

200 22 74 IV  
SCP/SHE/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 11. Juli 2022**

Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Schnyder

**A.** \_\_\_\_\_  
gesetzlich vertreten durch ihre Mutter B. \_\_\_\_\_  
vertreten durch C. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. Dezember 2021



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 2004 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) wurde im Mai 2021 unter Verweis auf ein seit der Geburt bestehendes Asthma bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug für Minderjährige angemeldet (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB tätigte in der Folge medizinische Abklärungen. Insbesondere gestützt auf die Aktenbeurteilungen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 23. und 24. Juni 2021 (AB 9 f.) stellte sie mit Vorbescheid vom 13. Juli 2021 (AB 11) in Aussicht, keine Kostengutsprache für medizinische Massnahmen im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen Trichterbrust (Ziff. 163 der bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Liste im Anhang zur Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen [aGgV; SR 831.232.21]) zu erteilen. Nach dagegen erhobenem Einwand (AB 16) holte die IVB weitere Stellungnahmen beim RAD vom 7. und 8. Oktober 2021 (AB 20 f.) ein und verfügte am 15. Dezember 2021 (AB 22) dem Vorbescheid entsprechend.

### **B.**

Dagegen erhob die Versicherte, gesetzlich vertreten durch ihre Mutter B.\_\_\_\_\_, diese wiederum vertreten durch die C.\_\_\_\_\_, Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Entscheid vom 15. Dezember 2021 sei aufzuheben.
2. Es sei Kostengutsprache für die beantragten medizinischen Massnahmen zu gewähren.
3. Das Verfahren sei zu sistieren.
4. Eventualiter sei die Angelegenheit an die IVB zurückzuweisen, um eine versicherungsexterne medizinische Beurteilung einzuholen.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolge –

Der Beschwerde beigelegt war u.a. eine Stellungnahme des Spitals D.\_\_\_\_\_ vom 24. Januar 2022 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 3).

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 3. März 2022 auf Abweisung der Beschwerde mit folgenden Anträgen:

1. Die Beschwerde sei abzuweisen.
2. Der Antrag auf Aussetzung des Verfahrens sei abzuweisen.
3. Die Verfahrenskosten seien der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.
4. Es sei keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Der Beschwerdeantwort beigelegt war eine RAD-Stellungnahme vom 24. Februar 2022 (in den Gerichtsakten).

Mit prozessleitender Verfügung vom 7. März 2022 wies der Instruktionsrichter u.a. das Sistierungsgesuch ab.

In einem zweiten Schriftenwechsel (Replik vom 29. März 2022, Duplik vom 29. April 2022) hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest. Der Duplik beigelegt war eine Aktennotiz des RAD vom 5. April 2022 (in den Gerichtsakten).

Von der gewährten Möglichkeit Schlussbemerkungen einzureichen (vgl. prozessleitende Verfügung vom 2. Mai 2022), machte die Beschwerdeführerin keinen Gebrauch.

### **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. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie 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 15. Dezember 2021 (AB 22). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf medizinische Massnahmen (Trichterbrustoperation).

**1.3** Die Kosten der umstrittenen Trichterbrustoperation belaufen sich auf zirka Fr. 12'000.-- bis 15'000.-- (vgl. <https://blog.hirslanden.ch/2016/08/29/trichterbrust-wenn-die-brust-ein-loch-hat/>). Der Streitwert liegt daher unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1

S. 213) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der genannten Änderung datiert, ist der Leistungsanspruch nach den bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

**2.2** Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Hierzu gehören auch die medizinischen Massnahmen nach Art. 12 und Art. 13 IVG (Art. 8 Abs. 3 lit. a IVG).

**2.3** Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Nach aArt. 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 (aArt. 13 Abs. 2 IVG). Mit aArt. 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 zur aGgV aufgeführt.

**2.4** Geburtsgebrechen nehmen in der Invalidenversicherung eine Sonderstellung ein. Denn Versicherte können gemäss Art. 8 Abs. 2 i.V.m. aArt. 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).

