

BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2024 579 vom 30. Januar 2026

BE Verwaltungsgericht, 2026-01-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/be_verwaltungsgericht_200_2024_579

FR: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2024 579 du 30 janvier 2026

IT: BE_VERWALTUNGSGERICHT 200 2024 579 del 30 gennaio 2026

Erwägungen

E. 1.1

Die angefochtene Verfügung ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom

E. 1.2

Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 31. Juli 2024 (act. II 100). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Versicherten auf medizinische Massnahmen und dabei insbesondere die Frage, ob die Voraussetzungen für die Anerkennung eines Geburtsgebrechens gemäss Ziffer 390 Anhang GgV-EDI erfüllt sind.

E. 1.3

Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

E. 1.4

Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG). 2. 2.1 Nach Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Massnahmen zur Behandlung von Geburtsgebrenchen (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 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) 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.

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. Januar 2026, IV 200 2024 579 - 5 - 2.2 2.2.1 Als Geburtsgebrenchen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 3bis Abs. 1 IVV erstellt das EDI die Liste nach Art. 14ter Abs. 1 lit. b IVG mit den Geburtsgebrenchen, für die medizinische Massnahmen nach Art. 13 IVG gewährt werden. Diese Geburtsgebrenchen sind im Anhang der GgV-EDI aufgeführt (Art. 1 GgV-EDI). Die Invalidenversicherung kann nur dann Leistungen gemäss Art. 13 IVG erbringen, wenn es sich um Geburtsgebrenchen handelt, die im Anhang zur GgV-EDI enthalten sind. Die Liste der Geburtsgebrenchen hat abschliessenden Charakter (BGE 122 V 113 E. 3a/cc S. 119; Rz. 2 des Kreisschreibens des

Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der IV [KSME], Stand 1. Januar 2023; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 151 V 137 E. 4.3 S. 140). 2.2.2 Leiden, die als solche keiner wissenschaftlich anerkannten Behandlung zugänglich sind, figurieren nicht in der Geburtsgebrechenliste. Sie können aber gegebenenfalls Ansprüche auf andere Leistungen (berufliche Eingliederungsmassnahmen, Hilfsmittel oder Rente) begründen (Rz. 6 KSME). Wenn indessen einzelne der Symptome, aus denen das Syndrom besteht, die Kriterien eines Geburtsgebrechens erfüllen, können diese unter der entsprechenden Ziffer übernommen werden. Das Syndrom selbst stellt dagegen kein Geburtsgebrechen im Sinne der IV dar (Rz. 6.1 KSME). Syndrome sind Entitäten, die durch eine Kombination von Symptomen, die typischerweise gleichzeitig und gemeinsam auftreten, gekennzeichnet werden. Syndrome als solche sind, wie auch Chromosomenanomalien, keiner wissenschaftlich anerkannten Behandlung zugänglich und gelten daher nicht als Geburtsgebrechen im Sinne von Art. 13 IVG. Die IV kann aber bei Kindern, welche unter einem Syndrom (oder einer Chromosomenanomalie) leiden, medizinische Massnahmen zur Behandlung jener Symptome in Zusammenhang mit dem Grundleiden übernehmen, bei denen es sich um ein Geburtsgebrechen im Sinne der IV handelt (Rz. 10 KSME). 2.3 Ziffer 390 Anhang GgV-EDI umschreibt folgendes Geburtsgebrechen: "Angeborene infantile Zerebralparese (spastisch, dyskinetisch, ataktisch)". Rz. 390.1 ff. KSME präzisiert wie folgt:

