

I. Kammer
Sozialversicherungsrichterin Grünig, Vorsitzende
Sozialversicherungsrichterin Maurer Reiter
Ersatzrichter Wilhelm
Gerichtsschreiberin Kobel

Urteil vom 17. September 2014

in Sachen

X.____, geb. 2007

Beschwerdeführer

gesetzlich vertreten durch die Mutter Y.____

diese vertreten durch Rechtsanwältin Dr. Monika Gattiker
Gattiker Rechtsanwälte
Asylstrasse 39, Postfach 1669, 8032 Zürich

gegen

Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
Röntgenstrasse 17, Postfach, 8087 Zürich
Beschwerdegegnerin

Sachverhalt:

1.

1.1 X.____, geboren 2007, wurde von seiner Mutter Y.____ im Februar 2008 wegen einer Syndaktylie der Finger III und IV links (Bericht von Dr. med. Z.____, Urk. 7/5) bei der Invalidenversicherung angemeldet (Urk. 7/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-Stelle, gewährte Kostengutsprache für die Behandlung des Geburtsgebrechens Ziffer 177 des Anhangs der Verordnung über die Geburtsgebrechen (GgV; „Übrige angeborene Defekte und Missbildungen der Extremitäten, sofern Operation, Apparateversorgung oder Gipsverband notwendig sind“) (Verfügung vom 1. April 2008, Urk. 7/6).

1.2 Im Juli 2010 meldete Y.____ ihren Sohn erneut bei der Invalidenversicherung an und stellte den Antrag auf eine Hilflosenentschädigung aufgrund der Diagnose eines frühkindlichen Autismus (Urk. 7/7 mit den Angaben der Kinderärztin Dr. med. A.____). Die IVStelle holte den Bericht des O.____ (O.____) vom 9. August 2010 ein, worin die Diagnose eines frühkindlichen Autismus (ICD-Code F84.0 und Ziffer 405 Anhang GgV „Autismus-Spektrum-Störungen, sofern diese bis zum vollendeten 5. Lebensjahr erkennbar werden“) bestätigt wurde (Urk. 7/11), und besuchte die Familie B.____ in der Wohnung (Bericht vom 23. September 2010, Urk. 7/13). Anschliessend sprach sie X.____ mit Verfügung vom 5. Oktober 2010 für die Zeit von Juli bis September 2010 eine Entschädigung für eine leichte

Hilflosigkeit und ab Oktober 2010 eine Entschädigung für eine mittlere Hilflosigkeit zu (Urk. 7/17).

1.3 Mit der weiteren Anmeldung bei der Invalidenversicherung vom 15. November 2010 ersuchte Y.____ um Übernahme der Kosten einer verhaltenstherapeutischen Psychotherapie beim O.____ (Urk. 7/18), und Dr. A.____ hielt im zugehörigen Bericht fest, es handle sich um ein intensiviertes Therapieprogramm der Methode ABA (ApplyBehavior Analysis) (Urk. 7/21). Die IV-Stelle holte die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. C.____, Spezialarzt für Innere Medizin, vom 3. Januar 2011 ein (Urk. 7/22) und leistete daraufhin mit Verfügung vom 5. Januar 2011 die generelle Kostengutsprache für die Behandlung des Geburtsgebrechens nach Ziffer 405 Anhang GgV (bis Ende 2009 Ziffer 401; Urk. 7/23). Mit Verfügung vom 6. Januar 2011 gewährte sie sodann Kostenübernahme für ambulante Psychotherapie und Behandlungsgeräte nach ärztlicher Verordnung für die Zeitdauer von November 2010 bis November 2012 (Urk. 7/24). Ferner bezeichnete sie mit der Mitteilung vom 9. Februar 2011 den O.____ als zugelassene Durchführungsstelle (Urk. 7/27).

Im Herbst 2012 ersuchten Y.____ und der O.____ die IV-Stelle um die Begleichung von Rechnungen für eine Therapie der Methode FIVTI (frühe intensive verhaltenstherapeutische intervention, Urk. 7/28). Aufgrund einer Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. D.____ vom 27. Dezember 2012 (Urk. 7/32) eröffnete die IV-Stelle Y.____ mit Vorbescheid vom 28. Dezember 2012, dass sie die Kostenübernahme abzulehnen gedenke, da es sich bei der FIVTI-Therapie nicht um eine von der Invalidenversicherung anerkannte Behandlungsmethode handle (Urk. 7/31). Y.____ liess der IV-Stelle daraufhin einen Bericht des O.____ an die E.____ vom 15. November 2011 zukommen (Urk. 7/34/1-2), und die IV-Stelle interpretierte dies als sinngemässen Einwand gegen den Vorbescheid (vgl. Urk. 7/35). Mit Verfügung vom 21. Februar 2013 entschied die IV-Stelle im Sinne ihres Vorbescheids und lehnte die Übernahme der Kosten für die FIVTI-Therapie ab (Urk. 2 = Urk. 7/36).