**2.5** 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 aGgV; 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).

**2.6** Der Anhang zur aGgV führt zahlreiche Gebrechen auf, bei denen ein Leistungsanspruch davon abhängt, ob eine Operation oder eine andere näher umschriebene Behandlung notwendig ist. Damit sollen nach dem Willen des Verordnungsgebers geringfügigere Ausprägungen des Leidens im Sinne von aArt. 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).

**2.7** Gemäss Ziff. 163 Anhang aGgV 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 aGgV) 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 aGgV; BGE 142 V 58 E. 3.2 S. 61 f.; 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 in der bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Fassung). Bei einer kongenitalen Trichterbrust vermögen psychische Beschwerden nicht (alleine) die Notwendigkeit einer Operation zu begründen (EVG I 693/02, E. 3.3).

**2.8** Um den Leistungsanspruch beurteilen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

**2.9** Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429).

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Pneumologie, diagnostizierte im Bericht vom 21. Juni 2019 (AB 4/13) ein Asthma bronchiale (Erstdiagnose im April 2018) sowie eine Trichterbrust. Unverändert bestehe bei der Versicherten eine ausgeprägte bronchiale Hyperreagibilität, der Messwert für exhalierendes Stickstoffmonoxid liege allerdings im normalen Bereich. Zum jetzigen Zeitpunkt empfehle sich die Fortführung der Inhalationstherapie. Ein Zusammenhang zwischen der Trichterbrust und dem Asthma bestehe nicht. Allerdings liege eine leichte Restriktion vor. Ob dies mit der orthopädischen Problematik zusammenhänge, müsse offen gelassen werden.

**3.1.2** Prof. em. Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Kardiologie, diagnostizierte im Bericht vom 19. Februar 2021 (AB 4/2) eine Trichterbrust, eine psychosoziale Einschränkung sowie ein leicht ausgeprägtes Asthma bronchiale. Die anamnestischen Angaben, untermauert durch die psychometrischen Tests zeigten, dass die Situation mit der Trichterbrust, zusammen mit der sichtbaren körperlichen Auffälligkeit, eine klare Operationsindikation darstellten. Durch die Pubertät und Adoleszenz habe sich neben der körperlichen Verschlimmerung der Ausprägung der Trichterbrust besonders die Eigenwahrnehmung akzentuiert, was durch die abnormen Skalenwerte zum Vorschein komme. Eine dringliche Sanierung der Trichterbrust und damit eine Befreiung der Versicherten von ihren körperlichen Einschränkungen erscheine vordringlich, nicht zuletzt auch um die hohepsychische Belastung zu vermindern.

**3.1.3** Am 3. Mai 2021 (AB 3) stellte das Spital D.\_\_\_\_\_ ein Gesuch um Kostenübernahme für eine geplante operative Trichterbrustkorrektur. Gemäss den folgenden international festgelegten Kriterien sei die Indikation hierfür bei der Versicherten klar gegeben:

1. Haller-Index > 3.25
2. Lungenfunktion < 85% des Soll-Wertes

3. Herzkompensation
4. Belastungsabhängige Symptomatik
5. Psychosoziale Belastung
6. Zunahme der Deformität mit dem Alter

Gefordert sei gemäss internationalen Standards die Erfüllung von mindestens zwei der obengenannten Kriterien, wobei die Versicherte in allen sechs Punkten pathologische Werte aufweise: Gemäss dem vorliegenden MRI des Thorax vom 22. März 2021 liege ein Haller-Index von 7 vor, wobei sich ausserdem eindeutig eine Kompression des Herzens und Verlagerung zur linken Seite zeige. Gemäss Spirometrie vom April 2021 zeige sich eine forcierte Vitalkapazität (FVC) von 3.33 Litern (82% vom Soll) und eine Einsekundenkapazität (FEV1) von 2.77 Litern (77% vom Soll). Wegen thorakalem Engegefühl und Dyspnoe habe die Spiroergometrie abgebrochen werden müssen. Die Versicherte beschreibe eine deutliche Leistungseinschränkung im Vergleich zu gleichaltrigen Kolleginnen trotz sportlicher Statur. Es bestehe eine Belastungsdyspnoe. Sie beklage einen ausgeprägten Leidensdruck, wobei insbesondere ein Vermeidungsverhalten von öffentlichen Badeanstalten, Gemeinschaftsduschen, etc. im Vordergrund stehe. Die ausgeprägte Deformität habe insbesondere im Rahmen des pubertären Wachstumsschubes deutlich zugenommen. Vorliegend bestehe ein eindeutiger Krankheitswert, womit ein operatives Vorgehen klar indiziert sei.