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. Januar 2026, IV 200 2024 579 - 6 - 2.3.1 Die angeborene infantile Zerebralparese (oft auch als zerebrale Bewegungsstörung oder Zerebralparese [CP] bezeichnet) stellt kein einheitliches Krankheitsbild dar, sondern bildet einen Symptomenkomplex, der eine Gruppe von statischen Enzephalopathien zusammenfasst. Diese sind gekennzeichnet durch: – eine neurologisch klar definierbare Störung, – je nach Form vorherrschend Spastizität, Dyskinesie oder Ataxie, – eine Entstehung vor dem Ende der Neonatalperiode, – das Fehlen einer Progredienz des zugrundeliegenden Prozesses, – häufig assoziierten auftretenden zusätzlichen Störungen wie Lernbehinderung, geistiger Behinderung, Sehstörungen, Epilepsie als Folge derselben Ursache. Als Geburtsgebrechen Ziffer 390 Anhang GgV-EDI anzuerkennen sind demzufolge nur angeborene spastische, ataktische und/oder dyskinetische Bewegungsstörungen. Die zusätzlich assoziierten Störungen, wie oben aufgeführt, sind nicht eine Folge der CP, sondern einer gemeinsamen übergeordneten Ursache (Enzephalopathie), die ihrerseits nicht einem Geburtsgebrechen im Sinne der IV entspricht. Demzufolge sind diese assoziierten Störungen nicht unter Ziffer 390 Anhang GgV-EDI versichert (Rz. 390.1 KSME). 2.3.2 2.3.2.1 Zur Diagnose einer spastischen Bewegungsstörung muss eine Hyperreflexie vorliegen, ein erhöhter Widerstand der von der Störung betroffenen Muskeln gegen passive Bewegungen (erhöhter Muskeltonus) sowie pathologische Reflexe (gesteigerte Muskeleigenreflexe, Babinskizichen) und abnorme Haltungs- und Bewegungsmuster (Rz. 390.1.1 KSME). 2.3.2.2 Ataktische Bewegungsstörungen betreffen Teile der Fein- und/oder der Körpermotorik. Die ataktische Störung der Feinmotorik ist durch folgende Befunde definiert: Intentions- oder Aktionstremor (ein die Handbewegung begleitendes Zittern) und eine Dysmetrie (Fehler im Mass

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. Januar 2026, IV 200 2024 579 - 7 - der Bewegung im Sinne eines Danebengreifens). Begleitend finden sich nicht selten Synkinesien (überschiessendes Öffnen der Hand beim Loslassen manipulierter Gegen

stände) und im Neurostatus eine Hypotonie, eine Dysdiadochokinese und/oder ein positives Rebound-Phänomen. Die ataktische Störung der Körpermotorik ist durch die Rumpfataxie definiert (Rz. 390.1.2 KSME). 2.3.2.3 Dyskinesien sind von unwillkürlichen Bewegungen gekennzeichnete Störungen der Motorik, welche weiter von abnormalen Haltungs- und Bewegungsmustern geprägt werden. Zu den dyskinetischen Bewegungsstörungen gehören unter anderem Chorea und Athetosen (Rz. 390.1.3 KSME). 2.4 Die Anerkennung eines Geburtsgebrechens im Sinne der GgV-EDI setzt eine fachärztliche Diagnose voraus (Art. 13 Abs. 2 lit. a IVG; vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] 9C_419/2016 vom 2. November 2016 E. 7.1). Ferner dürfen die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht 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 151 V 244 E. 3.4 S. 248, 144 V 427 E. 3.2 S. 429; Urteil des BGer 9C_583/2024 vom 26. Mai 2025 E. 3.3.1, zur Publikation vorgesehen; SVR 2022 UV Nr. 41 S. 161, 8C_457/2021 E. 3.3). 3. 3.1 Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt: 3.1.1 Im Bericht des Spitals B. _____ vom 21. März 2022 (act. II 23 S. 2-5) wurden die folgenden Diagnosen gestellt: • Cri du chat-Syndrom (CdS) bei grosser Deletion 5p