2. Gegen die Verfügung vom 21. Februar 2013 liess Y.____ als gesetzliche Vertreterin ihres Sohnes X.____, ihrerseits vertreten durch Rechtsanwältin Dr. Monika Gattiker, mit Eingabe vom 8. April 2013 Beschwerde erheben (Urk. 1) und beantragen, die Verfügung sei aufzuheben und die IV-Stelle sei zu verpflichten, die Kosten für die verhaltensorientierte Frühintervention (FIVTI) ab Januar 2011 und in Zukunft, solange die Fortsetzung der Therapie medizinisch indiziert sei, vollständig zu übernehmen (Urk. 1 S. 2). Als Belege liess Y.____ zwei Berichte des O.____ vom 28. Januar 2011 und vom 17. Januar 2012 (Urk. 3/6 und Urk. 3/8), Therapiebeschreibungen des O.____ (Urk. 3/9-11) und verschiedene Fachartikel (Urk. 3/12-19) beibringen. Ausserdem liess sie unter dem Hinweis auf die Dringlichkeit um einen Entscheid innert kürzest möglicher Frist ersuchen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 13. Mai 2013 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), worüber Y.____ am 15. Mai 2013 informiert wurde (Urk. 8). Nach entsprechender Ankündigung (Eingabe vom 9. April 2014, Urk. 13) liess Y.____ mit Eingabe vom 15. Juni 2014 eine weitere Stellungnahme erstatten (Urk. 14) und nahm dabei Bezug auf das IV-Rundschreiben Nr. 325 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 23. Dezember 2013 über die „Vergütung von medizinischen Massnahmen im Rahmen der Intensivbehandlung bei frühkindlichem Autismus (GgV-Ziffer 405)“ (Urk. 15/1) und auf einen neuen Fachartikel in der Schweizer Zeitschrift F.____ (Urk. 15/2). Die IV-Stelle nahm dazu mit Eingabe vom 1. Juli 2014 Stellung (Urk. 17).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Nicht erwerbstätige Personen vor dem vollendeten 20. Altersjahr gelten als invalid, wenn die Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit voraussichtlich eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit zur Folge haben wird (Art. 8 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 5 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]).

2.

2.1 Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte haben gestützt auf Art. 8 Abs. 1 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im (nicht erwerblichen) Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu verbessern, zu erhalten oder ihre Verwertung zu fördern.

2.2 Zu den Eingliederungsmassnahmen gehören zunächst die in Art. 12 ff. IVG geregelten medizinischen Massnahmen (Art. 8 Abs. 3 lit. a IVG).

Gemäss 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 berufliche Eingliederung oder in den (nicht erwerblichen) Aufgabenbereich gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im (nicht erwerblichen) Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Ferner haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr nach Art. 13 Abs. 1 IVG Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen Massnahmen. Dieser Anspruch besteht aufgrund der Regelung in Art. 8 Abs. 2 IVG im Sinne einer Ausnahme zu Art. 8 Abs. 1 IVG unabhängig davon, ob die Massnahmen einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den (nicht erwerblichen) Aufgabenbereich dienen. Gemäss Art. 13 Abs. 2 IVG bezeichnet der Bundesrat die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden. Gestützt auf diese Delegationsnorm hat der Bundesrat die Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV) erlassen. In deren Anhang sind die einzelnen Gebrechen aufgelistet.

Nach Art. 14 Abs. 1 IVG umfassen die medizinischen Massnahmen die Behandlung, die vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung durch medizinische Hilfspersonen in Anstalts- oder Hauspflege vorgenommen wird, mit Ausnahme von logopädischen und psychomotorischen Therapien (lit. a), und die Abgabe der vom Arzt verordneten Arzneien (lit. b). Sowohl die medizinischen Massnahmen nach Art. 12 IVG als auch diejenigen nach Art. 13 IVG zur Behandlung von Geburtsgebrechen müssen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den Eingliederungserfolg beziehungsweise therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 1 Satz 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV], Art. 2 Abs. 3 GgV).

