

200 24 410 IV
ISD/GET/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 9. Oktober 2024

Verwaltungsrichter Isliker
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch **B.** _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. Mai 2024



Sachverhalt:

A.

Im September 2019 wurde die ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) von ihren Eltern unter Hinweis auf eine (idiopathische) 40°-Skoliose und darauf zurückgeführte Rücken-, Hüft- und Beinschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen in Form von Hilfsmitteln (Prothese) angemeldet (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 1; 3). Nach Beizug von Berichten behandelnder Ärzte sprach die IVB der Versicherten mit Mitteilung vom 25. November 2019 (act. II 12) medizinische Massnahmen zu, indem sie Physiotherapie gewährte und die Kosten für ein Korsett übernahm.

Im Oktober 2023 ersuchte die Versicherte um Übernahme der Kosten für die im Dezember 2023 vorgesehene (und schliesslich am ... erfolgte [act. II 29 S. 1]) Operation der Skoliose (act. II 13). Die IVB holte Berichte behandelnder Ärzte ein und legte das Dossier Dr. med. C. _____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), zur Beurteilung vor (act. II 22). Mit Vorbescheid vom 9. Januar 2024 (act. II 23) stellte sie die Verneinung eines Anspruchs auf medizinische Massnahmen "für die Skoliose-Operation und Nachbehandlung" in Aussicht. Dagegen liess die Versicherte Einwand erheben und Berichte behandelnder Ärzte einreichen (act. II 26; 33), woraufhin die IVB eine Stellungnahme beim RAD einholte (act. II 35 f.). Mit Verfügung vom 6. Mai 2024 (act. II 37) entschied die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt. In der Begründung hielt sie im Wesentlichen fest, eine Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit durch einen operativen Eingriff sei bei der aktuell ausgeübten Tätigkeit (Ausbildung bei einer ... mit voraussichtlichem Abschluss im Sommer 2024) nicht ersichtlich. Auch sei die Operationsnotwendigkeit zu verneinen (S. 2).

B.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch die B._____ AG, mit Eingabe vom 6. Juni 2024 Beschwerde erheben. Sie stellt die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 6. Mai 2024 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei die beantragte Leistung (Kostengutsprache für Skoliose-Operation und Nachbehandlung) zuzusprechen.
3. Eventualiter: Die IV-Stelle sei zu verpflichten, weitere Abklärungen zwecks Prüfung der Leistungspflicht vorzunehmen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Beschwerdeantwort vom 9. Juli 2024 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig reichte sie eine Aktennotiz des RAD-Arztes Dr. med. D._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 4. Juli 2024 (in den Gerichtsakten = act. II 41) zu den Akten.

Mit Schreiben vom 24. Juli 2024 bestätigte die Beschwerdeführerin die beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren. Zudem reichte sie einen Bericht des behandelnden Arztes und Operateurs Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 1. Juli 2024 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 9) sowie ein Schreiben ihrer Arbeitgeberin vom 22. Juli 2024 (act. I 10) ins Recht. Die Eingabe samt Beilagen wurde der Beschwerdegegnerin mit prozessleitender Verfügung vom 25. Juli 2024 zur Kenntnis gebracht. Die Beschwerdegegnerin liess sich in der Folge nicht mehr vernehmen.

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 6. Mai 2024 (act. II 37). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf medizinische Massnahmen nach Art. 12 IVG in Zusammenhang mit der Behandlung einer idiopathischen Skoliose.

1.3 Die medizinischen Behandlungen beschränkten sich auf die Skoliose-Operation, die ärztliche Nachbehandlung bis Juli 2024 und Physiotherapie bis ca. ein Jahr postoperativ (vgl. act. I 9). Die F. _____ AG in ihrer Eigenschaft als obligatorische Krankenpflegeversicherung (act. II 1 S. 5; 37 S. 3) hat gegen die Verfügung vom 6. Mai 2024 (act. II 37) kein Rechtsmittel ergriffen (Art. 49 Abs. 4 ATSG). Dadurch akzeptiert der Krankenversicherer gleichsam seine Leistungspflicht bezüglich der jeweiligen Versicherungsdeckung (vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 4. Aufl. 2020, Art. 49 N. 117). Im Falle einer Abweisung der Beschwerde würde für

