

200 21 148 IV  
KOJ/LUB/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 30. August 2021**

Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Lüthi

**A.** \_\_\_\_\_  
gesetzlich vertreten durch seine Mutter B. \_\_\_\_\_  
vertreten durch C. \_\_\_\_\_ AG

Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 19. Januar 2021



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 2006 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im August 2020 unter Hinweis auf das Geburtsgebrechen Trichterbrust (Ziff. 163 des Anhangs der Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen [GgV; SR 831.232.21]) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an und beantragte medizinische Massnahmen (minimal-invasive Trichterbrustkorrektur; Akten der IV [act. II] 1). In der Folge tätigte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische Abklärungen. Gestützt auf Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 8,10) stellte sie mit Vorbescheid vom 25. September 2020 (act. II 11) dem Versicherten mangels Anerkennung eines Geburtsgebrechens Ziff. 163 GgV (nicht erreichter IV-relevanter Schweregrad) die Verneinung der Kostengutsprache für medizinische Massnahmen in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (act. II 15, 18) und Stellungnahmen des RAD (act. II 21 f.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 19. Januar 2021 (act. II 23) entsprechend dem Vorbescheid einen Leistungsanspruch des Versicherten.

### **B.**

Mit Eingabe vom 17. Februar 2021 erhob der Versicherte, vertreten durch seine Mutter B.\_\_\_\_\_, vertreten durch C.\_\_\_\_\_ AG, Beschwerde. Er beantragte – beziehend auf eine Stellungnahme seines behandelnden Arztes vom 1. Februar 2021 (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4) –, die Verfügung vom 19. Januar 2021 sei aufzuheben und die Invalidenversicherung habe die Kosten für die medizinischen Massnahmen zur Behandlung der Trichterbrust zu übernehmen.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. März 2021 schloss die Beschwerdegegnerin – verweisend auf eine Stellungnahme des RAD vom 4. März 2021 (in den Gerichtsakten) – auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 12. Mai 2021 hielt der Beschwerdeführer an seinen Ausführungen und Anträgen fest.

Mit Duplik vom 10. Juni 2021 hielt die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf eine weitere Stellungnahme des RAD (vom 21. Mai 2021; in den Gerichtsakten) ebenfalls an ihren Anträgen fest.

Mit Triplik vom 22. Juni 2021 beschränkte sich der Beschwerdeführer auf die Wiederholung zweier bereits in der Beschwerde bzw. der Replik vorgebrachter Punkte. Die entsprechende Eingabe wurde der Beschwerdegegnerin mit prozessleitender Verfügung vom 23. Juni 2021 zugestellt.

## **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** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 19. Januar 2021 (act. II 23). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers 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 ausschliessen, 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 Ordnungsgebers 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 Geburtsgebrechen, 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 Ziff. 163 Anhang GgV wird eine angeborene Trichterbrust als Geburtsgebrechen anerkannt, sofern eine Operation notwendig ist. Gemäss Rechtsprechung leuchtet mit Blick auf die Materialien gerade bei dem das Skelett betreffenden Geburtsgebrechen der Trichterbrust (Ziff. 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** In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**3.1.1** Die Magnetresonanztomographie (MRT) des Thorax vom 17. August 2020 (act. II 5 S. 19) offenbarte eine Trichterbrust-Deformität (Haller-Index 4.2) mit aspektmässiger Kompression des rechten Herzens, eine unauffällige Darstellung der grossen thorakalen Gefässe soweit nativ beurteilbar, ein normales Lungen- und Knochensignal sowie unauffällige (miterfasste) Oberbauchorgane.

**3.1.2** Die transthorakale Echokardiographie vom 17. August 2020 (act. II 5 S. 11-18) zeigte eine normale biventrikuläre Funktion mit visuell normal niedriger linksventrikulärer Ejektionsfraktion (LVEF), eine leichte Kompression des rechtsventrikulären Ausflusstrakts (RVOT) enddiastolisch, keine relevanten Klappenvitien, einen normalen pulmonalen Druck und eine normale diastolische Funktion (S. 11).

