

200 18 192 IV
LOU/ABE/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 4. September 2018

Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiberin Abenheim

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Februar 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1980 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im April 2016 erstmals und mit Hinweis auf eine psychische Erkrankung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Antwortbeilage [AB] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche (AB 7 ff.) und medizinische Abklärungen, insbesondere holte sie Berichte behandelnder Ärzte ein (AB 9 ff.). In der Folge stellte sie der Versicherten – gestützt auf eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. C._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 30. Juni 2016 (AB 17) – mit Vorbescheid vom 18. Juli 2016 (AB 18) in Aussicht, das Leistungsbegehren mangels Vorliegens eines invalidisierenden Gesundheitsschadens abzulehnen.

Nachdem die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, dagegen opponiert bzw. unter Vorlage eines aktuellen Berichts der Klinik D._____ (AB 25) beantragt hatte, es sei ein externes Gutachten einzuholen (AB 26), veranlasste die IVB nach Rücksprache mit dem RAD (AB 39) eine bidisziplinäre (internistisch-psychiatrische) Begutachtung durch das E._____ (MEDAS [AB 40]). Am 20. Dezember 2017 legte die RAD-Psychiaterin Dr. med. C._____ dar, entgegen dem entsprechenden MEDAS-Gutachten vom 22. August 2017 (AB 49.1/2) sei ein invalidisierender Gesundheitsschaden (nach wie vor) nicht nachgewiesen (AB 51).

Daraufhin ordnete die IVB am 15. Januar 2018 eine erneute psychiatrische Begutachtung an (AB 54), womit sich die Versicherte nicht einverstanden erklärte (AB 59). Mit Verfügung vom 13. Februar 2018 hielt die IVB am Vorgehen fest (AB 61).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 6. März 2018 Beschwerde. Sie beantragt, die die RAD-

Ärztin Dr. med. C. _____ habe in den Ausstand zu treten und die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben. Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, die vorgesehene erneute psychiatrische Begutachtung sei unnötig und stelle eine unzulässige „second opinion“ dar.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. April 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Da dem Gutachten der MEDAS die Beweiskraft abzusprechen sei, müsse zur Klärung des medizinischen Sachverhalts eine weitere Expertise eingeholt werden.

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).

Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde grundsätzlich einzutreten (vgl. jedoch E. 3.4 hiernach).

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Zwischenverfügung vom 13. Februar 2018 (AB 61). Streitig und zu prüfen ist die Anordnung einer weiteren 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 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).

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) materielle 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).

3.

3.1 Zum medizinischen Sachverhalt ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Im Bericht vom 5. Februar 2016 der Klinik D. _____ (AB 15/8) wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), vor dem Hintergrund einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung, diagnostiziert. Die Patientin beschreibe zahlreiche Erlebnisse mit Lehrern, welche die Kriterien einer unangemessenen Sexualisierung des Kontaktes aufweisen würden. Später sei es zur sexuellen Nötigung durch ihren ersten Partner gekommen und im Rahmen ihrer Arbeitsverhältnisse habe sie Abhängigkeit mit sexuellem Aspekt sowie Bedrohungen und Stalking erlebt, was zur einer anorektiformen Phase geführt habe. Es sei ihr dann immer schlechter gegangen und sie habe sukzessive ihre Arbeit aufgeben müssen und sich immer weiter aus dem sozialen Netz zurückgezogen. Anlässlich der stationären Therapie habe sie gelernt, Trigger zu benennen und zu regulieren und sei psychomotorisch ruhiger geworden. Bei Austritt habe sie kaum noch Suizidgedanken gehabt.

3.1.2 Im Bericht vom 13. Juni 2016 der Klinik D. _____ (AB 16/2) wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode vor dem Hintergrund einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F33.1, F43.1), aktuell teilremittiert, genannt. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein „restriktives Essverhalten“. Seit dem Austritt aus der stationären Behandlung neige die Patientin dazu, zu Hause – ohne äusseres Rahmenprogramm – wieder in sozialen Rückzug, Überforderung, Hoffnungslosigkeit und Inaktivität zu gelangen. Sie leide immer noch unter rascher Erschöpfbarkeit, Gedankenkreisen und Suizidgedanken, welche vor allem im Zusammenhang mit Überforderung und Zukunftsängsten aufträten. Seit 2013 bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit.

