

200 17 353 IV
SCI/PES/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 22. August 2017

Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. März 2017



Sachverhalt:

A.

Der 1970 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) leidet seit frühester Kindheit an einer juvenilen chronischen Arthritis mit polyartikulärem Verlauf und in der Folge schweren Destruktionen, Kontrakturen und Funktionseinschränkungen des Bewegungsapparates (AB 183 S. 3, 184 S. 2). Neben weiteren Leistungen, insbesondere Hilfsmitteln, gewährte die IV-Stelle Bern (nachfolgend IV-Stelle bzw. Beschwerdegegnerin) dem Versicherten ab dem 1. Mai 1988 eine Hilflosenentschädigung wegen einer Hilflosigkeit leichten Grades (AB 1.1 S. 299). Seit dem 1. August 1991 erhält er eine Hilflosenentschädigung für eine Hilflosigkeit schweren Grades (AB 1.1 S. 180 und 117, AB 11, 71, 79, 116, 201). Bis zu einem Autounfall am 27. November 2013 war der Versicherte unstrittig rentenausschliessend eingegliedert (vgl. AB 174, 181).

B.

Nach dem Unfall vom 27. November 2013 meldete sich der Versicherte im Oktober 2014 für eine berufliche Integration/Rente an (AB 174). Die IV-Stelle holte in der Folge u.a. aktuelle Berichte der behandelnden Ärzte sowie die Akten der C._____ ein (AB 183, 184 sowie AB 207.1 – 207.7).

Am 18. November 2015 erteilte die IV-Stelle dem Versicherten Kostengut- sprache für ein Aufbautraining am angestammten Arbeitsplatz vom 16. No- vember 2015 bis 1. Mai 2016 (AB 222) und am 12. Mai 2016 eine solche für ein Arbeitstraining am angestammten Arbeitsplatz vom 2. Mai bis 1. No- vember 2016 (AB 237). Am 31. Oktober 2016 teilte die IV-Stelle den Ab- schluss der beruflichen Massnahmen mit (AB 254). Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 9. November 2016 unter Beilage eines Privatgutachtens von Prof. Dr. med. D._____, Facharzt für Neurologie, vom 11. April 2016 (AB 261 S. 6 ff.) und einer Er- gänzung zum Gutachten vom 8. September 2016 (AB 261 S. 16 ff.) Ein- wand (AB 261 S. 1 ff.). Mit Vorbescheid vom 24. November 2016 nahm die

IV-Stelle zum erhobenen Einwand Stellung und stellte in Aussicht, am Abschluss der beruflichen Massnahmen festzuhalten. Mit seiner Tätigkeit am angestammten Arbeitsplatz zu einem 70%-Pensum sei der Versicherte angemessen eingegliedert (AB 267).

Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 268) teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit Schreiben vom 12. Dezember 2016 mit, sie beabsichtige bei Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, eine rheumatologische Begutachtung in Auftrag zu geben (AB 271). Nachdem sich der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, damit nicht einverstanden erklärt hatte (AB 275) und auch erneut Einwand gegen den Abschluss der beruflichen Massnahmen erhob (AB 276), hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 31. Januar 2017 am Abschluss der beruflichen Massnahmen fest (AB 283). Diese Verfügung blieb unangefochten. Gleichzeitig unterbreitete die IV-Stelle das Dossier erneut dem RAD zur Stellungnahme (AB 284). Dieser empfahl aufgrund eines neu vorliegenden Berichts des Spitals F._____, (AB 275 S. 5 f.) eine interdisziplinäre Begutachtung in den Fachdisziplinen Rheumatologie und Neurologie durch die Dres. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie, und H._____, Facharzt für Neurologie, beides Gutachter bei der MEDAS I._____, GmbH (AB 284 S. 3).