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. Januar 2026, IV 200 2024 579 - 8 - • Obere Atemwegsobstruktion bei Retrognathie und verkürzten aryepiglottischen Falten, ED (= Erstdiagnose) 18. Februar 2022 • Kongenitaler Pes equinovarus links und Pes equinus rechts • Hyperpigmentierung bei V.a. (= Verdacht auf) transiente neonatale pustulöse Melanose • Hypotroph termingeborenes Mädchen Bei Dysmorphiezeichen (Retrognathie, tief sitzenden kleinen Ohren, Vierfingerfurche bds. [= beidseits], unklarem Hautbefund, Klumpfuss links) sei eine Verlegung ins Spital B. _____ zur weiteren Abklärung erfolgt. Bei hochgradigem Verdacht auf eine syndromale Erkrankung mit Hypotonie, Stridor, hochfrequentem Weinen, craniofazialer Fehlbildung (ausgeprägte Retrognathie, Hypertelorismus, Telekanthus), Fussfehlstellung, Vierfingerfurche und hypoplastischen Nägeln Dig V, sei ein Organscreening durchgeführt worden. Hierbei habe sich echokardiographisch eine gute systolische Funktion bei eingeschränkter diastolischer Funktion mit optisch vermehrter Trabekulierung apikal gezeigt. Die Sonographie des Schädels und Abdomens sowie die ophthalmologische Untersuchung seien unauffällig gewesen, ebenso das Bedside-Hörscreening. Im Verlauf der Hospitalisation habe sich mittels genetischer Untersuchung ein 5p-Syndrom (CdS) bestätigen lassen (S. 3). 3.1.2 Im zu Händen der Beschwerdegegnerin verfassten Bericht des Spitals B. _____ vom 6. Mai 2022 (act. II 7 S. 1-3) wurden im Wesentlichen die folgenden Diagnosen gestellt: a. Kongenitaler Pes equinovarus links und Pes equinus rechts, aktuell Klumpfuss links b. CdS bei grosser Deletion 5p c. Obere Atemwegsobstruktion bei Retrognathie und verkürzten aryepiglottischen Falten, Erstdiagnose 18. Februar 2022 d. Hyperpigmentierung bei V.a. transiente neonatale pustulöse Melanose Die Diagnosen seien erstmals nach der Geburt gestellt worden (S. 1). Es lägen Geburtsgebreden gemäss Ziffer 182 (Pes equinovarus congenitus) und Ziffer 201 (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte) gemäss Anhang GgV-EDI vor (S. 2). 3.1.3 Dr. med. C. _____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, RAD, hielt im Bericht vom 10. November 2022 (act. II 27) fest, eine Lippen-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. Januar 2026, IV 200 2024 579 - 9 - Kiefer-Gaumenspalte liege nicht vor. Der Gaumen werde als geschlossen beschrieben, womit kein Geburtsgebrechen im Sinne von Ziffer 201 Anhang GgV-EDI gegeben sei (S. 4). Mit weiterem Bericht vom 3. Januar 2023 (act. II 32) führte Dr. med. C. _____ aus, eine Mikrognathia inferior sei nicht gegeben, womit sich ein Geburtsgebrechen gemäss Ziffer 208 (Micrognathia inferior congenita) nicht feststellen lasse (S. 4). 3.1.4 Im Bericht des Spitals B. _____ vom 9. Juni 2023 (act. II 59 S. 7 ff.) wurde festgehalten, die Versicherte habe langsame aber kontinuierliche Entwicklungsfortschritte erzielt. Es bestehe eine deutliche Entwicklungsverzögerung, wie dies bei einem CdS zu erwarten sei. Klinisch-neurologisch falle weiterhin eine zerebrale Bewegungsstörung auf, im Vergleich zur Voruntersuchung jedoch regredient. Im gehaltenen Stehen falle zudem eine Hyperextension im rechten Bein auf, das linke Bein werde weniger belastet. Das Gehör sei zwischenzeitlich in der Verhaltensaudiometrie als normal beurteilt worden. Erfreulicherweise bestünden auch von pneumologischer Seite aktuell keine Probleme. Einzig falle nebendiagnostisch weiterhin die zögerliche Gewichtszunahme auf (S. 9). 3.1.5 Im zu Händen der Beschwerdegegnerin verfassten Bericht des Spitals B. _____ vom 7. Februar 2024 (act. II 72 S. 1-5), mitunterzeichnet von Prof. Dr. med. D. _____, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, wurden eine zerebrale Bewegungsstörung mit dyskinetischem Bewegungsmuster und Tonuserhöhung im rechten OSG (= Oberes Sprunggelenk) sowie ein CdS diagnostiziert. Es lägen Geburtsgebrechen gemäss den Ziffern 390 und 395 Anhang GgV-EDI vor (S. 1). Wie im Rahmen eines CdS zu erwarten, zeige sich eine deutliche Entwicklungsstörung und eine Entwicklung einer zerebralen Bewegungsstörung mit dyskinetischem Bewegungsmuster (S. 2). Zu Ziffer 390 Anhang GgV-EDI hielten die Behandler weiter fest, es bestehe eine dyskinetische Bewegungsstörung: Klinisch-neurologisch falle eine zerebrale Bewegungsstörung auf mit Tonuserhöhung in der rechten unteren Extremität sowie Schwierigkeiten in der Balance und Koordination im Sinne einer dyskinetischen CP (S. 3).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. Januar 2026, IV 200 2024 579 - 10 - 3.1.6 Der RAD-Arzt Dr. med. C. _____ hielt im Bericht vom 19. April 2024 (act. II 76) fest, das CdS sei ein Deletionssyndrom. Zu den typischen Merkmalen des CdS (5p-minus-Syndrom) gehörten, neben den katzenschreiartigen, schrillen und lauten Lautäusserungen, u.a. eine Wachstumsstörung, Klumpfuß, Mikrozephalie, eine Muskelschwäche (Muskelhypotonie), Augenprobleme (u.a. Strabismus), Zahnprobleme, Infektneigung der oberen Atemwege, eine meist stark verzögerte motorische Entwicklung, eine kognitive Einschränkung und diverse, typische Dysmorphiezeichen (S. 5). Ein Geburtsgebrechen gemäss Ziffer 395 Anhang GgV-EDI liege nicht vor, da die Kriterien gemäss KSME nicht erfüllt seien. Dasselbe treffe auf das Geburtsgebrechen Ziffer 390 Anhang GgV-EDI zu, seien doch die gemäss Rz. 390.1.3 KSME vorausgesetzten unwillkürlichen Bewegungen in den Unterlagen nicht beschrieben (S. 6 f.). 3.1.7 Im zu Händen der Beschwerdegegnerin und mit "Wiedererwägungsgesuch zu negativem Vorbescheid vom 10.05.2024" betitelmtem Bericht vom 15. Mai 2024 (act. II 83 S. 1) führte Prof. Dr. med. D. _____ aus, als Experte auf dem Gebiet der CP von Kindern und Jugendlichen erhebe er Einspruch gegen die Ablehnung der Kostenübernahme vom 10. Mai 2024 für die Behandlung im Zusammenhang mit dem Geburtsgebrechen 390. Gemäss der klinischen Diagnose leide die Versicherte klar unter einer CP. Die CP sei laut der Definition von Rosenbaum eine "nicht-progressive Störung der Bewegung und Haltungsverhalten, die auf einer Hirnschädigung oder -entwicklungsstörung basiert und die motorische