die Beschwerdeführerin daher höchstens die Kostenbeteiligung nach Art. 64 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) von maximal Fr. 3'200.-- pro Kalenderjahr (maximale Franchise von Fr. 2'500.-- [Art. 93 Abs. 1 der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung {KVV; SR 832.102}] sowie maximaler Selbstbehalt von Fr. 700.-- [Art. 103 Abs. 2 KVV]) im Zweig der obligatorischen Krankenversicherung entfallen. Der Streitwert liegt damit unter Fr. 20'000.--, womit die Beurteilung der vorliegenden 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. 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, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen u.a. in medizinischen Massnahmen (Art. 8 Abs. 3 lit. a IVG). Bei den medizinischen Eingliederungsmassnahmen gilt die Invalidität nach der Rechtsprechung in dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem das festgestellte Gebrechen eine medizinische Behandlung oder ständige Kontrolle objektiv erstmals notwendig macht, was dann zutrifft, wenn die Behandlungs- oder Kontrollbedürftigkeit beginnt und keine Gegenindikation besteht (BGE 105 V 58 E. 2a S. 60). Vorausgesetzt ist dabei der Eintritt eines stabilisierten Gesundheitszustandes (MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 4. Aufl. 2022, S. 126 Rz. 6). Drohende Invalidität liegt vor, wenn der Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit überwiegend wahrscheinlich ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit ist unerheblich (Art. 1^{novies} der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

2.2

2.2.1 Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr haben Anspruch auf medizinische Eingliederungsmassnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung in die obligatorische Schule, in die berufliche Erstausbildung, ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet sind (Art. 12 Abs. 1 IVG). Die medizinischen Eingliederungsmassnahmen müssen geeignet sein, die Schul-, Ausbildungs- oder Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauerhaft und wesentlich zu verbessern oder eine solche Fähigkeit vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren (Art. 12 Abs. 3 Satz 1 IVG). Dabei meint Erwerbsfähigkeit die Fähigkeit, im ersten oder im zweiten Arbeitsmarkt einer Beschäftigung nachzugehen (Art. 2^{ter} lit. c IVV; SR 831.201). Die medizinischen Massnahmen müssen sodann wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein (Art. 14 Abs. 2 Satz 1 IVG). Art. 2 Abs. 2 IVV bleibt vorbehalten.

2.2.2

2.2.2.1 Als medizinische Eingliederungsmassnahmen im Sinne von Art. 12 IVG gelten namentlich chirurgische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Behandlungen. Sie haben, nach der Behandlung des Leidens an sich und nach Erreichen eines stabilisierten Gesundheitszustands (vgl. E. 2.1 vorne), unmittelbar die Eingliederung nach Art. 12 Abs. 3 IVG zum Ziel (Art. 2 Abs. 1 IVV; MEYER/ REICHMUTH, a.a.O., S. 128 Rz. 11). Der Fokus der medizinischen Eingliederungsmassnahme liegt somit bei der Verbesserung der Eingliederungsfähigkeit, was aber nicht gänzlich ausschliesst, dass sie untergeordnet zur Verbesserung des Gesundheitszustandes beitragen kann (vgl. Erläuternder Bericht [nach Vernehmlassung] vom 3. November 2021 des Bundesamts für Sozialversicherungen [BSV] zu den Ausführungsbestimmungen zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [Weiterentwicklung der IV; nachfolgend Bericht des BSV vom 3. November 2021] S. 20; abrufbar unter <www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/69808.pdf>; vgl. auch BSV, Rz. 51 des Kreisschreibens vom 1. Januar 2022 über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der IV [KSME]; zur Bedeutung von

Verwaltungsweisungen vgl. BGE 148 V 385 E. 5.2 S. 391, 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

2.2.2.2 Vom strikten Erfordernis der Korrektur stabiler Funktionsausfälle oder Defekte ist im Falle von Minderjährigen gegebenenfalls abzusehen. Hier können medizinische Vorkehren schon dann überwiegend der beruflichen Eingliederung dienen und trotz des einstweilen noch labilen Charakters des Leidens von der Invalidenversicherung übernommen werden, wenn ohne diese Vorkehren eine Heilung mit Defekt oder ein anderer stabilisierter Zustand einträte, welcher die Berufsbildung oder die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich beeinträchtigen würde. Die entsprechenden Kosten werden bei Minderjährigen also von der Invalidenversicherung getragen, wenn das Leiden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem schwer korrigierbaren, die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit erheblich behindernden stabilen pathologischen Zustand führen würde (BGE 131 V 9 E. 4.2 S. 21). Auch in derartigen Fällen muss indessen der angestrebte Erfolg medizinisch-prognostisch mit genügender Wahrscheinlichkeit voraussehbar sein (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. Januar 2023, 9C_300/2022, E. 3.2). Eigentliche Krankheitsprophylaxe sowie Vorkehren, die lediglich das Entstehen eines stabilisierten Zustandes hinauschieben, sind ausgeschlossen (Bericht des BSV vom 3. November 2021 S. 20; Rz. 54 KSME).

