

200 19 481 IV  
SCI/RUM/ARJ

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 16. September 2019**

Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiber Rufenacht

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. Mai 2019



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der am 12. Oktober 2000 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer; Antwortbeilage [AB] 3) wurde infolge eines Hüftleidens am 14. Dezember 2016, 21. März und 19. Dezember 2017 operiert und zusätzlich physiotherapeutisch behandelt (AB 8). Am 10. August 2018 ersuchte dessen Krankenversicherer die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) um Zuspreehung medizinischer Massnahmen zugunsten des Versicherten (AB 6). Im September 2018 folgte seitens des Versicherten die entsprechende IV-Anmeldung (AB 2). Die IVB holte medizinische Unterlagen und einen Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 17. Januar 2019 ein (AB 21). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 23, 25) und Einholung einer Stellungnahme des RAD vom 4. April 2019 (AB 28) erteilte die IVB mit Verfügung vom 15. Mai 2019 Kostengutsprache für medizinische Massnahmen in Form der (bereits erfolgten) periacetabulären Osteotomie beidseits, der Nachbehandlung während sechs Monaten ab der letzten Operation vom Dezember 2017 und einer Einheit ambulanter Physiotherapie pro Woche ab Juni 2018 bis zum 30. Juni 2019 (AB 29).

### **B.**

Mit Eingabe vom 17. Juni 2019 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, Beschwerde. Er beantragt die Verfügung der IVB vom 15. Mai 2019 sei aufzuheben. Es sei festzustellen und anzuordnen, dass der Beschwerdeführer – soweit keine entsprechende Deckung durch die obligatorische Krankenversicherung bestehe – Anspruch auf ambulante Physiotherapie, bestehend aus zwei Therapieeinheiten pro Woche, unbefristet, mindestens bis zum 12. Oktober 2020, habe. Eventuell seien die Akten zur Neu Beurteilung an die IVB zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. Juli 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist die Verfügung vom 15. Mai 2019 (AB 29). Unter den Parteien unbestritten ist der Anspruch auf eine periacetabuläre Osteotomie beidseits und die entsprechende Nachbehandlung für sechs Monate ab der letzten Operation vom Dezember 2017. Ebenfalls unbestritten ist eine wöchentliche Einheit ambulante Physiotherapie ab Juni 2018 bis längstens 30. Juni 2019 (AB 29/2; Beschwerde, S. 2). Der Beschwerdeführer verlangt jedoch zwei Einheiten Physiotherapie pro Woche bis mindestens 12. Oktober 2020. Der Anspruch auf medizinische Massnahmen endet ex lege spätestens mit dem vollendeten 20. Altersjahr (Art. 12 Abs. 1 bzw. Art. 13 Abs. 1 IVG); d.h. beim am 12. Oktober 2000 geborenen (AB 3) Beschwerdeführer somit im Oktober 2020. Das „mindestens“ im Antrag des Beschwerdeführers hat damit von vornherein keine Bedeutung.

Soweit der Beschwerdeführer beantragt, die Invalidenversicherung (IV) habe die Kosten zu übernehmen, soweit sie nicht durch die Krankenversicherung gemäss dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) gedeckt seien, verkennt er, dass die Vorleistungspflicht zwar vorab den Krankenversicherer als leistungspflichtig erklärt (Art. 70 Abs. 1 ATSG), in der Leistungshierarchie jedoch schliesslich die IV vorgeht (Art. 64 Abs. 2 lit. c ATSG). Die Leistung wird ausschliesslich von einer Versicherung übernommen (Art. 64 Abs. 1 ATSG).

Streitig und zu prüfen ist nach dem Gesagten der Anspruch auf eine zweite wöchentliche Therapieeinheit ambulante Physiotherapie vom Juni 2018 bis und mit Juni 2019 (Revision) sowie die Frage der Zulässigkeit der damit einhergehenden zeitlichen Befristung.