Im Rahmen der Fahrrad-Ergospirometrie wurden eine altersentsprechende körperliche Leistungsfähigkeit mit 176 W (97% vom Soll) und eine altersentsprechende kardiorespiratorische Fitness bei Peak VO<sub>2</sub> von 40.5 ml/min/kg (86% vom Soll), keine Hinweise auf eine pulmonal-mechanische oder muskuläre Limitierung, kein Ventilations/Perfusions-Mismatch, ein Abfall des O<sub>2</sub> Pulses und Plateau des VO<sub>2</sub> unter Belastung als möglicher Hinweis auf eine Kompromittierung des rechten Ventrikels durch die Trichterbrust mit Reduktion des RV Schlagvolumens sowie eine klinisch und elektrisch negative Ergometrie bezüglich myokardialer Ischämie bei aussagekräftigem Test festgestellt (S. 13).

**3.1.3** Im Kostengutsprachege such des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 18. August 2020 (act. II 5 S. 9 f.) hielt PD (nunmehr Prof.) Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Thoraxchirurgie, fest, es seien sämtliche Kriterien (Haller-Index von 4.2; Lungenfunktion VO<sub>2</sub>max: 40.5ml/min/kg, FEV<sub>1</sub> 3.13L [97% Soll], FEV<sub>1</sub>/FVC% 83.1%, FVC 3.77[100 %]; Herzkompensation; belastungsabhängige Symptomatik; psychosoziale Belastung und Zunahme der Deformität mit dem Alter) zur operativen Trichterbrustkorrektur klar gegeben (S. 9).

**3.1.4** Prof. em. Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, diagnostizierte im Bericht vom 24. August 2020 (act. II 5 S. 4-6) eine Trichterbrust mit/bei Haller-Index von 4.2 (Norm unter 2.5), eingeschränkter Vitalkapazität in der Lungenfunktion (<85%), eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit, Zunahme der Deformität im Rahmen der pubertären zweiten Streckung, und eine erhebliche psychosoziale Einschränkung mit/bei zufolge Veränderung wegen Diagnose 1, psychometrisch mit signifikantem sozialem Rückzug, anaklitische depressive Elemente bei Besetzungsabzug des eigenen Körpers (S. 4). Die anamnestischen Angaben, untermauert durch die psychometrischen Tests, zeigten, dass die Situation mit der Trichterbrust, zusammen mit der sichtbaren Auffälligkeit, eine klare Operationsindikation darstellten. Die Pubertät und die Adoleszenz würden die Selbstwahrnehmung des Körpers stark erhöhen und damit die Eigenwahrnehmung für die Missbildung akzentuieren, was eine möglichst umgehende Sanierung nahe lege, nicht zuletzt auch um zukünftige psychische Beeinträchtigungen zu verhindern. Es handle sich

bei diesem operativen Eingriff somit keineswegs um eine kosmetische Angelegenheit, was auch durch die verminderte körperliche Leistungsfähigkeit und den über der Norm liegenden Haller-Index belegt sei (S. 6).

**3.1.5** Im Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 3. September 2020 (act. II 5 S. 1-3) nannte Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Kinderchirurgie, als Diagnose eine ausgeprägte, zentrale Trichterbrust (Haller-Index 4.2; ED 17. Oktober 2019; S. 1). Anlässlich der Erstvorstellung am 17. Oktober 2019 habe der Beschwerdeführer angegeben, bei Ausdauersportarten gemindert zu sein. Auch habe er über Schmerzen im Bereich der Thoraxwand geklagt. Die Deformität störe den Beschwerdeführer derart, dass er sich immer weniger in öffentliche Badeanstalten traue. Am 17. August 2020 habe er weiter berichtet, dass er im Vergleich zu Gleichaltrigen teils weniger Ausdauer zu scheinen habe. Beim Boxen bekomme er schneller "Seitenstechen". In öffentlichen Badeanstalten schäme er sich für seinen Körper und verschränke daher meistens die Arme. In den letzten sechs Monaten habe laut dessen Familie die Deformität deutlich zugenommen (S. 2).

