter den Voraussetzungen von Art. 12 IVG zu prüfen haben.

6. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist folglich begründet und dementsprechend – im Sinne der eventualiter beantragten Rückweisung – gutzuheissen. Die Sache ist unter Aufhebung der Verfügung vom 1. Dezember 2020 an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie nach weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.

7. Die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung an die Verwaltung wird – als formelles Obsiegen – unter dem Gesichtswinkel der Parteientschädigung praxisgemäss dem materiellen Obsiegen gleichgestellt (BGE 137 V 57 E. 2.1; 132 V 215 E. 6.2 mit Hinweisen). Diese Grundsätze gelten analog auch im Rahmen der Kostenverlegung (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die IV-Stelle vorliegend vollumfänglich kostenpflichtig wird (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG i.V.m. Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG). Angesichts des angefallenen Verfahrensaufwandes erscheint eine Spruchgebühr von Fr. 800.– angemessen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.– ist ihr zurückzuerstatten.

Trotz Obsiegens ist der Beschwerdeführerin als Versicherungsträgerin hingegen keine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. BGE 128 V 323; 126 V 143 E. 4a; 123 V 290 E. 10).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 1. Dezember 2020 aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen wird, damit sie nach weiteren Abklärungen gemäss den Erwägungen neu verfüge.
2. Die IV-Stelle hat die Gerichtskosten von Fr. 800.– zu bezahlen. Das Verwaltungsgericht erstattet der Beschwerdeführerin den Kostenvorschuss von Fr. 800.– zurück.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an die Helsana Versicherungen AG, die IV-Stelle des Kantons Zug (Rechnung folgt nach Rechtskraft des Urteils), an die gesetzliche Vertretung des Verfahrensbeteiligten (mit ausführlicher Rechtsmittelbelehrung), an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 16. August 2021

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am