

200 22 544 IV
KNB/ZID/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 12. Juli 2023

Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 22. Juli 2022



Sachverhalt:

A.

Der 2003 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) meldete sich im Januar 2022 unter Hinweis auf das Geburtsgebrechen Trichterbrust (Ziff. 163 des Anhangs der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern [EDI] vom 3. November 2021 über Geburtsgebrechen [GgV-EDI; SR 831.232.211], in Kraft seit 1. Januar 2022; "Angeborene Trichterbrust und kombinierte Thoraxwanddeformitäten, sofern eine Operation notwendig ist") bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug medizinischer Massnahmen an (Akten der IV, Antwortbeilage [AB] 1). Nach medizinischen Abklärungen (insbes. Bericht des Spitals C._____ vom 21. Februar 2020; AB 7/2) stellte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) dem Versicherten mit Vorbescheid vom 7. Februar 2022 die Abweisung der Kostengutsprache für medizinische Massnahmen in Aussicht, da der erforderliche Schweregrad nicht erfüllt und eine Operation nicht notwendig sei (AB 9). Auf Einwand des Versicherten (AB 10) und nachgereichte Arztberichte (AB 14) hin tätigte die IVB auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 17) weitere medizinische Abklärungen (AB 19). Gestützt auf die RAD-ärztlichen Stellungnahmen (AB 21 ff.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 22. Juli 2022 (AB 28) entsprechend dem Vorbescheid einen Leistungsanspruch des Versicherten.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____ mit Eingabe vom 14. September 2022 Beschwerde, welche er am 11. Oktober 2022 mit einer nachgereichten Begründung und am 12. Januar 2023 mit nachgereichten Arztberichten ergänzte.

Mit Beschwerdeantwort vom 24. März 2023 schloss die Beschwerdegegnerin – verweisend auf Stellungnahmen des RAD vom 1. März 2023 (in den Gerichtsakten) – auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 22. Juli 2022 (AB 28). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf medizinische Massnahmen (Trichterbrustoperation).

1.3 Die Kosten der umstrittenen Trichterbrustoperation belaufen sich auf 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). Die blosser Veranlagung zu einem Leiden gilt nicht als Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist unerheblich (Art. 3 Abs. 3 IVV). Nach Art. 3^{bis} Abs. 1 IVV erstellt das EDI die Liste nach Art. 14^{ter} Abs. 1 lit. b IVG mit den Geburtsgebrechen, für die medizinische Massnahmen nach Art. 13 IVG gewährt werden. Das EDI kann nähere Vorschriften über die Liste erlassen (Art. 3^{bis} Abs. 2 IVV). Die Geburtsgebrechen sind in der GgV-EDI aufgeführt.

2.2 Nach Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Gemäss Art. 13 Abs. 2 IVG werden medizinische Massnahmen nach Abs. 1 gewährt für die Behandlung angeborener Missbildungen, genetischer Krankheiten sowie prä- und perinatal (zur Präzisierung dieser Begriffe, vgl. Art. 3 Abs. 1 IVV) aufgetretener Leiden, die:

- a. fachärztlich diagnostiziert sind;
- b. die Gesundheit beeinträchtigen;
- c. einen bestimmten Schweregrad aufweisen;
- d. eine langdauernde oder komplexe Behandlung erfordern; und
- e. mit medizinischen Massnahmen nach Art. 14 behandelbar sind.

Der Umfang der medizinischen Massnahmen und die Voraussetzungen für die Leistungsübernahme richten sich nach Art. 14 IVG. Gemäss Art. 14 Abs. 2 IVG müssen die medizinischen Massnahmen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein; im Fall von seltenen Krankheiten wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit berücksichtigt.

2.3 Gemäss Ziff. 163 Anhang GgV-EDI wird eine angeborene Trichterbrust als Geburtsgebrechen anerkannt, sofern eine Operation notwendig ist (vgl. zur Operationsnotwendigkeit BGE 142 V 58 E. 3.1 ff. S. 61). Gemäss Rechtsprechung leuchtet mit Blick auf die Materialien gerade bei dem das

Skelett betreffenden Geburtsgebrechen der Trichterbrust 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 (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).

