

200 20 363 IV
FUR/BOC/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil der Einzelrichterin vom 24. November 2020

Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
gesetzlich vertreten durch seine Eltern B. _____
vertreten durch Rechtsanwalt C. _____

Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. April 2020



Sachverhalt:

A.

Der 2005 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich, gesetzlich vertreten durch seine Eltern, am 27. Juni 2019 unter Hinweis auf das Geburtsgebrechen Ziffer 163 des Anhangs der Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21; Trichterbrust) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an und beantragte medizinische Massnahmen (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). In der Folge befragte die IVB die Eltern des Versicherten zur Trichterbrust ihres Sohnes (act. II 4 f.). Zudem nahm die IVB medizinische Abklärungen vor und holte eine Stellungnahme ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (act. II 10 - 13, 15). Mit Vorbescheid vom 5. Februar 2020 (act. II 16) stellte die IVB die Ablehnung der Kostengutsprache für medizinische Massnahmen in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte, gesetzlich vertreten durch seine Eltern, am 25. Februar 2020 (act. II 18) Einwände. Mit Eingabe vom 20. Februar 2020 hatte Dr. med. D._____, Facharzt für Kinderchirurgie, Spital E._____, um Wiedererwägung hinsichtlich des Kostengutsprachegebietes für die geplante Trichterbrustoperation ersucht (act. II 20). Die IVB holte eine weitere Stellungnahme des RAD ein (act. II 22) und Dr. med. D._____ liess sein Wiedererwägungsgesuch durch eine Eingabe vom Prof. em. Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, vom 10. März 2020 ergänzen (act. II 23). Mit Verfügung vom 16. April 2020 (act. II 24) lehnte die IVB im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Ziffer 163 Anhang GgV (Trichterbrust) die Kostengutsprache für medizinische Massnahmen in Form einer Operation ab.

B.

Dagegen erhob der Versicherte, gesetzlich vertreten durch seine Eltern, diese vertreten durch Rechtsanwalt C._____, am 19. Mai 2020 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei

die Sache an die Beschwerdegegnerin erneut zur Beurteilung zurückzuweisen und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Am 12. Juni 2020 reichte der Beschwerdeführer eine E-Mail vom 26. Mai 2020 von Dr. med. D. _____ ein (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 5). Diese Eingabe samt Beilage wurde der Beschwerdegegnerin mit prozessleitender Verfügung vom 15. Juni 2020 zur Berücksichtigung in der Beschwerdeantwort zugestellt.

Mit Beschwerdeantwort vom 24. Juni 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin unter Bezugnahme auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Prof. Dr. med. G. _____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, vom 18. Juni 2020 (act. II 35/2 - 4) die Abweisung der Beschwerde.

Der Beschwerdeführer macht mit Stellungnahme vom 28. September 2020 weitere Ausführungen und beantragt zur Abklärung des Sachverhaltes die Einholung eines Gutachtens.

Mit Stellungnahme vom 29. Oktober 2020 macht die Beschwerdegegnerin zusätzliche Ausführungen und hält vollumfänglich am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest. Diese Eingabe wurde dem Beschwerdeführer mit prozessleitender Verfügung vom 30. Oktober 2020 zur Kenntnis gebracht.

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 16. April 2020 (act. II 24). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf medizinische Massnahmen (Trichterbrustoperation).

1.3 Die Kosten der umstrittenen Trichterbrustoperation belaufen sich auf zirka Fr. 12'000.-- bis 15'000.-- (vgl. <https://blog.hirslanden.ch/2016/08/29/trichterbrust-wenn-die-brust-ein-loch-hat/>). Der Streitwert liegt daher unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (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 Als Geburtsgebrechen 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 Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen. Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden; er kann die Leistung aussch-

liessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Art. 13 Abs. 2 IVG). Mit Art. 13 Abs. 2 IVG wurde dem Bundesrat die Kompetenz erteilt, aus der Gesamtheit der Geburtsgebrechen im medizinischen Sinne jene auszuwählen, für welche medizinische Massnahmen der IV zu gewähren sind (Geburtsgebrechen im Rechtssinne des IVG; BGE 122 V 113 E. 3a cc S. 119). 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 der GgV aufgeführt.

2.2 Geburtsgebrechen nehmen in der Invalidenversicherung eine Sonderstellung ein. Denn Versicherte können gemäss Art. 8 Abs. 2 i.V.m. Art. 13 Abs. 1 IVG bis zum vollendeten 20. Altersjahr 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; SVR 2019 IV Nr. 59 S. 188 E. 4.2.2).