**1.3** Der Streitwert für den Zeitraum von Juni 2018 bis Juni 2019 beinhaltet zusätzlich beantragte 57 Therapieeinheiten (13 Monate bzw. 52 + 5 Wochen x 1 Einheit) sowie für die Zeit von Juli 2019 bis Oktober 2020 140 Therapieeinheiten (16 Monate bzw. 52 + 4 x 4.5 Wochen x 2 Einheiten), d.h. total 197 Therapieeinheiten. Gemäss den aktenkundigen Leistungsabrechnungen hat die Sitzungspauschale für eine Sitzung Physiotherapie nach KVG jeweils Fr. 49.44 betragen (z.B. AB 1/66). Bei 197 Therapieeinheiten à Fr. 49.44 beträgt der Streitwert vorliegend maximal Fr. 9'739.70. Gemäss Tarifvertrag UV/IV/MV können 48 Taxpunkte bei einem Taxpunktwert von Fr. 1.-- abgerechnet werden (d.h. Fr. 48.--; vgl. [www.mtk-ctm.ch](http://www.mtk-ctm.ch)). Weil damit die Streitwertgrenze von Fr. 20'000.-- nicht erreicht wird, fällt die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit (Art. 57 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** Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnah-

men, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Hierzu gehören auch die medizinischen Massnahmen nach Art. 12 und 13 IVG.

**2.2** Die versicherte Person hat in der Regel nur Anspruch auf die dem jeweiligen Eingliederungszweck angemessenen, notwendigen Massnahmen, nicht aber auf die nach den gegebenen Umständen bestmöglichen Vorkehren (vgl. Art. 8 Abs. 1 IVG). Das Gesetz will die Eingliederung lediglich so weit sicherstellen, als diese im Einzelfall notwendig, aber auch genügend ist (BGE 142 V 523 E. 6.3 S. 535).

Anders als im Rentenrecht (Art. 28 Abs. 1 IVG) nennt das Gesetz keinen Mindestgrad der Invalidität, damit Eingliederungsmassnahmen gewährt werden können (BGE 116 V 80 E. 6a S. 81). Eingliederungsmassnahmen unterliegen jedoch den allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen des Art. 8 Abs. 1 IVG. Eine Eingliederungsmassnahme hat somit nebst den dort ausdrücklich genannten Erfordernissen der Geeignetheit und Notwendigkeit auch demjenigen der Angemessenheit (Verhältnismässigkeit im engeren Sinne) als drittem Teilgehalt des Verhältnismässigkeitsgrundsatzes zu genügen. Danach muss sie unter Berücksichtigung der gesamten tatsächlichen und rechtlichen Umstände des Einzelfalles in einem angemessenen Verhältnis zum angestrebten Eingliederungsziel stehen. Hinsichtlich der Angemessenheit lassen sich vier Teilaspekte unterscheiden, nämlich die sachliche, die zeitliche, die finanzielle und die persönliche Angemessenheit. Danach muss die Massnahme prognostisch ein bestimmtes Mass an Eingliederungswirksamkeit aufweisen; sodann muss gewährleistet sein, dass der angestrebte Eingliederungserfolg voraussichtlich von einer gewissen Dauer ist; des Weiteren muss der zu erwartende Erfolg in einem vernünftigen Verhältnis zu den Kosten der konkreten Eingliederungsmassnahme stehen; schliesslich muss die Massnahme dem Betroffenen auch zumutbar sein (BGE 142 V 523 E. 2.3 S. 526).

## **2.3**

**2.3.1** Versicherte haben 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 (Art. 12 Abs. 1 IVG). Der Bundesrat ist befugt, die Massnahmen gemäss Abs. 1 von jenen, die auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sind, abzugrenzen. Er kann zu diesem Zweck insbesondere die von der Versicherung zu gewährenden Massnahmen nach Art und Umfang näher umschreiben und Beginn und Dauer des Anspruchs regeln (Art. 12 Abs. 2 IVG).

**2.3.2** Gemäss Art. 2 Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) gelten als medizinische Massnahmen im Sinne von Artikel 12 IVG namentlich chirurgische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Vorkehren, die eine als Folgezustand eines Geburtsgebrechens, einer Krankheit oder eines Unfalls eingetretene Beeinträchtigung der Körperbewegung, der Sinneswahrnehmung oder der Kontaktfähigkeit zu beheben oder zu mildern trachten, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Die Massnahmen müssen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben.