2.4 Der Versicherungsträger prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hiezue aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a S. 283). Der Untersuchungsgrundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158; SVR 2020 KV Nr. 23 S. 111 E. 8.3.2).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 Im Bericht vom 21. Februar 2020 führte Dr. med. D._____, Facharzt für Kinderchirurgie, Spital C._____, aus, infolge guten Trai-

nings mit der Saugglocke betrage die Tiefe der Trichterbrust nur noch etwa 1.5 cm. Eine Operation wünsche der Beschwerdeführer weiterhin nicht; sollte sich dies später ändern, müsste er sich in der Thorax-Chirurgie des Spitals C. _____ vorstellen (AB 7/2).

3.1.2 Im MRI des Thorax vom 15. Februar 2022 wurde eine ausgeprägte Trichterbrust mit einem Haller-Index von 8 sowie eine Pelottierung und Verlagerung des Herzens nach links befundet (AB 14/22).

3.1.3 Die Spiroergometrie vom 16. Februar 2022 zeigte keine Obstruktion, aber leicht verminderte dynamische Volumina (FEV1 und FVC von je 75 % Soll). Im Belastungstest, welcher wegen Muskelschwäche abgebrochen wurde, resultierte eine maximale Sauerstoffaufnahme VO₂max von 42.4 ml/min/kg, entsprechend 79 % des theoretischen Sollwerts. Dies entspreche beim 18-jährigen Beschwerdeführer einer leicht eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit. Die Leistungslimitierung sei bei erreichter Herzfrequenzreserve (94 % Soll) kardiozirkulatorisch bedingt. Daneben bestehe eine Dekonditionierung bei vorzeitigem Erreichen der anaeroben Schwelle (AB 14/20 f.).

3.1.4 Prof. em. Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Kardiologie, diagnostizierte im Bericht vom 30. März 2022 eine (1.) Trichterbrust mit/bei Haller-Index von 8.0 (Norm unter 2.5), eingeschränkter Vitalkapazität der Lungenfunktion (< 75 %), eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit sowie Zunahme der Deformität im Rahmen der pubertären zweiten Streckung und (2.) eine erhebliche psychosoziale Einschränkung mit/bei zufolge Veränderungen wegen Diagnose 1, psychometrisch mit signifikantem sozialem Rückzug sowie anaklitischen depressiven Elementen bei "Besetzungsabzug" des eigenen Körpers (AB 14/3). Die anamnestischen Angaben (Scham, den Oberkörper nackt zu zeigen, und deshalb im Sommer oft Rückzug von sozialen Aktivitäten; zudem leistungsmässige Einschränkungen, besonders im Ausdauersport und auch beim Krafttraining), untermauert durch die psychometrischen Tests, zeigten, dass die Situation mit der Trichterbrust, zusammen mit der sichtbaren körperlichen Auffälligkeit, eine klare Operationsindikation darstellten. Es handle sich bei diesem operativen Eingriff somit keineswegs um eine kosmetische Angelegenheit, was auch durch die verminderte körperliche Leis-

tungsfähigkeit und den über der Norm liegenden Haller-Index belegt sei. Er empfehle deshalb, die Sanierung der Trichterbrust umgehend in Angriff zu nehmen, nicht zuletzt auch deshalb, dass die Last an psychischer Beeinträchtigung möglichst rasch vermindert werden könne (AB 14/5 f.).

3.1.5 Im Kostengutsprachege such des Spitals C. _____ vom 5. April 2022 hielt PD Dr. med. M. _____, Facharzt für Chirurgie sowie für Thoraxchirurgie, fest, es seien fünf der sechs Kriterien (Haller-Index von 8 [ausserdem eindeutig eine Pelottierung und Verlagerung des Herzens nach links]; Lungenfunktion VO₂max: 42.4 ml/min/kg; belastungsabhängige Symptomatik [verminderte körperliche Leistungsfähigkeit mit Atemnot und Thoraxschmerzen]; psychosoziale Belastung [Vermeidungsverhalten von öffentlichen Badeanstalten, Gemeinschaftsduschen etc.]; Zunahme der Deformität mit dem Alter [deutliche Progredienz im Rahmen des pubertären Wachstumsschubes]; in Bezug auf die Herzkompensation erfolgte lediglich ein Verweis auf das zum ersten Kriterium Ausgeführte]) zur operativen Trichterbrustkorrektur erfüllt (AB 14/1).