Funktion beeinträchtigt“. Es sei wichtig zu betonen, dass die Ursache der Bewegungsstörung bei der CP keine Rolle spiele, solange die klinischen Kriterien erfüllt seien. Die Ablehnung werde aber damit begründet, dass das CdS ursächlich sei für die Bewegungsstörung. Genetische Ursachen könnten jedoch klar mit einer CP vereinbar sein. Die Ablehnung der Kostenerübernahme für die Behandlung im Zusammenhang mit "GGV 390" aufgrund des CdS erscheine daher nicht gerechtfertigt. 3.1.8 Nach interner Zuweisung an die RAD-Ärzte Dr. med. E. _____, Fachärztin für Neurologie, sowie Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erklärte Dr. med. C. _____ in seiner Stellungnahme vom 3. Juli 2024 (act).

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. Januar 2026, IV 200 2024 579 - 11 - II 99), es treffe zu, dass das CdS nicht allein für die Situation verantwortlich sei. Ebenfalls zu berücksichtigen seien die angeborene beidseitige Fussfehlstellung sowie die Tatsache, dass die geforderten KSME-Kriterien für eine dyskinetische CP nicht erfüllt seien. Die beschriebenen Schwierigkeiten der Balance beim Gehen liessen sich durch die angeborene Fussfehlstellung (Klumpfuß links und Spitzfuß rechts) aus orthopädischer Sicht hinreichend begründen. Klinische Symptome, die darüber hinaus das Vorliegen einer dyskinetischen CP belegten, fänden sich in den eingereichten Unterlagen nicht. Eine Tonuserhöhung wäre gemäss KSME-Kriterien eher ein klinisches Charakteristikum für eine spastische CP. Weitere Symptome, welche gemäss KSME für eine spastische CP gefordert würden, lägen nicht vor. Die KSME-Kriterien seien demnach nicht erfüllt, weder für eine spastische noch für eine dyskinetische CP (S. 7). 3.1.9 Dr. med. G. _____, Facharzt für Chirurgie, hielt im Rahmen einer vertrauensärztlichen Beurteilung vom 22. August 2024 (act. I 3) zu Handen der Beschwerdeführerin fest, die Argumentation von Prof. Dr. med. Grünt sei schlüssig und nachvollziehbar und beruhe auf seiner fundierten Ausbildung und Expertise als Pädiater. 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

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. Januar 2026, IV 200 2024 579 - 12 - 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. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 133, 9C_651/2019 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. 7, 8C_131/2021 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseig- nung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachper- sonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlass- ten 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 versiche- rungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufge- legten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubersichti- gen. 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 sol- che Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Ge- richtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 142 V 58 E. 5.1 S.