2.3 Bis Ende 2007 hatten zu den Eingliederungsmassnahmen auch die Massnahmen für die besondere Schulung bildungsfähiger Versicherter gehört, die

das 20. Altersjahr noch nicht vollendet hatten (Art. 19 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 3 lit. c IVG, in Kraft gewesen bis Ende 2007). In der IVV hatte der Bundesrat als Massnahmen für die besondere Schulung den Sonderschulunterricht (Art. 8 ff. IVV, in Kraft gewesen bis Ende 2007), die Massnahmen zur Ermöglichung des Volksschulbesuchs (Art. 9 ff. IVV, in Kraft gewesen bis Ende 2007) und die Massnahmen zur Vorbereitung auf den Sonder- und Volksschulunterricht (Art. 10 f. IVV, in Kraft gewesen bis Ende 2007) unterschieden. Nach dem damals in Kraft gewesenen Art. 10 Abs. 1 IVV übernahm die Versicherung die Kosten für die Durchführung von Massnahmen pädagogisch-therapeutischer Art, die im vorschulpflichtigen Alter zur Vorbereitung auf den Besuch des Sonder- oder Volksschulunterrichts notwendig waren. Die Massnahmen umfassten nach Art. 10 Abs. 2 IVV Sprachheilbehandlung (lit. a), Hörtraining und Ableseunterricht (lit. b) und heilpädagogische Früherziehung (lit. c). Im Zuge der Neugestaltung des Finanzausgleichs per 1. Januar 2008 (Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen [NFA] vom 6. Oktober 2006) wurde der ganze Bereich der Sonderschulung den Kantonen übertragen; diese erhielten die Gesamtverantwortung von der heilpädagogischen Früherziehung bis zum Abschluss der Sonderschulung. Dementsprechend wurden Art. 19 IVG und die Ausführungsbestimmungen in Art. 8 ff. IVV aufgehoben (Botschaft zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgaben zwischen Bund und Kantonen vom 14. November 2001, BBl 2002 II 2416 f. und 2467).

2.4

2.4.1 In der Zeit, als der Bereich der besonderen Schulung noch in die Kompetenz der Invalidenversicherung fiel, erfolgte zum einen eine Abgrenzung zwischen der Sonderschulung selbst und den Massnahmen pädagogisch-therapeutischer Art (altArt. 19 Abs. 2 lit. c IVG, altArt. 8ter, 9 und 10 Abs. 2 lit. c IVV), die den Schulunterricht begleiteten, ermöglichten oder auf ihn vorbereiteten, und zum andern eine Abgrenzung zwischen den Massnahmen pädagogisch-therapeutischer Art und den medizinischen Massnahmen nach Art. 12 und Art. 13 IVG.

Das Bundesgericht hielt fest, die Massnahmen pädagogisch-therapeutischer Art dienten im Gegensatz zur (Sonder-)Schulung nicht unmittelbar der Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten in schulischen Belangen, sondern seien darauf ausgerichtet, die beeinträchtigenden Auswirkungen der Behinderung auf die Schulung zu mildern und zu beseitigen, wobei der Begriff „therapeutisch“ verdeutliche, dass hierbei die Behandlung des Leidens im Vordergrund stehe. Die Abgrenzung gegenüber den medizinischen Massnahmen andererseits erfolge danach, ob das pädagogische oder das medizinische Moment überwiege (BGE 131 V 9 E. 5.2.1, 122 V 206 E. 3a, 114 V 22 E. 3a).

Gemäss dem Bundesgericht war die Frage nach dem Überwiegen des pädagogischen oder medizinischen Moments im Einzelfall zu beurteilen, sodass dieselbe therapeutische Vorkehr je nach Kontext entweder eine medizinische Behandlung oder eine pädagogisch-therapeutische Massnahme sein konnte (BGE 114 V 22 E. 3a). Als pädagogisches Moment bezeichnete das Bundesgericht den Aspekt der Erziehung im Sinne der günstigen Beeinflussung des Verhaltens und der anlagemässig gegebenen Möglichkeiten (BGE 114 V 22 E. 2c) und betonte, dass der Erziehungsbegriff bei der heilpädagogischen Früherziehung nach Art. 10 Abs. 2 lit. c IVV weit zu fassen sei und sich nicht auf verhaltenstherapeutische und andere Vorkehrungen beschränke, die auf die Schaffung günstiger Sozialisierungsvoraussetzungen bei verhaltensauffälligen Versicherten gerichtet seien. Für die nähere Definition wies das höchste Gericht auf die einschlägigen

Verwaltungsweisungen hin, wonach unter heilpädagogischer Früherziehung eine gezielte, familienorientierte und ganzheitliche Förderung der Gesamtpersönlichkeit behinderter Kinder in ihrem sozialen Umfeld verstanden werde und das Ziel darin bestehe, nicht nur die Fertigkeiten und Funktionen in Wahrnehmung, Motorik und Sprache, sondern auch die Entwicklung von Selbstwertgefühl, Kreativität, Handlungs- und Kontaktfähigkeit zu fördern (BGE 131 V 9 E. 5.3.2.1).

