

200 21 345 IV
MAK/BOC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil der Einzelrichterin vom 24. November 2021

Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. April 2021



Sachverhalt:

A.

Der 2003 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer), gesetzlich vertreten durch seine Mutter, meldete sich im Februar 2020 unter Hinweis auf eine Trichterbrust (Geburtsgebrechen Ziffer 163 des Anhangs der Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen [GgV; SR 831.232.21]) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 16). Die IVB holte verschiedene medizinische Unterlagen sowie Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (act. II 20, 23, 26, 29, 31, 36, 38).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren und der Einholung einer weiteren Stellungnahme des RAD (inklusive Aktennotiz; act. II 39 - 56) verneinte die IVB mit Verfügung vom 7. April 2021 (act. II 57) den Anspruch auf medizinische Massnahmen, da der Schweregrad zur Einstufung der Trichterbrust als Geburtsgebrechen Ziffer 163 Anhang GgV nicht vorliege.

B.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 11. Mai 2021 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin erneut zur Beurteilung zurückzuweisen. Subeventualiter sei die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin durch ein gerichtliches Gutachten abzuklären, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. Juli 2021 beantragt die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf eine Aktennotiz des RAD vom 8. Juli 2021 (im Gerichtsdossier) die Abweisung der Beschwerde.

Der Beschwerdeführer hält mit Stellungnahme vom 24. August 2021 vollumfänglich an den beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren fest. Diese Stellungnahme wurde der Beschwerdegegnerin mit prozessleitender Verfügung vom 25. August 2021 zur Kenntnisnahme 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 Angefochten ist die Verfügung vom 7. April 2021 (act. II 57). Streitig und zu prüfen ist, ob die Trichterbrust des Beschwerdeführers einer Operation bedarf, mithin als Geburtsgebrechen im Sinne von Ziffer 163 Anhang GgV gilt, und damit ein Anspruch auf Übernahme der Kosten der operativen Korrektur durch die Invalidenversicherung besteht.

1.3 Die Kosten der umstrittenen Trichterbrustoperation belaufen sich auf zirka Fr. 12'000.-- bis Fr. 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 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 Ziffer 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 (Ziffer 163 Anhang GgV) ein, dass das Erfordernis der Operationsnotwendigkeit im Sinne einer qualifizierten Umschreibung eines besonderen Schweregrades des Geburtsgebrechens als leistungs begründende 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.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1 Im Zusammenhang mit einer am 4. März 2020 am Spital C._____ durchgeführten Spiroergometrie wurde im Bericht vom gleichen Tag die folgende Beurteilung festgehalten (act. II 31/5): Die erreichten 194 Watt und die maximale Sauerstoffaufnahme von 41.9 ml/min/kg sprächen für eine normale Leistungsfähigkeit. Es lägen keine Hinweise für eine kardiopulmonale Limitation vor.

3.2 Ein am 4. März 2020 am Spital C._____ durchgeführtes MR Thorax ergab die folgende Beurteilung (Bericht vom 4. März 2020; act. II 20/5): Trichterbrust mit einem Haller-Index von 5.3. MR-tomographisch keine weitere thorakale Pathologie.

3.3 Dr. med. D._____, Facharzt für Kinderchirurgie, hielt im Bericht vom 5. März 2020 (act. II 20) die folgende Diagnose fest:

- Trichterbrust mit einem Haller-Index von 5.3, erstmals gestellt am 23. Januar 2020

Der Beschwerdeführer komme zwecks Erstvorstellung zur Beurteilung einer seit dem Kindesalter bestehenden und im Rahmen des pubertären Wachstumsschubes deutlich progredienten Trichterbrust. Er gebe an, bei sportlichen Aktivitäten im Vergleich zu Gleichaltrigen teilweise ausdauer gemindert zu sein. Familienanamnestisch bestehe bei der Grossmutter väterlicherseits sowie auch beim Vater eine leichte Trichterbrust. Es liege ein athletischer, schlanker Habitus vor sowie eine ausgeprägte, tiefe, symmetrische Trichterbrust mit einer Trichtertiefe von 3.9 cm. Mit der Bodybuilder-Saugglocke lasse sich der Trichter bis zu einem Unterdruck von -0.05 bar nur ansatzweise anheben. Es bestehe keine nennenswerte Fehlhaltung der Wirbelsäule. Es liege das Geburtsgebrechen Ziffer 163 Anhang GgV vor. Der Beschwerdeführer benötige sobald als möglich eine minimalinvasive Trichterbrustkorrektur.