Auf die entsprechende Mitteilung hin (AB 285) lehnte der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, sowohl die Begutachtung an sich als auch die Begutachtungsstelle und deren Gutachter sowie den Fragenkatalog – wie bereits bei der davor vorgesehenen Begutachtung – ab. Es liege ein voll beweistaugliches Gutachten von Prof. Dr. med. D._____ vor. Ein neues Gutachten stelle eine unnötige second opinion dar, deren Einholung unzulässig und deshalb abzulehnen sei. Zudem genüge die MEDAS I._____, GmbH den strengen Massstäben an die Unparteilichkeit von Gutachtern nicht, nachdem es bei dieser in der Vergangenheit in Bezug auf die Abstimmung von Teilgutachten und Gesamtgutachten zu Unstimmigkeiten und auch schon zu einer Verwechslung der begutachteten Person gekommen sei (AB 290). Im Weiteren dürfe der ge-

wählte Fragenkatalog für organische Leiden keine Berücksichtigung finden (vgl. AB 290 i.V.m. AB 275).

Mit Verfügung vom 6. März 2017 (AB 296) hielt die IV-Stelle an ihrem Vorgehen fest. In Übereinstimmung mit dem RAD sei eine weitere Abklärung nötig. Sodann sei nicht nachvollziehbar, inwiefern die zwei angeführten Einzelfälle eine Befangenheit der Dres. med. G._____ und H._____ begründen sollten. Der verwendete Fragenkatalog sei im Übrigen für alle Arten von Gesundheitsschädigungen anwendbar, somit auch für somatisch bedingte Leiden.

C.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____ am 5. April 2017 Beschwerde mit den Anträgen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, auf eine Begutachtung zu verzichten. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, bei Prof. Dr. med. J._____ und Prof. Dr. med. K._____ eine ausführliche medizinische Stellungnahme und bei Prof. Dr. med. D._____ eine Gutachtensergänzung einzuholen. Subeventualiter sei die Sache an die Vorinstanz zur Durchführung eines gesetzeskonformen Einigungsverfahrens zurückzuweisen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 8. Mai 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen, die Verfahrenskosten seien dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und es sei keine Parteientschädigung auszurichten.

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. Bei der Anordnung des Gutachtens handelt es sich um eine Zwischenverfügung (Art. 55 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 5 Abs. 2 und Art. 46 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren [VwVG; SR 172.021]); solche können unter anderem dann angefochten werden, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (BGE 132 V 93 E. 6.1 S. 106). Diese Anfechtbarkeitsvoraussetzung ist für das erstinstanzliche Beschwerdeverfahren in IV-Angelegenheiten zu bejahen, womit die entsprechende Verfügung unter Erhebung aller gesetzlich vorgesehenen Rügen rechtlicher und tatsächlicher Natur angefochten werden kann (BGE 138 V 271 S. 275 E. 1.1 und 1.2.1 sowie S. 276 E. 1.2.3, 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 256). Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er 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 Zwischenverfügung vom 6. März 2017 (AB 296). Streitig und zu prüfen ist die Anordnung einer Begutachtung.

1.3 Die Mitglieder des Verwaltungsgerichts behandeln als Einzelrichterin oder Einzelrichter Beschwerden gegen Zwischenverfügungen und Zwischenentscheide (Art. 57 Abs. 2 lit. b 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 Der Versicherungsträger prüft die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz besagt, dass die verfügende Instanz den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien, abklären und feststellen muss. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a S. 283).

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

2.3 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 Kennt-

nis 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).

Ein Parteigutachten besitzt nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c S. 354; SVR 2013 IV Nr. 40 S. 119 E. 2).

Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

2.4 Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG).

Feste Kriterien zur allgemeingültigen Abgrenzung der Anwendungsfelder der verschiedenen Kategorien von Expertisen existieren nicht. Die jeweiligen Einsatzbereiche lassen sich jedoch wie folgt umreissen: Die umfas-

sende administrative Erstbegutachtung wird regelmässig polydisziplinär und damit zufallsbasiert anzulegen sein; eine direkte Auftragserteilung soll die Ausnahme bleiben. Eine polydisziplinäre Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber nicht vollends gesichert ist. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt; weder dürfen weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein noch darf ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Diese Voraussetzungen werden vor allem bei Verlaufsbegutachtungen erfüllt sein (BGE 139 V 349 E. 3.2 S. 352).