**3.1.4** Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in der RAD-Beurteilung vom 23. Juni 2021 (AB 9) aus, aufgrund der momentan vorliegenden objektiven Befunde bestehe aufgrund der Trichterbrust allenfalls eine grenzwertige pulmonale Einschränkung bei leichtgradiger Restriktion (Einschränkung der Lungen-Gesamtkapazität), wobei sich die Lungenfunktionswerte im Vergleich zu Juni 2019 (aktuell April 2021) sogar etwas verbessert hätten. Dazu müsse noch angemerkt werden, dass sich das Bruttokriterium für eine Restriktion vor allem in der totalen Lungenkapazität (TLC) widerspiegle, welche sich im Juni 2019 mit 81% fast normal gezeigt habe. In den aktuellen Lungenfunktionswerten vom April 2021 werde dieser Wert leider nicht angegeben. Wenn man alternativ dazu die FVC (spiegle ebenfalls die Lungenkapazität wieder) zu beiden Zeitpunkten vergleiche, habe auch diese sich nicht verschlechtert,

sondern eher etwas verbessert (April 2021: VC 3.33 l / 82% im Vergleich zu Juni 2019: FVC 2.73 l / 71%). In der Belastungsuntersuchung im April 2021 habe sich eine leicht reduzierte Leistungsfähigkeit und eine maximale Sauerstoffaufnahme gezeigt, allerdings ohne Aufbrauchung der Atemreserve bzw. mit Anstieg des Sauerstoffpulses im Belastungsverlauf sowie auch Anstieg des O<sub>2</sub>-Partialdruckes bei Hyperventilation (pCO<sub>2</sub> erniedrigt) unter Belastung. Somit würden sich aus diesen Funktionsuntersuchungen keine Hinweise auf eine relevante kardiopulmonale Funktionseinschränkung ergeben; die reduzierte Leistungsfähigkeit dürfte eher auf eine muskuläre Dekonditionierung zurückzuführen sein. Die rechtskardiale Pelottierung und Verlagerung des Herzens nach links durch die Thoraxdeformität im MR vom März 2021 beweis für sich gesehen keine kardiale Einschränkung. Aufgrund der vorliegenden Lungenfunktionsbefunde und der deutlichen bronchialen Hyperreagibilität (Asthma) dürfte eine intermittierende Einschränkung der Leistungsfähigkeit vor allem durch die Obstruktion/Verengung der Bronchien verursacht sein.

**3.1.5** Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im RAD-Bericht vom 24. Juni 2021 (AB 10) eine Trichterbrust ohne bedeutsame Auswirkungen auf die körperliche Belastbarkeit. Aufgrund der medizinischen Unterlagen sei kein Geburtsgebrechen Ziff. 163 Anhang aGgV (Trichterbrust, sofern Operation notwendig ist) ausgewiesen. Es bestehe zwar eine Trichterbrust, diese erreiche aber den Schweregrad für die Beurteilung als Geburtsgebrechen nicht. Gemäss den im Dossier vorliegenden Fotos sei die körperliche Entwicklung der Versicherten abgeschlossen. Inwieweit eine allenfalls zu Lasten der Krankenkasse durchzuführende Operation der Trichterbrust sich für die Versicherte optisch günstig auswirken würde, stehe angesichts der gegebenen körperlichen Statur der Versicherten sehr in Frage.