2.4.2 Auch nach der Ausgliederung der pädagogisch-therapeutischen Massnahmen aus der Invalidenversicherung per Anfang 2008 ist deren Abgrenzung von den medizinischen Massnahmen erforderlich. Denn die Ausgliederung hat nicht zur Folge, dass bisher als pädagogisch-therapeutisch qualifizierte Massnahmen neu den medizinischen Massnahmen zugeordnet werden, sondern die pädagogisch-therapeutischen Massnahmen sollen vielmehr neu zu Lasten der Kantone gehen (Silvia Bucher, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, Bern 2011, S. 107). Die psychomotorischen und logopädischen Therapien, die bis anhin in gewissen Fällen als medizinische Massnahmen galten, wurden neu in Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG sogar ausdrücklich von der Leistungspflicht ausgenommen und somit als ausschliesslich pädagogisch-therapeutische Massnahmen qualifiziert (vgl. Bucher, a.a.O., S. 112 ff.). Daher ist die zitierte bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Charakterisierung der pädagogisch-therapeutischen Massnahmen und darunter insbesondere der heilpädagogischen Früherziehung nach altArt. 10 Abs. 2 lit. c IVV weiterhin anwendbar (zur Kasuistik vgl. Bucher, a.a.O., S. 106 ff.; Gabriela Riemer-Kafka, Soziale Sicherheit von Kindern und Jugendlichen, Bern 2011, S. 188 f.).

3.

3.1 Während die Verfügung vom 6. Januar 2011 allgemein die Übernahme von ambulanter Psychotherapie zum Inhalt hatte (Urk. 7/24), ist Gegenstand der angefochtenen Verfügung vom 21. Februar 2013 (Urk. 2) die Therapie der Methode FIVTI; die Abkürzung steht für frühe intensive verhaltenstherapeutische intervention (vgl. Urk. 7/28/1).

Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungsablehnung in der Verfügung nur ganz kurz damit, dass es sich bei der FIVTI-Therapie um eine von der Invalidenversicherung nicht anerkannte Behandlungsmethode handle (Urk. 2), und die RAD-Ärztin Dr. med. D.____ hatte als Grund dafür angegeben, es handle sich bei der FIVTI-Therapie um eine Mischung aus Psychotherapie und überwiegend pädagogischen Massnahmen, die zudem von Studenten ausgeführt würden (Urk. 7/32).

Nicht strittig ist demgegenüber, dass der Versicherte an frühkindlichem Autismus nach Ziffer 405 Anhang GgV leidet (vgl. Urk. 7/11) und damit gestützt auf Art. 13 IVG grundsätzlich Anspruch auf medizinische Massnahmen hat.

3.2 Die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin hängt von verschiedenen Voraussetzungen ab. Zunächst muss die durchgeführte Therapie die Kriterien einer medizinischen Massnahme nach Art. 12 ff. IVG erfüllen und darf nicht eine pädagogisch-therapeutische Massnahme im Sinne der dargelegten Abgrenzungsregelung sein. Als medizinische Massnahme muss die Therapie sodann gestützt auf Art. 14 Abs. 1 lit. a IVG vom Arzt selbst oder auf seine Anordnung von medizinischen Hilfspersonen durchgeführt werden. Schliesslich muss die Therapie im Sinne von Art. 2 Abs. 3 GgV nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben. Damit diese Voraussetzungen geprüft werden können, ist zunächst nach dem

Inhalt der konkret durchgeführten Therapie zu fragen.

3.3 Gemäss den Untersuchungsberichten des O.____ vom 28. Januar 2011 und vom 17. Januar 2012 befand sich der Versicherte ab November 2010 in der FIVTI-Therapie (Urk. 3/6 S. 1 und Urk. 3/8 S. 1). Die Berichte stellen eingehend die Befunde dar, die anhand von Beobachtungen und Testverfahren erhoben wurden, beschreiben jedoch die FIVTI-Therapie nicht näher. Dem Verlaufsbericht des O.____ vom 15. November 2011 sodann ist zu entnehmen, dass das Therapieprogramm von einer verantwortlichen Psychologin, der Verfasserin lic. phil. G.____, geleitet wird, dass mehrere Therapeuten daran beteiligt sind, dass die Eltern mit monatlichen Gesprächen ins Programm einbezogen würden und dass zwei bis drei Mal monatlich mit den Eltern und dem Kind zu Hause gearbeitet werde (Urk. 3/34/1-2). Auch diese Angaben vermitteln aber kein vollständiges Bild des Therapie-Inhaltes.