## **2.4**

**2.4.1** Als Geburtsgebrehen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen. Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden; er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Art. 13 Abs.

2 IVG). Der Bundesrat verfügt dabei über einen weiten normativen Ermessensspielraum (BGE 105 V 21; AHI 1999 S. 168 E. 2b). Die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang zur Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) aufgeführt. Die Frage, ob ein Geburtsgebrechen im Rechtssinne vorliegt, ist nicht prognostisch, sondern retrospektiv zu beurteilen; wird zwar ursprünglich eine Geburtsgebrechen-Diagnose gestellt, erweist sich diese aber nachträglich als falsch, sind die Leistungsvoraussetzungen nicht erfüllt (SVR 2009 IV Nr. 18 S. 48 E. 3.3 und 3.4).

Zur Annahme eines Geburtsgebrechens genügt es nicht, dass die gestellte Diagnose einem der im Anhang zur GgV enthaltenen Gebrechen entspricht, da verschiedene dieser Leiden, insbesondere Tumoren oder Epilepsien, auch erworben sein können. Fehlt ein entsprechender Hinweis im Arztbericht, so ist auf Grund der Anamnese, des Befundes und eventueller ergänzender Abklärungen zu prüfen, ob es sich um die angeborene Form des Gebrechens handelt (Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherung über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung [KSME], gültig ab 1. Juli 2019, Rz. 8).

**2.4.2** Geburtsgebrechen nehmen in der Invalidenversicherung eine Sonderstellung ein. Denn bis zum vollendeten 20. Altersjahr können Versicherte gemäss Art. 8 Abs. 2 IVG unabhängig von der Möglichkeit einer späteren Eingliederung in das Erwerbsleben die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen beanspruchen. Eingliederungszweck ist die Behebung oder Milderung der als Folge eines Geburtsgebrechens eingetretenen Beeinträchtigung (BGE 115 V 202 E. 4e cc S. 205; Entscheid des Bundesgerichts vom 21. Mai 2015, 8C\_664/2014, E. 2.2).

Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 GgV; BGE 142 V 58 E. 2.2 S. 60).

**2.5** Um den Leistungsanspruch beurteilen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

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.**

**3.1** Mit Bezug auf die vorliegend streitige und zu prüfende Frage (vgl. E. 1.2 hiervor) ist den Akten in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

**3.1.1** Im Austrittsbericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 27. Dezember 2017 wurde als Diagnose ein persistierendes Cam-Impingement und posteriores intraartikuläres Impingement Hüfte links mit/bei Status nach antevvertierender periacetabuläre Osteotomie (PAO) links im März 2017 und antevvertierender PAO rechts im Dezember 2016 aufgeführt. Die Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung habe sich komplikationslos gestaltet. Der Beschwerdeführer werde schmerzarm, mit reizlosen Wundverhältnissen und physiotherapeutisch instruiert nach Hause entlassen (AB 12/8).

**3.1.2** Im Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 7. Februar 2018 wurde als Diagnose ein Status nach chirurgischer Hüftluxation am 19. Dezember 2017 mit/bei einem posterioren Impingement links bei Status nach antevertierender PAO links im März 2017 bei zusätzlich vermehrter femoraler Antetorsion und einem Status nach antevertierender PAO rechts im Dezember 2016 festgehalten. Es erfolge ab sofort der Übergang zur Vollbelastung. Der Beschwerdeführer erhalte eine Verordnung zur ambulanten Physiotherapie sowie zur Kräftigung in der medizinischen Trainingstherapie (AB 12/6 f.).

In der ersten Verordnung vom 7. Februar 2018 des Spitals C. \_\_\_\_\_ zur Physiotherapie für neun Behandlungen wurde unter physiotherapeutischen Massnahmen namentlich festgehalten: Übergang zur Vollbelastung, Kräftigung der hüftstabilisierenden Muskulatur (AB 1/3).