**3.1.6** Im Schreiben des Spitals D.\_\_\_\_\_, vom 2. September 2021 (AB 16/10) an die Rechtsschutzversicherung wurde ausgeführt, die Versicherte präsentiere eine ausgeprägte Trichterbrust (Haller Index 7) bei einem therapiebedürftigen Asthma bronchiale seit August 2018. Die teilweise

stark pathologischen Werten könnten keineswegs als „grenzwertig normal“ bezeichnet werden. Aus den erhobenen Befunden sei zu lesen, dass die körperliche Belastbarkeit vermindert sei. Da die Versicherte ansonsten kardiopulmonal gesund, jung und nicht adipös sei, komme als plausible Ursache für die angegebenen Beschwerden und die Befunde nur die Trichterbrust in Frage. Andere technische Untersuchungsmodalitäten stünden nicht zur Verfügung, um die Ursachenkausalität der erfolgten Untersuchungsbefunde zu bestätigen. Die Einschätzungen der RAD-Ärzte, dass die Untersuchungsbefunde und Symptome rein auf eine muskuläre Dekonditionierung und bronchiale Hyperreagibilität zurückzuführen seien, könnten anhand der verschiedenen fachärztlich erhobenen Befunde nicht geteilt werden. Die Versicherte präsentiere einen ausgeprägten Befund mit entsprechend hoch pathologischen Befunden. Entsprechend sei die Operationsindikation nach international geltenden Kriterien (Haller-Index > 3.25 mit Herz- oder Lungenkompression, eine Lungenfunktion < 85% des Soll-Wertes, belastungsabhängige Symptomatik, eine misslungene frühere Operation, ein schwerwiegender psychologischer Leidensdruck im Zusammenhang mit der Trichterbrust und Zunahme der Deformität mit dem Alter) gestellt worden. Es müssten mindestens zwei dieser Kriterien erfüllt sein, um eine Operation zu rechtfertigen. Bis auf den Punkt „misslungene frühere Operation“ erfülle die Versicherte alle Punkte. Es liege eine schwere körperliche Beeinträchtigung bedingt durch die Trichterbrust vor. Wenngleich einige Lungenfunktionswerte knapp im „Normbereich“ lägen, seien sie doch mehr als eine Standardabweichung tiefer im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Trichterbrust. Allein dieser Umstand sei als hoch pathologisch anzusehen. Beim Stellen einer Operationsindikation seien mehrere Aspekte zu berücksichtigen. Nicht nur die erwähnten Kriterien seien relevant, sondern selbstverständlich auch der reale klinische Befund, der Wunsch der Patientin, die zu erwartende Symptomverschlechterung sowie der effektive psychische Leidensdruck, der sich durch die ablehnende Haltung der Invalidenversicherung gar verschlechtere. Alle diese Punkte würden durch die RAD-Ärzte in der Gesamtbeurteilung nicht berücksichtigt und führten zu einer Fehlinterpretation des Falles durch die Invalidenversicherung.

**3.1.7** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, verneinte in der RAD-Stellungnahme vom 7. Oktober 2021 (AB 20) aus versicherungsmedizinischer Sicht das Vorliegen eines schwerwiegenden bzw. invalidisierenden psychischen Leidensdrucks, welcher im Zusammenhang mit der Trichterbrust stehe. In den medizinischen Berichten würden keine psychiatrischen Diagnosen genannt und der dort berichtete Leidensdruck entspreche nicht einer funktionellen Beeinträchtigung von invalidisierendem Ausmass in Bezug auf die berufliche und psychosoziale Situation. Die Versicherte sei in Ausbildung in der Fachmittelschule und habe Pläne für eine weitere Ausbildung im .... Sie lebe noch zu Hause und habe einen Freund. Dass sie in ihrer Entwicklungsphase aufgrund der Trichterbrust einen gewissen Leidensdruck habe und Scham empfinde, ihren Oberkörper zum Beispiel beim Baden zu zeigen, sei nachvollziehbar.