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. Januar 2026, IV 200 2024 579 - 13 - 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; Urteil des BGER 8C_434/2023, 8C_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3, nicht publ. in: BGE 150 V 188, aber in: SVR 2024 UV Nr. 27 S. 107). 3.3 3.3.1 Aufgrund der medizinischen Berichte (vgl. E. 3.1 vorne) steht fest und ist unbestritten (Beschwerde S. 2 Rz. 5), dass die Versicherte an ei- nem kongenitalen Pes equinovarus (Klumpfuß) links und an einem Pes equinus (Spitzfuß) rechts leidet. Die Beschwerdegegnerin hat das Ge- burtsgebrechen gemäss Ziffer 182 Anhang GgV-EDI (Pes equinovarus congenitus) anerkannt (act. II 17). Ferner ist die Versicherte von einem CdS betroffen. Dabei handelt es sich um ein Fehlbildungssyndrom, wel- ches durch eine Chromosomenanomalie hervorgerufen wird. Es zeichnet sich durch ein charakteristisches katzenartiges Schreien des Neugebore- nen aus, das auf eine Fehlentwicklung des Kehlkopfs zurückgeht. Diese Veränderung führt auch zu einem angeborenen Stridor. Beides verliert sich im Laufe des ersten Lebensjahres. Darüber hinaus weisen die Betroffenen eine Reihe weiterer Fehlbildungen auf. Neben einem typischen rund er- scheinenden Gesicht, welches mit der Zeit eine ovale Form annimmt, fin- den sich unter anderem Untergewicht und Muskelhypotonie bei Geburt, diverse kraniofaziale Dysmorphien wie Mikrozephalie, Hypertelorismus, Epikanthus, breiter Nasenwurzel, Retrognathie, tiefsitzende, leicht dysplas- tische Ohren, ferner Fehlbildungen an Herz und Kehlkopf, Strabismus, Sko- liose sowie kurze Mittelhand- und Mittelfusssknochen. Weiter kommt es zu einer körperlichen und geistigen Retardierung (Entwicklungsverzögerung; vgl. www.lexikon.doccheck.com/de/Katzenschrei-Syndrom; act. II 76 S. 6). Wie schon die Diagnose ausdrückt, handelt es sich beim CdS um ein Syn- drom, welches nicht auf der Liste der Geburtsgebrechen gemäss Anhang GgV-EDI figuriert. Entsprechend kann das CdS selber keinen Anspruch auf medizinische Massnahmen begründen, was die Beschwerdeführerin denn auch nicht geltend macht. 3.3.2

Wie jedoch in E. 2.2.2 vorne gezeigt, kann die IV bei Kindern, welche – wie hier – sowohl unter einem Syndrom als auch einer Chromosomenanomalie leiden, medizinische Massnahmen zur Behandlung jener Symptome in Zusammenhang mit dem Grundleiden übernehmen, bei de-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. Januar 2026, IV 200 2024 579 - 14 - nen es sich – für sich genommen – um ein Geburtsgebrechen im Sinne der IV handelt (vgl. Rz. 10 KSME; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] I 64/01 vom 20. Februar 2002 E. 4b/aa). Inso- weit macht die Beschwerdeführerin geltend, aufgrund der Berichte der Behandler sei ein dyskinetisches Bewegungsmuster erstellt, welches "die Voraussetzungen der KSME" erfülle (vgl. Beschwerde S. 4 Rz. 11). Dabei ist zu Recht unbestritten, dass es sich bei einer Dyskinesie bzw. einem dyskinetischen Bewegungsmuster – verstanden als Störung des physiolo- gischen Bewegungsablaufs einer Körperregion oder eines Körperteils (www.lexikon.doccheck.com/de/Dyskinesie) – nicht um ein eigenständi- ges Geburtsgebrechen im Sinne von Anhang GgV-EDI handelt. Zu prüfen ist demnach, ob dieses Störungsbild – wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht – im vorliegenden Fall unter Ziffer 390 Anhang GgV-EDI (Angeborene infantile Zerebralparese [spastisch, dyskinetisch, ataktisch]) zu subsumieren ist (vgl. Beschwerde S. 2 [Rechtsbegehren]). 3.4 Die Beschwerdegegnerin erwo- gen in der angefochtenen Verfügung vom 31. Juli 2024 (act. II 100), das CdS sei zwar nicht alleinig für die Situa- tion verantwortlich. Nicht unberücksichtigt bleiben dürfe jedoch die angebo- rene beidseitige Fussfehlstellung und die Tatsache, dass die geforderten KSME-Kriterien für eine dyskinetische Cerebralparese nicht erfüllt seien. Die beschriebenen Schwierigkeiten der Balance beim Gehen liessen sich durch die angeborene Fussfehlstellung (Klumpfuss links und Spitzfuss rechts) aus orthopädischer Sicht hinreichend begründen. Klinische Sym- ptome, die darüber hinaus das Vorliegen einer dyskinetischen CP belegten, fänden sich in den eingereichten Unterlagen nicht. In den vorliegenden Arztberichten seien die gemäss Rz. 390.1.3 KSME für eine dyskinetische CP geforderten Symptome nicht beschrieben oder dokumentiert. In der Folge verneinte die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines Geburtsge- brechens gemäss Ziffer 390 Anhang GgV-EDI. 3.5 Die Erwägungen der Beschwerdegegnerin stützen sich auf die Einschätzungen des RAD-Arztes Dr. med. C._____ in der Stellung- nahme vom 3. Juli 2024 (act. II 99). Diese erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 3.2.2 vorne). Dabei schadet es nicht, dass keine persönliche Untersu-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. Januar 2026, IV 200 2024 579 - 15 - chung der Versicherten erfolgte, basieren die Einschätzungen des RAD- Arztes doch auf einem in diagnostischer und befundmässig im Wesentli- chen feststehenden und gut dokumentierten medizinischen Sachverhalt (vgl. E. 3.1 vorne). Im Hinblick auf seine Stellungnahme vom 3. Juli 2024 (act. II 99) nahm Dr. med. C._____ zudem auch Rücksprache mit den RAD-Ärzten Dres. med. E._____ (act. II 92) und F._____ (act. II 93), welche die medizinische Situation zusätzlich aus neurologischer bzw. orthopädischer Sicht beurteilten. Was die Beschwerdeführerin unter Berufung auf die Berichte von Prof. Dr. med. D._____ vom 15. Mai 2024 (act. II 83 S. 1) und ihres Vertrauens- arztes Dr. med. G._____ vom 22. August 2024 (act. I 3) dagegen vor- bringt, verfährt nicht: 3.5.1 Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die zur CP ergangenen Weisungen gemäss Rz. 390.1 ff. KSME (vgl. E. 2.3.1 f. vorne) im Urteil des BGer 9C_818/2009 vom 20. November 2009