**3.1.6** Der RAD-Arzt Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, diagnostizierte im Bericht vom 17. September 2020 (act. II 8) eine Trichterbrust ohne Störung der Herz- und Lungenfunktion und ohne Minderung der körperlichen Belastbarkeit. Die Lungenfunktionsuntersuchungen zeigten Normalbefunde. Mittels Fahrrad-Ergometrie sei eine normale altersentsprechende körperliche Leistungsfähigkeit dokumentiert. Hinweise für eine belastungsbedingte myokardiale Ischämie hätten nicht vorgelegen und die Sauerstoffsättigung sei während der Belastung mit 98-100% im oberen Normalbereich gewesen. Die in der MR angegebenen Kompressionseffekte seien in der bezüglich der Herzgrösse, der Konfiguration des Herzens und der Herzfunktion deutlich aussagefähigeren Echokardiographie bei durchwegs normalen echokardiographischen Befunden nicht reproduzierbar. Diastolische Funktionsparameter und Parameter für den pulmonalen Druck reagierten besonders empfindlich auf Sauerstoffmangel. Da diese Werte vollkommen normal gewesen seien, ergäben sich keine Hinweise für Funktionsstörungen des Herzens infolge der Trichterbrust. Der als vergrössert beschriebene Haller-Index trage zur morphologischen Beschreibung der Trichterbrust bei, sei aber nicht mit Störungen

der Funktion des Herzens und der Lunge in Ruhe und während Belastung verbunden. Die Vitalkapazität sei auch bei forcierter Atmung normal gewesen (forcierte expiratorische Vitalkapazität [FCV] 100% Soll). Auch wenn die Vitalkapazität <85% Soll betragen würde, wie im Arztbericht vom 24. August 2020 angegeben, wäre erst bei einer erheblichen Verminderung der FCV auf <68% von einem Wert unter der 5. Percentile und dem zugehörigen z-Wert der Norm auszugehen. Da die FVC mit 100% Soll gemessen worden sei, seien derartig niedrige Werte im Untersuchungszeitraum sicher ausgeschlossen (S. 3). Dass die körperliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei, könne aufgrund der Dokumentation der Kardiologie des D.\_\_\_\_\_ ebenfalls nicht nachvollzogen werden. Die Belastungsuntersuchung sei wegen "Erschöpfung der Atemmuskulatur (recte: Arbeitsmuskulatur; act. II 5 S. 13, vgl. auch act. II 22)" abgebrochen worden, nicht wegen kardialer oder pulmonaler Limitation. Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien vorbehältlich der abschliessenden Einschätzung aus chirurgischer Sicht (unter Berücksichtigung von EVG I 693/02) keine Leistungsansprüche nach Ziff. 163 Anhang GgV ausgewiesen.

**3.1.7** Im RAD-Bericht vom 21. September 2020 (act. II 10 S. 1 f.) diagnostizierte Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine Trichterbrust ohne Störung der Herz- und Lungenfunktion und ohne Minderung der körperlichen Belastbarkeit (S. 1). Der Einschätzung der Situation des Beschwerdeführers durch den RAD-Arzt Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 17. September 2020 werde von orthopädischer Seite vollumfänglich zugestimmt. Der Schweregrad einer Trichterbrust, der erforderlich sei, um ein Geburtsgebrechen Ziff. 163 Anhang GgV feststellen zu können, werde im vorliegenden Fall ganz sicher nicht erreicht. Eine Operation sei nicht notwendig (S. 2).

Am 28. Dezember 2020 berichtete er, die fachärztliche Qualifikation der involvierten RAD-Ärzte zur Beurteilung der strittigen Fragen liege eindeutig vor. Inhaltlich sei den RAD-Stellungnahmen vom 17. und 21. September 2020 nichts hinzuzufügen (act. II 21 S. 2).