3.1.3 Die RAD-Psychiaterin Dr. med. C. _____ nahm am 30. Juni 2016 (AB 17) zu den Berichten der Klinik D. _____ insofern Stellung, als die Diagnose ausschliesslich auf dem Boden subjektiver Angaben gestellt worden sei. Der Einschätzung seien weder die ICD-10-Diagnosekriterien zu-

grunde gelegt noch sei auf fremdanamnestische Angaben (früherer Hausärzte) zurückgegriffen worden. Der sowohl bei Eintritt als auch bei Austritt beschriebene normale Psychostatus und der schulische/berufliche Lebenslauf (fehlender Leistungsknick, zielgerichtete berufliche Entwicklung) würden eher gegen das Vorliegen einer Erkrankung im psychiatrischen Fachgebiet mit Auswirkung auf die berufliche Leistungsfähigkeit sprechen. Gegen eine rezidivierende depressive Störung spreche auch, dass keine zirkadianen Besonderheiten vorlägen und dass bisher keine psychiatrischen Behandlungen erforderlich gewesen seien. Des Weiteren bestehe eine negative Familienanamnese bezüglich Erkrankungen des nervenärztlichen Formenkreises und es beständen keine behandlungsbedürftigen somatischen Erkrankungen. Hieraus ergebe sich eine Arbeitsfähigkeit für „Frauenarbeiten“ beliebiger körperlicher Schwere, entsprechend den Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einem 100%-Pensum mit betriebsüblichen Pausen. Auch die angestammte Tätigkeit als ... sei zumutbar.

3.1.4 Im Bericht vom 12. September 2016 der Klinik D. _____ (AB 25) wurde präzisiert, die in einem früheren Bericht verwendete Kodierung F43.1 sei insofern nicht ganz sachgerecht, als für eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung keine einschlägige Diagnose vorgesehen sei bzw. die Diagnose F62.0 („andauernde Persönlichkeitsstörung ... nach Extrembelastung“) vorliegend nicht passe. Ausserdem bilde die diagnostische Beurteilung im Bericht vom 13. Juni 2016 den zwischenzeitlich mehrjährigen Störungsverlauf nicht angemessen ab und sei zu revidieren. Seit dem 6. September 2016 sei die Patientin wieder hospitalisiert, aufgrund einer krisenhaften Exazerbation in Richtung eines erneuten schweren depressiven Zustandsbildes, insbesondere mit zunehmenden Schlafstörungen und Suizidideen. Grundsätzlich könnte alternativ von einer Doppeldiagnose ausgegangen werden, d.h. von einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) kombiniert mit einer anhaltenden affektiven Störung (ICD-10 F34) oder einer im Längsschnitt anhaltenden mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F33.1). Was die Traumatisierungen anbelange, würden die aktuell verfügbaren Informationen lediglich für einen „Verdacht auf eine noch näher zu bezeichnende Traumafolgestörung“ ausreichen. Dieser sei allerdings weiter klärungsbedürftig.

3.1.5 Im Bericht vom 23. Dezember 2016 der Klinik D. _____ (AB 35) wurden die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, zurzeit einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode entsprechend, vor dem Hintergrund einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F33.2, 43.1) sowie anorektiforme Essstörung (ICD-10 F50.9) genannt. Die Patientin stehe in keinem Anstellungsverhältnis; sie wäre jedoch zu 100% arbeitsunfähig.

3.1.6 Im Bericht vom 23. Juni 2017 der Klinik D. _____ (AB 46) wurde die aktuelle depressive Episode als zurzeit mittelgradig beschrieben (ICD-10 F33.2). Weiterhin aggravierend sei der bestehende Paarkonflikt. Zudem sei das noch schwebende IV-Verfahren zu nennen; die Patientin hege grosse Sorgen, auch diesmal nicht verstanden und gesehen zu werden.