3.1.6 Der RAD-Arzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, bejahte im Bericht vom 10. Mai 2022 einen Haller-Index über 3.25, wies auf die Verlagerung des Herzens nach links hin, verneinte sowohl einen Mitralklappenprolaps als auch eine kardial bedingte Arrhythmie (normaler Sinusrhythmus; vgl. AB 14/20 ff.) und wies darauf hin, dass sich eine (durch die Thoraxdeformität bedingte) restriktive Lungenerkrankung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht feststellen lasse. Soweit in diesem Zusammenhang auf die maximale Sauerstoffaufnahme (VO₂max) hingewiesen worden sei (vgl. E. 3.1.5 hiervor), sei anzumerken, dass es sich dabei um die maximale Sauerstoffaufnahme während einer maximalen Belastung handle. Angaben zum Residualvolumen und zur Gesamtlungenkapazität (TLC) fänden sich nicht (AB 17/7).

3.1.7 Auf Empfehlung des RAD (vgl. AB 17/7) unterbreitete die Beschwerdegegnerin dem behandelnden Arzt des Spitals C. _____ Fragen zur Beantwortung. Dieser führte aus, ein kausaler Zusammenhang zwischen restriktiver Lungenfunktionseinschränkung und Veränderung der Thoraxform sei schwer zu erbringen. Das Gegenteil sei aber auch nicht zu beweisen. Die Spirometrie (vgl. AB 14/20 f.) weise keine Obstruktion, aber

verminderte Volumina (FEV1 und FVC von je 75 % Soll) auf; als Ursache für die entsprechenden Werte eines so jungen und ansonsten gesunden Patienten käme "NUR" die Trichterbrust (Haller-Index 8) in Frage. Die erhobenen Befunde liessen "keinen anderen" kausalen Zusammenhang (eingeschränkte Leistungsfähigkeit und ausgeprägte Trichterbrust) zu. Der Beschwerdeführer sei nicht schwergewichtig und weise ausser der Kompression des Herzens durch die Trichterbrust keine andere kardiale oder pulmonale Erkrankung auf. Die Herzchographie habe eine Organanomalie ausgeschlossen (AB 19/1).

3.1.8 In der orthopädischen Beurteilung vom 14. Juni 2022 kam der RAD-Arzt Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zum Schluss, es liege insgesamt ein mässiger Befund einer Trichterbrust vor. Es könne zwar eine OP-Indikation, nicht aber eine entsprechende Notwendigkeit gestellt werden. Die bestehende Trichterbrust habe nicht den Schweregrad, um als Geburtsgebrechen Ziff. 163 anerkannt zu werden (AB 21).

3.1.9 Im RAD-Bericht vom 23. Juni 2022 stimmte Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, der Auffassung, wonach die Leistungsbegrenzung kardiozirkulatorisch bedingt sei (und somit möglicherweise ursächlich mechanisch mit der Trichterbrust im Zusammenhang stehen könnte; vgl. AB 14/21), nicht zu. Seiner Meinung nach sei eine reduzierte Herzfrequenzreserve alleine nicht ausreichend, um eine pathologische Kardiozirkulation zu begründen, da der Sauerstoffpuls hier im Verlauf keine Plateaubildung zeige und dieser Parameter als Mass der kardialen Pumpfunktion aussagekräftiger eingeschätzt werden müsse als nur die maximale Herzfrequenz. Bei guter "Ausbelastung" und relativ niedrig gelegener anaerober Schwelle schein die Begrenzung überwiegend muskulär bedingt zu sein (Dekonditionierung), dies aufgrund mangelnder Ausdauerbelastbarkeit bzw. mangelndem Training im aeroben Bereich. Ausserdem sei darauf hinzuweisen, dass der "Goldstandard" im Hinblick auf eine relevante restriktive Ventilationseinschränkung die TLC (totale Lungenkapazität) in der Bodyplethysmografie sei (AB 23/3).