Von der Verwaltung angeordnete medizinische Gutachten, an denen drei und mehr Fachdisziplinen beteiligt sind, haben bei einer Gutachterstelle zu erfolgen, mit welcher das Bundesamt eine Vereinbarung getroffen hat. Gemeint sind die Medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) im Sinne von Art. 59 Abs. 3 IVG. Die Vergabe der Aufträge erfolgt nach dem Zufallsprinzip gemäss dem Zuweisungssystem „SuisseMED@P“ (Art. 72^{bis} Abs. 1 und 2 IVV; BGE 139 V 349 E. 2.2 S. 351). Die Beschränkung der Auftragsvergabe nach dem Zufallsprinzip auf Begutachtungen mit drei und mehr Fachdisziplinen nach Art. 72^{bis} IVV ist rechtmässig. Die übrigen Anforderungen an die medizinische Begutachtung, wie sie in BGE 137 V 210 für polydisziplinäre MEDAS-Begutachtungen umschrieben worden sind, sind hingegen grundsätzlich auch auf mono- und bidisziplinäre Expertisen sinngemäss anwendbar. Das gilt sowohl für die justiziablen Garantien (Partizipationsrechte, Verfügungspflichten und Rechtsschutz) als auch für die appellativen Teilgehälte von BGE 137 V 210 (BGE 139 V 349 E. 5.4 S. 357).

Die IV-Stelle teilt der versicherten Person in einem ersten Schritt mit, dass eine Expertise eingeholt werden soll; zugleich gibt sie ihr die Art der vorgesehenen Begutachtung (poly- oder mono- bzw. bidisziplinär) sowie die vorgesehenen Fachdisziplinen und Gutachterfragen bekannt. In diesem Stadium kann die versicherte Person erst einmal (nicht personenbezogene) ma-

terielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich oder gegen Art oder Umfang der Begutachtung vorbringen (Beispiele: unnötige second opinion; unzutreffende Wahl der medizinischen Disziplinen). Ausserdem hat sie Anspruch, sich zu den Gutachterfragen zu äussern (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 275, 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258). In einem zweiten Verfahrensschritt teilt die IV-Stelle der versicherten Person die durch SuisseMED@P zugeteilte Gutachterstelle (bzw. bei mono- und bidisziplinären Expertisen die von ihr ausgewählten Gutachter) und die Namen der Sachverständigen mit jeweiligem Facharztstitel mit. Mit der Bezeichnung der Sachverständigen kommt die Möglichkeit (materieller oder formeller) personenbezogener Einwendungen hinzu (BGE 140 V 507 E. 3.1 S. 510, 139 V 349 E. 5.2.2.2 S. 355, 138 V 271 E. 1.1 S. 274, 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 257).

2.5 Abgesehen von ganz ausserordentlichen Fällen können nur die für eine Behörde bzw. eine Medizinische Abklärungsstelle nach Art. 72^{bis} IVV tätigen Personen, nicht aber die Behörde als solche befangen sein (BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 227; SVR 2016 IV Nr. 8 S. 24 E. 3.3). Ausstandsbegehren gegen sämtliche Mitglieder einer Medizinischen Abklärungsstelle sind nur zulässig, wenn gegen jedes einzelne Mitglied spezifische Ausstandsgründe geltend gemacht werden, die über die Kritik hinausgehen, die Behörde als solche sei befangen (SVR 2013 IV Nr. 30 S. 89 E. 5.2.2).

Für Sachverständige gelten grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richterinnen und Richter vorgesehen sind. Befangenheit ist demnach anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken (BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109; SVR 2015 IV Nr. 23 S. 70 E. 6.1.1).

Nach gefestigter Rechtsprechung führen der regelmässige Beizug eines Gutachters oder einer Begutachtungsinstitution durch den Versicherungsverträger, die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen für sich allein genommen nicht zum Ausstand (BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 227; SVR 2009 UV Nr. 32 S. 113 E. 6.2). Entscheidend ist, dass fachlich-inhaltlich eine Weisungsunabhängigkeit der begutachtenden Ärzte besteht (Entscheid des BGer vom 20. Juni 2007, I 885/06, E. 5.1).