2.3 In Bezug auf idiopathische Skoliosen enthalten sodann Rz. 737/937.1 ff. KSME nähere Ausführungen:

Danach wird bei mittelschweren Skoliosen (Cobb-Winkel 20°-40°/50°) die Behandlung gestützt auf Rz. 54 KSME übernommen, sobald und solange ein schwerer Defekt droht. Dies ist von dem Zeitpunkt an anzunehmen, da der Orthopäde das dauernde Tragen eines redressierenden Apparates (z.B. 3-Punkte-Korsett) während mindestens eines Jahres verordnet. Die Leistungspflicht der IV endet, sobald der Apparat nicht mehr getragen werden muss. Die Kosten einer begleitenden Physiotherapie werden solange übernommen, wie die Korsettbehandlung notwendig ist (Rz. 737/937.2).

Nach Rz. 737/937.3 KSME sind operative Behandlungen, welche voraussichtlich die berufliche Ausbildung ermöglichen oder die Erwerbstätigkeit

wesentlich und dauernd verbessern, in schweren Fällen (Cobb-Winkel ab 40°, Fortschreiten der Skoliose, Wachstumsalter) als medizinische Eingliederungsmassnahme anzuerkennen (Rz. 54 KSME).

2.4 Der Anspruch auf medizinische Massnahmen besteht nur, wenn die behandelnde Fachärztin oder der behandelnde Facharzt unter Berücksichtigung der Schwere des Gebrechens der versicherten Person eine günstige Prognose stellt (Art. 12 Abs. 3 Satz 2 IVG). Eine medizinische Eingliederungsmassnahme muss vor Beginn der Behandlung nach Art. 12 IVG bei der zuständigen IV-Stelle beantragt werden. Art. 48 IVG bleibt vorbehalten. Dem Antrag muss eine vor Beginn der Behandlung erstellte positive Eingliederungsprognose der behandelnden Fachärztin oder des behandelnden Facharztes beiliegen (Art. 2 Abs. 3 IVV).

3.

3.1 Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Im Bericht vom 9. September 2019 (act. II 9 S. 3 f.) diagnostizierte Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine idiopathische Thorakalskoliose Lenke Typ I mit aktuellem Cobb-Winkel von 40° rechtskonvex, Risser-Stadium 1, Schulterschiefstand links zu Ungunsten links von ca. 2cm. Die bisherige Entwicklung sei regelhaft mit normalem Regelschulbesuch und regelmässig sportlichen Aktivitäten. Die Rücken- und Kopfschmerzen sowie Schmerzen in beiden Beinen träten am ehesten stressbedingt unter schulischer Belastung auf, hätten aber inzwischen wieder abgenommen (S. 1). Die idiopathische Skoliose sei aktuell leicht progredient. Es werde daher aufgrund fortgeschrittener Skoliose und noch nicht vollständig ausgereiftem Skelett bei Risser-Stadium 1 die Korsett-Therapie empfohlen, um nach Möglichkeit den aktuellen Skoliose-Status zu halten und eine weitere Progredienz, die noch wahrscheinlich erscheine, zu verhindern (S. 2).

3.1.2 Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht vom 4. Septem-

ber 2023 (act. II 16 S. 6 f.) anamnestisch fest, die Beschwerdeführerin habe das Korsett kaum tragen können, da es in der Axilla links zu stark gedrückt und andauernd zum Einschlafen der Hände bzw. des Armes links geführt habe. Die Korsetttherapie sei deshalb sistiert worden. Gelegentlich habe sie Rückenbeschwerden, jedoch nicht sehr ausgeprägt. Sport mache sie keinen. Sie pflege ihren Rumpf auch nicht im Sinne eines Eigenprogrammes (S. 6). In der Beurteilung hielt Dr. med. H. _____ fest, es liege eine fortgeschrittene Skoliose vor. Mit 42° im Bereiche der thorakalen Verkrümmung sei eigentlich die Operationsindikation gegeben. In Anbetracht der noch guten Korrekturfähigkeit der lumbalen Kurve würde sich wahrscheinlich eine Korrektur der thorakalen Kurve empfehlen. Dies mit der Idee, dass es hierdurch noch zu einer weitgehenden Korrektur der lumbalen Verkrümmung komme. Hiervon würde die Lendenwirbelsäule massiv profitieren (S. 7).

