

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 7. Mai 2015 teilweise gutgeheissen (9C\_912/2014).

**200 14 615 IV**  
ACT/TOZ/SEE

## **Verwaltungsgericht des Kantons Bern**

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 17. November 2014**

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Matti  
Gerichtsschreiberin Tomic

**KPT Krankenkasse AG**  
Recht, Postfach 8624, 3001 Bern  
Beschwerdeführerin



gegen

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

**A.** \_\_\_\_\_  
gesetzlich vertreten durch **B.** \_\_\_\_\_  
Beigeladener

betreffend Verfügung vom 23. Mai 2014

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 2001 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beigeladener) wurde von seinen Eltern am 22. September 2013 wegen eines Geburtsgebrechens bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 2). Die IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdegegnerin) führte medizinische Erhebungen durch und stellte mit Vorbescheid vom 13. März 2014 (act. II 12) die Abweisung des Anspruchs auf medizinische Massnahmen im Allgemeinen (Art. 12 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]) und im Besonderen (Art. 13 IVG) - zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 405 (Autismus-Spektrum-Störungen) des Anhangs zur Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen (GgV; SR 831.232.21) - in Aussicht. Betreffend den ersten Anspruch hielt sie fest, dass Krankheiten, die nach der heutigen Erkenntnis der Medizin einer Dauerbehandlung bedürften, nicht in den Zuständigkeitsbereich der Invalidenversicherung gehörten. Die psychotherapeutische Behandlung des Versicherten sei von unbestimmter Dauer und die Prognose unklar. Hinsichtlich des zweiten Anspruchs seien die Voraussetzungen für das Geburtsgebrechen Ziff. 405 des Anhangs zur GgV nicht erfüllt, da der Versicherte vor dem 5. Lebensjahr nicht abgeklärt worden sei und folglich keine Berichte aus der Zeit vor dem 5. Lebensjahr vorlägen. Daran hielt sie nach erhobenem Einwand der Krankenversicherung des Versicherten, KPT Krankenkasse AG (Krankenkasse bzw. Beschwerdeführerin; act. II 13, 15), resp. der Eltern (act. II 16) fest und verneinte - nach Einholung des Berichts des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 22. April 2014 (act. II 20) - mit Verfügung vom 23. Mai 2014 (act. II 21) den Anspruch auf medizinische Massnahmen in Form von Psychotherapie.

### **B.**

Hiergegen erhob die Krankenkasse am 23. Juni 2014 Beschwerde und beantragte die Aufhebung des ergangenen Verwaltungsaktes. Die Be-

schwerdegegnerin sei zur Übernahme der Kosten der Psychotherapie (medizinische Massnahme) zu verpflichten.

Mit Beschwerdeantwort vom 25. August 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 28. August 2014 lud der Instruktionsrichter den Versicherten, gesetzlich vertreten durch seine Eltern, zum Verfahren bei und räumte ihm Gelegenheit zur Stellungnahme ein. Er liess sich mit Eingabe vom 15. September 2014 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 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 23. Mai 2014 (act. II 21). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf medizinische Massnahmen in Form von Psychotherapie.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 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** 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, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Zu diesen Massnahmen gehören nach Art. 8 Abs. 3 lit. a IVG i.V.m. Art. 12 f. IVG medizinische Massnahmen.

**2.2** Nach Art. 13 Abs. 1 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Geburtsgebrechen (Art. 3 Abs. 2 ATSG) notwendigen medizinischen Massnahmen. Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Massnahmen gewährt werden; er kann die Leistung ausschliessen, wenn das Gebrechen von geringfügiger Bedeutung ist (Art. 13 Abs. 2 IVG).

**2.2.1** Mit Art. 13 Abs. 2 IVG wurde dem Bundesrat die Kompetenz erteilt, aus der Gesamtheit der Geburtsgebrechen im medizinischen Sinne jene auszuwählen, für welche medizinische Massnahmen der Invalidenversicherung 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 GgV aufgeführt.

