

200 16 1245 IV
GRD/ABE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. April 2017

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____ Krankenversicherung AG
Beschwerdeführerin

gegen

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

in Sachen

B. _____
gesetzlich vertreten durch C. _____

betreffend Verfügung vom 18. November 2016



Sachverhalt:

A.

Der 2000 geborene B._____ (Versicherter) wurde am 1. Dezember 2015 durch seine Mutter – mit Hinweis auf ein ADHS – bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug angemeldet (Antwortbeilage [AB] 1).

Nach Vornahme von Abklärungen (AB 5 ff.) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 2. August 2016 (AB 21) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht: mangels spezifischer Symptome vor dem 5. Lebensjahr seien die Voraussetzungen zur Anerkennung eines Geburtsgebrechens nicht erfüllt.

Dagegen erhob die A._____ (Beschwerdeführerin) als obligatorische Krankenpflegeversicherung des Versicherten Einwand (AB 26), wobei sie sich mit der Verneinung eines Geburtsgebrechens bzw. mit der Ablehnung von Ansprüchen nach Art. 13 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) einverstanden erklärte, die Übernahme der Kosten für die Psychotherapie jedoch nach Art. 12 IVG verlangte.

Nachdem die IVB weitere Abklärungen getätigt (AB 27 ff.) und das Dossier u.a. ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme unterbreitet hatte (AB 30, 35), lehnte sie eine Kostengutsprache für medizinische Massnahmen mit Verfügung vom 18. November 2016 (AB 36) – sowohl unter Art. 12 IVG als auch unter Art. 13 IVG – ab.

B.

Hiergegen erhob die A._____ am 13. Dezember 2016 Beschwerde. Sie beantragte, die Beschwerdegegnerin sei unter kostenfälliger Aufhebung der Verfügung vom 18. November 2016 zu verpflichten, für die Psychotherapie des Versicherten aufzukommen.

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Januar 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes 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, als Krankenversicherung des Versicherten durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG; vgl. Art. 49 Abs. 4 Satz 2 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG) und die Bestimmungen über die 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]) sind eingehalten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 18. November 2016 (AB 36). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Versicherten auf medizinische Massnahmen zu Lasten der Invalidenversicherung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (zum Streitwert: vgl. AB 39/12-45). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 f. 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).

2.2 Nach Art. 12 Abs. 1 IVG haben Versicherte 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. Die Behandlung des Leidens an sich fällt nicht in den Aufgabenbereich der Invaliden-, sondern in denjenigen der sozialen Kranken- und Unfallversicherung (vgl. Art. 12 Abs. 1 IVG; Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 9. April 2014, 8C_106/2014, E. 7.1).

2.3 Geburtsgebrechen nehmen in der Invalidenversicherung eine Sonderstellung ein. Denn bis zum vollendeten 20. Altersjahr können Versicherte gemäss Art. 8 Abs. 2 IVG unabhängig von der Möglichkeit einer späteren Eingliederung in das Erwerbsleben die zur Behandlung von Geburtsgebrechen notwendigen medizinischen Massnahmen beanspruchen. Eingliederungszweck ist die Behebung oder Milderung der als Folge eines Geburtsgebrechens eingetretenen Beeinträchtigung (BGE 115 V 202 E. 4e cc S. 205; Entscheidung des BGer vom 21. Mai 2015, 8C_664/2014, E. 2.2; vgl. Art. 13 Abs. 1 IVG). Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen (Art. 3 Abs. 2 ATSG). Als medizinische Massnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens

notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind und den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmässiger Weise anstreben (Art. 2 Abs. 3 der Verordnung vom 9. Dezember 1985 über Geburtsgebrechen [GgV; SR 831.232.21]; BGE 142 V 58 E. 2.2 S. 60).

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

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Der Erziehungsberater und Fachpsychologe für Kinder und Jugendpsychologie, lic. phil. D. _____, berichtete am 22. April 2016 (AB 13/2), die Verhaltensauffälligkeiten des Versicherten seien seit langem bekannt. Sie seien für das familiäre System stets sehr belastend gewesen. Obwohl er schon lange keinen Kontakt mehr mit ihm gehabt habe, gehe er davon aus, dass jener nicht in der Lage sei, selbständig und auf normalem Weg eine Ausbildung zu absolvieren; er werde auf die Unterstützung der Invalidenversicherung angewiesen sein.