3.1.3 Dr. med. E. _____ diagnostizierte im Bericht vom 5. September 2023 (act. II 16 S. 4 f.) eine idiopatische Skoliose Cobb-Winkel 44°. Anamnestisch hielt er fest, die Beschwerdeführerin sei aktuell in der Ausbildung bei einer ... und werde diese im Sommer 2024 abschliessen. Wesentliche Beschwerden lägen aktuell nicht vor. Es störe jedoch die Optik mit deutlichem Rippenbuckel. In der Beurteilung hielt Dr. med. E. _____ fest, er würde bei einer Skoliose von über 40° die operative Korrektur thorakal empfehlen. Die Beschwerdeführerin möchte sich jetzt noch mit ihrem Ausbilder und Arbeitgeber in Verbindung setzen. Rein theoretisch sei es möglich, auch noch nächstes Jahr im Sommer nach Abschluss der Ausbildung den Eingriff zu machen (S. 4).

3.1.4 Im "Arztbericht für Versicherte vor dem 20. Altersjahr" vom 9. Oktober 2023 (act. II 16 S. 1-3) wurde die Frage, ob sich der Gesundheitszustand auf den Schulbesuch oder die berufliche Ausbildung auswirke, bejaht. Eine körperlich belastende Arbeit/Lehre sei nicht zu empfehlen, insbesondere keine Zwangsposition. Der Gesundheitszustand sei durch eine Operation besserungsfähig. Die Möglichkeit einer späteren Eingliederung ins Erwerbsleben könne dadurch nicht wesentlich verbessert werden (S. 2).

3.1.5 Der RAD-Arzt Dr. med. C. _____ hielt im Bericht vom 20. Dezember 2023 (act. II 22) fest, die Voraussetzungen der Kostenübernahme für eine Operation bei Skoliose nach Art. 12 IVG seien nicht erfüllt. Der aktuelle Cobb-Winkel betrage radiologisch 42° und sei somit stabil seit 2019 (Cobb-Winkel 40°). Das Risser-Stadium sei 5 (vgl. act. II 16 S. 7) und das Wachstum somit abgeschlossen. Beschwerden oder funktionelle Einschränkungen würden nicht berichtet. Der deutliche Rippenbuckel störe die Optik. Nach Wachstumsabschluss sei eine Operation bei thorakalem Winkel zwischen $40-60^\circ$ nur bei Wunsch des Patienten nach kosmetischer Korrektur möglich. Erst bei Skoliosen mit einem Cobb-Winkel über 60° werde eine Operation empfohlen, da eine gewisse Progredienz möglich sei (act. II 22 S. 3).

3.1.6 Im von Dr. med. E. _____ mitunterzeichneten Bericht vom 5. Februar 2024 (act. II 29) wurde festgehalten, sechs Wochen postoperativ (Skolioseoperation mit Stabilisation Th4 - L1, dorsaler und dorso-lateraler Spondylodese mit autologem Knochen Th4 - LWK1 am ... 2024) zeige sich ein erfreulicher Verlauf mit gut erreichter Korrektur. Die Beschwerdeführerin berichte, dass ihr Antrag auf IV-Leistungen abgelehnt worden sei (S. 1). Hierbei müsse es sich um ein Missverständnis handeln, da sie an einer idiopathischen behandlungsbedürftigen Skoliose bei einem Cobb-Winkel von 44° unter 18 Jahren gelitten habe. Die Operation sei vor dem 18. Lebensjahr erfolgt. Der Eingriff sei ein orthopädischer Eingriff, um degenerative Schäden bei einem Cobb-Winkel von 44° im adulten Alter abzuwenden und sei nicht als kosmetischer Eingriff anzusehen (S. 2).

3.1.7 Der RAD-Arzt Dr. med. C. _____ hielt im Bericht vom 29. April 2024 (act. II 36) fest, die Wirbelsäule sei bleibend minderbelastbar. Diese Minderbelastbarkeit beziehe sich gleichermassen auf die Situation einer vergleichbaren Wirbelsäulenfehlstatik ohne Operation und mit Operation. Durch die erfolgte Wirbelsäulenoperation hätten sich die beruflichen Möglichkeiten für die Beschwerdeführerin nicht gebessert (S. 7). Im Weiteren sei festzustellen, dass der präoperative Cobb-Winkel nicht ausreichend gross gewesen sei, um eine Operationsnotwendigkeit zu begründen. Zudem habe die Beschwerdeführerin einen Berufsweg eingeschlagen, der in

eine hinsichtlich des Wirbelsäulenleidens ideal angepasste Tätigkeit führe (S. 8).

3.1.8 Im Bericht vom 4. Juni 2024 (act. I 8) hielten Dr. med. E. _____ und Dr. med. I. _____, Letzterer Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, durch die Operation sei selbst für eine 'angepasste' Tätigkeit in einem Büro langfristig und nachhaltig eine deutlich verbesserte Erwerbsfähigkeit ermöglicht worden.