3.1.7 Im Gutachten der MEDAS vom 22. August 2017 (AB 49.1/2) wurde im Wesentlichen Folgendes dargelegt (S. 16):

Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)

Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Substituierte Hypothyreose (ICD-10 E03.9), aktuell euthyreot

Im Vordergrund stehe die Evaluation aus psychiatrischer Sicht. Auf affektiver Ebene bestehe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. Die therapeutischen wie auch medikamentösen Behandlungen würden adäquat erfolgen; alle Medikamente seien gemäss Serumspiegel im Normbereich. Gleichwohl persistiere eine erhebliche affektive Störung, dies mit auch wiederholten stationären Behandlungen seit längerer Zeit. Eine dauerhaft verminderte Belastbarkeit sei ausgewiesen und aus psychiatrischer Sicht könne eine 50%-ige Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zugeordnet werden.

Aus somatischer Sicht lägen keine beruflichen Befunde und Diagnosen vor, sodass die Arbeitsfähigkeit aus allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt sei.

Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass die aktuelle Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50% seit Oktober 2015 über die Zeit gemittelt zu bestätigen sei. Das Pensum könnte über 4-6 Stunden pro Tag umgesetzt werden; je nach Möglichkeit, am Arbeitsplatz Pausen einzuschalten oder stundenweise zu arbeiten.

Bei affektiven Störungen sei der langfristige Verlauf unsicher, so dass sich eine Reevaluation in ein bis zwei Jahren empfehle. Berufliche Massnahmen seien bis auf weiteres aufgrund der medizinisch-psychiatrischen Einschränkung und der Selbsteinschätzung der Explorandin nicht umsetzbar.

3.1.8 Die RAD-Psychiaterin Dr. med. C._____ nahm am 20. Dezember 2017 (AB 51/6) wie folgt Stellung zum Gutachten: Gemäss den ICD-10 Diagnosekriterien ändere sich im Rahmen einer depressiven Episode die gedrückte Stimmung von Tag zu Tag wenig und reagiere meist nicht auf die jeweiligen Lebensumstände. Demgegenüber habe die Beschwerdeführerin auf den Tod ihrer Katze und auf die Beurlaubung ihrer Ärztin reagiert. Dies spreche gegen die Diagnose einer depressiven Episode bzw. vielmehr für ein aufmerksamkeitsuchendes-histrionisches Verhalten. Zudem sei sie in der Lage, in die Zukunft zu planen (Feiertage mit dem Ehemann im ... zu verbringen) und am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen (Velofahren, Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel, Einkäufe tätigen). Der gutachterlichen Einschätzung, wonach eine mittelgradige Depressivität vorliege, könne deshalb nicht gefolgt werden. Was die Berichte der Klinik D._____ anbelange, fänden sich darin Inkonsistenzen; zum einen zwischen den gestellten Diagnosen und dem dokumentierten Psychostatus und zum anderen zwischen den gestellten Behandlungsdiagnosen und dem Therapieregime. Keine der Diagnosen sei unter Zugrundelegung der diagnostischen Leitlinien der ICD-10 objektiv nachvollziehbar gesichert. Die anamnestischen Angaben, der Psychostatus und das Therapieregime würden für eine gedankliche Auseinandersetzung und Bewältigung intrapsychischer und interpersoneller familiärer Konflikte sprechen und damit gegen die sowohl von den Ärzten der Klinik D._____ als auch von den Gutachtern genannten psychiatrischen Diagnosen. Der Erhalt der Selbst- und Fremdfürsorge, die vorhandene Introspektionsfähigkeit, die Veränderungsmotivation, das Autonomiestreben, die Anpassungs- und die Reise-

fähigkeit sprächen allesamt gegen die attestierte Höhe und Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Eine Indikation der Fortführung der Beschäftigungs-/Sozialtherapie (Malen, Arbeiten mit Ton, Reittherapie) sei medizinisch nicht nachvollziehbar begründbar. Das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens sei bisher weder im internistischen noch im psychiatrischen Fachgebiet objektiv nachgewiesen.