Grundsätzlich kann eine Befangenheit einer sachverständigen Person nicht mittels der Schilderung einzelner angeblich negativer Erfahrungen anderer versicherter Personen mit dieser Gutachtensperson in früheren Fällen begründet werden. Dies gilt jedoch dann nicht, wenn substantiiert dargetan wird, wie sich aus der (angeblichen) Fehlleistung eines Experten in früheren Fällen auf eine Befangenheit dieses Experten im konkreten Fall schliessen lässt (SVR 2016 IV Nr. 8 S. 24 E. 6.2).

3.

3.1 Gemäss den Berichten der erstbehandelnden Ärzte konnten unfallbedingte (zusätzliche) strukturelle somatische Schädigungen nach dem Unfall vom 27. November 2013 nicht nachgewiesen werden. Ein noch am Unfalltag durchgeführtes CT der Wirbelsäule ergab keine Traumafolgen an der Hals- und cranialen Brustwirbelsäule und auch im Ganzkörper-Lodox waren keine wesentlichen Traumafolgen abgrenzbar (AB 207.4 S. 83) Ebenso ergab eine CT-Angiografie der hirnersorgenden Gefässe keine Anhaltspunkte für eine Dissektion (AB 207.4 S. 85; siehe zum Ganzen auch den Bericht des Spitals F. _____ in AB 207.4 S. 67 f.).

Aufgrund der nach dem Unfall geklagten Nacken- und Armschmerzen und in der Folge des Verdachts auf eine Reaktivierung der Arthrose fand am 12. Februar 2014 ein MRI der Wirbelsäule statt. Dieses ergab keinen Hinweis auf eine entzündliche Aktivität (AB 207.4 S. 57). Entsprechend beurteilte Prof. Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, für Rheumatologie sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, die Arthritis des Beschwerdeführers als aktuell in Remission befindlich (AB 207.4 S. 11, 15, 19, AB 261 S. 19, AB 290 S. 10). Gleichzeitig hielt er in seinem Bericht vom 20. Oktober 2014 (AB 207.4 S. 19 f.) fest, dass sich die belastendsten Beschwerden klinisch im Nackenbereich lokalisieren würden. Die Muskulatur sei diffus verspannt, eine lokalisierte Schmerzur-sache sei nicht eruierbar (AB 207.4 S. 20). Bezüglich Autounfall hielt er belastungsabhängig Schwindel, Übelkeit und Konzentrationsprobleme fest (AB 207.4 S. 11, 15, 19), wobei er diesbezüglich in den späteren Berichten von einer Persistenz erheblicher neuro-psychologischer Probleme spricht

(AB 261 S. 19, AB 290 S. 10). Dass der Hausarzt Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, davon abweichend postuliert, der Autounfall vom 27. November 2013 habe zu einer Aktivierung der vorbestehenden Arthrose geführt und die neu geklagten Beschwerden seien in diesem Rahmen zu sehen, überzeugt aufgrund der fachärztlichen Feststellungen von Prof. Dr. med. J._____, nicht, zumal Dr. med. L._____ nichts anzuführen vermag, was von Prof. Dr. med. J._____ unerkannt oder unberücksichtigt geblieben wäre (vgl. AB 184 S. 2 ff., AB 207.4 S. 1 ff. und S. 24 f.).

Am 15. April 2014 fand eine neurologische Beurteilung des Beschwerdeführers durch Dr. med. M._____, Facharzt für Neurologie, am Spital F._____ statt. Dieser hielt in der Folge fest, es bestünden weder in Bezug auf das periphere noch das zentrale Nervensystem Hinweise auf eine Nervenschädigung aufgrund des erlittenen Autounfalls. Die Prognose hänge von der Grunderkrankung ab und sei von rheumatologischer Seite zu beurteilen (AB 183 S. 3 ff., insbesondere S. 4 Ziff. 1.4, „Ärztlicher Befund“). Eine neurootologische Untersuchung im Spital F._____ vom 1. Dezember 2014 zeigte normale Befunde und lieferte somit (ebenfalls) keine Erklärung für die geschilderte Symptomatik mit Schwindel und Übelkeit (vgl. AB 207.4 S. 13 f.).