3.1.9 Dr. med. E. _____ hielt im Bericht vom 1. Juli 2024 (act. I 9) fest, der Beschwerdeführerin gehe es ausgezeichnet. Etwas ärgerlich sei noch das hängige Versicherungsbegehren gegenüber der IV, was nicht ganz nachvollziehbar sei, da die Kriterien für die Versorgung der Skoliose gegeben gewesen seien und dies ganz klar in die Verantwortung der IV falle, solange die Beschwerdeführerin unter 18 Jahre sei, was zum Zeitpunkt der Operation der Fall gewesen sei.

3.1.10 In der "Aktennotiz RAD" vom 4. Juli 2024 (act. II 41) hielt Dr. med. D. _____ fest, eine Verbesserung der Eingliederungsfähigkeit sei durch den Eingriff an der Wirbelsäule nicht zu erzielen gewesen.

3.2

3.2.1 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).

3.2.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen

Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.2.3 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).

Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach aArt. 44 ATSG (in der bis am 31. Dezember 2021 gültigen und hier massgeblichen Fassung) vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. 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 (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 154 E. 2.3).

3.3 Die Aktenberichte der RAD-Ärzte Dres. med. C. _____ und D. _____ vom 20. Dezember 2023 (act. II 22), 29. April 2024 (act. II 36) und 4. Juli 2024 (act. II 41) erfüllen für sich genommen bzw. im Verbund die Anforderungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte (vgl. E. 3.2.2 vorne) und erbringen Beweis. Danach bezweckte die am ... 2023 erfolgte Operation und Nachbehandlung der idiopathischen Skoliose nicht

in erster Linie die Verbesserung der Eingliederungsfähigkeit im Sinne von Art. 12 IVG.

Was die Beschwerdeführerin unter Verweis auf die Berichte der behandelnden Ärzte (Beschwerde S. 6 Rz. 8 f.; Stellungnahme vom 24. Juli 2024) dagegen vorbringt, verfährt nicht:

3.3.1 So ist entgegen der Auffassung der behandelnden Ärzte (act. I 8) unter dem (vorliegend allein streitbetroffenen) Blickwinkel des Art. 12 IVG (vgl. E. 1.2 vorne) die Frage von zentraler Bedeutung, ob die erfolgte Behandlung – hier der operative Eingriff vom ... 2023 samt Nachbehandlung – der Verbesserung oder zumindest der Erhaltung der Erwerbsfähigkeit dient (vgl. E. 2.1 ff. vorne). Diesbezüglich geht aus den Akten hervor, dass die Beschwerdeführerin damals in der Ausbildung bei einer ... stand (mit vorgesehenem Abschluss im Sommer 2024 [act. II 16 S. 4; 37 S. 2]). Dabei bestehen keine Anzeichen dafür, dass sie durch das Rückenleiden in der Berufswahl eingeschränkt gewesen oder aber die Ausbildung bzw. ausgeübte Tätigkeit im bisherigen Verlauf wesentlich und dauerhaft durch die idiopathische Skoliose beeinträchtigt worden wäre (Art. 26 Abs. 5 f. IVV). Namentlich geht solches nicht aus dem (kurz gehaltenen) Bericht der Arbeitgeberin vom 22. Juli 2024 (act. I 10) hervor, worin allein festgehalten wurde, dass die Beschwerdeführerin ihrer Arbeit "im Gegensatz zu der Zeit vor der Operation ohne Kopf- und Rückenschmerzen nachgehen" könne. Längerdauernde Absenzen infolge des Rückenleidens sind hingegen nicht dokumentiert und werden auch nicht geltend gemacht, womit aus der postoperativ berichteten Schmerzreduktion (act. II 29 S. 1) keine Rückschlüsse auf die Eingliederungsrelevanz der Vorkehr abgeleitet werden können. Insoweit im "Arztbericht für Versicherte vor dem 20. Altersjahr" vom 9. Oktober 2023 die Frage, ob sich der Gesundheitszustand auf den Schulbesuch oder die berufliche Ausbildung auswirkt, zwar bejaht, jedoch gleichzeitig festgehalten wurde, eine körperlich belastende Arbeit/Lehre sei nicht zu empfehlen, insbesondere keine Zwangspositionen (act. II 16 S. 2), führt dies zu keiner anderen Einschätzung, da eine andere Ausbildung bzw. Tätigkeit als die (damals) ausgeübte wie gezeigt nicht zur Diskussion stand bzw. steht. Bei dieser Sachlage konnte der Eingriff im Zeitpunkt der Abklärung der Operationsindikation im September/Oktober 2023 (act. II 16 S.