3.4 Der RAD-Arzt Prof. Dr. med. E. _____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, hielt in der Stellungnahme vom 7. April 2020 (act. II 23) die folgende Diagnose fest:

- Trichterbrust ohne Auswirkung auf die körperliche Belastbarkeit

Die Trichterbrust sei mit keiner bedeutsamen restriktiven Ventilationsstörung und insbesondere nicht mit einer verminderten körperlichen Belastbarkeit verbunden. Die hier vorliegenden FEV1-Werte > 61% seien nicht als pathologisch zu bewerten: Falls eine Restriktion vorliegen würde, "wird der Schweregrad der ventilatorischen Insuffizienz gemäss den ERS/ATS-2005-Empfehlungen durch die Untersuchung der prozentualen FEV1-Verringerung in Bezug zum Sollwert bestimmt [12]" (SWISS MEDICAL FORUM 2018;18[26-27]:555-562). In der Leitlinie Spirometrie würden dazu konkrete Grenzwerte angegeben: 61 % Soll im Verhältnis zum gemessenen Wert würde die untere Grenze der Norm kennzeichnen (Criée CP et al: Leitlinie Spirometrie. Pneumologie 2015, 69:147-164; Abb. 7). Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien vorbehaltlich des noch fehlenden echokardiografischen Befundes und der Einschätzung durch einen Chirurgen bzw. Orthopäden aus dem RAD keine Leistungsansprüche nach Ziffer 163 Anhang GgV ausgewiesen, da in Rz. 163 1/17 KSME auf das Urteil EVG I 693/02 abgestellt werde. Die in diesem Urteil zitierte medizinische 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 wzw-Kriterien und im Sinne von organmedizinisch orientierten Nutzen-Risiko-Abwägungen berücksichtigt werden, dass das in den Brustkorb eingebrachte Material Komplikationen auslösen könne wie Perforation des Herzens, Hämothorax, Verletzungen grosser Gefässe, Lungen-, Leber-, Zwerchfellläsionen und gastrointestinale Probleme (Hebra A et al.: J Pediatr Surg, Apr 2018, 53/4: 728-732). Diese Auffassung werde durch andere Autoren gestützt und mit noch grösseren Fallzahlen begründet (De Wolf J et al. 2018, vgl. Wurtz A und Husi I: The Nuss Procedere: Above All, Do No Harm. Ann Thor Surg 2015, 99: 1866 mit Literaturangaben zu schwerwiegenden Komplikationen dieser Operation).

Nach Eingang und Prüfung des Befundes der Echokardiografie sollte noch ein Chirurg oder Orthopäde aus dem RAD einbezogen werden (z.B. Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), damit auch dessen Expertise gemäss KSME zum Tragen komme, bevor eine abschliessende Entscheidung getroffen werde.

3.5 Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, führte im Bericht vom 13. Mai 2020 (act. II 31/1 f.) die folgende Diagnose auf:

ausgeprägte, tiefe Trichterbrust:

- kardiovaskuläre Risikofaktoren: Nikotinabusus
- leichte Leistungsintoleranz
- partieller Rechtsschenkelblock
- Echokardiographie vom 13. Mai 2020: normal dimensionierter, nicht hypertropher linker Ventrikel, leicht eingedellt wirkend, normale Funktion, kleine Klappenitien, Aorta und Hohlvenen normal dimensioniert, rechter Ventrikel nicht dilatiert, funktionell normal

Zur Anamnese wurde festgehalten, vor der Operation solle noch ein Versuch mit einer Saugglocke stattfinden, auch wenn die Aussichten darauf nicht günstig seien (im Versuch in der Sprechstunde habe sich die Trichterbrust nur minim erhoben). Der Beschwerdeführer habe den Eindruck, dass sich die Trichterbrust in der Pubertätsphase verstärkt habe und er seither etwas weniger leistungsfähig sei als die Klassenkameraden. So könne er im Sport zwar gut mithalten, sei aber nach der Anstrengung noch längere Zeit etwas erschöpft und müsse länger "nachatmen". Einziger Risikofaktor sei ein Nikotinabusus von einem halben Päckchen täglich. Alkohol werde selten und nicht übermässig konsumiert. Vorerkrankungen bestünden nicht. Eine Trichterbrust sei im geringen Ausmass auch beim Vater und bei der Grossmutter väterlicherseits bekannt. Zur Beurteilung und zum Procedere wurde angegeben, der rechte Ventrikel sei normal dimensioniert und funktionell normal gewesen, habe nicht eingedellt gewirkt, eher der linke Ventrikel interessanterweise, wenn auch nur ganz leicht. Im EKG zeige sich ein partieller Rechtsschenkelblock, welcher ebenso wie die U-Welle, welche in V2 und V3 ein Pseudoflattern vortäusche, wahrscheinlich keinen Zusammenhang mit der Trichterbrust habe und bestimmt keinen Krankheitswert darstelle, dennoch werde ein EKG postoperativ (nach der Heilungsphase) vorschlagen.