**3.1.3** Im Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 28. März 2018 wurde als Diagnose ein chronisches Schmerzsyndrom (mögliches Sudeck-Syndrom) bei den bekannten operativen Eingriffen in den Hüften aufgeführt. Es liege eine komplexe Schmerzsituation vor, welche durch die nun korrigierte Hüftmorphologie (Trimmen der Hinterwand, Offset-Verbesserung) mit freier Beweglichkeit und intraoperativ gutem intraartikulärem Knorpel kaum zu erklären sei. Möglicherweise liege als komplizierender Faktor eine sudeckoide Reaktion vor, was ein ausführliches Gespräch mit dem Beschwerdeführer, seinen Eltern und eine Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Schmerztherapeuten nach sich gezogen habe. Es sei vereinbart worden, auf forcierte aktive Muskelkräftigung zu verzichten, um die Schmerzspirale nicht weiter zu steigern, und dafür die medikamentöse Schmerztherapie bis zu Opiaten kurzfristig massiv auszubauen (AB 12/4 f.).

In der zweiten Verordnung vom 29. März 2018 des Spitals C. \_\_\_\_\_ zur Physiotherapie für neun Behandlungen wurde unter physiotherapeutischen Massnahmen lokal antiphlogistische Massnahmen, Triggerpunkt(therapie), Akupunktur, und Muskelkräftigung festgehalten (AB 1/138).

**3.1.4** Im Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 29. Juni 2018 wurde ausgeführt, es bestehe ein protrahierter Verlauf mit chronischem Schmerzsyndrom nach durchgeführter chirurgischer Hüftluxation im Dezember 2017 bei

Status nach zuvor anteventrierender PAO im März 2017 mit anschliessend posteriorem Impingement. Der Beschwerdeführer müsse unbedingt auf die Stockentlastung verzichten, da dies für den weiteren Muskelaufbau sicherlich kontraproduktiv sei. Es werde eine Langzeitphysiotherapie für antiphlogistische und hüftgelenkszentrierende Massnahmen verordnet. Es bestehe bis Mitte August noch eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, anschliessend ab 13. August 2018 mit Beginn der ...lehre eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Eine weitere Anpassung der Arbeitsfähigkeit erfolge je nach dem weiteren Verlauf anlässlich der nächsten Kontrolle. Der Beschwerdeführer sei bereits darüber informiert, dass der Beruf als ... wegen der vorbelasteten Hüften langfristig eher nicht geeignet sei (AB 12/2 f.).

**3.1.5** Im Physiotherapie-Zwischenbericht der D.\_\_\_\_\_ GmbH vom 16. November 2018 wird ausgeführt, dass der Beschwerdeführer immer wieder durch starke Schmerzen zurückgeworfen worden sei. In Absprache mit den behandelnden Ärzten sei die Intensität der aktiven Therapieformen jeweils angepasst worden. Seit Ende Juni 2018 sei der Beschwerdeführer nicht mehr auf die Gehstöcke angewiesen. Seither werde das Ziel verfolgt, die Belastbarkeit des gesamten Bewegungsapparates so zu steigern, dass der Alltag ohne Einschränkungen bewältigt werden könne. Aktuell träten durch die Arbeitsbelastungen regelmässig Rückenschmerzen auf, welche wahrscheinlich muskulär bedingt seien. Bezogen auf die Hüfte sei der Beschwerdeführer aber schon so belastbar, dass keine Kompensationsmuster mehr erkennbar seien (Hinken). Auch erste sportliche Antastversuche seien erfreulich verlaufen. Obwohl in den vergangenen ca. vier Monaten deutliche Fortschritte erzielt worden seien, sei die allgemeine körperliche Belastbarkeit im Alltag noch nicht zufriedenstellend. Ziele in der Physiotherapie seien deswegen (1) Training: Steigern der kardiovaskulären Ausdauer und der Kraft (Heimprogramm); und (2) Linderung der durch Überlastung bedingten Schmerzen und Verspannungen (AB 14/2 f.).