2.3 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). Eine Behandlungsart entspricht bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft, wenn sie von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis anerkannt ist. Das Schwergewicht liegt auf der Erfahrung und dem Erfolg im Bereich einer bestimmten Therapie. Die für den Bereich der Krankenpflege entwickelte Definition der Wissenschaftlichkeit findet prinzipiell auch auf die medizinischen Massnahmen der Invalidenversicherung Anwendung (SVR 2019 IV Nr. 59 S. 188 E. 4.2.1).

2.4 Der Anhang zur GgV führt zahlreiche Gebrechen auf, bei denen ein Leistungsanspruch davon abhängt, ob eine Operation oder eine andere näher umschriebene Behandlung notwendig ist. Damit sollen nach dem Willen des Verordnungsgebers geringfügigere Ausprägungen des Leidens im Sinne von Art. 13 Abs. 2 Satz 2 IVG von der Leistungspflicht der Invalidenversicherung ausgenommen werden. Leidet eine versicherte Person

zwar an einem derartigen Gebrechen, ist aber nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft keine Operation angezeigt oder würde eine solche den therapeutischen Erfolg nicht in der geforderten einfachen und zweckmässigen Weise anstreben, handelt es sich um ein Geburtsgebrehen, für das die Invalidenversicherung zufolge Geringfügigkeit keine Leistungspflicht trifft. Die Beurteilung der Operationsnotwendigkeit hat durch einen für die betreffende Operation befähigten Spezialarzt zu erfolgen (BGE 142 V 58 E. 3.1 ff. S. 61).

2.5 Gemäss Ziffer 163 Anhang GgV wird eine angeborene Trichterbrust als Geburtsgebrehen anerkannt, sofern eine Operation notwendig ist. Gemäss Rechtsprechung leuchtet mit Blick auf die Materialien gerade bei dem das Skelett betreffenden Geburtsgebrehen der Trichterbrust (Ziffer 163 Anhang GgV) ein, dass das Erfordernis der Operationsnotwendigkeit im Sinne einer qualifizierten Umschreibung eines besonderen Schweregrades des Geburtsgebrechens als leistungsbegründende Voraussetzung nicht aus geisteswissenschaftlich-psychologischer Fachrichtung, sondern aus naturwissenschaftlich-medizinischer Sicht eines für die betreffende Operation befähigten Spezialarztes zu beurteilen ist, zumal der – gegebenenfalls notwendige invasive Eingriff – nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben muss (Art. 2 Abs. 3 GgV; BGE 142 V 58 E. 3.2 S. 61; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 10. Februar 2003, I 693/02, E. 3.1.4; vgl. auch das Kreisschreiben über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung [KSME] des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV], Rz. 163). Bei einer kongenitalen Trichterbrust vermögen psychische Beschwerden nicht (alleine) die Notwendigkeit einer Operation zu begründen (EVG I 693/02, E. 3.3).

3.

3.1 Prof. em. Dr. med. F. _____ führte im Bericht vom 23. September 2019 (act. II 10/14 - 17) die folgenden (Haupt-)Diagnosen auf:

1. Trichterbrust mit/bei
 - Haller-Index von 3.5 (Norm unter 2.5)
 - eingeschränkter Vitalkapazität in der Lungenfunktion
 - erhaltener körperlicher Leistungsfähigkeit
 - normalem Herz-ECHO (Kardiologie Spital E._____)
2. Leichte soziale Einschränkung mit/bei
 - zufolge Veränderungen wegen Diagnose 1
 - psychometrisch mit signifikantem sozialem Rückzug
 - anaklitische, depressive Elemente bei Besetzungsabzug des eigenen Körpers