**3.1.8** Der RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erläuterte im Bericht vom 28. Dezember 2020 (act. II 22), aus einer bildmorphologischen Kompression des rechten Ventrikels bzw. der

leichten Kompression des rechtsventrikulären Ausflusstrakts könne nicht automatisch eine funktionelle Einschränkung abgeleitet werden. Teilweise könne die bildmorphologische Einschätzung durchaus auch auf die entsprechende Körperposition (Echokardiographie in liegender Seitenlage) zurückgeführt werden. Ausserdem spreche eine normale Grösse des rechten Ventrikels, das Fehlen einer relevanten Trikuspidalinsuffizienz sowie eine normale Weite und Atemmodulation der Vena cava gegen einen relevanten Rückstau vor dem rechten Herzen durch eine externe Kompression. Der entscheidende lungenfunktionelle Wert im Hinblick auf eine mechanische Beeinträchtigung der Lungenfunktion sei die FVC (Gesamt-Lungenkapazität), welche mit 100% Soll völlig normal sei. Weiterhin entscheidend für die funktionelle Leistungsfähigkeit sei die Spiroergometrie mit dem Bruttokriterium der maximalen Sauerstoffaufnahme VO<sub>2</sub> von 40.5 ml/min/kg entsprechend 86% vom Soll und einer Leistungsfähigkeit von 176 W (97% vom Soll). Bei der genannten belastungsabhängigen Symptomatik handle es sich um unspezifische Symptome wie Seitenstechen und thorakale Beschwerden, welche objektiv nicht zuzuordnen seien. Eine verminderte körperliche Leistungsfähigkeit könne objektiv (siehe Spiroergometrie) nicht nachgewiesen werden. Die Untersuchung sei vor allem wegen Überforderung der Beinmuskulatur abgebrochen worden. Der Einwand von Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_, dass eine Laufbandergometrie hätte durchgeführt werden sollen, sei nicht relevant. Falls dies so wäre, hätte dies die Kardiologie des Spitals D. \_\_\_\_\_ auch so durchgeführt. Zusammengefasst könne aus internistischer Sicht festgehalten werden, dass weiterhin keine stichhaltigen medizinischen Argumente vorlägen, die einen Leistungsanspruch nach Ziff. 163 Anhang GgV nachvollziehbar begründeten.

**3.1.9** Im beschwerdeweise eingereichten Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 1. Februar 2021 (act. I 4) rapportierte Prof. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zu Händen der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers, die Operationsindikation einer Trichterbrust bestimme sich nach den international anerkannten Kriterien (Haller-Index > 3.25, Lungenfunktion < 85% des Soll-Wertes, Herzkompression, belastungsabhängige Symptomatik, psychosoziale Belastung und Zunahme der Deformität mit dem Alter; S. 1). Die Operationsindikation sei eindeutig gegeben. Die Befunde, welche von den Fachspezi-