**3.1.6** Im Arztbericht vom 17. Januar 2019 hielt die RAD-Ärztin, Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Pädiatrie, als Diagnose ein chronisches Schmerzsyndrom bei Status nach den bekannten operativen Eingriffen fest. Seit der zweiten Hüftoperation links leide der Beschwerdeführer an chronischen Schmerzen. Die Physiotherapie sei weiterhin notwendig, um eine

Verbesserung der Schmerzsituation zu erzielen und die Eingliederung zu ermöglichen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei die Physiotherapie einmal pro Woche während eines Jahres sinnvoll. Anschliessend müsse die Situation neu beurteilt werden (AB 21/4).

**3.1.7** Im Bericht des Spitals C.\_\_\_\_\_ vom 24. Mai 2019 wurde als Diagnose ein chronisches Schmerzsyndrom bei den bekannten operativen Eingriffen in den Hüften links und rechts, im Rahmen einer Dysplasia coxae congenita beidseits festgehalten. Nach bildgebend (Magnetresonanztomographie) diagnostizierter Tendinopathie bzw. Tendinitis des Musculus rectus femoris und des Musculus sartorius-Ansatzes in der ...klinik ... sei eine PRP-Infiltration begonnen worden. Es zeige sich im Bereich des linken Hüftgelenks eine komplexe Schmerzsituation, so dass der Beschwerdeführer im Alltag massiv eingeschränkt sei. Da bis zum jetzigen Zeitpunkt ein interdisziplinäres Therapie-Regime zu keinem Erfolg geführt habe, sei die Möglichkeit der Infiltrationstherapie des linken Hüftgelenks besprochen worden. Zusätzlich bestehe hierunter die Notwendigkeit des Fortführens einer physiotherapeutischen Therapie nach möglicher postinterventioneller Beschwerdeverbesserung. Zusätzlich würden die Kollegen der Schmerztherapie beim nächsten Kontrolltermin im Juni 2019 gebeten, eine mögliche lokale Infiltrationstherapie der afferenten Fasern des nervus obturatorius in Betracht zu ziehen mit gegebenenfalls, bei gutem Ansprechen, Ablation derselben (AB 42).

#### **4.**

**4.1** Der Beschwerdeführer macht vorab geltend, er habe nicht allein kraft Art. 12 Abs. 1 IVG, sondern auch gestützt auf Art. 13 Abs. 1 IVG Anspruch auf die beantragte physiotherapeutische Behandlung (Beschwerde, S. 6 f.).

Der Krankenversicherer hat von der Beschwerdegegnerin für den Beschwerdeführer nur Massnahmen nach Art. 12 IVG verlangt (AB 1/1). Dies ist insofern korrekt, als bis anhin nie die Anmeldung eines Geburtsgebrechens erfolgt ist; eine solche hat der Beschwerdeführer bis zum vorliegenden Verfahren nicht getätigt, namentlich auch nicht in der Anmeldung für