3.1.10 Nach Meinung des RAD-Arzt Dr. med. F._____ im Bericht vom 7. Juli 2022 liefere das Spital C._____ keinen Nachweis einer gra-

vierenden (restriktiven) Lungenfunktionseinschränkung. Vielmehr sei im Bericht der Spiroergometrie vom 16. Februar 2022 (vgl. AB 14/20 f.) beschrieben, dass die Befunde einer leicht eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit entsprächen (daneben Dekonditionierung bei vorzeitigem Erreichen der anaeroben Schwelle, zudem "Abbruch wegen Muskelschwäche"). Dass diese Befunde keinen anderen kausalen Zusammenhang als die Trichterbrust zuliessen (vgl. AB 19/1), werde vom Spital C._____ weder weiter ausgeführt noch begründet. Es fänden sich in der "Zusammenschau" der eingereichten Unterlagen weder Nachweise für das Vorliegen einer eindeutig kardio-respiratorischen Beeinträchtigung noch Befunde, die einen besonderen Schweregrad aufzeigten (AB 25/3).

3.1.11 Die RAD-Ärztin Dr. med. I._____, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, führte im Bericht vom 13. Juli 2022 aus, dass sich in keinem Arztbericht eine medizinisch begründete, nachvollziehbare psychiatrische Diagnose mit drohender Invalidität finde. Es finde auch keine psychotherapeutische Behandlung statt. Dass eine vermehrte Auseinandersetzung mit dem Aussehen im Jugendalter vor allem bei körperlichen Besonderheiten eine Anpassungsleistung erfordere, sei verständlich; schwere funktionelle Einschränkungen würden aber nicht beschrieben (AB 27/2).

3.1.12 Auf Fragen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers berichteten Prof. Dr. med. J._____ und PD Dr. med. K._____, Fachärztinnen für Allgemeine Innere Medizin sowie für Pneumologie, Spital C._____, am 24. Oktober 2022, beim Beschwerdeführer seien der Schweregrad der Thoraxdeformität (gemäss Akten Haller-Index von 8) sowie die dokumentierte Einschränkung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit (VO₂ peak 79 % Soll) formal als medizinische Indikationskriterien gegeben. Letzterer Wert sei in jedem Fall unter der Norm. Physiologisch betrage die Atemreserve unter maximaler Belastung 30 - 40 %, beim Beschwerdeführer sei diese mit 30 % genau an der unteren Limite, was auf eine ventilatorische Ursache der Leistungseinschränkung hindeute, zumal ihrer Ansicht nach keine eindeutigen Zeichen einer kardiozirkulatorischen Limitation vorlägen. Die anaerobe ventilatorische Schwelle liege physiologisch zwischen 40 - 60 % des VO₂ peak Sollwertes; mit 48 % vom Soll sei

diese beim Beschwerdeführer im Normbereich. Werte unter 40 % VO₂ peak Soll sprächen für eine Dekonditionierung, falls keine Zeichen einer kardiopulmonalen Limitation gefunden würden. Eine respiratorische Limitierung sei aufgrund der grenzwertigen Atemreserven möglich. Eine restriktive Ventilationsstörung könne (gegebenenfalls) mit der Bodyplethysmografie bewiesen werden, welche noch nachgeholt werden könnte. Beim Beschwerdeführer bestünden bereits verminderte dynamische Lungenvolumina in der Spirometrie (FEV₁ und FVC von je 75 % Soll) ohne Zeichen einer Obstruktion, was auf eine Restriktion hindeute. Aufgrund der vorliegenden Unterlagen schein es plausibel, dass die Trichterbrust die Ursache der Leistungslimitation des Beschwerdeführers sei. Eine schwere Trichterbrustdeformität führe typischerweise zu einer kardiopulmonalen Einschränkung, welche die Leistungsintoleranz gut erklären könnte. Generell könne eine Trichterbrustdeformität mit kardiopulmonalen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit ein effizientes Ausdauertraining und den Muskelaufbau erschweren. Bei Betroffenen mit einer ventilatorischen Limitation könne aufgrund der Atemnot die nötige muskuläre Last, welche ein Training effizient mache, z.T. nicht bewältigt werden. Gerade wenn eine fachkundige Anleitung fehle, könne dies eine Leistungsintoleranz weiter aggravieren und zu einer sekundären Dekonditionierung führen (Akten des Beschwerdeführers, Beschwerdebeilage [BB] 4).