Zusammenfassend hat der Autounfall vom 27. November 2013 damit gemäss den derzeitigen Akten beim Beschwerdeführer zu keiner massgeblichen strukturellen Veränderung geführt. Ab dem 22. Februar 2016 war der Beschwerdeführer wieder in der Lage, in seiner angestammten Tätigkeit ein 70%-Pensum zu erfüllen (AB 240, 247, 251, 253). Prof. Dr. med. D._____ schätzt die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit gleichwohl tiefer als bisher auf 50 – 60% ein, ohne seine medizinisch-theoretisch tiefere Einschätzung zum tatsächlich Geleisteten jedoch nachvollziehbar zu begründen. Seine diesbezüglichen Ausführungen, wonach die unter Grenze 50% sei, 60% aber auch zumutbar erscheine, was ja nicht viel anders als ca. 70% sei (vgl. AB 261 S. 17), ist alles andere als überzeugend. Die Unklarheiten in der Beurteilung hat schliesslich Prof. Dr. med. J._____, der nach dem Unfall eine 100%ige Arbeitstätigkeit zunächst für allenfalls wieder möglich erachtet hat (vgl.

AB 207.4 S. 19), selbst bestätigt, als er im Januar 2017 eine Langfristbeurteilung der bildgebenden Abklärungen veranlasste, um einen Überblick zu erhalten (AB 290 S. 11). Entsprechende Veränderungen konnten jedoch erneut nicht erhoben werden (AB 290 S. 8).

3.2 Nachdem sich sowohl der behandelnde Rheumatologe Prof. Dr. med. J. _____ als auch der um eine Stellungnahme angefragte Neurologe Prof. Dr. med. D. _____ für eine heute stärkere Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit ausgesprochen haben (AB 261 S. 20, AB 261 S. 6 ff.), diese Äusserungen jedoch unfallversicherungs- resp. haftpflichtrechtlich fokussierten, ist eine gutachterliche Beurteilung zwingend. Dies umso mehr, als eine strukturelle Veränderung durch den Unfall nicht erstellt ist und insbesondere Prof. Dr. med. D. _____ abweichend von den Feststellungen des Spitals F. _____ vom 15. April 2014, wonach weder in Bezug auf das periphere noch das zentrale Nervensystem Hinweise auf eine Nervenschädigung aufgrund des Unfalls bestanden (siehe AB 183 S. 4 Ziff. 1.4 sowie E. 3.1 hiervor), seine Beurteilung u.a. mit dem Verdacht begründet, der Unfall habe zu einer radikulären oder Plexusläsion links geführt (siehe AB 261 S. 10). Eine Begutachtung ist damit zwingend und die entsprechende Anordnung der Beschwerdegegnerin grundsätzlich nicht zu beanstanden.

Soweit die finale Invalidenversicherung betreffend kann für diesen bereits seit Kindheit über einen leistungsrelevanten (Hilflosenentschädigung) Gesundheitsschaden verfügenden Versicherten auch nicht bereits mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf unveränderte Verhältnisse geschlossen werden. Nicht ausgeschlossen ist, dass zufolge des erheblichen Vorzustands und des durch den Unfall bewirkten Inaktivitätszeitraums gepaart mit dem fortschreitenden Alterungsprozess eine Dekonditionierung (vgl. diesbezüglich AB 207.4 S. 38) mit der Folge der heute attestierten Beschwerden (muskulär getriggert) eingetreten ist, wobei nicht ausgeschlossen wäre, dass die gesundheitliche Grundproblematik die Überwindbarkeit inzwischen (teilweise) ausschliessen könnte. So wie eine Anpassung an eine Behinderung zu einer geringeren Einschränkung führen kann, kann bei gesundheitlich vorbelasteten Personen das zunehmende Alter gepaart mit Komorbiditäten zu einer Verschlechterung (über das jedem Alterungs-

prozess Inhärente hinaus) beitragen (siehe hierzu AB 207.4 S. 49). Ob bzw. inwieweit sich die vom Beschwerdeführer behauptete inzwischen eingetretene fehlende Überwindbarkeit medizinisch begründen lässt, bzw. inwieweit diese Darlegungen von Überlegungen leistungsspezifischer Natur geprägt sind, ist ungeklärt. Immerhin ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer selbst bereits unfallnah gegenüber der Polizei ausführte, der Unfall habe ihn zehn Jahre zurückgeworfen (vgl. AB 207.1 S. 154 und 275). Eine solche Aussage ist vom medizinischen Standpunkt her nicht überzeugend und deutet auf versicherungsrechtliche Überlegungen hin, zumal massgebliche Veränderungen von den behandelnden Ärzten – wie dargelegt – nicht erhoben werden konnten. Auch vor diesem Hintergrund ist eine medizinische Begutachtung unabdingbar.