**3.1.8** Dr. med. H. \_\_\_\_\_ führte in der RAD-Stellungnahme vom 8. Oktober 2021 (AB 21) aus, die Auswirkungen auf die körperliche Belastbarkeit, d.h. die kardiopulmonalen Auswirkungen, seien internistisch zu beurteilen. Die Beurteilung der kardiologischen und pneumologischen Untersuchungsergebnisse sei dabei komplex und führe zu einem Gesamtbild. Eindeutig bedinge die Trichterbrust keine bedeutsamen Auswirkungen auf die körperliche Belastbarkeit. Richtig sei, wenn im Schreiben des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 2. September 2021 ausgeführt werde, dass beim Stellen einer Operationsindikation auch Aspekte wie der klinische Befund, der Wunsch der Patienten, die zu erwartenden Symptomverschlechterung und der psychische Leidensdruck berücksichtigt würden. Zur Klärung der Frage aber, ob die Trichterbrust als Geburtsgebrechen Ziff. 163 Anhang aGgV einzustufen sei, müsse nicht eine Operationsindikation gestellt werden können. Vielmehr müsse die Operation notwendig sein. Notwendig werde der Eingriff bei entsprechenden kardiopulmonalen Einschränkungen. Der Wunsch der Patientin sei dabei kein Kriterium. Eine zu erwartende Symptomverschlechterung könnte im Sinne einer drohenden Invalidität eine Rolle spielen, tue es im vorliegenden Fall jedoch nicht. Auch ein psychischer Leidensdruck sei in diesem Fall nicht zu objektivieren. Eine Symptomverschlechterung sei deswegen nicht zu erwarten, weil die

Versicherte bereits die Pubertät hinter sich habe und somit der Thorax eindeutig die endgültige Form bereits erreicht habe. Die Fotodokumentation im Dossier belege dies eindrücklich. Zur Frage des psychischen Leidens habe die RAD-Jugendpsychiaterin eindeutig Stellung bezogen.

**3.1.9** Im Schreiben des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 24. Januar 2022 (BB 3) an die Rechtsschutzversicherung wurden im Wesentlichen die Ausführungen der vorherigen Schreiben und Berichte des Spitals D. \_\_\_\_\_ bestätigt. Insbesondere sei die Operationsindikation aufgrund der objektiven Kriterien (Progredienz des Befundes während der Pubertät, Herzkompensation bestätigt im MRI, Haller-Index von 7, eingeschränkte FVC [82% des Sollwertes], FEV1 [77% des Sollwertes] sowie Sauerstoffaufnahme [73% des Sollwertes] und psychologische Beeinträchtigung) gegeben. Für die Bejahung der Operationsindikation würden international 2 Kriterien vorausgesetzt. Bei der Versicherten würden alle Kriterien zutreffen (Ziff. 1). Weshalb gemäss den RAD-Beurteilungen diese hoch pathologische Befundkonstellation mit manifester reduzierter Leistungsfähigkeit rein auf eine „muskuläre Dekonditionierung“ zurückzuführen sein solle, sei nicht bewiesen (Ziff. 2). Die Einschätzung des RAD, dass die bronchiale Hyperreagibilität (Asthma) die Symptome und die pathologischen Untersuchungsbefunde erklären solle, könne anhand der fachärztlich erhobenen Befunde nicht geteilt werden (Ziff. 3). Der RAD beurteile, dass die Trichterbrust der Versicherten die gesetzlichen Anforderungen für die Anerkennung als Geburtsgebrechen 163 nicht erfülle. Er stelle im Prinzip die Operationsindikation nicht in Frage, wenn er ausführe, dass trotzdem möglich sei, dass eine Operationsindikation bestehe, welche hinsichtlich Kostengutsprache in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse falle, etwa in Fällen von „ausgeprägter Trichterbrust, welche nicht ab Geburt bestanden“ habe, sondern erst später aufgetreten sei, so wie bei der Versicherten im vorliegenden Fall (Ziff. 5). Abschliessend führte das Spital D. \_\_\_\_\_ aus, gleichwohl die Schwerekriterien der Invalidenversicherung für eine Trichterbrustoperation nicht erfüllt erschienen, rechtfertige die vorliegende pathologische Befundkonstellation sehr wohl eine Operation gemäss der international gültigen Indikationskriterien (Ziff. 6).