3.6 Der RAD-Arzt Prof. Dr. med. E. _____ hielt in der Stellungnahme vom 4. Juni 2020 (act. II 29) unter Bezugnahme auf die EKG-Kurven vom 4. März 2020 (act. II 26) fest, absolute oder relative Abbruchkriterien wie z.B. anhaltende ventrikuläre Tachykardie, polymorphe Extrasystolen, supraventrikuläre Extrasystolen, Leitungsstörungen oder Bradyarrhythmien seien in den EKG-Kopien nicht erkennbar. ST-Streckenveränderungen könnten angesichts der begrenzten Qualität der Kopien nicht eingeschätzt werden. Da unter Belastung ein deutlicher paO₂-Anstieg von 91.8 auf 106.0 mmHg erfolgt sei, seien vorbehaltlich der Einschätzung der Untersucher und vorbehaltlich des Herzultraschallbefundes keine Hinweise für ein primäres oder sekundäres kardiales Leiden erkennbar.

3.7 Unter Bezugnahme auf den Bericht von Dr. med. G. _____ vom 13. Mai 2020 (inklusive Echokardiographie vom 13. Mai 2020 [act. II 31/1 - 4]) sowie den Bericht des Spitals C. _____ vom 4. März 2020 (act. II

31/5 f.) zur Spiroergometrie vom 4. März 2020 (act. II 20/7 ff.) hielt der RAD-Arzt Prof. Dr. med. E. _____ am 15. Juni 2020 fest (act. II 36), aus versicherungsmedizinischer Sicht sei ein derartiger Befund im Kindes- und Jugendalter physiologisch und habe gleichlautend zur Einschätzung des Kardiologen keinen Krankheitswert. Leistungsansprüche nach Ziffer 163 Anhang GgV seien nicht ausgewiesen, da die hier vorliegende Trichterbrust keine Auswirkungen auf die körperliche Belastbarkeit habe.

3.8 Der RAD-Arzt Dr. med. F. _____ führte in der Stellungnahme vom 3. Juli 2020 (act. II 38) die folgende Diagnose auf:

- Trichterbrust ohne Auswirkung auf die körperliche Belastbarkeit

Zur Diagnose einer Trichterbrust als Geburtsgebrechen Ziffer 163 Anhang GgV sei ein besonderer Schweregrad Voraussetzung. Dieser Schweregrad liege hier nicht vor, wie in den ärztlichen RAD-Berichten von Prof. Dr. med. E. _____ ausführlich und plausibel dargelegt sei.

3.9 Prof. em. Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, nannte im Bericht vom 22. Oktober 2020 (act. II 53/4 ff.) die folgenden (Haupt-)Diagnosen:

1. Ausgeprägte Trichterbrust mit/bei
 - Haller-Index von 5.2 (Norm unter 2.5)
 - eingeschränkter Vitalkapazität in der Lungenfunktion
 - anamnestisch verminderter Ausdauerleistung und verlängerter Erholungszeit nach körperlicher Anstrengung
2. Psychiatrische Einschränkung mit/bei
 - zufolge Diagnose 1
 - psychometrisch mit signifikanter Störung des Körperempfindens
 - adoleszenter Entwicklungsverzögerung
3. V.a. Morbus Gilbert-Meulengracht, DD: Crigler-Najjar-Syndrom mit/bei
 - über das dreifache erhöhten Gesamt-Bilirubinwerten
 - bisher ohne Schmerzepisoden (sollten diese auftreten, ist Paracetamol zu vermeiden)

Zur Anamnese führte Prof. em. Dr. med. H. _____ aus, der Beschwerdeführer berichte von Einschränkungen bei körperlichen Anstrengungen, welche länger dauerten oder belastend seien (Lasten heben, Treppensteigen). Diese äusserten sich in rascher Erschöpfbarkeit, Leistungsintoleranz

und verlängerter Erholung. Über Schmerzen klage der Beschwerdeführer nicht. Allerdings erwähne er, dass es ihm peinlich sei und er sich davor schäme, seinen Oberkörper nackt zu zeigen. Zusätzlich spüre er, wie ihn die Leute dann anschauen würden. Zuerst sei ihm dies in der Schule gar nicht aufgefallen, doch in letzter Zeit beschäftige ihn diese Deformität immer mehr. Sein Befinden sei deshalb oft etwas gedrückt. Weitere Beschwerden äussere er keine.