4.

4.1 Die Anordnung eines allein bi-disziplinären Gutachtens durch die Beschwerdegegnerin überzeugt hingegen nicht. Auch wenn beim Beschwerdeführer vordergründig allein somatische Beschwerden vorliegen, so ist von den behandelnden Ärzten doch auch auf eine (somatisch nicht abstützbare) neuropsychologische Komponente hingewiesen worden (siehe AB 261 S. 19, AB 290 S. 10 sowie E. 3.1 hiervor). Damit ist mit Blick auf die wenig eindrücklichen (unfallkausalen d.h. neuen) Befunde anlässlich der Notfallbehandlung (siehe AB 207.4 S. 7 f.; der GCS betrug damals 15, was dem bestmöglichen Wert entspricht) und der Tatsache, dass auch die behandelnden Ärzte unfallkausale Schädigungen später ausgeschlossen haben, für die sorgfältige Abgrenzung aller Beschwerden nicht allein eine rheumatologische und neurologische Abklärung geboten, sondern vielmehr auch eine orthopädische sowie eine psychiatrische Mitbeurteilung erforderlich. Dabei werden der neurologische und der psychiatrische Gutachter insbesondere auch zu beurteilen haben, ob eine ihre Disziplinen verbindende neuropsychologische Abklärung erforderlich ist (zur Bedeutung der Neuropsychologie vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 18. Mai 2017, IV/2017/124, E. 3.5.2). Vorliegend bedarf es somit einer polydisziplinären MEDAS-Begutachtung. Insoweit erübrigen sich Ausführungen zum Vergabeverfahren und zum anwendbaren Fragenkatalog

bei einer rein somatischen mono- oder bi-disziplinären Begutachtung. Im Rahmen der in Auftrag zu gebenden polydisziplinären MEDAS-Begutachtung ist von den Gutachtern ihr Fachgebiet betreffend zu den entsprechenden Fragen den Guidelines folgend jedenfalls Stellung zu nehmen, wobei im vorliegenden Fall die Konsistenzbeurteilung in allen Fachgebieten von besonderer Bedeutung ist.

4.2 Zusammenfassend ist die angefochtene Zwischenverfügung der Beschwerdegegnerin vom 6. März 2017 (AB 296) in teilweiser Gutheissung der Beschwerde insoweit aufzuheben, als allein eine bi-disziplinäre Begutachtung angeordnet wurde. Die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, den Richtlinien zur Auftragsvergabe entsprechend nach dem Zufallsprinzip gemäss dem Zuweisungssystem „SuisseMED@P“ ein polydisziplinäres MEDAS-Gutachten in Auftrag zu geben.

5.

5.1 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 500.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 500.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Die von Rechtsanwalt B._____ eingereichte Kostennote vom 23. Mai 2017 ist nicht zu beanstanden. Gestützt auf diese Kostennote wird die Parteienschädigung des Beschwerdeführers für das vorliegende Verfahren auf Fr. 2'725.40 (Honorar Fr. 2'450.--, Auslagen Fr. 73.50, MWSt. Fr. 201.90) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu ersetzen.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 6. März 2017 insoweit aufgehoben, als eine bi-disziplinäre Begutachtung vorgesehen wurde. Es ist eine interdisziplinäre MEDAS-Begutachtung durchzuführen. Die IV-Stelle hat diese nach Rechtskraft dieses Entscheids im Rahmen von Suisse-MED@P in Auftrag zu geben. Soweit weitergehend wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 500.-- wird ihm nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'725.40 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
- 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.