Hingegen lassen die eingereichten Unterlagen, die der Homepage des O.____ entnommen sind, in Ergänzung dazu erkennen, dass es sich bei der FIVTI-Therapie um ein spezifisches zweijähriges Programm handelt, das für Kinder mit frühkindlichem Autismus angeboten wird. Dies wird dem Grundsatz nach in der Übersicht des Angebots des O.____ dargetan (Urk. 3/9 S. 3), und das Programm wird unter der Überschrift „Verhaltenstherapeutische Frühförderung“ näher vorgestellt (Urk. 3/10 S. 2). Der O.____ hält dort fest, die Methode basiere auf der Applied Behaviour Analysis (ABA) nach Lovaas und werde von Psychologinnen verschiedener Spezialisierungsrichtungen durchgeführt. Zur Zielsetzung führte der O.____ aus, die Förderung beziehe sich zunächst auf den allgemeinen Entwicklungsrückstand in den praktischen Alltagsfertigkeiten, in den visuell-räumlichen Fertigkeiten und in der Bewegungskoordination. Einen hohen Stellenwert habe sodann die Förderung des Sprachverständnisses und wo möglich der expressiven Sprache. Ausserdem würden die autismusspezifischen Defizite in der nonverbalen Kommunikation und Interaktion angegangen, und ein weiteres Ziel sei die Abnahme des repetitiven Verhaltens durch den Aufbau von Spielfertigkeiten und sinnvollen Aktivitäten. In der Darstellung der Methode zur Erreichung der Zielsetzung spricht der O.____ von Therapiesitzungen, die sich aus strukturierten Lerneinheiten, gemeinsamem Spiel mit der Therapeutin und freier Spielzeit zusammensetzten. Die Sitzungen fänden beim Kind zu Hause statt und umfassten etwa 35 Wochenstunden. Dabei plane eine Psychologin die Förderung für jedes Kind individuell und trainiere und leite das Förderteam des Kindes, das aus den Eltern und drei bis vier weiteren Personen, meist Studentinnen oder Studenten der Psychologie oder Sonderpädagogik, bestehe (Urk. 3/10 S. 2).

3.4 Zu Recht erkannte die RAD-Ärztin Dr. D.____ in der Stellungnahme vom 27. Dezember 2012 (Urk. 7/32) viele Elemente der Pädagogik in diesem Programm.

So korrespondieren die formulierten Zielsetzungen in hohem Mass mit dem, was die heilpädagogische Früherziehung nach altArt. 10 Abs. 2 lit. c IVV gemäss der bundesgerichtlich bestätigten Verwaltungspraxis anstrebt (BGE 131 V 9 E. 5.3.2.1). Die Erlangung von motorischen Fertigkeiten und von Fähigkeiten der Wahrnehmung (räumlich und visuell) und die sprachliche Förderung figurieren dort gleichermassen, die Förderung der Kommunikation und der Interaktion ist unter dem Begriff der Kontaktfähigkeit ebenfalls in der Verwaltungsweisung enthalten, und schliesslich sind der Erwerb von Spielfertigkeiten und die Befähigung zu weiteren Aktivitäten Ausdruck der Kreativität und der Handlungsfähigkeit, wie sie gemäss Verwaltungspraxis durch heilpädagogische Früherziehung gefördert werden sollen.