Zur Anamnese hielt Prof. em. Dr. med. F._____ fest, in der Beschwerdelandkarte berichte der Beschwerdeführer von Einschränkungen beim Baden (er trage T-Shirts in der Badi) und von Scham, den Körper nackt zu zeigen. Leistungsmässig spüre er keine Einschränkungen, auch Schmerzen habe er keine. Letzthin habe er wegen der Knieschmerzen links auch in der Schule deutlich weniger Sport gemacht als vorher. Er möchte dies aber wieder vermehrt tun können, weshalb er froh sei, dass das Knie nun operiert worden sei. Zur Beurteilung und zum Prozedere wurde angegeben, die anamnestischen Angaben, untermauert durch die psychometrischen Tests zeigten, dass die Situation mit der Trichterbrust zusammen mit den fotografisch dokumentieren körperlichen Befunden eine klare Operationsindikation darstellten. Durch die Pubertät und Adoleszenz habe sich besonders die psychische Situation zusätzlich verschlimmert, was durch die abnormen Skalenwerte im Fragebogen zur sozialen Angst und sozialen Kompetenzdefiziten sowie in den Frankfurter Körper Konzeptskalen zum Vorschein komme. Zusammenfassend erscheine ihm eine dringliche Sanierung der Trichterbrust und damit eine Befreiung des Beschwerdeführers von seinen körperlichen Einschränkungen vordringlich, nicht zuletzt auch um zukünftige psychische Beeinträchtigungen zu verhindern. Es handle sich dabei keineswegs um eine kosmetische Angelegenheit, was allein schon der hohe Haller-Index mit einem Wert von 3.3 (Norm unter 2.5) wiedergebe.

3.2 Im Bericht der Klinik H._____ des Spitals E._____ vom 7. November 2019 (act. II 10/2 f.) wurde als Diagnose eine ausgeprägte Trichterbrust festgehalten. Bezüglich der Gesamtbeurteilung wurde angegeben, der Beschwerdeführer habe sich heute in Begleitung seiner Mutter

auf der Tagesklinik vorgestellt. Dies zur Befunderhebung im Rahmen einer Trichterbrust (CT-Thorax, Spirometrie und EKG) und um ein Kostengut-sprachege such bei der IV einzureichen. Die Trichterbrust existiere seit dem Kleinkindalter, aber sei im Rahmen des beginnenden pubertären Wachstums schubes deutlich progredient. Aktuell sei der Beschwerdeführer kardiopulmonal nicht eingeschränkt, gleichwohl er bei längeren Läufen pausieren müsse. Er traue sich nicht mehr in die öffentlichen Badeanstalten. Familienanamnestisch weise der Vater eine nicht behandelte Trichterbrust auf.

3.3 Im Bericht vom 7. November 2019 (act. II 10/4) des Universitätsinstituts für Diagnostische, Interventionelle und Pädiatrische Radiologie des Spitals E. _____ zum CT Thorax vom 7. November 2019 wurde die folgende Beurteilung festgehalten: Pectus excavatum (Haller-Index von 3.7). Ansonsten nativ CT-grafisch kein Nachweis intrathorakaler Pathologien. Es bestehe ein Zustand nach Osteosynthese der knöchern konsolidierten linken Klavikula. Das mediale Ende des Osteosynthesedrahtes trete am proximalen unteren Ende der Klavikula aus und liege unmittelbar subkutan.

Im Zusatzbefund vom 20. Februar 2020 (act. II 20/2) wurde ausserdem festgehalten, der rechte Ventrikel werde aufgrund des Pectus excavatum etwas komprimiert.

3.4 Im Zusammenhang mit der kardiologischen Standortbestimmung für die Thoraxchirurgie bei Trichterbrust durch die Präventive Kardiologie und Sportmedizin im Zentrum I. _____ am Spital E. _____ wurde im Bericht vom 7. November 2019 (act. II 10/5 ff.) festgehalten, es liege eine altersentsprechende körperliche Leistungsfähigkeit mit 220 Watt vor (3.6 W/kg, 98 % vom Soll nach Ten Harkel, CI: 175 - 273). Auch liege eine altersentsprechende kardiorespiratorische Fitness bei einem Peak VO₂ von 42.3 ml/min/kg vor (12.1 MET, 85.8 % vom Sollwert nach Ten Harkel, CI: 34.9 - 62.4). Es bestehe kein Hinweis auf eine kardiale oder pulmonalmechanische Limitierung trotz Trichterbrust. Hingegen bestünden Hinweise auf eine muskuläre Dekonditionierung. Klinisch und elektrisch liege eine negative Ergometrie bezüglich myokardialer Ischämie bei aussagekräftigem Test vor. Bei guter Mitarbeit während der Spirometrien bzw. Intra-

reath-Manövern habe es keinen Hinweis auf dynamische Überblähung oder belastungsinduzierte Bronchokonstriktion gegeben.

3.5 Zum Befund der Lungenfunktionsmessung im Spital E. _____ wurde im Bericht vom 7. November 2019 (act. II 10/13) festgehalten, es liege eine unauffällige Flussvolumenkurve vor und es gebe keine Hinweise für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung.