3.1.13 Der Beschwerdeführer konsultierte am 12. Oktober und 15. November 2022 Dr. med. L. _____, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Im fachärztlichen Zeugnis vom 15. November 2022 führte dieser aus, eine solch schwere Körperdeformität wie eine Trichterbrust habe immer "allerschwerste Auswirkungen" auf die psychische Entwicklung eines jungen Mannes. Dies zu ignorieren erweise sich als äusserst schädlich. Daneben sei der Beschwerdeführer psychisch robust und bewältige seinen Lebensweg trotz dieser Behinderung erstaunlich gut (BB 5).

3.1.14 Nach Meinung der RAD-Ärzte Dres. med. G. _____ und H. _____ würden die im vorliegenden Verfahren eingereichten Berichte (vgl. E. 3.1.9 hiervor) keine andere Beurteilung bezüglich der Operation der Trichterbrust ergeben. Es müsse davon ausgegangen werden, dass ein

nicht genau abgrenzbarer Übergangsbereich ohne Hinweis auf eine eindeutige Pathologie, vor allem beim VO₂ peak, vorliege. Ähnlich verhalte es sich mit der Atemreserve, welche an der unteren Grenze liege und somit auf eine ventilatorische Ursache hinweisen könnte, aber nicht müsse. Die anaerobe Schwelle liege im Normbereich. Dass eine respiratorische Limitierung aufgrund der grenzwertigen Atemreserve möglich sei, weise wiederum darauf hin, dass man hier noch im Übergangsbereich liege. Die Trichterbrust werde als Möglichkeit der Leistungslimitation dargestellt, doch bestehe diesbezüglich keine Sicherheit. Zusammengefasst ergebe sich aus Sicht des RAD somit keine sicher pathologisch-funktionelle Einschränkung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit in Bezug auf die Trichterbrust. Die Trichterbrust habe beim Beschwerdeführer keine Auswirkung auf die kardi-ale Funktion, dies aufgrund einer fehlenden Plateaubildung des Sauerstoffpulses in der Spiroergometrie. Weiterer Abklärungen bedürfe es nicht (RAD-Stellungnahmen vom 1. März 2023; in den Gerichtsakten).

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

3.2.1 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).

3.2.2 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 (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). Beratende Ärzte eines Versicherungsträgers sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberoücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht vorab die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst, oder ein Gerichtsgutachten anordnen (vgl. BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3).

3.2.3 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 Beim Beschwerdeführer besteht unbestrittenermassen eine Trichterbrust mit einem Haller-Index von 8. Ob darüber hinaus eine Tangierung der Lungenfunktion und des Herzens aufgrund der Deformation durch die Trichterbrust im Fokus steht, wird von den Behandlern und den RAD-Ärzten unterschiedlich eingeschätzt.

3.3.1 Ausgangspunkt bilden die gemessenen Werte anlässlich der Spiroergometrie vom 16. Februar 2022 mit leicht verminderten dynamischen Volumina (FEV1 und FVC von je 75 % Soll) und einer maximalen Sauerstoffaufnahme VO₂max von 42.4 ml/min/kg bzw. 79 % des theoretischen Sollwerts (AB 14/20). Die dabei gezogene Schlussfolgerung, wonach die Leistungslimitierung kardiozirkulatorisch bedingt sei (AB 14/21), wurde in der Folge sowohl behandler- (BB 4/2) als auch RAD-seitig (AB 23/3) verneint.