Der O.____ verwendet denn auch explizit den Begriff der Lerneinheit in der Vorstellung der angebotenen Methode der Frühförderung (Urk. 3/10 S. 2), und in der noch eingehenderen, detaillierten Erläuterung der FIVTI-Therapie in einem separaten, mit Literaturhinweisen versehenen Artikel auf der Homepage des O.____ (Urk. 19/2) sind die Begriffe des Lehrens und Lernens zentral. Es wird dargetan, dass die Applyed Behaviour Analysis (ABA) die Prinzipien nutze, wie Individuen lernten, und zum Ziel habe, Lernen effektiver zu machen. Mit ABA werde an sozial bedeutungsvollen Verhaltensweisen gearbeitet, die im Alltag der Person genutzt werden könnten, und diese Verhaltensweisen würden durch Methoden und Techniken beigebracht, die auf den Prinzipien von Lernen beruhten. Die Anwendungsgebiete von ABA seien breit und erstreckten sich neben dem klinischen/therapeutischen Bereich (Autismus-Spektrum-Störungen, geistige Behinderung, Schizophrenie, Hirnverletzungen) auch auf die Pädagogik und Verhaltensmedizin sowie auf das Organisationsmanagement; am häufigsten werde ABA aber doch im therapeutischen und sonderpädagogischen Bereich bei Entwicklungsstörungen angewendet (Urk. 19/2 S. 2). Als zentrale Techniken der angebotenen FIVTI-Therapie werden das Discrete Ireal Teaching (DTT) und das Inzidentelle Unterrichten genannt. Die erste Technik wird als hoch strukturierte Art des Unterrichts umschrieben, bei der die Anforderungen an das Kind in kleine Schritte unterteilt würden und das Kind eine positive Verstärkung (Belohnung) erhalte, wenn es das gewünschte Verhalten zeige (Urk. 19/2 S. 8). Die zweite Technik zielt auf die Motivation des Kindes zu einer Handlung von sich aus ab und arbeitet gemäss dem Artikel des O.____ ebenfalls mit klar definierten Lernzielen (Urk. 19/2 S. 9). Schliesslich wird ausgeführt, ABA habe neben den beiden beschriebenen Techniken eine Vielzahl von weiteren Lehrprozeduren durch wissenschaftliche Studien entwickelt, die heute flexibel und individuell auf das Kind angewendet und ständig weiterentwickelt würden (Urk. 19/2 S. 9).

3.5

3.5.1 Gemäss der vorstehend dargelegten Rechtsprechung kann unter Umständen dieselbe Vorkehr abhängig vom Kontext entweder eine medizinische Behandlung oder aber eine pädagogisch-therapeutische Massnahme sein (BGE 114 V 22 E. 3a). So mag bei der Anwendung der ABA-Prinzipien bei der Behandlung von erwachsenen Schizophrenie-Kranken oder hirnverletzten Personen im Erwachsenenalter, wo pädagogische Massnahmen im engeren Sinn schon aufgrund des Alters nicht in Betracht fallen, das medizinische Element vorherrschen. Bei der FIVTI-Methode, die spezifisch für Kinder mit frühkindlichem Autismus entwickelt worden ist, überwiegt indessen aufgrund des Folgenden das pädagogische Moment gegenüber dem medizinischen.

3.5.2 Neben der Zielsetzung, die mit derjenigen in der heilpädagogischen Früherziehung (BGE 131 V 9 E. 5.3.2.1) übereinstimmt, und den verwendeten, auf dem Prinzip des Lernens basierenden Methoden ist auch das übergeordnete Ziel, dem autistischen Kind die gleiche Lernerfahrung zu ermöglichen, die ein gesundes Kind von sich aus erwirbt (vgl. Urk. 19/2 S. 4), ein pädagogisches Ziel. In der Literatur zur FIVTI-Therapie wird dazu näher ausgeführt, das Kind solle bis zum Eintritt in den Kindergarten oder in die Schule seinen Entwicklungsrückstand aufholen können und die Chance bekommen, die Regelklasse zu besuchen (Urk. 3/17: Hans-Christoph Steinhausen/Ronnie Gundelfinger [Hrsg.], Diagnose und Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen, Stuttgart 2010, S. 162 und S. 169). Der erwiesene Erfolg der Therapie liegt denn gemäss der vorgenannten Publikation vor allem in der Verbesserung des IQ und der steigenden Chance zum Besuch der Regelklasse (Steinhausen/Gundelfinger, a.a.O., S. 169; vgl. auch

Urk. 3/19: Gregory S. Chasson/Gerald E. Harris/Wendy J. Neely, Cost Comparison of Early Intensive Behavioral Intervention and Special Education for Children with Autism, in: J Child Fam Stud [2007], Springer, S. 403), wogegen die Autoren eine Veränderung der autistischen Symptome für nicht nachgewiesen hielten (Steinhausen/Gundelfinger, a.a.O., S. 173 und S. 174). Und in einer weiteren Publikation wird zwar darauf hingewiesen, dass Kliniker und Forscher zum ersten Mal ernsthaft von der Möglichkeit sprächen, die autistische Kernsymptomatik durch früh einsetzende intensive Interventionen deutlich zu verändern (Urk. 3/12: Stellungnahme von Prof. Dr. med. Dipl. Psych. H.____ vom 5. April 2013, S. 7 f.; vgl. auch Urk. 15/2); die Formulierung zeigt jedoch auch, dass es sich dabei noch nicht um eine breit abgestützte Erkenntnis handelt.