3.1.2 Dr. med. E. _____, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, führte im Bericht vom 21. Juli 2016 (AB 20) aus, im Rückblick zeige sich, dass bereits vor dem 6. Lebensjahr Hinweise auf eine autistische Störung vorgelegen hätten. Die diagnostisch nun bewiesene Störung einer Asperger-Symptomatik sei damit zu vereinbaren. Deshalb sei das Geburtsgebrechen Nr. 405 anzuerkennen.

3.1.3 Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste F._____ vom 28. Juni 2016 (AB 22) wurde festgehalten, der Versicherte sei vom 2. Februar bis zum 26. Juni 2016 stationär und anschliessend bis zum 1. Juli 2016 tagesklinisch behandelt worden. Die im Jahr 2010 diagnostizierte ADHS-Störung habe anlässlich des Aufenthalts in F._____ weder testdiagnostisch noch durch klinische Beobachtungen bestätigt werden können. Symptome einer leichten Unruhe, ein leicht provokantes Verhalten und ein chaotisches Arbeitsverhalten in der Schule seien nicht ausreichend für die entsprechende Diagnose. Vielmehr sei von einer Autismus-Spektrumstörung (ASS) auszugehen. Der Versicherte weise deutliche Auffälligkeiten in seinen emotionalen, sozialen und kommunikativen Fähigkeiten auf. Die Verhaltensauffälligkeiten führten insbesondere in der Kernfamilie zu massiven Interaktions- und Kommunikationsschwierigkeiten. Die Familie sei deshalb schon seit langer Zeit an die Grenzen gekommen und ziehe eine Platzierung in Betracht. Unter anderem scheine die Patchwork-Familienstruktur Einfluss auf die Problematik zu haben, da sich der Versicherte ungleich behandelt fühle. Seine Entwicklung dürfte zunehmend aufgrund der konstitutionellen Vorbelastung, wiederholten Misserfolgserlebnissen und fehlender Förderungsmassnahmen ins Stocken geraten sein, was ihn trotz gutem kognitiven Potential in Überforderung und Unsicherheit in Bezug auf die berufliche Identität gebracht habe. Die intellektuelle Leistungsfähigkeit falle insgesamt bzw. bei einem IQ von 111 durchschnittlich aus. Als Diagnose wurde ein Asperger-Syndrom (ICD-10 F84.5) genannt.

3.1.4 Dr. med. G._____, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, berichtete am 15. September 2016 (AB 29/2) auf entsprechende Anfrage der Beschwerdegegnerin (AB 27), der Versicherte sei ihm im Juli 2015, d.h. sechs Monate vor dem Klinikeintritt, von der Kinderärztin zugewiesen worden. Es sei versucht worden, das belastende Familiensystem zu coachen und zu stabilisieren. Weil keine Entlastung eingetreten sei, habe man dann in Zusammenarbeit mit der KESB nach einer stationären Lösung gesucht. Eine „eigentliche Psychotherapie“ habe „bis zum Klinikeintritt nicht stattgefunden“.

3.1.5 Dr. med. H. _____, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, RAD, resümierte in der Stellungnahme vom 23. September 2016 (AB 30/2), der Versicherte weise ein eingeschränktes Einfühlungsvermögen, eine schlechte soziale Kommunikationsfähigkeit und eine chaotische Arbeitsweise auf; er benötige einen eng strukturierten beruflichen Rahmen.

Im Bericht vom 27. September 2016 (AB 35/2) legte Dr. med. H. _____ dar, die 2010 diagnostizierte einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit (ICD-10 F98.8I) seien nicht therapeutisch behandelt worden. Erst seit dem 2. Februar 2016 (Klinikeintritt) erfolge eine regelrechte bzw. engmaschige Psychotherapie. Diese laufe noch kein volles Jahr, womit die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nach Art. 12 IVG nicht erfüllt seien.

3.2 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.3 Dass die Voraussetzungen zur Anerkennung eines Geburtsgebrechens nicht erfüllt sind und deshalb unter diesem Titel bzw. in Anwendung von Art. 13 Abs. 1 IVG (E. 2.3 hiavor) kein Leistungsanspruch besteht, ist zu Recht unstreitig (vgl. AB 26).