als rechtskonforme Konkretisierung der anwendbaren gesetzlichen bzw. verordnungsmässigen Bestimmungen qualifiziert wurden (E. 5.1). Zwar bezieht sich dieses Urteil auf die bis 31. Dezember 2008 in Kraft gestandene Fassung der KSME (E. 3.2.1). Jedoch haben die Weisungen gemäss Rz. 390.1 ff. KSME seit-her keine wesentliche inhaltliche Änderung erfahren, insbesondere auch nicht im Zuge der per 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV [WEIV]), mit welcher die Geburtsgebrehenliste der bis 31. Dezember 2021 in Kraft gestandenen Verordnung des Bundesrates vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrehen (GgV; SR 831.232.21) in die ab 1. Januar 2022 gültige GgV-EDI überführt und hinsichtlich der CP lediglich die Terminologie aktualisiert wurde. Eine inhaltliche Änderung war dabei nicht beabsichtigt (vgl. BSV, Erläuterungen zur "Verordnung des EDI vom 3.11.2021 über Geburtsgebrehen [GgV-EDI]", Anhang S. 30). Der Umschreibung im Rahmen der KSME folgend, bildet die CP demnach einen Symptomenkomplex, der eine Gruppe von "statischen Enzephalopathien zusammenfasst", welche u.a. durch eine "neurologisch klar definierbare Störung" gekennzeichnet sind (vgl. E. 2.3.1 vorne). Vorliegend wurde in den medizinischen Berichten zwar "klinisch-neurologisch" eine (indes regrediente)