**3.1.10** Dr. med. H.\_\_\_\_\_ führte in der RAD-Stellungnahme vom 24. Februar 2022 (in den Gerichtsakten) aus, insgesamt bestehe kein „hochpathologischer Befund“. Die gesetzlichen Vorgaben für die Anerkennung der Trichterbrust als Geburtsgebrechen Ziff. 163 Anhang aGgV seien bei der Versicherten eindeutig nicht gegeben. An der angefochtenen Verfügung könne aus Sicht des RAD weiterhin festgehalten werden.

In der Aktennotiz vom 5. April 2022 (in den Gerichtsakten) hielt Dr. med. H.\_\_\_\_\_ fest, mit den verfassten RAD-Stellungnahmen werde keinesfalls von international geltenden medizinischen Standards abgewichen. Er sei mit seiner Facharztausbildung sehr wohl befähigt, den fraglichen Eingriff durchzuführen und somit auch eine Beurteilung vorzunehmen, inwieweit das Geburtsgebrechen Ziff. 163 vorliege oder nicht. Es bedürfe kardio-pulmonare Einschränkungen, welche vorliegend fachärztlich internistisch abgeklärt nicht vorlägen, um die Operationsindikation als notwendig anzusehen. Abgesehen von der Frage nach der Notwendigkeit einer Operation sei eine Ausweisung als Geburtsgebrechen Ziff. 163 schon deswegen im vorliegenden Fall nicht möglich, weil die Thoraxdeformität bei der Versicherten nicht seit Geburt bestehe.

**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).

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 Situati-

on 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 (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; Entscheid des BGer vom 15. April 2021, 8C\_672/2020, E. 2.3). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung 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 mitzuberücksichtigen. 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 entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (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; Entscheid des BGer vom 15. April 2021, 8C\_672/2020, E. 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** Die Berichte und Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dres. med. G. \_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2021 (AB 9), H. \_\_\_\_\_ vom 24. Juni 2021 (AB 10), 8. Oktober 2021 (AB 21), 24. Februar 2022 (in den Gerichtsakten) sowie 5. April 2022 (in den Gerichtsakten) und I. \_\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2021 (AB 20) erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an eine medizinische Aktenstellungnahme und erbringen vollen Beweis. Dass die Fachärzte auf eine klinische Exploration der Beschwerdeführerin verzichteten, ist nicht zu beanstanden, konnten sie sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen 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 fine). Mit den RAD-Berichten liegen überzeugende und schlüssige fachärztliche Beurteilungen aus orthopädisch-chirurgischer, internistischer sowie kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht vor. Die Mediziner des RAD kommen zum einhelligen und überzeugenden Schluss, dass die Voraussetzungen zur Kostenübernahme für die Trichterbrustoperation nicht gegeben sind. Die Beschwerdeführerin vermag mit ihren Einwänden – wie nachfolgend unter E. 3.4 ff. hiernach dargelegt – keine auch nur geringen Zweifel am Beweiswert dieser Einschätzungen zu wecken (vgl. E. 3.2 hiavor). Die besagten Berichte und Stellungnahmen des RAD erbringen demnach vollen Beweis und es ist in der Folge darauf abzustellen.

**3.4** Soweit von der Beschwerdeführerin die fachliche Qualifikation der RAD-Ärzte für die Beurteilung des vorliegenden Falles in Zweifel gezogen werden (vgl. Beschwerde S. 3 Ziff. 1 f. sowie Replik S. 2 Ziff. 1 f.), vermag sie nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Die im vorliegenden Fall involvierten RAD-Ärzte Dres. med. G. \_\_\_\_\_, H. \_\_\_\_\_ und I. \_\_\_\_\_ verfügen unbestrittenermassen über einen Facharztstitel in den vorliegend begleitenden medizinischen Disziplinen. Wie Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in seiner Aktenbeurteilung vom 8. Oktober 2021 korrekt darlegte, sind die Auswirkungen auf die körperliche Belastbarkeit, d.h. die kardiopulmonalen Auswirkungen, internistisch zu beurteilen (AB 21/3), was mit der Stellungnahme von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2021 (AB 9) unbestrittenermassen erfolgte. Weiter hat Dr. med. H. \_\_\_\_\_ als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates die Befähigung für den entsprechenden operativen