Zur Beurteilung und zum Procedere wurde ausgeführt, die anamnestischen Angaben, untermauert durch die psychometrischen Tests zeigten, dass die Situation mit der Trichterbrust zusammen mit den fotografisch dokumentierten körperlichen Befunden eine klare Operationsindikation darstelle. Durch die noch nicht abgeschlossene Adoleszenz könnten sich besonders die psychische Situation und das Körperempfinden ohne Sanierung der auch körperlich sehr eindrücklichen Trichterbrust zusätzlich verschlechtern, was durch die abnormen Skalenwerte in den Fragebögen zum Vorschein komme.

Zusammenfassend erschienen eine dringliche Sanierung der Trichterbrust und damit eine Befreiung des Patienten von seinen körperlichen Einschränkungen vordringlich, nicht zuletzt auch um zukünftige psychische Beeinträchtigungen zu verhindern. Es handle sich dabei keineswegs um eine kosmetische Angelegenheit. Somit empfehle er die vorgeschlagene Sanierung der Trichterbrust. Von einer konservativen Therapie rate er ab, weil der Zeitrahmen für eine positive Veränderung für den Beschwerdeführer in seiner aktuellen Situation für seine persönliche wie berufliche Entwicklung nicht förderlich erscheine. Dies zeigten die psychometrischen Daten deutlich.

3.10 Im Bericht vom 13. November 2020 (act. II 53/2 f.) führten PD Dr. med. I. _____, Facharzt für Chirurgie und Thoraxchirurgie, und Dr. med. D. _____ aus, beim Beschwerdeführer bestehe eine ausgeprägte Trichterbrust mit einem Haller-Index von 5.3, zudem anamnestisch eine verminderte Ausdauerleistung mit verlängerter Erholungszeit nach körperlicher Anstrengung sowie objektiv dokumentierter, eingeschränkter Vitalkapazität der Lungenfunktion (71 %). Des Weiteren zeige sich eine psychiatrische Einschränkung in Folge der Trichterbrust, psychometrisch mit signifikanter

Störung des Körperempfindens sowie adolescentärer Entwicklungsverzögerung. Bezüglich der psychologisch-psychiatrischen Beurteilung werde auf das Gutachten von Prof. em. Dr. med. H. _____ vom 22. Oktober 2020 verwiesen. Die obenerwähnten Befunde legitimierten weiterhin die Operationsindikation zur Trichterbrustkorrektur.

3.11 In der Aktennotiz vom 19. Januar 2021 (act. II 56; vgl. auch die Stellungnahme vom 17. Dezember 2020 [act. II 55]) hielt der RAD-Arzt Dr. med. F. _____ fest, seit der RAD-Stellungnahme vom 3. Juli 2020 (act. II 38) und dem Vorbescheid vom selben Tage seien keine neuen internistischen Befunde vorgelegt worden. Im Schreiben des Spitals C. _____ vom 13. November 2020 (act. II 53/2 f.) beziehe man sich nur auf bereits bekannte Befunde. Weiter hätten psychologische Aspekte bei der Beurteilung der OP-Indikation bei Trichterbrust im Hintergrund zu bleiben (vgl. Literaturangaben in vorausgegangenen RAD-Stellungnahmen). Wolle man solche Aspekte berücksichtigen, so sei im vorliegenden Fall zu sagen, dass diesbezüglich auch von Prof. em. Dr. med. H. _____ psychologische Störungen von entsprechender Schwere nicht festgestellt worden seien. Die Möglichkeit, psychisch könne sich die Situation verschlechtern, wie er schreibe, sei für die Frage nicht relevant. Ein neuer Sachverhalt ergebe sich somit gesamtwertend nicht. Die bisherigen RAD-Berichte und Stellungnahmen (act. II 23, 29, 36, 38) behielten auch unter Würdigung der zum Einwand eingereichten neuen Berichte ihre Gültigkeit.