alisten erhoben worden seien, zeigten nicht nur eine eindeutige Kompression des rechten Herzens, sondern belegten ausserdem die Auswirkung derselben auf die kardiopulmonale Leistungsfähigkeit. Die Andeutung von Seiten des Dr. med. J.\_\_\_\_\_, dass die Echokardiographie-Untersuchung im Liegen einen Kompressionsbefund überschätzen könnte, sei rein spekulativ. Hinsichtlich der pulmonalen Situation liege die VO<sub>2</sub>max gerade mal 1% über dem geforderten "cut-off-Wert". Wesentlich neuere Erkenntnisse seien von einer Laufbandergometrie nicht zu erwarten. Zum psychologischen Leidensdruck habe der Beschwerdeführer bereits im Rahmen der ersten Konsultation berichtet, dass er aus Scham Badeanstalten meide und es auch stets vermeide, seinen Oberkörper zu entblößen, ausserdem trage er stets weite T-Shirts, um die Deformität zu kaschieren (S. 2). Die bisher erfolgten Untersuchungen sollten als Entscheidungsgrundlage ausreichend sein; die aktuellen Befunde belegten den Krankheitswert ausreichend. Auf die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden werde kaum eingegangen. Die Beschwerdegegnerin schreibe, dass keine pathologische kardiale Situation vorliege. Dies sei eindeutig falsch. Gleiches gelte für die pulmonale Situation – die VO<sub>2</sub>max sei mit 86% des Solls eindeutig pathologisch. Die Spiroergometrie fokussiere sich in erster Linie auf diese Messgrösse. Nur weil weitere Nebenfunde prozentual höher lägen, heisse das nicht, dass die gesamte Untersuchung nun einfach "normal" gewertet werden könne. Auch der Leidensdruck sei unbestritten. Wenn Dr. med. I.\_\_\_\_\_ schreibe "Trichterbrust ohne Störung der Herz- und Lungenfunktion und ohne Minderung der körperlichen Belastbarkeit" sei dies schlichtweg falsch und werde eindeutig durch die entsprechenden Untersuchungsbefunde widerlegt. Ausserdem verfüge er kaum über die entsprechende Fachexpertise zur chirurgischen Behandlung von Thoraxwanddeformitäten (S. 3). Auch Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ spreche davon, dass die körperliche Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt sei, obwohl die Hauptmessgrösse, nämlich die VO<sub>2</sub>max, auf 86% des Soll-Wertes reduziert sei. Dr. med. J.\_\_\_\_\_ werfe noch ein, dass die FVC normal sei, dies sei jedoch entsprechend der Bandbreite der Sollwerte in diesem Alter keinesfalls überraschend (S. 4).

**3.1.10** Der RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 4. März 2021 (in den Gerichtsakten) aus, es sei eine Trichterbrust festzu-

stellen, aber kardiopulmonal bestünden, wenn überhaupt, dann keine Einschränkungen ausreichender Bedeutsamkeit, um die Operationsnotwendigkeit feststellen zu dürfen oder zu können. Auch sei zu verneinen, dass psychosoziale Aspekte in der Beantwortung der zu klärenden Fragen zu berücksichtigten seien. Die gegenwärtig vorliegenden Untersuchungen seien allseitig. Die Notwendigkeit zur Operation sei im vorliegenden Fall nicht ausgewiesen. Dies sei auch der Grund, warum zusätzliche Untersuchungen nicht erforderlich seien. Gemäss den bestehenden Vorgaben dürften der Beschwerdevortrag und die psychosozialen Aspekte nicht beurteilt werden. Ohne operative Korrektur sei versicherungsmedizinisch gesehen in diesem Fall eine drohende Invalidität sicher nicht zu sehen (S. 3).

Am 21. Mai 2021 führte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ weiter aus, die im RAD mit diesem Fall zur Beurteilung des Geburtsgebrechens Ziff. 163 Anhang GgV befassten Ärzte seien mit ihren Facharztqualifikationen jeweilig befähigt, die ihnen gestellten Fragen zu beantworten. In der Replik fände keine sachliche Auseinandersetzung mit den vom RAD zuletzt am 4. März 2021 vorgetragenen Anknüpfungskriterien für die Entscheidungsfindung statt. Es bleibe für den RAD bei der Beurteilung vom 4. März 2021. Der Schweregrad einer Trichterbrust, der erforderlich sei, um ein Geburtsgebrecchen Ziff. 163 Anhang GgV feststellen zu können, werde im vorliegenden Fall nicht erreicht. Notwendig sei eine Operation im vorliegenden Fall bei Untersuchungsergebnissen in der Nähe festgelegter Normalitätsgrenzen nicht (Stellungnahme in den Gerichtsakten).