3.6 Der RAD-Arzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, gab in der orthopädischen Beurteilung vom 8. Januar 2020 an (act. II 13), zwar sei der Haller-Index mit 3.7 erhöht, darüber hinaus aber finde sich weder im CT noch klinisch ein Nachweis intrathorakaler Pathologie. Insbesondere bestehe gemäss Bericht des Spitals E. _____ vom 7. November 2019 kein Hinweis auf kardiale oder pulmonal-mechanische Limitierung trotz der Trichterbrust. Lediglich Hinweise auf eine muskuläre Dekonditionierung fänden sich. Somit sei aufgrund der vorhandenen medizinischen Unterlagen das Geburtsgebrechen Ziffer 163 Anhang GgV nicht ausgewiesen. Es sei anzunehmen, dass die Operationsindikation mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgrund von psychischen, kosmetischen bzw. ästhetischen Gründen erfolge.

3.7 Die RAD-Ärztin Dr. med. K. _____, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, gab im Bericht vom 23. Januar 2020 (act. II 15) die Diagnose einer Trichterbrust an. Sie hielt fest, das Geburtsgebrechen Ziffer 163 Anhang GgV sei nicht ausgewiesen. Aus medizinischer Sicht seien die Kriterien der Notwendigkeit einer Trichterbrust Operation im Sinne eines bestimmten Schweregrades nicht erfüllt. Beim Beschwerdeführer liege kein Hinweis auf kardiale oder pulmonal-mechanische Limitierung, trotz der Trichterbrust, vor. Einzig der Haller-Index sei mit 3.7 positiv. Der Norm-Index liege bei < (weniger) 3.25 (richtig: weniger 2.5 [<https://de.wikipedia.org/wiki/Trichterbrust#Diagnostik>]). Behandlungsbedürftige Beschwerden könnten aber schon bei einer geringeren Trichterbrust auftreten, so dass der Haller-Index nicht allein ausschlaggebend sei. Die Kriterien, ob eine Operation notwendig sei, dienten der Umschreibung eines bestimmten Schweregrades, das heisse, dass die Übernahme des geburtsgebrechen-bedingten operativen Eingriffes aus rein medizinischer Perspektive

beurteilt werden müsse. Zur Beurteilung der psychischen Situation gab die RAD-Ärztin an, der Beschwerdeführer stehe in der Pubertät mit dementsprechenden Körperveränderungen. In der Freundschafts- und Kontaktpflege sei er nicht eingeschränkt. Auch wenn sein Selbstwertgefühl reduziert sei, könne nicht unterschieden werden, ob dies mit allgemeinen Pubertätsproblemen (der Körper verändere sich, es träten Hemmungen und ausgeprägtes Schamgefühl auf) oder spezifisch mit der Trichterbrust zusammenhänge. Das psychische Befinden im Zusammenhang mit der Trichterbrust sei geringfügig eingeschränkt: "Leichte soziale Einschränkung" (Bericht Prof. em. Dr. med. F. _____ vom 23. September 2019 [act. II 10/14 - 17]).

3.8 Dr. med. D. _____ führte im Wiedererwägungsgesuch vom 20. Februar 2020 (act. II 20/1) aus, der Beschwerdeführer leide an einer ausgeprägten Trichterbrust mit einem CT-graphisch nachgewiesenen Haller-Index von 3.7, was die Ausprägung der Trichterbrust bestätige. CT-graphisch lasse sich ebenfalls eine Kompression mit Pelottierung des rechten Ventrikels nachweisen (hierzu siehe Befund Radiologie des Spitals E. _____ [vgl. act. II 20/2])).

3.9 Prof. em. Dr. med. F. _____ hielt im Bericht vom 10. März 2020 (act. II 23/3 f.) fest, nachdem er seitens der Eltern die Einschränkungen in den sozialen Fertigkeiten des Beschwerdeführers nochmals geschildert bekommen habe, sehe er sich veranlasst, die Bewertung der Diagnose 2 gemäss Bericht vom 23. September 2019 (act. II 10/14 - 17) zu revidieren. Wie er geschrieben habe, seien psychometrisch erhebliche Zeichen eines sozialen Rückzugs sowie auch beziehungsorientierte (anaklitische), depressive Züge nachweisbar. Die Bewertung einer "leichten sozialen Einschränkung" gehe auf die vom Beschwerdeführer anamnestischen Aussagen zurück, welche er retrospektiv banalisiert habe. Die Eltern hätten jedoch versichert, dass es sich, verglichen mit Gleichaltrigen, um bedeutende Elemente sozialen Rückzugs handle. Somit laute die korrekte Diagnose 2:

2. Bedeutende soziale Einschränkung mit/bei
 - psychometrisch signifikantem sozialem Rückzug
 - anaklitischen, depressiven Elementen bei Besetzungsabzug des eigenen Körpers

- kritischen Veränderungen des Körperbildes zufolge Diagnose 1

3.10 Der RAD-Arzt Prof. Dr. med. G._____ hielt im Bericht vom 27. März 2020 (act. II 22) unter Bezugnahme auf den Entscheid EVG I 693/02 fest, die in diesem Urteil zitierte orthopädische Auffassung werde auch aktuell vertreten: Die Behandlung basiere auf der Schwere der Deformität UND dem Umfang der physiologischen Veränderungen (Nelson: Textbook of Pediatrics, 19. Aufl., 2011, p. 1516). Gleichlautend dazu sollten die physiologisch fassbaren Funktionseinschränkungen mittels Lungenfunktion und Belastungsuntersuchungen dokumentiert werden. Erst bei signifikanten Veränderungen dieser Parameter sei an eine operative Korrektur einer Trichterbrust zu denken (Nelson: Textbook of Pediatrics, 20. Aufl., 2015, p. 2144). Ergänzend dazu sollte im Sinne der Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien) und im Sinne von organmedizinisch orientierten Nutzen-Risiko-Abwägungen berücksichtigt werden, dass vorangehende thoraxchirurgische Eingriffe als signifikanter Risikofaktor für lebensbedrohliche Komplikationen inklusive tödlicher Ausgänge der hier in Betracht gezogenen Operation eingeschätzt würden, denn das im Rahmen der Operation nach Nuss in den Brustkorb eingebrachte Material könne Komplikationen auslösen wie Perforation des Herzens, Hämothorax, Verletzungen grosser Gefässe, Lungenläsionen, Leberläsionen, Zwerchfellläsionen und gastrointestinale Probleme. Diese Auffassung werde durch andere Autoren gestützt und mit noch grösseren Fallzahlen begründet. Im CT seien Alterationen nach der Claviculafraktur zu sehen, die in diesem Sinne berücksichtigt werden sollten. Als Fazit führte Prof. Dr. med. G._____ aus, das in zahlreichen Gesetzen, Regelungen und Urteilen beschriebene Therapieobligatorium der IV beziehe sich in Bezug auf Leistungsansprüche nach Ziffer 163 Anhang GgV auf schwerwiegende Leiden, die mit messbaren organmedizinischen Funktionsstörungen verbunden sein sollten. Das sei hier nicht der Fall, so dass aus versicherungsmedizinischer Sicht nach Prüfung des Einwandes durch einen Facharzt für Orthopädische Chirurgie vom 8. Januar 2020 sowie durch den Unterzeichner keine Leistungsansprüche nach Ziffer 163 Anhang GgV ausgewiesen seien.

3.11 In einer E-Mail vom 26. Mai 2020 (act. I 5) hielt Dr. med. D._____ fest, beim Beschwerdeführer bestehe im Röntgenbild eine

Pelottierung des Herzens, dies habe auch der Radiologe bestätigt. Um herauszufinden, ob sich diese Pelottierung einschränkend auf die Herzfunktion auswirke, bedürfe es eines Herzultraschalls. Er sei momentan ausserhalb der Klinik und könne nicht überprüfen, wie der entsprechende Herzbefund gewesen sei. Allerdings bedeute ein "normaler" Ultraschallbefund nicht, dass keine Einschränkung durch die Trichterbrust vorliege. Ausschlaggebend seien die beschriebenen Symptome durch den Beschwerdeführer und dieser sei hier ausdauergerindert. Aufgrund seines jungen Alters (Brustwandelastizität etc.), der langsam sich entwickelnden Deformität (chronisches Leiden, der Körper habe Zeit, sich daran zu gewöhnen) und entsprechender Kompensationsmechanismen liessen sich die beschriebenen Symptome nur sehr selten "objektivieren". Hier liege die Schwierigkeit, die die IV unverhältnismässig verlange. Weiterhelfen könnte eine gegebenenfalls "nochmalige" Ultraschalluntersuchung im Spital E._____, falls die Eltern dies wünschten. Es handele sich um eine differenziertere Untersuchung, die die Einschränkung gegebenenfalls nachweisen könnte. In seiner über 10-jährigen Betreuung von Trichterbrustpatienten habe er seltenst pathologische Herz- oder Lungenbefunde gesehen, gleichwohl all diese Patienten klar eine Ausdauerminde- rung zumindest bei sportlichen Aktivitäten angegeben hätten.