4 ff.) mithin zum Vornherein nicht auf eine wesentliche Verbesserung der Eingliederungs- bzw. Erwerbsfähigkeit gerichtet sein. Wenn die RAD-Ärzte Dres. med. C. _____ und D. _____ deshalb schlussfolgerten, mit der Wirbelsäulenoperation hätten sich die beruflichen Möglichkeiten für die Beschwerdeführerin nicht verändert bzw. gebessert (vgl. act. II 36 S. 7; 35 S. 2), ist dies schlüssig und überzeugt.

3.3.2 Was sodann die Frage anbelangt, ob es mit dem operativen Eingriff (samt Nachbehandlung) eine drohende Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 1^{novies} IVV (vgl. E. 2.1 vorne) zu verhindern galt, ist Folgendes festzuhalten:

3.3.2.1 Dr. med. H. _____ bejahte im Bericht vom 4. September 2023 eine Operationsindikation als "weitgehend gegeben" mit dem Hinweis, es liege eine fortgeschrittene Skoliose von 42° vor. Durch eine Operation würde die Lendenwirbelsäule massiv profitieren (act. II 16 S. 7). Sodann überwies er die Beschwerdeführerin an Dr. med. E. _____, welcher im Bericht vom 5. September 2023 bei einer Skoliose von über 40° eine operative Korrektur thorakal "ganz klar" empfahl (act. II 16 S. 4). Im Übrigen enthalten beide Berichte keine prognostischen Angaben zur künftigen Entwicklung mit und ohne operativen Eingriff. Hingegen ist beiden Berichten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin einzig gelegentliche, jedoch nicht sehr ausgeprägte Rückenbeschwerden (act. II 16 S. 6) bzw. aktuell nicht "Wesentliche Beschwerden" schilderte und sie den deutlichen Rückenbuckel als optisch störend empfand (act. II 16 S. 4). Sodann wurde im "Arztbericht für Versicherte vor dem 20. Altersjahr" vom 9. Oktober 2023 der Gesundheitszustand zwar als "besserungsfähig" bezeichnet, gleichzeitig jedoch die Frage, ob durch medizinische Massnahmen die Möglichkeit einer späteren Eingliederung ins Erwerbsleben wesentlich verbessert werden könne, verneint (act. II 16 S. 2). Ob diese Angaben dem Umstand geschuldet waren, dass die Beschwerdeführerin bereits in Ausbildung stand, kann offen bleiben. Jedenfalls enthalten die medizinischen Berichte, welche die behandelnden Ärzte vor dem Vorbescheid vom 9. Januar 2024 und der darin in Aussicht gestellten Verneinung einer Leistungspflicht (act. II 23) verfassten, keine oder eine negative Eingliederungsprognose (vgl. E. 2.4 vorne) bzw. es ergeben sich daraus keine Hinweise, dass die Behandlungen

gen überwiegend unmittelbar der Eingliederung dienten. Ebenso wenig lassen diese Berichte den Schluss zu, dass ohne operativen Eingriff ein Gesundheitszustand einzutreten drohte, der die Berufsausbildung bzw. die Erwerbsfähigkeit mit Wahrscheinlichkeit beeinträchtigen würde, mithin mit dem Eintritt einer Invalidität in naher oder fernerer Zukunft zu rechnen gewesen wäre (vgl. E. 2.2.2.2 vorne; Entscheid des BGer vom 29. Dezember 2008, 9C_520/2008, E. 2.2). Vielmehr bestand nach überzeugender Darstellung von RAD-Arzt Dr. med. C. _____ auch nach der erfolgten Operation eine gleichbleibende Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule, ohne dass sich die beruflichen Möglichkeiten der Beschwerdeführerin gebessert hätten (vgl. act. II 36 S. 7).

3.3.2.2 Nach Erlass des Vorbescheids vom 9. Januar 2024 führten die behandelnden Ärzte als Begründung für die Operation nunmehr ins Feld, mit dem Eingriff degenerative Schäden an der Wirbelsäule im Erwachsenenalter abgewendet zu haben (vgl. act. II 29 S. 2; act. I 8). Indem sie namentlich im Bericht vom 4. Juni 2024 (act. I 8) ein erhebliches Unverständnis für die Leistungsablehnung zum Ausdruck brachten bzw. die Argumentation der Beschwerdegegnerin gar als "im besten Fall [...] makaber" (act. I 8) bezeichneten und die Beschwerdegegnerin ausdrücklich als leistungspflichtig erachteten (act. I 9), ist überdies eine Parteinahme zu Gunsten der Beschwerdeführerin nicht von der Hand zu weisen. Vor diesem Hintergrund ist der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4), was den Beweiswert ihrer Angaben erheblich schmälert. Dies gilt hier umso mehr, als – wie gezeigt – der Eingriff erst nach dem Vorbescheid vom 9. Januar 2024 mit der Vermeidung einer negativen gesundheitlichen Entwicklung begründet wurde.