medizinische Massnahmen vom 27. September 2018 (vgl. AB 2/6, wo er ergänzend darauf hinwies, dass die Problematik gemäss den behandelnden Ärzten auf das zu rasche Wachstum zurückzuführen sei). Die Beschwerde könnte zwar als Anmeldung eines Geburtsgebrechens interpretiert werden. Entgegen der darin vertretenen Auffassung (Beschwerde, S. 3 Rz. 7, S. 6 Rz. 28) ist ein Geburtsgebrecchen aufgrund der Akten jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erstellen. Zwar wird im (nach Erlass der angefochtenen Verfügung ergangenen) Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 24. Mai 2019 in der Diagnoseliste ohne weitere ausführenden Angaben ein chronisches Schmerzsyndrom im Rahmen einer „Dysplasia coxae congenita“ beidseits aufgeführt (AB 42/1). Die ursprüngliche, vor der ersten Operation vom 8. Dezember 2016 gestellte Diagnose lautete hingegen „Acetabuläre Retroversion beidseits mit Cam-Deformität“; von einer angeborenen Hüftdysplasie oder einem anderen Geburtsgebrecchen war dort nicht die Rede (AB 12/20). Auch in keinem der späteren Arztberichten (mit Ausnahme des erwähnten Berichts vom 24. Mai 2019) wurde je ein Geburtsgebrecchen thematisiert. Die RAD-Ärztin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ bezeichnete die von den behandelnden Ärzten diagnostizierte Retroversion beidseits mit Cam-Deformität schliesslich als eine eindeutige präarthrosische (recte: präarthrotische) Deformität (AB 21/4, 28/2), mithin als eine im Rahmen eines degenerativen Prozesses erst entstandene und damit bei vollendeter Geburt noch nicht bestehende Krankheit (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Immerhin war der Beschwerdeführer vor 2016 offenbar auch während Jahren sportlich aktiv (... [AB 36/2]). Ob es sich bei der erst im Alter von rund 16 Jahren festgestellten (vgl. AB 2/6 Ziff. 6.1, 3/1) Problematik tatsächlich um ein Geburtsgebrecchen im Sinne von Art. 13 IVG handelt, oder ob nicht vielmehr bei allenfalls entsprechender Prädisposition erst über die gesamte Entwicklung ein Gesundheitsschaden entstanden ist (vgl. auch die Angabe des Beschwerdeführers in AB 37/6 Ziff. 6.2), braucht letztlich aber nicht abschliessend beurteilt zu werden. Dies weil – wie nachfolgend aufzuzeigen ist – unabhängig von der Wahl der beiden denkbaren gesetzlichen Anspruchsgrundlagen bereits aus medizinischen Gründen ein Anspruch auf zwei Therapieeinheiten ausgeschlossen und zudem auch die Befristung (im Sinne der revisionsweisen Neuprüfung) nicht zu beanstanden ist.

## 4.2

**4.2.1** In medizinischer Hinsicht sind Berichte des Spitals C. \_\_\_\_\_ aktenkundig, die auf Physiotherapieverordnungen hinweisen (AB 12/6, 12/4, 12/2), ohne dass sich daraus jedoch Angaben zur Intensität der Physiotherapie bzw. zur Frequenz der Therapiesitzungen entnehmen liessen. Indessen ergibt sich aus den Akten das Folgende:

Gemäss dem Austrittsbericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 27. Dezember 2017 waren der peri- und postoperative Verlauf komplikationslos. Die postoperative Bildgebung zeigte eine ausreichende Korrektur der Impingementmorphologie und die Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung gestaltete sich ebenfalls komplikationslos. Die Mobilisierung wurde für (die folgenden) sechs Wochen auf 30 kg beschränkt (AB 12/8 f.). Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 7. Februar 2018 war der zu objektivierende Befund bezüglich der Hüften weiterhin positiv; bildgebend wurden korrekte Stellungsverhältnisse des Osteosythesematerials und eine gute beginnende Konsolidation des Trochanters festgestellt (AB 12/6). Entsprechend postulierten die behandelnden Ärzte den sofortigen Übergang zur Vollbelastung und verordneten eine ambulante Physiotherapie namentlich zur Kräftigung der hüftstabilisierenden Muskulatur (AB 12/7, 1/3). Ab diesem Zeitpunkt wurde die (zuvor ab Operation vom 19. Dezember 2017 einmal wöchentlich durchgeführte [AB 1/89]) Physiotherapie intensiviert bzw. die Sitzungsfrequenz für rund einen Monat auf zweimal wöchentliche Sitzungen erhöht (ab 20. Februar bis zum 23. März 2018; AB 1/118, 1/121).

In der Folge traten die vom Beschwerdeführer geklagten, mit der operativ korrigierten, weiterhin einwandfreien Hüftmorphologie jedoch nicht zu erklärenden (AB 12/4 f.) Schmerzen in den Vordergrund. Als Diagnose führten die behandelnden Ärzte fortan (erstmalig im Bericht vom 28. März 2018) ein chronisches Schmerzsyndrom auf und der Fokus der weiteren Behandlung lag ab sofort nicht mehr primär im muskulären Aufbau, sondern vielmehr in der Schmerztherapie (AB 12/4 f., 12/2 f., 42). So wurde im Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 28. März 2018 ausdrücklich festgehalten, dass auf eine forcierte aktive Muskelkräftigung zu verzichten sei, um die Schmerzspirale nicht weiter zu steigern, und stattdessen die medikamentöse Schmerztherapie kurzfristig massiv auszubauen sei (AB 12/5). Dement-