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. Januar 2026, IV 200 2024 579 - 16 - "zerebrale Bewegungsstörung" dokumentiert (act. II 59 S. 9), die dann erstmals im zu Händen der Beschwerdegegnerin erstellten Bericht vom 7. Februar 2024 (act. II 72 S. 1-5) zur Diagnose erhoben wurde. Allerdings wurde dies lediglich dahingehend begründet, dass sich die Bewegungsstörung "im Sinne" einer dyskinetischen CP manifestiere (vgl. S. 3), ohne dass die gemäss Rz. 390.1 KSME vorausgesetzte klar definierbare neurologische Störung benannt und ohne dass dargelegt worden wäre, inwiefern eine von den übrigen Störungen unterscheidbare neurologische Problematik vorliegt. Wenn sich Prof. Dr. med. D._____ im Bericht vom 15. Mai 2024 (act. II 83 S. 1) hierzu auf den Standpunkt stellte, die Ursache der Bewegungsstörung bei der CP spiele keine Rolle, solange die klinischen Kriterien erfüllt seien, so erfolgt diese Einschätzung aus rein medizinischer Sicht. Aus rechtlicher Sicht ist hingegen zu beurteilen, ob die Voraussetzungen vorliegen, die der Verordnungsgeber zu Ziffer 390 Anhang GgV-EDI aufgestellt hat und welche – wie hier – im Rahmen der KSME (in zulässiger Weise) konkretisiert wurden. Auch wenn gemäss Prof. Dr. med. D._____ genetische Ursachen mit einer CP vereinbar sein "können" – was er in Bezug auf den vorliegenden Fall freilich nicht weiter konkretisierte – so ändert dies nichts daran, dass nach der überzeugenden Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. C._____ mit dem Vorliegen eines CdS (als einer genetischen Erkrankung) sowie den angeborenen beidseitigen Fussfehlstellungen (vgl. E. 3.3.1 vorne) die geltend gemachten Beeinträchtigungen hinreichend erklärt sind. Im Bericht des B._____, Universitätsklinik für Kinderheilkunde, vom 9. Juni 2023 (act. II 59 S. 7 ff.), wurde denn auch festgehalten, dass die "deutliche Entwicklungsverzögerung" im Rahmen des CdS "zu erwarten" sei (S. 9), die Entwicklung gemäss dem Bericht des Spitals B._____ vom 18. November 2023 im Rahmen des Syndroms jedoch normal verlaufe (act. II 61 S. 8). Jedenfalls ist eine von den genannten Leiden abgrenzbare, eigenständige und im Sinne von Rz. 390.1 klar definierbare neurologische Störung, welche die geltend gemachte Dyskinesie im Sinne eines Geburtsgebrehens nach Ziffer 390 Anhang GgV-EDI hinreichend zu erklären vermöchte, nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt (vgl. E. 2.4 vorne). 3.5.2 Doch selbst wenn eine (allein klinisch festgestellte) Dyskinesie ungeachtet des Vorliegens weiterer gesundheitlicher Störungen ein Ge-

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. Januar 2026, IV 200 2024 579 - 17 - burtsgebrecben gemäss Ziffer 390 Anhang GgV-EDI dem Grundsatz nach zu begründen vermöchte, änderte dies am Ergebnis nichts. Wie in E. 2.3.2.3 vorne gezeigt, wird die Dyskinesie im Sinne von Ziffer 390 Anhang GgV-EDI in Rz. 390.1.3 KSME näher umschrieben. Demnach sind Dyskinesien von unwillkürlichen Bewegungen gekennzeichnete Störungen der Motorik, welche weiter von abnormalen Haltungs- und Bewegungsmustern geprägt werden.

3.5.2.1 Eine klinische Untersuchung im Spital B._____ vom 26. Mai 2023 ergab Folgendes (act. II 59 S. 9): "Deutlich gebesserter Muskeltonus im Rumpfbereich mit mehrheitlich normotonomem Rumpf. Kopfkontrolle mehrheitlich sehr gut, sofern kooperativ. Im Sitzen leicht kyphotische Haltung bei ansonsten gerader Wirbelsäule. Muskeleigenreflexe allseits symmetrisch mittellebhaft auslösbar, Babinski negativ. Spontan teilweise noch gefaustete Hände, mehrheitlich jedoch offen, führt diese spontan zum Mund, greift nach Gegenständen in ihrer Nähe, transferiert, greift vorwiegend noch palmares oder unvollständig mit mehreren Fingern. Hat Mühe grössere Gegenstände zu halten, kleinere Gegenstände problemlos. Schlägt Gegenstände aneinander. Im Stehen kurzzeitig Gewichtsübernahme, dabei Hyperextension im rechten Bein bei mangelnder Gewichtsbelastung des linken Beines (dort Status nach Klumpfuss), scheint keine Schmerzen zu haben". Ferner erfolgte am 22. Dezember 2023 daselbst eine weitere Untersuchung, welche folgenden Befund ergab (act. II 72 S. 2 f.): "Sitzt sicher frei mit geradem Rücken, kommt aus Rückenlage selbstständig in sitzende Position, normalisierter Rumpftonus. Keine Skoliose. Muskeleigenreflexe allseits symmetrisch mittellebhaft auslösbar, Babinski negativ. Bewegt alle 4 Extremitäten gut gegen Schwerkraft. Kann sich in Bauchlage robbend fortbewegen, versucht sich an Stuhl in stehender Position hoch zu ziehen, gelingt nicht ohne Hilfe, kann mit Festhalten an Stuhl selbstständig stehen, streckt dabei rechtes Bein deutlich durch mit medialem Abknicken des Fusses. Spontan leichte Spitzfussstellung rechts, komplett redressierbar. Leicht erhöhter Tonus im rechten OSG, ansonsten normaler Extremitätentonus bds. Greift zielsicher nach Gegenständen mit bds. vollständigem Pinzettengriff, transferiert. Hände spontan geöffnet. Schlägt Gegenstände aneinander".