Im Übrigen bedeutet "Operationsindikation" der Grund oder Umstand, nach Abschätzung des Risikos und des möglichen Nutzens eine Operation durchzuführen, wobei zwischen absoluter (zwingender) und relativer Indikation unterschieden wird (vgl. ENGELHARDT, Lexikon Orthopädie und Unfall-

chirurgie, [www.lexikon-orthopaedie.com]). Dabei entspricht der mögliche Nutzen der Vorhersage des Verlaufs, mithin der prognostischen gesundheitlichen Entwicklung (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Auflage, S. 1463), welche ihrerseits Rückschlüsse auf die Wahrscheinlichkeit des Eintritts einer Invalidität erlaubt. Hierzu wies der RAD-Arzt Dr. med. C. _____ im Bericht vom 29. April 2024 darauf hin, dass (gemäss Bericht von Dr. med. H. _____ vom 4. September 2023 [act. II 16 S. 7]) im Vorfeld der Operation das Risser-Stadium mit 5 (Skelettreife) angegeben worden, das Wachstum der Beschwerdeführerin folglich abgeschlossen gewesen sei, und damit eine Adoleszentskoliose vorgelegen habe. Demnach sei gestützt auf die AWMF-Leitlinie "Adoleszente Idiopathische Skoliose" (nachfolgend AWMF-Leitlinie; abrufbar unter www.awmf.org/leitlinien) der präoperative Cobb-Winkel zu klein gewesen, um eine Operationsindikation zu begründen (act. II 36 S. 7 f.), womit die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme gestützt auf Art. 12 IVG nicht erfüllt seien (act. II 22 S. 3). Dies überzeugt insofern, als damals mit Blick auf die Aktenlage zumindest keine absolute Operationsindikation bestanden hat, welche ihrerseits auf die Vermeidung einer künftigen Beeinträchtigung der Gesundheit und einer konsekutiv drohenden Invalidität hätte schliessen lassen: So hielt das BSV (Dr. med. J. _____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin) in einer auf Anfrage der Beschwerdeführerin erfolgten Stellungnahme vom 31. Mai 2024 (act. I 7) in grundsätzlicher Hinsicht fest, dass bei der Entscheidung über die Behandlungsstrategie die Faktoren "Krümmungsausprägung" (Cobb-Winkel) und "Skelettreife" (verbleibendes Wachstum) zentral seien bzw. nach Abschluss des Wachstums bei einem Cobb-Winkel zwischen 40° und 50° thorakal eine Operation je nach Kontext erwogen werden könne (S. 2). Diese Einschätzung fusst auf den Empfehlungen gemäss AWMF-Leitlinie Kapitel 2.7.1, wonach ab einem Cobb-Winkel von 40° eine individualisierte Beratung in einem operativen Skoliose-Zentrum erfolgen soll (S. 36). Gestützt darauf war – bei abgeschlossenem Knochenwachstum und einem Cobb-Winkel von 42° (act. II 16 S. 7) bzw. 44° (act. I 8) – auf eine allein relative Operationsindikation zu schliessen. Dr. med. C. _____ berief sich seinerseits auf die AWMF-Leitlinie Kap. 2.7.3.1, welche sich ausdrücklich mit der Operationsindikation befasst und diese vom tatsächlichen oder mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Ausmass der Krümmung abhängig macht, wobei