Eingriff (vgl. Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung [SIWF], 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)) und besitzt damit die gemäss Rechtsprechung geforderten Qualifikationen, um die Notwendigkeit der in Frage stehenden Operation zu beurteilen (vgl. E. 2.7 hiervor). Auch wurde mit Dr. med. I.\_\_\_\_\_ eine Kinder- und Jugendpsychiaterin zur Vervollständigung der RAD-Beurteilungen beigezogen (AB 20). Damit erfolgte seitens des RAD eine umfassende und fachärztliche Prüfung des Sachverhalts und dieser erweist sich als durch die Beschwerdegegnerin genügend abgeklärt. Von ergänzenden Abklärungen (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 4 sowie Replik S. 2 Ziff. 3) ist in antizipierter Beweismässigkeit (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4) und gestützt auf die nachfolgenden Ausführungen zu verzichten.

**3.5** Wie Dr. med. H.\_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 5. April 2022 (in den Gerichtsakten) zutreffend darlegt, besteht nach der medizinischen Aktenlage die Thoraxdeformität der Beschwerdeführerin nicht bereits seit der Geburt, d.h. sie ist nicht angeboren. In den Berichten des Spitals D.\_\_\_\_\_ vom 3. Mai 2021 (AB 3/2) sowie von Prof. em. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 19. Februar 2021 (AB 4/2) wird denn auch angegeben, dass die Zunahme (wobei in den Akten keine Vorbefunde vermerkt sind) der Deformität im Rahmen der pubertären Streckung erfolgte. Akten, die eine angeborene Trichterbrust mit dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. E. 2.9 hiervor) belegen würden, liegen wie erwähnt nicht vor und es kann davon ausgegangen werden, dass bei einer seit Geburt bestehenden Trichterbrust entsprechende Dokumente vorgelegt worden wären. Denn selbst im im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht des Spitals D.\_\_\_\_\_ vom 24. Januar 2022 (in den Gerichtsakten) wird einzig bestätigt, dass sich die ausgeprägte Deformität der Trichterbrust erst in der Pubertät manifestierte (S. 2 Ziff. 4). Da die Trichterbrust nicht seit Geburt besteht, hat die Beschwerdeführerin per se keinen Anspruch auf medizinische Massnahmen im Rahmen der beantragten Trichterbrustoperation. Aber selbst, wenn die Trichterbrust angeboren gewesen sein sollte, würde dies

gemäss den nachfolgenden Ausführungen (vgl. E. 3.6 hiernach) am Resultat nichts ändern.

**3.6** Aufgrund des Berichts von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 21. Juni 2019 ist erstellt, dass zwischen der Trichterbrust und dem Asthma bronchiale kein Zusammenhang besteht (AB 4/14). Diese Feststellung wird weder von den behandelnden Ärzten noch jenen des RAD in Frage gestellt.