3.12 In der Stellungnahme vom 18. Juni 2020 (act. II 35/2 - 4) führte der RAD-Arzt Prof. Dr. med. G._____ aus, neue Befunde seien nicht eingereicht worden. Aus den bereits vorliegenden Befunden ergäben sich bei nochmaliger Durchsicht keine neuen Gesichtspunkte. Die neu eingereichten Bewertungen aus chirurgischer Sicht seien aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollziehbar, da sie nicht den vorliegenden Befunden entsprächen, nicht durch den aktuellen medizinischen Kenntnisstand gestützt würden und nicht den WZW-Kriterien entsprächen. Die Rechtsprechung, die in Rz. 163 KSME berücksichtigt werde, habe sich in Bezug auf medizinische Kriterien auf Biskup: Kinderorthopädie 1987 gestützt. In einem der international führenden aktuellen Pädiatrie-Lehrbücher werde bei Kindern und Jugendlichen mit Trichterbrust gleichlautend dazu auf die Dokumentation von Funktionseinschränkungen mittels Lungenfunktion und Belastungsuntersuchungen hingewiesen, bevor man eine Operation in Betracht ziehe (Nelson: Textbook of Pediatrics, 20. Aufl., 2015, p. 2144). Die-

se Befunde hätten hier im Normalbereich gelegen, so dass aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Leistungsansprüche nach Ziffer 163 Anhang GgV ausgewiesen seien.

4.

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

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

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

4.3 Die versicherte Person hat von Bundesrechts wegen keinen formellen Anspruch auf Beizug eines versicherungsexternen Gutachtens, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Es ist auch im Lichte der von Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) gewährleisteten Verfahrensgarantien grundsätzlich zulässig, den Entscheid ausschlaggebend oder gar ausschliesslich auf verwaltungsinterne Abklärungen zu stützen (BGE 123 V 175 E. 3d S. 176, 122 V 157 E. 2c S. 165).

Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

4.4 Die Beschwerdegegnerin stützt ihren ablehnenden Entscheid auf die Beurteilungen der RAD-Ärzte Dres. med. J._____ und K._____ vom 8. und 23. Januar 2020 (act. II 13, 15) sowie Prof. Dr. med. G._____ vom 27. März und 18. Juni 2020 (act. II 22, 35/2 - 4). Diese Aktenbeurteilungen sind voll beweiskräftig, da hier ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. E. 4.2 hier- vor). Die RAD-Ärzte kommen zum einhelligen und überzeugenden Schluss, dass die Voraussetzungen zur Kostenübernahme für die Trichterbrustope- ration nicht gegeben sind. Der Beschwerdeführer vermag mit seiner Argu- mentation keine auch nur geringen Zweifel am Beweiswert dieser Einschätzungen zu wecken (vgl. E. 4.3 hiervor). Er macht geltend (Be- schwerde S. 4; Stellungnahmen vom 12. Juni und 28. September 2020), gemäss dem behandelnden Arzt stellten nicht vorwiegend psychologische bzw. kosmetische Gründe die Indikation für die Operation dar. Er leide an einer ausgeprägten Trichterbrust mit einem CT-nachgewiesenen Haller- Index von 3.7. Darüber hinaus lasse sich im CT eine Kompression mit Pe- lottierung des rechten Ventrikels nachweisen. Er sei klar ausdauer- gemindert; die Trichterbrust führe somit nachweislich zu somati- schen Beeinträchtigungen. Die versicherungsmedizinische Beurteilung von Prof. Dr. med. G._____ entspreche nicht dem aktuellen medizinischen

Standard und ein interdisziplinäres Gutachten sei zwingend notwendig. So sei namentlich die dem Entscheid des EVG I 693/02 zu Grunde liegende medizinische Fachliteratur (Biskup: Kinderorthopädie 1987) mittlerweile veraltet.