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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

3.3 Während die Beschwerdegegnerin der Auffassung ist, das internistisch-psychiatrische MEDAS-Gutachten vom 22. August 2017 sei nicht beweiskräftig, macht die Beschwerdeführerin geltend, jenem komme vollen Beweiswert zu und eine weitere psychiatrische Abklärung sei nicht nur unnötig, sondern sogar unzulässig.

Das Einholen einer sog. second opinion ist unzulässig, wenn es sich um eine Expertise handelt, welche der Versicherungsträger trotz seines bereits in einem Gutachten umfassend festgestellten Sachverhalts einholt, weil ihm die Schlussfolgerungen des Erstgutachtens nicht passen (SVR 2007 UV Nr. 33 S. 112 E. 4.2). Auch wenn der IV-Stelle bei der Beurteilung der Frage, ob die Abklärungen vollständig seien, ein erheblicher Ermessensspielraum zusteht, so darf die Einholung eines Zweitgutachtens doch nicht beliebig erfolgen (BGE 137 V 210 E. 3.3.1 S. 245). Bei der Beurteilung, ob es sich bei einer angeordneten Begutachtung um das Einholen einer unzulässigen Zweitmeinung handelt, ist allein zu prüfen, ob eine genügende Beweisgrundlage vorliegt. Eine abschliessende oder eingehende Beweiswürdigung würde dazu führen, dass der Endentscheid bzw. zumindest die Beurteilung der medizinischen Sachlage weitgehend präjudiziert würde. Folglich ist die Prüfung im vorliegenden Verfahren auf eine summarische Beurteilung der Aktenlage zu beschränken. Zu untersuchen ist, ob die von der Beschwerdegegnerin vorgebrachten Gründe für die Notwendigkeit einer weiteren Begutachtung plausibel erscheinen bzw. ob die vorliegende medizinische Aktenlage ausreicht zur Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

3.3.1 Das bisdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 22. August 2017 (AB 49.1/2) beruht auf einlässlichen anamnestischen Erhebungen sowie eigenen fachärztlichen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt. Die Gutachter haben sowohl die Diagnosen als auch die Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit einlässlich begründet. Dabei orientierten sie sich u.a. auch an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 (vgl. AB 49.1/14). Somit erfüllt das Gutachten aufgrund einer – hier mit Blick auf den Streitgegenstand – nur summarisch vorzunehmenden Einschätzung

grundsätzlich die beweisrechtlichen Anforderungen an Expertisen (E. 3.2 hiervor).

3.3.2 Im Gegensatz zu sämtlichen anderen involvierten Ärzten verneinte die RAD-Psychiaterin Dr. med. C._____ in ihren Aktenbeurteilungen vom 30. Juni 2016 (AB 17) und vom 20. Dezember 2017 (AB 51) das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens. Abgesehen davon, dass Dr. med. C._____ die Beschwerdeführerin nie persönlich untersucht hat, beschränkt sie sich in ihren Berichten auf Kritik an den Einschätzungen der behandelnden und der begutachtenden Ärzte. Sie setzt sich insbesondere nicht mit den anlässlich den diversen stationären Aufenthalten in der Klinik D._____ gemessenen BDI-Werten (Beck Depression Inventory; vgl. AB 15/12, 46/3) auseinander und äussert sich nicht zur Wirkung oder zur (von den Gutachtern explizit bejahten [vgl. AB 49.1/17]) Indikation der seit Jahren laufenden antidepressiven Medikation (vgl. AB 16/3, 34/6, 35/4).