**2.2.2** Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Als Geburtsgebrechen gemäss Ziffer 405 des Anhangs zur GgV gelten Autismus-Spektrum-Störungen, sofern diese bis zum vollendeten 5. Lebensjahr erkennbar werden.

**2.3** Versicherte haben bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf medizinische Massnahmen, die nicht auf die Behandlung des Leidens an sich, sondern unmittelbar auf die Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich gerichtet und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren (Art. 12 Abs. 1 IVG). Der Bundesrat ist befugt, die Massnahmen gemäss Absatz 1 von jenen, die auf die Behandlung des Leidens an sich gerichtet sind, abzugrenzen. Er kann zu diesem Zweck insbesondere die von der Versicherung zu gewährenden Massnahmen nach Art und Umfang näher umschreiben und Beginn und Dauer des Anspruchs regeln (Art. 12 Abs. 2 IVG).

**2.3.1** Als medizinische Massnahmen im Sinne von Art. 12 IVG gelten namentlich chirurgische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Vorkehren, die eine als Folgezustand eines Geburtsgebrechens, einer Krankheit oder eines Unfalls eingetretene Beeinträchtigung der Körperbewegung, der Sinneswahrnehmung oder der Kontaktfähigkeit zu beheben oder zu mildern trachten, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, dauernd und wesentlich zu verbessern oder vor wesentlicher Beeinträchtigung zu bewahren. Die Massnahmen müssen nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sein und den Eingliederungserfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]).

**2.3.2** Nach Art. 12 IVG sind nur solche Vorkehren von der Invalidenversicherung zu übernehmen, die "nicht auf die Behandlung des Leidens an sich", also nicht auf die Heilung oder Linderung labilen pathologischen Geschehens gerichtet sind. Bei nichterwerbstätigen Minderjährigen können medizinische Vorkehren schon dann von der Invalidenversicherung über-

nommen werden, wenn ohne Behandlung das Leiden mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einem schwer korrigierbaren, die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit erheblich behindernden, stabilen pathologischen Zustand führen würde. Dabei muss prognostisch erstellt sein, dass ohne die vorbeugende Behandlung in naher Zukunft eine bleibende Beeinträchtigung eintreten würde. Gleichzeitig muss ein ebenso stabiler Zustand herbeigeführt werden können, in welchem vergleichsweise erheblich verbesserte Voraussetzungen für die spätere Ausbildung und Erwerbsfähigkeit bestehen. Daraus folgt, dass eine therapeutische Vorkehr, deren Wirkung sich in der Unterdrückung von Symptomen erschöpft, nicht als medizinische Massnahme im Sinne des Art. 12 IVG gelten kann, selbst wenn sie im Hinblick auf die schulische und erwerbliche Eingliederung unabdingbar ist. Denn sie ändert am Fortdauern eines labilen Krankheitsgeschehens nichts und dient dementsprechend nicht der Verhinderung eines stabilen pathologischen Zustandes. Deswegen genügt auch eine günstige Beeinflussung der Krankheitsdynamik allein nicht, wenn eine spontane, nicht kausal auf die therapeutische Massnahme zurückzuführende Heilung zu erwarten ist, oder wenn die Entstehung eines stabilen Defekts mit Hilfe von Dauertherapie lediglich hinausgeschoben werden soll. Ein Zustand, der sich nur dank therapeutischer Massnahmen einigermaßen im Gleichgewicht halten lässt, ist keine stabile Folge von Krankheit, Unfall oder Geburtsgebrechen. Ein solcher Zustand ist zwar, solange er im Gleichgewicht bewahrt werden kann, stationär, nicht aber im Sinne der Rechtsprechung stabil. Um eine von der Invalidenversicherung nicht zu übernehmende Behandlung des Leidens an sich geht es somit in der Regel bei der Heilung oder Linderung eines labilen pathologischen Geschehens. Eine Psychotherapie bei Minderjährigen kann von der Invalidenversicherung nur übernommen werden, wenn sie keinen Dauercharakter hat, also nicht - wie dies etwa bei Schizophrenien oder manisch-depressiven Psychosen zutrifft - zeitlich unbegrenzt erforderlich sein wird (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 12. Januar 2011, 8C\_648/2010, E. 2.2). Die Frage der Dauerbehandlung ist prognostisch zu beurteilen (vgl. Entscheid des BGer vom 29. November 2012, 9C\_355/2012, E. 3.1).