sprechend wurden auch die Verordnungen zur Physiotherapie angepasst; im Vordergrund standen nunmehr antiphlogistische und hüftgelenkszentrierende Massnahmen (Verordnung vom 29. März 2018 [AB 1/138], Verordnung für die Langzeittherapie gemäss Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 29. Juni 2019 [AB12/3]). Übereinstimmend ist dem Physiotherapie-Zwischenbericht vom 16. November 2018 zu entnehmen, dass die aktiven Massnahmen (Ausdauertraining, Kräftigung der gesamten Muskulatur des Bewegungsapparates, insbesondere des Rumpfes und der unteren Extremität, etc.) wegen der starken Schmerzen in der Intensität jeweils angepasst wurden (AB 14/2). Zudem wurde die Frequenz der Therapiesitzungen ab April 2018 (aktenkundig bis 23. Juli 2018) wieder auf durchschnittlich einmal pro Woche herabgesetzt (17 Sitzungen während 17 Kalenderwochen vom 4. April bis 29. Juli 2018 [AB 1/121, 1/136]).

Dass die ab April 2018 im Rahmen des geänderten Therapieziels, d.h. primär zur Linderung der Schmerzen und Verspannungen (AB 14/3), durchschnittlich einmal pro Woche erfolgten Physiotherapiesitzungen in ihrer Intensität bzw. hinsichtlich der Sitzungsfrequenz aus medizinischer Sicht ungenügend gewesen wären, geht aus den Akten nicht hervor. Im Gegenteil führte die Physiotherapie mit den angepassten Übungen gemäss Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 29. Juni 2018 zu einer (wenn auch nur leichten) Beschwerdelinderung (AB 12/2). In der Folge wurden im Physiotherapie-Zwischenbericht vom 16. November 2018 mit Hinweis auf die vier vorangegangenen Monate deutliche Fortschritte festgehalten (AB 14/2). Und im Bericht des Spitals C. \_\_\_\_\_ vom 24. Mai 2019 wurde auf die Notwendigkeit des Fortführens der Physiotherapie nach möglicher postinterventioneller Beschwerdeverbesserung hingewiesen, ohne dass eine höhere Sitzungsfrequenz postuliert worden wäre (AB 42/2). Vor diesem Hintergrund vermag die vom Beschwerdeführer vertretene Auffassung, er sei wegen der starken Verkrampfungen, die regelmässig gelöst werden müssten, und weil ferner der Muskelaufbau gefördert und die Haltung verbessert werden müsse, gezwungen, zweimal wöchentlich physiotherapeutische Behandlungen in Anspruch zu nehmen (Beschwerde, S. 3 Rz. 10), nicht zu überzeugen. Weder die Berichte der behandelnden Ärzte noch der Physiotherapie-Zwischenbericht enthalten Hinweise auf Verkrampfungen – bspw. im Sinne von spastischen Symptomen –, die eine höhere Sitzungs-

frequenz bedingten. Hinweise, dass die (seit April 2018) einmal wöchentlich durchgeführte Physiotherapie zur Linderung der Schmerzen und Verspannungen ungenügend wären, bestehen – wie erwähnt – nicht. Zudem verkennt der Beschwerdeführer (Beschwerde, S. 8 Rz. 42 ff.), dass die körperliche Belastbarkeit und die Stärkung der Muskulatur durchaus (bzw. vorab) durch (die Physiotherapie) begleitende Eigenübungen verbessert werden kann und muss. So wurde im Bericht des Spitals C.\_\_\_\_\_ vom 29. Juni 2018 ausdrücklich verlangt, dass der Beschwerdeführer die Stockentlastung unbedingt aufheben müsse, weil diese für den weiteren Muskelaufbau kontraproduktiv sei (AB 12/3). Im Physiotherapie-Zwischenbericht vom 16. November 2018 wurde sodann das Training zur Steigerung der Ausdauer und Kraft im Rahmen des Heimprogramms als primäres Ziel definiert (AB 14/3).