Soweit Dr. med. C._____ sowohl die in der Klinik D._____ als auch im MEDAS diagnostizierte rezidivierende depressive Störung u.a. deshalb in Abrede stellt, weil die Beschwerdeführerin in ihrer Jugend eine Berufsausbildung habe absolvieren können, nicht an behandlungsbedürftigen somatischen Krankheiten leide und eine negative Familienanamnese bezüglich nervenärztlichen Erkrankungen aufweise (AB 17/2), sind diese Begründungen wenig überzeugend. Wenn Dr. med. C._____ sodann eine erhaltende Selbstfürsorge als Indiz gegen eine Arbeitsunfähigkeit erwähnt (vgl. AB 51/7), ist festzustellen, dass von einer solchen – bei selbstverletzendem Verhalten und Vernachlässigen der Körperhygiene (vgl. AB 49.1/5, 49.1/11) – gerade nicht gesprochen werden kann. Während zirkadiane Störungen Anfang 2016 noch verneint wurden (AB 15/10), was Dr. med. C._____ ebenfalls als Gegenargument für die Depressivität anführte (AB 17/2), stellte der psychiatrische Gutachter im August 2017 eine Zirkadianität fest, wenn auch nicht in ausgeprägter Form (AB 49.1/12). Schliesslich trägt die von der RAD-Ärztin erwähnte angebliche Fähigkeit der Beschwerdeführerin, „die Zukunft zu planen“ oder am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen (AB 51/6), den diversen Einschränkungen im All-

tag und dem mehrfach dokumentierten Rückzug aus dem sozialen Leben (vgl. z.B. AB 49.1/10) zu wenig Rechnung.

Die Kritik von Dr. med. C. _____ verfängt somit nicht in allen Teilen, zumal eine bloss unterschiedliche Beurteilung des Sachverhaltes nicht zum Einholen einer weiteren Expertise legitimiert.

3.4 Soweit die Beschwerdeführerin den Ausstand der RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ beantragt, ist insoweit auf die Beschwerde nicht einzutreten (vgl. E. 1.1 hiavor). Denn die Beschwerdegegnerin hat über das entsprechende, bereits im Verwaltungsverfahren gestellte Begehren vom 26. Januar 2018 (AB 59) noch nicht verfügt (vgl. BGE 125 V 413 E. 1a S. 414).

Selbst wenn darauf einzutreten wäre, wäre der entsprechende Antrag abzuweisen: Verwaltungsärzte sind zwar nicht als Sachverständige im Sinne von Art. 44 ATSG einzustufen (vgl. BGE 135 V 254 E. 3.4.2 S. 259), dennoch gelten die Regeln der Befangenheit grundsätzlich auch für RAD-Ärzte. Folglich reicht zur Annahme von Befangenheit nicht aus, dass sich Dr. med. C. _____ bereits mehrmals mit der medizinischen Einschätzung der Beschwerdeführerin befasste (vgl. AB 17, 30, 39, 51) und stets zu einem für die Beschwerdeführerin negativen Ergebnis kam. Die von der Praxis verlangten besonderen Aspekte (vgl. BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109 und E. 7.2.2 S. 110) sind nicht ersichtlich, die auf Befangenheit schliessen lassen müssten (vgl. etwa BGE 136 V 117 E. 3.3.2.3 S. 123).

3.5 Nach dem Dargelegten ist keine erneute psychiatrische Begutachtung angezeigt. Die abschliessende Beweiswürdigung hinsichtlich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist indessen dem Endentscheid vorbehalten.

Die Verfügung vom 13. Februar 2018 (AB 61) ist in Gutheissung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist, aufzuheben.

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.

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 von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist ihr nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese wird 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).

Mit Kostennote vom 19. April 2018 macht Rechtsanwalt B. _____ ein Honorar von Fr. 3'304.-- (11.8 Std. à Fr. 280.--), Auslagen von Fr. 55.30 und die Mehrwertsteuer von Fr. 258.65, d.h. total Fr. 3'617.95 geltend. Dies erweist sich in Anbetracht des Streitgegenstands resp. der beschränkten Fragestellung als zu hoch. Zu berücksichtigen ist ferner, dass allein ein einfacher Schriftenwechsel erforderlich war. Der Parteikostenersatz wird deshalb – unter Berücksichtigung des gebotenen Aufwands in ähnlich gelagerten Fällen – auf pauschal Fr. 3'000.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Soweit darauf einzutreten ist, wird in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 13. Februar 2018 aufgehoben.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete

Kostenvorschuss von Fr. 500.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'000.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Einzelrichter:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öf-

fentlich-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.