**2.3.3** Art. 12 IVG bezweckt namentlich, die Aufgabenbereiche der Invalidenversicherung einerseits und der sozialen Kranken- und Unfallversiche-

rung andererseits gegeneinander abzugrenzen. Diese Abgrenzung beruht auf dem Grundsatz, dass die Behandlung einer Krankheit oder einer Verletzung ohne Rücksicht auf die Dauer des Leidens primär in den Aufgabenbereich der Kranken- und Unfallversicherung gehört (Entscheid des BGer vom 9. April 2014, 8C\_106/2014, E. 7.1).

### **3.**

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

**3.1.1** Dem Bericht der psychiatrischen Dienste C.\_\_\_\_\_ vom 14. Januar 2013 (act. II 4 S. 2 bis 4) ist als Diagnose eine depressive Störung bei neu diagnostiziertem Asperger-Syndrom (Februar 2012) zu entnehmen (act. II 4 S. 4). Die Anmeldung sei im September 2011 durch den Vater erfolgt. Wegen allgemeiner affektiver und kognitiver Überforderung sei zuerst eine Krisenintervention, danach eine Abklärung durchgeführt worden (act. II 4 S. 2). Der Verlauf zu Beginn der Abklärung sei unter anderem durch die depressive Entwicklung geprägt gewesen. Zur Zeit der Anmeldung und eigentlich bis zum Schluss habe sich der Versicherte in einer emotionalen Überlastungssituation befunden. Eine starke Ängstlichkeit, Traurigkeit sowie Neigung zur Somatisierung seien immer im Vordergrund gestanden, so dass im Winter 2011/2012 eine Entlastung im Sinne eines reduzierten schulischen Programms notwendig gewesen sei. Zu diesem Zeitpunkt und parallel zur Abklärung sei der Versicherte in psychotherapeutischer Behandlung gestanden. Er sei an die psychiatrischen Dienste D.\_\_\_\_\_ überwiesen worden, da eine längere psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung indiziert sei; damit könne die Zusammenarbeit zwischen den psychiatrischen Diensten D.\_\_\_\_\_ und der Schule gewährleistet werden (act. II 4 S. 4).

In einem weiteren Bericht der psychiatrischen Dienste C.\_\_\_\_\_ vom 16. Januar 2014 (act. II 8) wurde als Diagnose ein Asperger-Syndrom (ICD-10 F84.5), erstmals gestellt im Februar 2012, genannt (act. II 8 S. 1). Gemäss Angaben der Eltern seien bis zur Vollendung des 5. Lebensjahres keine autismusspezifischen Befunde dokumentiert worden (act. II 8 S. 5).

Zur Prognose wurde ausgeführt, dass der Versicherte nach wie vor äusserst sensibel auf Änderungen und Anforderungen an die Flexibilität reagiere. In sozialen Situationen sei er rasch überfordert. Das Reaktionsmuster mit hohem Stress bis hin zu Absenzen habe durch mittelfristig geringe Leistungsanforderungen, wie durch Anpassungen des Schulalltags an die Bedürfnisse des Versicherten, grösstenteils durchbrochen werden können. Dennoch seien aktuell Abweichungen vom Standardprogramm wie die Teilnahme an Schullagern, Ausflügen oder Theaterproben grosse Herausforderungen. Im teilstationären Rahmen sei die Weiterführung der Behandlung bis zum Sommer 2014 geplant. Im Anschluss daran werde neben der ambulanten Psychotherapie eine geeignete Schulungsform empfohlen, was aktuell mit den Eltern erarbeitet werde (act. II 8 S. 4).