Auf dieser Basis hat die RAD-Ärztin am 17. Januar 2019 nachvollziehbar und überzeugend die Indikation für eine Physiotherapiesitzung pro Woche gestellt (AB 21/4). Zusammenfassend bestehen in den bis zu diesem Zeitpunkt erstellten ärztlichen Unterlagen keinerlei Hinweise, die eine höhere Indikation (Frequenz) für die Dauertherapie nahelegen würden. Nichts anderes ergibt sich aus dem im vorliegenden Verfahren aufgelegten Bericht des Spitals C.\_\_\_\_\_ vom 24. Mai 2019 (AB 42; Beschwerdebeilage [BB] 3) und den beiden Physiotherapieverordnungen vom 22. Februar und 21. September 2018 (AB 25/13 f.; BB 5 f.). Ob, wie von der RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme zum Vorbescheid ausgeführt wurde (AB 28/2 [unten]), zwei Physiotherapiesitzungen pro Woche allenfalls sogar kontraindiziert wären, kann gestützt auf die vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilt werden. Die Frage kann aber offen bleiben; entscheidend ist allein, dass gestützt auf die vollständigen medizinischen Akten die Indikation für eine auf Dauer angelegte Physiotherapie mit einer Sitzung pro Woche zur Erreichung des Therapieziels genügt. Damit entfällt ein Anspruch auf weitere wöchentliche Therapiesitzungen (vgl. E. 2.2 hiervoor).

**4.2.2** Ebenfalls nachvollziehbar und im Einklang mit den Bestimmungen des KSME hat die RAD-Ärztin eingedenk der Tatsache, dass die Physiotherapie zunächst als Nachbehandlung zur Operation zu verstehen ist (AB 12/8, 12/7; die anschliessende Langzeitphysiotherapie wurde ab Juni

2018 verordnet [AB 12/3]) und auch die Ärzte nach wie vor die Heilung auf absehbare Zeit im Blick haben (vgl. das in AB 12/3 erläuterte Prozedere mit Verlaufskontrolle), eine Befristung vorerst auf ein Jahr vorgesehen (AB 21). Im KSME wird ausdrücklich bestimmt, dass medizinische Massnahmen (seien es solche gestützt auf Art. 12 IVG oder gestützt auf Art. 13 IVG) nicht von unbestimmt langer Dauer sein dürfen, aus der entsprechenden Leistungsverfügung (u.a.) Dauer und Umfang (Intensität bzw. Frequenz) der zugesprochenen Leistung ersichtlich sein müssen und der therapeutische Erfolg der Behandlung unter Miteinbezug der behandelnden Ärzte regelmässig zu überprüfen ist (KSME Rz. 14 und Rz. 32). Weiter sind Anträge zur Verlängerung der Physiotherapie gemäss KSME Rz. 1040 aufgrund der vom Arzt im Verlauf erhobenen detaillierten Befunde, deren Auswirkungen im Alltag, und eines ausführlichen Therapieberichtes zu prüfen, wobei auf eine nachvollziehbare Therapieplanung zu achten ist, aus der auch die Ziele der Behandlung hervorgehen. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass in der angefochtenen Verfügung die Physiotherapie im Hinblick auf eine Überprüfung des Anspruchs (Revision) vorerst auf ein Jahr (bis 30. Juni 2019) befristet wurde.

**4.2.3** In zeitlicher Hinsicht wurden Leistungen rückwirkend ab Dezember 2017 bzw. Physiotherapie im Sinne einer (befristeten) Dauertherapie ab Juni 2018 zugesprochen; dies ist mit Blick auf die Anmeldung durch den Krankenversicherer im August 2018 (AB 1) nicht zu beanstanden (Art. 48 Abs. 1 IVG).

**4.3** Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden; die Beschwerde ist abzuweisen.

## **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen 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. 500.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- entnommen. Die Differenz von Fr. 300.-- wird ihm nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- entnommen. Die Differenz von Fr. 300.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Einzelrichter:

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.