Uneinig sind sich die Parteien hingegen darüber, ob die (strengeren) Voraussetzungen des allgemeinen Anspruchs nach Art. 12 Abs. 1 IVG (E. 2.2 hiavor) vorliegend erfüllt sind bzw. ob die medizinische Massnahme in Form von Psychotherapie zu Lasten der Invaliden- oder zu Lasten der Krankenversicherung geht.

3.3.1 Hinsichtlich der zur Diskussion stehenden Psychotherapie sind nach dem Kreisschreiben des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) über die medizinischen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (KSME; Rz. 645-647/845-847.5 [in der ab 1. Januar 2015 gültig gewesenen, hier anwendbaren Fassung]) die Voraussetzungen zur Kostenübernahme gegeben, wenn nach intensiver fachgerechter Behandlung von einem Jahr Dauer keine genügende Besserung erzielt wurde und gemäss spezialärztlicher Feststellung bei einer weiteren Behandlung erwartet werden kann, dass der drohende Defekt mit seinen negativen Wirkungen auf die Berufsausbildung und Erwerbsfähigkeit zu einem grossen Teil verhindert wird. Vor Erteilung der Kostengutsprache zur psychotherapeutischen Behandlung wird vom behandelnden Leistungserbringer zwecks Beurteilung der Indikation und der Angemessenheit ein Bericht eingeholt. Dieser enthält Angaben zur Diagnose, zu den Befunden mit Auswirkung auf Arbeit oder Schule, zum bisherigen Verlauf, zur vorgesehenen Behandlungsmethode, zum Ziel und Zweck sowie zur geplanten Dauer der Behandlung (Anzahl Sitzungen). Die medizinische Nachvollziehbarkeit und Relevanz dieser Angaben ist sorgfältig zu überprüfen. Die IV-Stelle verfügt danach, ob die Kostenübernahme ab dem 2. Behandlungsjahr erfolgen soll oder nicht. Die Psychotherapie ist dabei jeweils für maximal 2 Jahre zu verfügen.

3.3.2 Zwar richten sich Verwaltungsweisungen an die Durchführungsstellen und sind für das Sozialversicherungsgericht nicht verbindlich. Dieses soll sie bei seiner Entscheidung aber berücksichtigen, sofern sie eine dem Einzelfall angepasste und gerecht werdende Auslegung der anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen zulassen. Das Gericht weicht also nicht ohne

triftigen Grund von Verwaltungsweisungen ab, wenn diese eine überzeugende Konkretisierung der rechtlichen Vorgaben darstellen. Insofern wird dem Bestreben der Verwaltung, durch interne Weisungen eine rechtsgleiche Gesetzesanwendung zu gewährleisten, Rechnung getragen (BGE 142 V 442 E. 5.2 S. 445, 142 V 425 E. 7.2 S. 434, 141 V 365 E. 2.4 S. 368). Andererseits weicht das Gericht insoweit von Weisungen ab, als sie nicht gesetzmässig sind bzw. in Ermangelung gesetzlicher Vorschriften mit den allgemeinen Grundsätzen des Bundesrechts nicht im Einklang stehen (BGE 132 V 121 E. 4.4 S. 125).

Die Gesetzeskonformität der hier zur Diskussion stehenden Weisung bzw. der Wartezeit von einem Jahr bis zum Beginn der Kostenübernahme durch die Invalidenversicherung, hat das Bundesgericht erst kürzlich erneut explizit bestätigt (Urteil des BGer vom 18. Juli 2016, 9C_354/2016, E. 4.2 u.a. mit Hinweisen auf SVR 2006 IV Nr. 38 S. 138 und das Urteil des BGer vom 6. Juli 2007, I 779/06). Zu Recht stellt die Beschwerdeführerin die Anwendbarkeit der entsprechenden Verwaltungsweisung denn auch nicht in Abrede.