**3.1.2** Hierzu nahm die RAD-Ärztin E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie FMH, am 5. März 2014 Stellung und kam zum Schluss, dass die Voraussetzungen für das Geburtsgebrechen Ziff. 405 des Anhangs zur GgV nicht erfüllt seien, da der Versicherte vor dem 5. Lebensjahr nicht abgeklärt worden sei und damit keine Berichte aus der Zeit vor dem 5. Lebensjahr vorlägen. Vorliegend sei die Diagnose eines Asperger-Syndroms gestellt worden. Die Prognose sei unsicher. Auch nach Austritt aus der teilstationären Behandlung werde der Versicherte eine ambulante Psychotherapie von unbestimmter Dauer benötigen. Somit seien die Voraussetzungen zur Kostenübernahme der Psychotherapie nach Art. 12 IVG nicht erfüllt (act. II 11 S. 2).

**3.1.3** Dem Bericht der psychiatrischen Dienste C.\_\_\_\_\_ vom 4. April 2014 (act. II 19) ist zu entnehmen, dass sich der Versicherte seit mehr als 365 Tagen in intensiver kinderpsychiatrischer Behandlung befinde. Er habe davon erheblich profitieren können. Aktuell nehme er am regulären Programm mit Anpassungen bezüglich der Gruppenaktivitäten teil und arbeite mit hohem intrinsischen Leistungsanspruch und Motivation in Mathematik sowie Deutsch an Lehrmitteln der 4. und 5. Klasse und frei gewählten Projekten mit. Es sei ihm gelungen, sich in Anforderungssituationen erstmalig Bezugspersonen ausserhalb der Familie zuzuwenden und so das Programm seinen individuellen Bedürfnissen entsprechend selbst zu gestalten. Es werde deshalb gemeinsam mit der Familie im August 2014 eine Reinte-

gration in seine ehemalige Klasse unter heilpädagogischer Unterstützung angestrebt. Es lägen langsame, aber deutliche Fortschritte vor, welche die zukünftige Berufsausbildung und Erwerbsfähigkeit eindeutig positiv beeinflussen würden. Zur weiteren Konsolidierung und zum Ausbau der hier etablierten Strategien, vor allem bei der Rückkehr in das Regelschulsystem, werde eine psychotherapeutische Behandlung empfohlen.

**3.1.4** Stellung nehmend dazu legte die RAD-Ärztin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ am 22. April 2014 dar, dass sich die Berichte der psychiatrischen Dienste C. \_\_\_\_\_ vom 16. Januar und 4. April 2014 nicht zur mutmasslichen Dauer der Behandlung geäussert hätten (act. II 20 S. 2).

**3.1.5** Im Bericht der psychiatrischen Dienste C. \_\_\_\_\_ vom 4. September 2014 (Akten des Beigeladenen [act. III] 1) wurde festgehalten, dass der Versicherte vom 3. September 2012 bis 11. Juli 2014 auf ihrer Station teilstationär hospitalisiert gewesen sei. Nach intermittierend auftretender Schulverweigerung sei im Februar 2012 die Diagnose Asperger-Syndrom gestellt worden. Der Versicherte habe von den seinen besonderen Bedürfnissen angepassten pädagogisch-therapeutischen Massnahmen im teilstationären Setting profitieren und sich im Verlauf der Behandlung von seiner Erschöpfung erholen können. Er habe sich aktiv im Klinikalltag beteiligen können. Es sei ihm gelungen, im August 2014 erfolgreich in das Regelschulsystem zurückzukehren.

**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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

**3.3** Aufgrund der Akten ist erstellt und unbestritten, dass der Versicherte an einem Asperger-Syndrom leidet (act. II 4 S. 4, II 8 S. 1, III 1). Weiter steht zu Recht ausser Frage, dass die Asperger-Symptomatik beim

2001 geborenen Versicherten (act. II 2 S. 1) nicht vor dem fünften Lebensjahr erkennbar war (act. II 8 S. 5). Die Auswirkungen dieses Gesundheitsschadens traten erstmals im Herbst 2011 auf (act. II 4 S. 2) bzw. die entsprechende Diagnose wurde erstmals im Februar 2012 gestellt (act. II 4 S. 4, II 8 S. 1, III 1). Damit liegt kein Geburtsgebrechen im Sinne von Ziff. 405 des Anhangs zur GgV vor (vgl. E. 2.2.2 hiervor), und folglich hat die Beschwerdegegnerin die in Frage stehende Psychotherapie gestützt auf Art. 13 IVG nicht zu übernehmen. Dies wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten (act. II 15 S. 1).