3.12 Der RAD-Arzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in der Aktennotiz vom 8. Juli 2021 (im Gerichtsossier) aus, in Zusammenschau dieser objektiv vorliegenden Befunden könne weiterhin an der Einschätzung des RAD (Prof. Dr. med. E. _____) vom 15. Juni 2020 (act. II 36) festgehalten werden. Es gebe weiterhin keine Hinweise für eine kardiopulmonale/funktionelle Leistungseinschränkung. Im Hinblick auf die vorgebrachte Vitalkapazität von 71 % (Thoraxchirurgie 13. November 2020 [act. II 53/2 f.]) finde sich diesbezüglich kein entsprechender Lungenfunktions-Befund. Auf der anderen Seite liege ein Lungenfunktions-/Spirometrie-Befund des Spitals C. _____ vom 4. März 2020 vor (act. II 20/7 ff., 31/5 f.) mit einer VCmax von 80 %, somit im unteren Normbereich liegend (im Zweifelsfall würden bei unterschiedlichen Werten der Lungen-

funktionen immer die Bestwerte genommen). Bei genauer Analyse der im Befund vorliegenden Flussvolumenkurve müsse sogar zusätzlich erwähnt werden, dass bei optimaler technischer Durchführung (Anstrengung des Patienten) mit hoher Wahrscheinlichkeit sogar noch ein besserer Wert zu erzielen gewesen wäre.

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 EMRK 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 Der ablehnende Entscheid der Beschwerdegegnerin basiert auf den Beurteilungen der RAD-Ärzte Prof. Dr. med. E. _____ vom 7. April, 4. und 15. Juni 2020 (act. II 23, 29, 36), Dr. med. F. _____ vom 3. Juli, 17. Dezember 2020 und 19. Januar 2021 (act. II 38, 55, 56) sowie Dr. med. J. _____ vom 8. Juli 2021 (im Gerichtsossier). 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 hiavor). Übereinstimmend kommen die RAD-Ärzte in überzeugender und schlüssiger Art und Weise zum Schluss, dass die Voraussetzungen zur Kostenübernahme für die Trichterbrustoperation nicht gegeben sind.

Der Beschwerdeführer vermag mit seinen Vorbringen keine auch nur geringen Zweifel am Beweiswert dieser Einschätzungen zu wecken (vgl. E. 4.3 hiavor). Er bringt vor (Beschwerde III. Ziff. 7 ff.; Stellungnahme vom 24. August 2021 S. 2 f.), die Bejahung der Operationsindikation durch die behandelnden Ärzte sei unter Berücksichtigung deren Qualifikation auf diesem Gebiet sowie deren reichhaltigen Erfahrung absolut nachvollziehbar. Weiter weise Dr. med. D. _____ darauf hin, dass die im Urteil EVG I

693/02, E. 3.3, erwähnte Literatur (Biskup: Kinderorthopädie 1987) mittlerweile veraltet sei. Die versicherungsmedizinische Beurteilung verkenne die Notwendigkeit der Trichterbrustoperation, insbesondere sei von den behandelnden Ärzten mehrfach bestätigt worden, dass die Indikation nicht auf kosmetischen Gründen beruhe. Selbst wenn vorliegend keine kardiopulmonale Limitierung vorliege, entspreche es der langjährigen Erfahrung von Dr. med. D. _____, dass die Trichterbrust mit den vom Beschwerdeführer beschriebenen Symptomen einen invalidisierenden Gesundheitsschaden mit deutlicher Ausdauerminde rung verursache. Eine umfassende interdisziplinäre fachärztliche Beurteilung nach den aktuellen medizinischen Erkenntnissen sei versäumt worden und sei mit Verweis auf Art. 43 Abs. 1 ATSG nachzuholen. Die Beurteilungen von Dr. med. D. _____ und Prof. em. Dr. med. H. _____ belegten die naturwissenschaftlich-medizinische Notwendigkeit der zu beurteilenden Trichterbrustoperation. Am Beweiswert der medizinischen Arztberichte könne aufgrund der langjährigen fachspezifischen Erfahrung der beiden Ärzte kein Zweifel bestehen. Auch der fehlende FMH-Titel für Psychiatrie und Psychotherapie vermöge daran nichts zu ändern. Zudem seien psychische Beschwerden im Zusammenspiel mit somatischen Beschwerden durchaus geeignet, eine Operationsnotwendigkeit zu begründen.