4.5 Die am 7. November 2019 im Spital E._____ durchgeführten Untersuchungen (vgl. act. II 10) ergaben zwar einen Haller-Index von 3.7 (der Normalwert beträgt weniger als 2.5 [vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Trichterbrust#Diagnostik>]), aber laut den RAD-Ärzten Dres. med. J._____ und K._____ (act. II 13, 15) war weder im CT noch klinisch ein Nachweis einer intrathorakalen Pathologie gegeben (vgl. act. II 10/4), insbesondere bestehe kein Hinweis auf kardiale oder pulmonal-mechanische Limitierung trotz Trichterbrust; es fänden sich lediglich Hinweise auf muskuläre Dekonditionierung (act. II 10/8). Auch die Lungenfunktionsmessung ergab eine unauffällige Flussvolumenkurve und keine Hinweise für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung (act. II 10/13). Was den Zusatzbefund vom 20. Februar 2020 (act. II 20/2), wonach der rechte Ventrikel aufgrund des Pectus excavatum etwas komprimiert werde, betrifft, hielt der RAD-Arzt Prof. Dr. med. G._____ am 27. März 2020 (act. II 22) überzeugend und schlüssig fest, von einer klinisch bedeutsamen morphologisch fassbaren Störung des Herzens könne deshalb nicht ausgegangen werden. Daran vermögen auch die Ausführungen von Dr. med. D._____ vom 26. Mai 2020 (act. I 5), wonach es eines Herzultraschalls bedürfe, um herauszufinden, ob sich diese Pelottierung einschränkend auf die Herzfunktion auswirke, nichts zu ändern. Denn selbst in Kenntnis dieser Feststellung kam der RAD-Arzt Prof. Dr. med. G._____ auch in der Stellungnahme vom 18. Juni 2020 (act. II 35) nach wie vor zum Schluss, dass im vorliegenden Fall aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Leistungsansprüche nach Ziffer 163 Anhang GgV ausgewiesen seien.

Was den aktuellen medizinischen Standard der Einschätzung des RAD-Arztes Prof. Dr. med. G._____ betrifft, kann auf die zutreffenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Stellungnahme vom 29. Oktober 2020, S. 2, verwiesen werden, wonach auch gemäss der aktuellen, von Prof. Dr. med. G._____ verwendeten Literatur die Behandlung (und

damit die Operationsindikation) einer Trichterbrust auf der Schwere der Deformität und dem Umfang der physiologischen Veränderungen basiert. Die physiologisch fassbaren Funktionseinschränkungen sollen mittels Lungenfunktion und Belastungsuntersuchungen dokumentiert werden (vgl. auch die aktuellste Auflage von Nelson, Textbook of Pediatrics, 21. Aufl. 2019, S. 9183 [PDF-Version]; vgl. <http://pediacalls.com/e-books/nelson-textbook-of-pediatrics-21st-edition/>). Der Einwand der mangelnden Aktualität der Beurteilungen von Prof. Dr. med. G. _____ ist demnach nicht zu hören.

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist damit der medizinische Sachverhalt hinreichend abgeklärt, so dass in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4) keine weiteren Abklärungen erforderlich sind.

4.6 Mit Blick auf die vorstehenden Ausführungen ist aus naturwissenschaftlich-medizinischer Sicht das Erfordernis der Operationsnotwendigkeit im Sinne einer qualifizierten Umschreibung eines besonderen Schweregrades des Geburtsgebrechens Ziffer 163 Anhang GgV nicht gegeben. Da psychische Beschwerden alleine die Notwendigkeit der Operation nicht zu begründen vermögen (vgl. E. 2.5 hiervor), hilft dem Beschwerdeführer auch nicht weiter, dass Prof. em. Dr. med. F. _____ seine ursprüngliche Einschätzung des Vorliegens einer leichten sozialen Einschränkung (act. II 10/14 - 17) hin zum Vorliegen einer bedeutenden sozialen Einschränkung abgeändert hat (act. II 23/3 f.)

4.7 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrecen Ziffer 163 Anhang GgV zu Recht die Kostenübernahme für die Trichterbrustoperation abgelehnt. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 500.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- entnommen. Die Differenz dazu von Fr. 300.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückzuerstatten.

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

Demnach entscheidet die Einzelrichterin:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden dem Beschwerdeführer zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- entnommen. Die Differenz dazu von Fr. 300.-- wird dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückerstattet.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt C. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Einzelrichterin:

Die Gerichtsschreiberin:

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.