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

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3)

**3.3** Die Berichte der RAD-Ärzte Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 17. September 2020 (act. II 8), Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 21. September (act. II 10 S. 1 f.), 28. Dezember 2020 (act. II 21 S. 2), 4. März sowie 21. Mai 2021 (in den Gerichtsakten) und Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2020 (act. II 22) erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an eine medizinische Aktenstellungnahme und erbringen vollen Beweis. Dass die Fachärzte auf eine klinische Exploration des Beschwerdeführers verzichteten, ist nicht zu beanstanden, konnten sie sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen. Zudem geht es hier im Wesentlichen um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts (vgl. E. 3.2 in finde). Mit den RAD-Berichten liegen überzeugende und schlüssige fachärztliche Beurteilungen aus kinder- und jugendmedizinischer, orthopädisch-chirurgischer und internistischer Sicht vor. Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ weist unter Berücksichtigung der vom Bundesgericht zitierten (EVG I 693/02,

E. 3.3) wie auch aktueller medizinischer Literatur zu Recht darauf hin, dass zwar ein vergrösserter Haller-Index vorliegt, verschiedene Untersuchungen jedoch normale Befunde ergeben haben und folglich keine Operationsnotwendigkeit besteht. So weist er namentlich darauf hin, dass eine normale altersentsprechende körperliche Leistungsfähigkeit festgestellt worden sei und die in der MR-Untersuchung angegebenen Kompressionseffekte in der bezüglich der Herzgrösse, -konfiguration und -funktion deutlich aussagefähigeren Echokardiographie nicht reproduzierbar gewesen bzw. die Werte vollkommen normal gewesen seien und sich keine Hinweise für Funktionsstörungen des Herzens und der Lunge in Ruhe und während Belastung infolge der Trichterbrust ergeben hätten. Die Vitalkapazität sei auch bei forcierter Atmung normal gewesen. Hinweise für eine myokardiale Ischämie, eine pulmonal-mechanische oder muskuläre Limitierung, einen "Ventilations-/Perfusions-Mismatch" konnte er nicht feststellen (act. II 8 S. 3 f.). Diese Einschätzung bestätigten die RAD-Ärzte Dres. med. I. \_\_\_\_\_ und J. \_\_\_\_\_ aus orthopädisch-chirurgischer bzw. internistischer Sicht (act. II 10 S. 1 f., 21 S. 2, act. II 22) und sie korreliert auch mit den Abklärungsergebnissen der MRT, der transthorakalen Echokardiographie sowie der Ergospirometrie vom 17. August 2020 (vgl. act. II 5 S. 11 ff.). Auf die RAD-Berichte ist demnach abzustellen. Die Vorbringen des Beschwerdeführers ändern daran nichts, wie nachfolgend aufzuzeigen ist.

**3.3.1** Soweit der Beschwerdeführer die hinreichende fachärztliche Qualifikation der beteiligten RAD-Ärzte bestreitet (Beschwerde S. 3 ff. Ziff. 6, 8, 16; Replik S. 2 Ziff. 1 f., Triplik S. 2 Ziff. 1), ist darauf hinzuweisen, dass Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ und Dr. med. I. \_\_\_\_\_ bereits im mit Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 24. November 2020, VGE IV/2020/363, beurteilten Fall involviert waren, das Verwaltungsgericht auf deren Ausführungen abstellte und dies anschliessend vom Bundesgericht in dessen Entscheid vom 15. März 2021, 9C\_16/2021, in keiner Art und Weise in Frage gestellt wurde. Unbestrittenermassen verfügen die RAD-Ärzte über einen Facharzttitel in den entsprechenden medizinischen Disziplinen (vgl. E. 3.3.2 hiervor), womit namentlich Dr. med. I. \_\_\_\_\_ als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates auch die Befähigung für den entsprechenden operativen Eingriff hat (vgl. Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung [SI-

WF], Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Weiterbildungsprogramm vom 1. Januar 2013 [letzte Revision: 23. November 2017], abrufbar unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch)).