4.5 Laut der MR-Untersuchung vom 4. März 2020 (act. II 20/5) beträgt der Haller-Index zwar 5.3 (der Normalwert beträgt weniger als 2.5 [vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Trichterbrust>]), die erwähnte MR-Untersuchung ergab aber keine weitere thorakale Pathologie. Auch die gleichentags durchgeführte Spiroergometrie (act. II 31/5 f.) ergab eine normale Leistungsfähigkeit bzw. es lägen keine Hinweise für eine kardiopulmonale Limitation vor. Am 7. April 2020 (act. II 23) hielt der RAD-Arzt Prof. Dr. med. E. _____ fest, die Trichterbrust sei mit keiner bedeutsamen restriktiven Ventilationsstörung und insbesondere nicht mit einer verminderten körperlichen Belastbarkeit verbunden und die vorliegenden FEV1-Werte > 61 % seien nicht als pathologisch zu werten. Was den Einwand angeht, die dem Urteil EVG I 693/02 zu Grunde liegende Literatur (Biskup: Kinderorthopädie 1987) sei veraltet, entgegnet der RAD-Arzt Prof. Dr. med. E. _____ in der Stellungnahme vom 7. April 2020 (act. II 23) unter Hinweis auf die aktuelle medizinische Literatur, die im erwähnten Urteil zitierte medizinische

Auffassung werde auch aktuell vertreten, nämlich dass die Behandlung auf der Schwere und der Deformität und dem Umfang der physiologischen Veränderung basiere (Nelson: Textbook of Pediatrics, 19. Aufl. 2011, p. 1516). Gleichlautend dazu sollten die physiologisch fassbaren Funktionseinschränkungen mittels Lungenfunktion und Belastungsuntersuchungen dokumentiert werden. Erst bei signifikanter Veränderungen dieser Parameter sei an eine operative Korrektur einer Trichterbrust zu denken (Nelson: Textbook of Pediatrics, 20. Aufl. 2015, p. 2144). Aus kardiologischer Sicht erwähnte Dr. med. G. _____ am 13. Mai 2020 (act. II 31/1 f.) sodann, dass ein sich im EKG zeigender partieller Rechtsschenkelblock, welcher ebenso wie die U-Welle, welche in V2 und V3 ein Pseudoflattern vortäusche, wahrscheinlich keinen Zusammenhang mit der Trichterbrust habe und bestimmt keinen Krankheitswert darstelle.

Zu der vorgebrachten eingeschränkten Vitalkapazität der Lungenfunktion (71 %; vgl. act. II 53/2 f.) führte der RAD-Arzt Dr. med. J. _____ in der Aktennotiz vom 8. Juli 2021 (im Gerichtsossier) überzeugend und schlüssig aus, diesbezüglich finde sich kein entsprechender Lungenfunktionsbefund. Auf der anderen Seite liege ein Lungenfunktions-/Spirometrie-Befund des Spitals C. _____ vom 4. März 2020 vor mit einer VCmax von 80 %, somit im unteren Normbereich liegend. Bei genauer Analyse der im Befund vorliegenden Flussvolumenkurve müsse sogar zusätzlich erwähnt werden, dass bei optimaler technischer Durchführung (Anstrengung des Patienten) mit hoher Wahrscheinlichkeit sogar noch ein besserer Wert zu erzielen gewesen wäre.

Sodann ist ein schwerwiegender psychologischer Leidensdruck nicht ausgewiesen. Die anderslautenden Ausführungen von Prof. em. Dr. med. H. _____ stammen nicht von einem Facharzt und sind daher nicht beweistauglich, da die fachliche Qualifikation eines Arztes für die Würdigung medizinischer Berichte eine erhebliche Rolle spielt (statt vieler Entscheid des BGer vom 26. Januar 2010, 9C_736/2009, E. 2.1). Der Beschwerdeführer befindet sich im Übrigen auch nicht in psychiatrischer Behandlung, was ebenfalls zeigt, dass kein schwerwiegender psychologischer Leidensdruck besteht. Im Übrigen vermögen bei einer kongenitalen Trichterbrust

psychische Beschwerden nicht (alleine) die Notwendigkeit einer Operation zu begründen (vgl. E. 2.5 hiavor).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist damit der medizinische Sachverhalt hinreichend abgeklärt, so dass in antizipierter Beweiswürdigung (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 Geburtsgebrechens Ziffer 163 Anhang GgV nicht gegeben. Die Beschwerdegegnerin hat folglich zur Recht die Übernahme der entsprechenden Operationskosten abgelehnt. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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 Bezahlung auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG) und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens 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 in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ 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.