Weiter hat Dr. med. H. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 8. Oktober 2021 zutreffend dargelegt, dass die Auswirkungen auf die körperliche Belastbarkeit, d.h. die kardiopulmonalen Auswirkungen, internistisch zu beurteilen sind (AB 21/3), was durch Dr. med. G. \_\_\_\_\_ am 23. Juni 2021 (AB 9) erfolgte. Die am 22. März 2021 im Spital D. \_\_\_\_\_ durchgeführte MR-Untersuchung des Thorax ergab zwar einen Haller-Index von 7 (AB 4/1; bei Gesunden liegt dieser Wert bei etwa 2.5 [vgl. u.a. <https://www.uniklinik-freiburg.de/thoraxchirurgie/krankheitsbilder/trichterbrust.html>]). Wie jedoch der RAD-Internist Dr. med. G. \_\_\_\_\_ überzeugend darlegte, haben sich aus den getätigten Funktionsuntersuchungen keine Hinweise auf eine relevante kardiopulmonale Funktionseinschränkung ergeben und die reduzierte Leistungsfähigkeit ist eher auf eine muskuläre Dekonditionierung zurückzuführen (AB 9/4). Damit erweist sich der Einwand der Beschwerdeführerin, bei der pulmonalen Situation liege eine objektivierbare Einschränkung durch die Trichterbrust vor (Beschwerde S. 3 Ziff. 1), als nicht zutreffend. Was die im besagten MRI festgestellte rechts-kardiale Pelottierung und Verlagerung des Herzens nach links betrifft, ist festzustellen, dass zwar die behandelnden Ärzte präoperativ eine Echokardiographie empfahlen (AB 3/4). Wie RAD-Internist Dr. med. G. \_\_\_\_\_ daraus schlüssig ableitet, beweist die rechtskardiale Pelottierung und Verlagerung des Herzens nach links keine kardiale Einschränkung, zumal sich in den entsprechenden Funktionsuntersuchungen keine Hinweise auf eine relevante kardiopulmonale Funktionseinschränkung zeigten und sich die in der Untersuchung präsentierten Leistungseinschränkungen überwiegend wahrscheinlich mit dem (mit der Trichterbrust in keinem Zusammenhang stehenden) bronchialen Asthma und der allgemeinen muskulären Dekonditionierung nachvollziehbar erklären (AB 9/4).

Dr. med. H.\_\_\_\_\_ hat des Weiteren der Trichterbrust keine bedeutsame Auswirkung auf die körperliche Belastbarkeit beigemessen und damit grundsätzlich das Vorhandensein einer Trichterbrust zwar bestätigt, den Schweregrad, welcher zur Anerkennung eines Geburtsgebrechens Ziff. 163 Anhang aGgV erforderlich wäre, aber überzeugend verneint (vgl. Stellungnahme vom 24. Juni 2021 [AB 10]). Eine Operation ist denn auch nur notwendig, wenn entsprechende kardiopulmonale Einschränkungen vorhanden sind, was gemäss dem bisher Ausgeführten nicht der Fall ist (vgl. auch Beurteilungen von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2021 [AB 21] und 5. April 2022 [in den Gerichtsakten]). Eine Symptomverschlechterung ist zudem in Zukunft nicht zu erwarten, zumal die Versicherte – wie Dr. med. H.\_\_\_\_\_ überzeugend darauf hinwies (AB 21/3) – die Pubertät bereits hinter sich hat und der Thorax eindeutig die endgültige Form erreicht hat, was durch die Fotodokumentation in den Akten (AB 4/12) eindrücklich belegt wird.

Weiter legte die Kinder- und Jugendpsychiaterin des RAD nachvollziehbar dar, dass in den vorhandenen medizinischen Berichten keine psychiatrischen Diagnosen gestellt werden und der Leidensdruck nicht einer funktionellen Beeinträchtigung von invalidisierendem Ausmass in Bezug auf die berufliche und psychosoziale Situation entspricht (AB 20).

**3.7** Zusammenfassend ist gestützt auf die überzeugenden Feststellungen der RAD-Ärzte erwiesen, dass das Erfordernis der Operationsnotwendigkeit im Sinne einer qualifizierten Umschreibung eines besonderen Schweregrades gemäss Ziff. 163 Anhang aGgV nicht gegeben ist und damit die Voraussetzungen zur Kostenübernahme für die Trichterbrustoperation nicht erfüllt sind. Aufgrund des Dargelegten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 15. Dezember 2021 (AB 22) als korrekt, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

#### **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.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

**4.2** Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Die Beschwerdegegnerin hat als öffentlich-rechtliche Anstalt des Kantons Bern keinen Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (Art. 104 Abs. 3 VRPG).

**Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - C. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - 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.