**3.3.2** Was die Berichte der behandelnden Ärzte anbelangt, stellte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ bei den Angaben zur verminderten Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers einzig auf dessen Schilderungen ab (act. II 5 S. 2), welche jedoch im Gegensatz zum Ergebnis des am Spital D.\_\_\_\_\_ durchgeführten Leistungstests stehen, wonach der Beschwerdeführer eine altersentsprechende körperliche Leistungsfähigkeit aufwies (act. II 5 S. 13). Eine objektive differenzierte ärztliche Leistungseinschätzung nahm Dr. med. G.\_\_\_\_\_ nicht vor. Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ diagnostizierte zwar erhebliche psychosoziale Einschränkungen (act. II 5 S. 5 f.), doch ergaben die durchgeführten psychometrischen Testungen nur punktuelle Abweichungen von den Normwerten (act. II 5 S. 7 f). Die Operationsindikation begründete er denn auch namentlich mit den anamnestischen Angaben (act. II 5 S. 6), welche jedoch abgesehen von der Scham des Beschwerdeführers, den nackten Oberkörper zu zeigen, keine relevanten Auffälligkeiten enthalten, zumal die vom Beschwerdeführer erwähnte Leistungseinschränkung, wie erwähnt, testmässig nicht objektiviert wurde. Auch hielt der Beschwerdeführer selber gegenüber Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ fest, dass er sich im Sommer nicht unbedingt zurückziehe und keine Einbrüche in seinem Selbstwert habe (act. II 5 S. 4), was gegen eine grössere psychosoziale Belastung spricht. Ausserdem vermögen psychische Beschwerden (alleine) die Notwendigkeit der Operation ohnehin nicht zu begründen (vgl. E. 2.5 hiervor). Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_\_ weist zwar zu Recht auf einen erhöhten Haller-Index hin. Seinen weiteren Angaben kann jedoch aus den oben bereits erwähnten Gründen nicht gefolgt werden, zumal keine Einschränkung ausreichender Bedeutsamkeit der Herz- und Lungenfunktion vorliegt, um eine Operationsindikation feststellen zu können (vgl. E. 3.3 hiervor und auch Stellungnahme Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 4. März 2021 [in den Gerichtsakten]). Im Übrigen hält Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_\_ selber fest, dass das Kriterium der eingeschränkten Lungenfunktion (wenn auch knapp) nicht erfüllt ist (act. I 4 S. 1 f. Ziff. 1 lemma 2 und Ziff. 2). Sodann tritt er mitunter auch advokatorisch auf und argumentiert politisch (act. I 4 S. 2 Ziff. 7), was den Beweiswert seiner Angaben

reduziert. In diesem Zusammenhang hat das Gericht auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470; 125 V 351 E. 3b cc S. 353; Entscheid des BGer vom 14. Oktober 2020, 8C\_515/2020, E. 4.2.3). Die Berichte der Behandler vermögen den Beweiswert der RAD-Beurteilungen nicht in Zweifel zu ziehen.

**3.3.3** Wenn der Beschwerdeführer schliesslich vorbringt, gemäss aktueller Literatur sei für die Schweregradbeurteilung einer Trichterbrust-Deformität einzig auf den Haller-Index abzustellen (Replik S. 3 Ziff. 4), kann er daraus nichts Entscheidendes zu seinen Gunsten ableiten, ist doch für die Beurteilung der Operationsnotwendigkeit gemäss Ziff. 163 Anhang GgV nicht nur auf diese Masszahl, sondern auch auf andere Faktoren, welche konkrete Aufschlüsse über eine Leistungsschwäche bzw. Funktionseinschränkung des Herz-Kreislauf- und Lungensystems gewähren, abzustellen (vgl. act. II 8 S. 3).

**3.4** Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin die Notwendigkeit einer operativen Korrektur der Trichterbrust und damit die Anspruchsberechtigung des Beschwerdeführers auf die entsprechende medizinische Massnahme zu Recht verneint. Die Verfügung vom 19. Januar 2021 (act. II 23) ist somit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 500.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer zur Bezah-

lung auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG) und dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- entnommen; die Restanz von Fr. 300.-- wird dem Beschwerdeführer nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

**4.2** Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (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 in diesem Umfang dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen. Die Restanz von Fr. 300.-- wird dem Beschwerdeführer nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - C. \_\_\_\_\_ AG, Direktion Bern 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.