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. Januar 2026, IV 200 2024 579 - 18 - 3.5.2.2 Wenn der RAD-Arzt Dr. med. C._____ in seiner Stellungnahme vom 3. Juli 2024 wie schon im Bericht vom 19. April 2024 (act. II 76 S. 6 f.) festhielt, das in den ärztlichen Berichten dokumentierte Verhalten entspreche nicht einer Bewegungsstörung, wie sie in der Weisung Rz. 390.1.3 KSME umschrieben werde (act. II 99 S. 7), dann ist dies nachvollziehbar und überzeugt. Zwar wird im Bericht vom 7. Februar 2024 eine dyskinetische Bewegungsstörung unter Hinweis auf Schwierigkeiten in der Balance und Koordination begründet. Unwillkürliche Bewegungen – etwa im Sinne einer Chorea (Rz. 390.1.3 KSME) – werden jedoch weder in diesem Bericht noch anderweitig in den Akten beschrieben. Dass die Behandler einzelne Bewegungen der Versicherten als dyskinetisch im Sinne einer CP interpretieren, genügt nicht, da es sich (auch) hierbei um eine rein medizinische Beurteilung handelt, welche nicht den normativen Voraussetzungen für das Vorliegen eines Geburtsgebrecbens im Rechtssinne gemäss Ziffer 390 Anhang GgV-EDI entspricht. Ebenso überzeugt die Einschätzung von Dr. med. C._____, wonach die zur Begründung einer Dyskinesie zusätzlich ins Feld geführte Tonuserhöhung in der rechten unteren Extremität eher für eine spastische CP spreche, welche jedoch auch von den Behandlern – mit Blick auf die diesbezüglichen weisungsgemässen Voraussetzungen zu Recht (vgl. E. 2.3.2.1 vorne; Rz. 390.1.1 KSME) – nicht postuliert wird (vgl. act. II 72 S.

3). Ebenso wenig bestehen Hinweise für das Vorliegen einer ataktischen CP (vgl. E. 2.3.2.2 vorne; act. II 72 S. 4). 3.5.3 Somit ist gestützt auf die schlüssigen Einschätzungen von Dr. med. C._____ eine Bewegungsstörung im Sinne von Ziffer 390 Anhang GgV-EDI nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Es bestehen demnach weder gestützt auf den Bericht von Prof. Dr. med. D._____ vom 15. Mai 2024 (act. II 83 S. 1), die vertrauensärztliche Beurteilung des Dr. med. G._____ vom 22. August 2024 (act. I 3) – welcher ausschliesslich auf den Bericht von Prof. Dr. med. D._____ abstellt – noch gestützt auf die übrigen Berichte der Behandler auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit der Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. med. C._____ vom 3. Juli 2024 (act. II 99; vgl. E. 3.2.3 vorne). Die Beschwerdegegnerin hat folglich das Vorliegen eines Geburtsgebrechens gemäss Ziffer 390 Anhang GgV-EDI und in der Folge einen Anspruch auf medizinische Massnahmen zu Recht verneint.

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. Januar 2026, IV 200 2024 579 - 19 - 3.6 Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 31. Juli 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. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese sind dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe zu entnehmen. 4.2 Die Beschwerdeführerin und die (obsiegende) Beschwerdegegnerin haben als Sozialversicherungsträgerinnen von vornherein keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (BGE 128 V 124 E. 5b S. 133). Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. Januar 2026, IV 200 2024 579 - 20 - 4. Zu eröffnen (R): - Visana AG - IV-Stelle Bern - A._____ - Bundesamt für Sozialversicherungen Die Kammerpräsidentin: 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.

E. 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

E. 11

Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Verfügungen. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen und als Trägerin der obligatorischen Krankpflegeversicherung der Versicherten (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 2), deren Leistungspflicht durch die angefochtene Verfügung

berührt

Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 30. Januar 2026, IV 200 2024 579 - 4 - ist, vorliegend zur Beschwerde legitimiert (Art. 49 Abs. 4 ATSG i.V.m. Art. 57 Abs. 1 lit. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG). 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.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.