3.3.2 Die behandelnden Ärzte gehen unter Hinweis auf die eingeschränkte Vitalkapazität der Lungenfunktion übereinstimmend davon aus, dass – nebst der Verlagerung des Herzens aufgrund der Trichterbrust – relevante Befunde bestehen (AB 14/3, 14/1, 19/1; BB 4/1 f.), dies insbesondere mangels anderer kardialer oder pulmonaler Erkrankungen (AB 19/1; BB 4/2). Dabei handelt es sich unter anderem um fachärztlich kardiologische (Prof. em. Dr. med. E. _____) und pneumologische Einschätzungen (Prof. Dr. med. J. _____ und PD Dr. med. K. _____).

3.3.3 Andererseits vertreten die RAD-Ärzte die Auffassung, dass keine massgebliche Herzkompensation und Einschränkung der Lungenfunktion vorliegen. So folgerte Dr. med. F. _____ in den Berichten vom 10. Mai und 7. Juli 2022, eine (durch die Thoraxdeformität bedingte) restriktive Lungenerkrankung lasse sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht feststellen (AB 17/7, 25/3) und die Begrenzung scheinbar überwiegend wahrscheinlich muskulär bedingt zu sein (Dekonditionierung; AB 25/4). Er relativierte den Wert der maximalen Sauerstoffaufnahme (VO₂max von 79 %), wies auf die Vitalkapazität (VC) von 75 % hin und fügte an, Angaben zum Residualvolumen und zur Gesamtlungenkapazität (TLC) fänden sich nicht

(AB 17/7). Ebenso wies Dr. med. H. _____ darauf hin, dass im Hinblick auf eine relevante restriktive Ventilationseinschränkung die TLC (totale Lungenkapazität) in der Bodyplethysmografie der Goldstandard sei (AB 23/3). Schliesslich bestätigten auch Prof. Dr. med. J. _____ und PD Dr. med. K. _____, dass eine restriktive Ventilationsstörung mit einer (nachzuholenden) Bodyplethysmografie bewiesen werden könne (BB 4/2).

3.3.4 Im Lichte des von der Beschwerdegegnerin zu befolgenden Untersuchungsgrundsatzes (vgl. E. 2.4 hiervor) geht es nicht an, dass der RAD trotz der seines Erachtens unvollständigen Untersuchungswerte (Residualvolumen und TLC) und in Kenntnis der von den behandelnden Ärzten erwähnten restriktiven Ventilationseinschränkung auf eine Bodyplethysmografie verzichtet hat. Der medizinische Sachverhalt erweist sich insoweit als nicht vollständig abgeklärt.

3.3.5 Eben Ausgeführtes gilt nicht nur in Bezug auf die nachzuholende Bodyplethysmografie, sondern ganz allgemein. Es mag durchaus zutreffen, dass der Beweis eines kausalen Zusammenhangs zwischen der Veränderung der Thoraxform und der restriktiven Lungenfunktionseinschränkung (bzw. das Gegenteil) nur schwer zu erbringen ist (vgl. AB 19/1). Generell betrachtet kann insbesondere die vom Beschwerdeführer gezeigte Begrenzung durchaus (überwiegend) muskulär bedingt sein (Dekonditionierung; vgl. AB 25/4), genauso gut kann aber auch eine Trichterbrustdeformität mit kardiopulmonalen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit (wie auch eine ventilatorische Limitation) ein effizientes Ausdauertraining und den Muskelaufbau erschweren und so zu einer sekundären Dekonditionierung führen (vgl. BB 4/3), mithin die Dekonditionierung gerade wegen der Trichterbrust bestehen. Hierbei handelt es sich um blosser Annahmen bzw. allgemein gehaltene medizinische Erkenntnisse ("Bei guter Ausbelastung und relativ niedrig gelegener anaerober Schwelle [...] scheint die Begrenzung überwiegend muskulär bedingt zu sein [Dekonditionierung]" [AB 23/3], "Somit muss auch davon ausgegangen werden, dass ein nicht genau abgrenzbarer Übergangsbereich ohne Hinweis auf eine eindeutige Pathologie, vor allem beim VO₂ peak, vorliegt. Ähnlich verhält es sich mit der Atemreserve, welche an der unteren Grenze liegt und somit auf eine ventilatorische Ursache hinweisen könnte aber nicht muss." [Stellungnahme des RAD-Arzt