gemäss der Leitlinie Langzeituntersuchungen gezeigt hätten, dass die Krümmungen auch nach Wachstumsabschluss für thorakale und doppelthorakale Krümmungen ab einer Krümmung von ca. grösser 50° noch zunehmen, was die Rechtfertigung einer operativen Behandlung begründe (S. 62). Gestützt darauf hätte – wie von Dr. med. C. _____ im vorliegenden Fall vertreten – bei einem (unbestrittenen) Cobb-Winkel kleiner als 50° eine Operationsindikation sogar verneint werden können. Inwieweit der von den Behandlern vertretenen (relativen) Operationsindikation zu folgen ist, kann offen bleiben, zumal alleine aufgrund einer relativen Operationsindikation noch kein Anspruch auf Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin besteht. Immerhin lässt sich daraus jedoch folgern, dass – aus damals prognostischer Sicht – ohne Eingriff nicht überwiegend wahrscheinlich mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Seiten des Rückens (Fortschreiten der Skoliose mit konsekutiver Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit) zu rechnen war. Die behandelnden Ärzte haben denn auch allein pauschal und ohne präzisere Erläuterungen auf die Vermeidung nicht näher bezeichneter degenerativer Schäden an der Wirbelsäule verwiesen, was für die Annahme einer künftigen Invalidität rechtlich nicht genügt, sondern im Ergebnis einer von der Kostenübernahme nicht abgedeckten Krankheitsprophylaxe gleichkommt (vgl. E. 2.2.2.2 vorne). Auch ist zu beachten, dass die Behandler die Durchführung der Operation im September 2023 als auf erhebliche Zeit hinaus aufschiebbar erachteten (act. II 16 S. 4), es sich mithin um einen elektiven Eingriff handelte (act. II 33 S. 5), was klar gegen den Eintritt einer Invalidität in absehbarer Zeit spricht. Wenn die Dres. med. I. _____ und E. _____ im Bericht vom 4. Juni 2024 (ohne nähere Begründung) deshalb festhielten, durch die Operation sei auch für eine Tätigkeit im Büro langfristig und nachhaltig eine verbesserte Erwerbsfähigkeit ermöglicht worden (act. I 8), so ist dies zwar möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich. Auch ändert nichts, dass die am TT. MM 2005 geborene Beschwerdeführerin (act. II 1 S. 1) im Zeitpunkt des Eingriffs am ... 2023 (gerade noch) minderjährig (Art. 14 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [ZGB: SR 210]) war – wie die behandelnden Ärzte einwenden (act. II 29 S. 2; act. I 9) –, ist doch dem Dargelegten zufolge für die Frage nach der Operationsindikation nebst dem Cobb-Winkel u.a. die Skelettreife und nicht die rechtliche Volljährigkeit massgebend. Insoweit wird von keiner Seite in Frage gestellt, dass das Knochenwachs-

tum der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Abklärung im September bzw. Oktober 2023 bei einem Risser-Stadium von 5 (act. II 16 S. 7) abgeschlossen war

3.3.3 Damit ist nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429; SVR 2022 UV Nr. 41 S. 163 E. 3.3) erstellt, dass im September/Okttober 2023 bei einem Verzicht auf den Eingriff prognostisch mit einer Invalidität (Art. 8 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 1^{novies} IVV) gerechnet werden musste.

3.4 Demnach begründen die Berichte der behandelnden Ärzte keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen (vgl. E. 3.2.3 hiavor), so dass es der eventualiter beantragten Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zwecks weiterer Abklärungen (Beschwerde S. 2 Ziffer 3 der Rechtsbegehren) nicht bedarf.

3.5 Aus dem Dargelegten ergibt sich somit Folgendes: Es kann offen bleiben, ob in Bezug auf die idiopathische Skoliose überhaupt ein – für die Annahme einer Leistungspflicht nach Art. 12 IVG grundsätzlich vorausgesetztes (vgl. E. 2.1 und 2.2.2.1 vorne) – stabiles pathologisches Geschehen vorlag oder ob allenfalls auch der kosmetische Aspekt eine wesentliche Rolle spielte. Entscheidend ist, dass im Zeitpunkt der Evaluation der Eingriffsindikation (September/Oktober 2023 [act. II 16 S. 4 ff.]) der geplanten Operation keine unmittelbare Auswirkung auf die Eingliederungsfähigkeit zukam und überdies weder eine Invalidität eingetreten war noch prognostisch eine solche einzutreten drohte. Keiner abschliessenden Klärung bedarf folglich auch, ob die (im Zeitpunkt der Operation vom ... 2023 noch nicht volljährige) Beschwerdeführerin als Minderjährige im Sinne der Rechtsprechung zu betrachten und diesfalls vom strikten Erfordernis der Korrektur einzig stabiler Funktionsausfälle oder Defekte abzusehen war (vgl. E. 2.2.2.2 und 2.3 vorne). Denn auch in diesem Fall wäre vorausgesetzt, dass ohne den operativen Eingriff ein stabilisierter Zustand eingetreten wäre, welcher die weitere Ausbildung bzw. Erwerbstätigkeit voraussichtlich beeinträchtigt hätte, was dem Dargelegten zufolge hier nicht zutrifft (vgl. E. 3.3.3 vorne).

Demnach besteht gestützt auf Art. 12 IVG kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für die am ... 2023 erfolgte Skoliose-Operation samt Nachbehandlung.

3.6 Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 6. Mai 2024 nicht zu beanstanden und die dagegen gerichtete Beschwerde abzuweisen.

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 Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- entnommen, die Restanz von Fr. 300.-- sind der Beschwerdeführerin nach Rechtskraft des vorliegenden Entscheids zurückzuerstatten.

4.2 Nach Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. dazu auch BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

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 von Fr. 800.-- entnommen. Der Restbetrag von Fr. 300.-- wird der Beschwerdeführerin nach Rechtskraft des vorliegenden Entscheids zurückerstattet.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ 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.