3.5.3 Ohnehin kann aus dem Umstand, dass es sich beim Autismus um ein medizinisches Problem handelt, entgegen der Auffassung in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 16 f.) und in einer Petition führender Psychiater an das Bundesamt für Sozialversicherungen vom Juni 2008 (Urk. 3/20) noch nicht abgeleitet werden, dass die FIVTI-Therapie eine medizinische Massnahme ist. Zum einen setzen auch die Massnahmen für die besondere Schulung nach altArt. 19 ff. IVG eine Gesundheitsstörung voraus, und zum andern unterscheiden sich innerhalb dieser Massnahmen die Massnahmen pädagogisch-therapeutischer Art gerade dadurch von den Massnahmen der eigentlichen Sonderschulung, dass bei ersteren die Behandlung des Leidens im Vordergrund steht (vgl. BGE 131 V 9 E. 5.2.1, 122 V 206 E. 3a, 114 V 22 E. 3a). Das Element der Behandlung als solches spricht also nicht für die Qualifikation der Massnahme als medizinisch, sondern wesentlich ist, ob in der Behandlungsmethode die medizinischen oder die pädagogischen Instrumente überwiegen. Wenn in der Beschwerdeschrift in diesem Zusammenhang vorgebracht wird, die mit FIVTI angestrebte Veränderung der Gehirnstrukturen sei medizinischer Art (vgl. Urk. 1 S. 16 f.), so ist darauf hinzuweisen, dass jegliches Lernen mit einer Veränderung von Neuronenverknüpfungen im Gehirn einhergeht (vgl. Richard F. Thompson, Das Gehirn, Von der Nervenzelle zur Verhaltenssteuerung, 3. Auflage, Heidelberg/Berlin, 2001, S. 356 f. und S. 359).

3.5.4 Auch der Umstand, dass die FIVTI-Therapie lange Zeit vor der Einschulung durchgeführt wird, steht entgegen der Annahme in der Beschwerdeschrift (vgl. Urk. 1 S. 17 f.) der Qualifikation als pädagogisch-therapeutische Massnahme nicht entgegen. Denn die pädagogisch-therapeutischen Massnahmen im Vorschulalter waren bis Ende 2007 unter dem Titel der heilpädagogischen Früherziehung (altArt. 10 Abs. 2 lit. c IVV) explizit den Massnahmen der besonderen Schulung zugeordnet, und die Rechtsprechung hielt - im Anwendungsfall der Trisomie 21 - fest, die heilpädagogischen Massnahmen seien unabhängig von einem Mindestalter ab jenem Zeitpunkt zu gewähren, in dem sie eine angemessene Förderung nach der Zielsetzung der Sonderschulung erwarten liessen (BGE 131 V 9 E. 5.2.1).

3.5.5 Die Studien aus den USA, Grossbritannien und den Niederlanden, die in der Beschwerdeschrift zitiert sind (Urk. 1 S. 10 ff.) und ins Recht gelegt wurden (Urk. 3/13-16 und Urk. 3/18-19), befassen sich vornehmlich mit der Wirksamkeit und der Wissenschaftlichkeit der Therapie. Für die Qualifikation als Massnahme medizinischer Art kann daher auch daraus nichts abgeleitet werden. Und soweit Prof. H.____ in der Stellungnahme vom 5. April 2013 auf die Empfehlung der amerikanischen Gesundheitsbehörde hinweist, Frühinterventionen nach dem ABA-Modell als medizinische Massnahmen (medical therapy und nicht educational

intervention) zu klassifizieren (Urk. 3/12 S. 6; vgl. auch Urk. 15/2), so kann die Kategorisierung in den USA nicht ohne Weiteres auf das schweizerische Recht übertragen werden. Aus demselben Grund ändert an der Einordnung der FIVTI-Therapie unter die pädagogisch-therapeutischen Massnahmen auch nichts, dass Wissenschaftler der USA die Methoden ABA, EIBI (Early Intensive Behaviour Interventions) und DTT (Discrete Trial Teaching) als Massnahmen bezeichnen, die von den herkömmlichen Methoden der special education zu unterscheiden seien (Urk. 3/19: Chasson/Harris/Neely, a.a.O., S. 402). Dies gilt umso mehr, als die deutschen Gerichte, auf deren Urteile sich die Mutter des Versicherten beruft (vgl. Urk. 1 S. 6), die Wirksamkeit und Wissenschaftlichkeit der ABA-Therapie nach Loovas zwar bejahten, diese Therapie jedoch den heilpädagogischen Massnahmen zuordneten, und dass diese Massnahmen in Deutschland ebenfalls nicht von einer Versicherung, sondern von der öffentlichen Hand zu übernehmen sind (Urteil S 13 SO 269/10 des SG München vom 14. Oktober 2011; Urteil 2 A 351/04 des VG Göttingen vom 9. Februar 2006; Urteil S 28 SO 216/10 ER des SG Darmstadt vom 11. Januar 2011; Beschluss L 13 SO 20/07 des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 17. Juli 2007).