Dr. med. H. _____ vom 1. März 2023; in den Gerichtsakten]), zumal der Beschwerdeführer – soweit erkennbar – weder von den RAD-Ärzten noch von den Pneumologen des Spitals C. _____ (vgl. BB 4/2) je untersucht worden ist. In Ermangelung entsprechender (insbes. kardialer und pulmonaler [vgl. bereits E. 3.3.4 hiervor]) Untersuchungsergebnisse und -befunde liegt somit noch kein feststehender medizinischer Sachverhalt vor (vgl. E. 3.2.3 hiervor), weshalb sich die Widersprüche zwischen den verschiedenen medizinischen Meinungen nicht auflösen lassen. Nachdem keiner der involvierten RAD-Ärzte auf pulmonale und kardiale Abklärungen spezialisiert ist und es, wie erwähnt, nicht um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, bleibt somit insbesondere unklar, ob eine Kompression des Herzens durch die Trichterbrust besteht und dies in Zusammenschau mit der Einschränkung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit (offenbar unterhalb bzw. an der Schwelle des Sollwertes) eine Indikation zur Operation beim Beschwerdeführer begründet. Insoweit bestehen nicht nur divergierende Einschätzungen, sondern aufgrund dessen auch Zweifel an den Beurteilungen des RAD (vgl. Entscheid des BGer vom 3. Oktober 2022, 9C_526/2021, E. 4.2). Nota bene hat der gleiche RAD-Arzt im vorerwähnten Verfahren, das vor Bundesgericht mit einer Rückweisung zu weiteren Abklärungen endete (vgl. BGer 9C_526/2021), festgehalten, "eine Operation sei nicht notwendig", wogegen er im vorliegenden Verfahren immerhin eine Operationsindikation stellte, wenn auch seiner – nicht spezialärztlichen – Meinung nach ohne IV-relevanten Schweregrad (AB 21).

3.4 Nach dem Dargelegten erweist sich der medizinische Sachverhalt als nicht rechtsgenügend abgeklärt. Zur Abklärung des massgebenden medizinischen Sachverhalts und der Frage, ob eine somatische Operationsindikation zur Behandlung der Trichterbrust vorliegt, sind daher ergänzende gutachterliche Abklärungen erforderlich. In diesem Rahmen wird auch zu beurteilen sein, inwieweit die vom Beschwerdeführer bzw. von Prof. em. Dr. med. E. _____ vorgebrachten psychosozialen Beeinträchtigungen, die kaum (allein) die Notwendigkeit einer Operation im Sinne von Ziff. 163 GgV-EDI zu begründen vermögen (EVG I 693/02, E. 3.3), zu berücksichtigen sind. Hierzu ist die Sache in Aufhebung der angefochtenen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Nach Vornahme

der Abklärungen im Sinne der Erwägungen hat die Beschwerdegegnerin über den Leistungsanspruch neu zu verfügen.

4.

4.1 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.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist diesem nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (vgl. Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2020 KV Nr. 23 S. 112 E. 11.1).

Mit Kostennote vom 14. April 2023 macht Rechtsanwältin B. _____ ein Honorar von Fr. 4'590.-- (15.3 Stunden à Fr. 300.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 105.30 und Mehrwertsteuer von 7.7 % von Fr. 361.50, total Fr. 5'056.80, geltend. Mit Blick auf die gesamten Umstände, namentlich das

nicht umfangreiche und somit überschaubare IV-Dossier ohne komplexe Fragestellung und die nicht von der Beschwerdegegnerin zu verantwortende späte Bevollmächtigung mit der Folge einer ausführlichen Replik bzw. Beschwerdeergänzung (samt teilweisen Wiederholungen) in Kenntnis der IV-Akten, sowie im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen erscheint der geltend gemachte Aufwand überhöht. Angemessen erscheint vorliegend ein Aufwand von maximal 12 Stunden und folglich eine Parteientschädigung von (ermessenweise) pauschal Fr. 4'000.-- (inkl. Auslagen und MWST); diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 22. Juli 2022 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – über den Anspruch des Beschwerdeführers auf medizinische Massnahmen (Trichterbrustoperation) neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird diesem nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'000.-- (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin lic. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Einzelrichter:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.