**3.4** Zu prüfen bleibt ein Anspruch auf Psychotherapie gestützt auf Art. 12 IVG.

**3.4.1** Es ist unbestritten, dass die Psychotherapie grundsätzlich indiziert ist (act. II 21 S. 1; Beschwerde S. 4 Ziff. 5). Streitig ist hingegen, ob diese Behandlung einen Dauercharakter aufweist bzw. die Prognose unklar ist (act. II 21 S. 2).

**3.4.2** In den Berichten der psychiatrischen Dienste C.\_\_\_\_\_ vom 14. Januar 2013, 16. Januar 2014 und 4. April 2014 (act. II 4 S. 2 bis 4, II 8, II 19) findet sich keine Prognose, welche die Annahme einer Dauerbehandlung ausschliesse. Im Bericht vom 14. Januar 2013 wird allein die Überweisung an die psychiatrischen Dienste D.\_\_\_\_\_ erwähnt, da „eine längere psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung indiziert“ sei (act. II 4 S. 4), während im Bericht vom 16. Januar 2014 einzig die Weiterführung der Psychotherapie in ambulanter Form (nach Beendigung der teilstationären Behandlung im Sommer 2014) festgehalten wird (act. II 8 S. 4). Der Bericht vom 4. April 2014 enthält schliesslich eine Empfehlung für psychotherapeutische Behandlung zur „weiteren Konsolidierung und dem Ausbau der hier etablierten Strategien“ (act. II 19). Damit war ex ante, d.h. prognostisch, nicht klar, ob die hier streitige Psychotherapie Dauercharakter haben wird oder nicht.

Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, vermag daran nichts zu ändern. Zunächst ist bezüglich der Therapiedauer nicht massgebend, dass die psychotherapeutische Behandlung „über eine längere Zeitdauer andauern“ werde (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. 7 f.), sondern es war vorliegend un-

klar, wie lange die Behandlung dauern wird und ob sie überhaupt beendet werden kann. Entscheidend ist dabei nicht, dass die psychiatrischen Dienste C.\_\_\_\_\_ kein Enddatum der Behandlung angegeben haben (vgl. Beschwerde S. 6 Ziff. 10 und auch Stellungnahme des Beigeladenen vom 15. September 2014). Ins Gewicht fällt vielmehr, dass ein Behandlungsabschluss prognostisch in keiner Art und Weise voraussehbar war. Diesbezüglich hilft denn auch der mittlerweile (im Juli 2014) erfolgte Behandlungsabschluss (vgl. Stellungnahme des Beigeladenen vom 15. September 2014) nicht weiter. Denn aufgrund der prognostischen Beurteilung, wie sie bei der Prüfung des Anspruchs auf medizinische Massnahmen vorzunehmen ist (vgl. E. 2.3.2 hiervor), kann der Therapieabschluss nicht berücksichtigt werden. Die Frage der - prognostisch zu beurteilenden - Therapiedauer lässt sich wegen des Behandlungsabschlusses auch nicht mehr durch weitere Abklärungen beantworten. Die Folgen der Beweislosigkeit hat die Beschwerdeführerin bzw. der Versicherte zu tragen (zur Beweislast im Falle eines unbewiesen gebliebenen Sachverhaltes: BGE 138 V 218 E. 6 S. 222). Damit sind die Voraussetzungen des Anspruchs auf medizinische Massnahmen gemäss Art. 12 IVG nicht erfüllt; die Beschwerdegegnerin hat zu Recht den entsprechenden Anspruch verneint.

#### **4.**

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 23. Mai 2014 (act. II 21) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

#### **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 500.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

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 werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- KPT Krankenkasse AG
- IV-Stelle Bern
- B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beigeladenen
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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