3.6 Überwiegt nach dem Dargelegten bei der FIVTI-Methode das pädagogische Moment gegenüber dem medizinischen, so hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht dafür zu Recht verneint.

Aus der vorstehenden Beschreibung der FIVTI-Methode (E. 3.3 und E. 3.4) ist auch ersichtlich, dass es sich dabei um ein als Einheit zu verstehendes Behandlungskonzept mit speziellem Aufbau handelt. Es erscheint daher - anders als im Fall, den das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz im Entscheid I 2009 11 vom 12. Mai 2009 zu beurteilen hatte - nicht als möglich, einzelne Elemente dieser Behandlung herauszulösen und isoliert als medizinische Massnahmen zu entschädigen.

3.7 Unter diesen Umständen kann grundsätzlich offen bleiben, ob eine Leistungspflicht selbst bei Qualifizierung der FIVTI-Therapie als medizinische Massnahme schon deshalb zu verneinen wäre, weil lediglich die Planung der Therapie und die Supervision von einer Psychologin mit Fachabschluss vorgenommen wird, währenddem die direkte Arbeit mit dem Kind von den Eltern und weiteren Personen geleistet wird (vgl. Urk. 3/11 und Urk. 3/17 S. 170), die gemäss zwei aktuellen Stellenausschreibungen zwar mit Vorteil in einem Studium der Psychologie-, Pädagogik- oder Sonderpädagogik stehen, was jedoch nicht einmal Bedingung ist (vgl. Urk. 19/4 und Urk. 19/5).

Diese Art der Durchführung spricht immerhin als zusätzliches Argument gegen den medizinischen und für den pädagogisch-therapeutischen Charakter der Therapie, zumal selbst medizinische Massnahmen, die von Nicht-Fachleuten erbracht werden oder werden können, nicht von der Invalidenversicherung übernommen werden (vgl. Hardy Landolt, Delegation von Pflegeverrichtungen an nicht diplomierte Hilfskräfte und Laien, in: AJP 3/2011 S. 358).

3.8 Ebenfalls offen bleiben kann die Frage nach der Wirksamkeit und Wissenschaftlichkeit der FIVTI-Methode, die das Bundesgericht in seinem aktuellsten Entscheid (Urteil I 15/07 vom 28. November 2007) noch verneint hat. Es ist nur darauf hinzuweisen, dass unter der Herrschaft des bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechts in analoger Anwendung von Art. 2 Abs. 1 Satz 2 IVV und Art. 2 Abs. 3 GgV auch die pädagogisch-therapeutischen Massnahmen nach bewährter Erkenntnis der Wissenschaften angezeigt sein mussten, dass hier aber nicht die medizinischen, sondern die pädagogischen Wissenschaften massgebend waren

(vgl. BGE 131 V 9 E. 5.2.1).

3.9 An der fehlenden Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die FIVTITherapie ändert schliesslich auch das IV-Rundschreiben Nr. 325 (Urk. 15/1) nichts. Denn gemäss diesem Rundschreiben wird der Durchschnittswert der Leistungen der Psycho-, Ergo- und Physiotherapeuten sowie der Fachärzte der Zentren in Form einer Pauschale von Fr. 45'000.-- vergütet. In den vorliegend abgelehnten Massnahmen sind jedoch nach dem Gesagten keine solchen, isoliert aus der Gesamtbehandlung herauslösbaren Leistungen enthalten. Auf die Ausführungen der Parteien zum IVRundschreiben Nr. 325 (Urk. 14 und Urk. 17) muss daher nicht näher eingegangen werden.

3.10 Damit ist die Beschwerde abzuweisen.

4. Gestützt auf Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Verfahren für den unterliegenden Beschwerdeführer kostenpflichtig. Die Kosten sind unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 900.-- festzulegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

Rechtsanwältin Dr. Monika Gattiker unter Beilage je einer Kopie von Urk. 19/1-5
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 19/1-5

Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert **30 Tagen** seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich

Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin

GrünigKobel