3.3.3 Die Einschätzung der RAD-Ärztin im Bericht vom 27. September 2016 (AB 35/2) ist nachvollziehbar und überzeugt. Wenn Dr. med. H._____ nach Würdigung der medizinischen Akten resp. insbesondere gestützt auf die eindeutigen, unmissverständlichen Angaben des Psychiaters Dr. med. G._____ (AB 29/2) zum Schluss gelangte, die Psychotherapie habe mit dem Klinikeintritt des Versicherten, d.h. am 2. Februar 2016, begonnen, ist darauf abzustellen. In der Beschwerde wird nichts vorgebracht, was diese Darstellung ernsthaft in Zweifel zu ziehen vermöchte. Soweit sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt stellt, es hätten bereits ab dem 30. April 2015 regelmässig Psychotherapiesitzungen bei Dr. med. G._____ stattgefunden (vgl. Beschwerde, S. 5), vermag sie dies nicht zu belegen. Aus den eingereichten Rechnungen von Dr. med. G._____ geht zwar hervor, dass ab Frühjahr 2015 Leistungen abgerechnet wurden (vgl. AB 39/12 ff.). Der Psychiater hat auf Anfrage der Beschwerdegegnerin hin (AB 27) jedoch explizit bestätigt, dass „eine eigentliche Psychotherapie [...] bis zum Klinikeintritt nicht stattgefunden“ habe (AB 29/2).

Bei der Beurteilung, ab welchem Zeitpunkt von einer entsprechenden Behandlung auszugehen ist, ist nicht die formale Bezeichnung der Leistung („Psychotherapie“) massgebend, sondern vielmehr, ob inhaltlich effektiv eine solche stattfand. Dies war vorliegend ab dem 2. Februar 2016 der Fall. Zuvor wurde mit Unterstützung des Kinder- und Jugendpsychiaters Dr. med. G. _____ allein versucht, die schwierige und belastende familiäre Situation zu stabilisieren (vgl. AB 29/2). Gemäss Indikationsschreiben vom 6. Dezember 2015 hatte sich die Problematik durch „die fehlende therapeutische Begleitung über all die Jahre“ akzentuiert: Der Versicherte reagierte auf seine Entwicklungsdefizite mit sozialem Rückzug, war angesichts der bevorstehenden Berufswahl überfordert und zu Hause kam es durch den verstärkten Druck zu immer heftigeren Auseinandersetzungen und Konflikten, so dass das Familiensystem sich zusehends destabilisiert hatte und auseinanderzubrechen drohte (AB 29/3). Der Versicherte benötigte dringend einen hochstrukturierten therapeutischen Rahmen, um die Entwicklung wieder in Gang zu bringen und um an den ausgeprägten Defiziten zu arbeiten. In der ambulanten Behandlung bei Dr. med. G. _____ fand sich – aufgrund der andauernden Konflikte im schulischen und familiären Rahmen – hierfür nicht die nötige Ruhe und Distanz. Deshalb wurde die stationäre Behandlung eingeleitet (vgl. AB 29/4). Erst dort konnte alsdann mit der eigentlichen Psychotherapie begonnen werden (vgl. AB 29/2). Dass die Beschwerdegegnerin die Behandlung vor dem 2. Februar 2016 als „Familientherapie“ bezeichnet hat (Beschwerdeantwort, S. 3), lässt sich nach dem Ausgeführten nicht beanstanden, zumal selbst Dr. med. G. _____ teilweise dementsprechend abgerechnet hat (vgl. AB 39/28, 39/34).

Damit hat als erstellt zu gelten, dass die intensive fachgerechte Behandlung des Leidens im Sinne von Rz. 645–647/845-847.5 KSME am 2. Februar 2016 begann und im Verfügungszeitpunkt (18. November 2016) folglich noch nicht ein Jahr gedauert hat. Bei diesen Gegebenheiten kann offen bleiben, ob die weiteren Voraussetzungen für eine Kostenübernahme (vgl. Rz. 645-647/845-847.3 KSME) erfüllt wären. Insbesondere braucht nicht geprüft zu werden, unter welchem erworbenen psychischen Leiden der Versicherte konkret leidet, und ob durch die Fortführung der Psychothe-

rapie eine Verminderung der negativen Auswirkungen der Krankheit auf die Berufsausbildung und Erwerbsfähigkeit erwartet werden kann.

3.4 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht verneint. Die gegen die Verfügung vom 18. November 2016 (AB 36) erhobene Beschwerde ist offensichtlich unbegründet und abzuweisen.

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

4.2 Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht nicht (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. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

3. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - C. _____ z.H. des Versicherten (samt Kopien der Beschwerde vom 13. Dezember 2016 sowie der Beschwerdeantwort vom 20. Januar 2017)
 - 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.