

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 27. August 2018

Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. März 2018



Sachverhalt:

A.

Die ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im März 2007 unter Hinweis auf eine Polyarthrititis bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin] [act. II] 2). Mit Verfügung vom 11. September 2008 (act. II 48) sprach die damals zuständige IV-Stelle Solothurn der Versicherten eine nach Massgabe der gemischten Methode ermittelte, für die Zeit von März bis August 2007 befristete halbe Invalidenrente bzw. ab Mai 2008 eine unbefristete Viertelsrente zu.

Im April 2012 leitete die nach einem Wohnortwechsel der Versicherten nunmehr zuständige IVB (act. II 50) von Amtes wegen eine Revision ein (act. II 52). Nachdem sie bei den Dres. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und D. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, eine bidisziplinäre Begutachtung veranlasst hatte (Expertisen vom 21. Februar 2013 [act. II 68.1] und 12. Oktober 2013 [act. II 72.1]) und durch ihren Abklärungsdienst einen Abklärungsbericht Haushalt hatte erstellen lassen (act. II 73 S. 2 ff.), hob die IVB mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 3. Juni 2014 (act. II 92) die Viertelsrente per Ende Juli 2014 bei einem nach der gemischten Methode ermittelten Invaliditätsgrad von 17% auf.

B.

Im Juli 2017 meldete sich die Versicherte u.a. unter Hinweis auf ein zusätzlich zur rheumatoiden Arthritis aufgetretenes rezidivierendes Infektgeschehen erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 102; 107 S. 4). Nachdem die IVB den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht abgeklärt und diverse Berichte behandelnder Ärzte beigezogen hatte, teilte sie der Versicherten mit Schreiben vom 12. Februar 2018 (act. II 143) mit, zwecks Klärung der Leistungsansprüche sei eine medizinische Begutachtung unter

Berücksichtigung der Fachdisziplinen Rheumatologie und Psychiatrie notwendig, für deren Durchführung die Dres. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, und C._____ beauftragt würden. Dagegen liess die Versicherte geltend machen, die „Abklärung [...] der vorliegend äusserst komplexen gesundheitlichen Situation“ erfordere neben den Fachrichtungen Rheumatologie und Psychiatrie „zwingend zusätzlich die Fachrichtungen Innere Medizin und Infektiologie“ (act. II 146 S. 2). Nachdem die IVB bei med. pract. F._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), eine Stellungnahme (act. II 149 S. 2 f.) eingeholt hatte, hielt sie mit Verfügung vom 6. März 2018 (act. II 150) an der vorgesehenen (bidisziplinären) Begutachtung durch die Dres. med. E._____ und C._____ fest.

C.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, mit Eingabe vom 19. April 2018 Beschwerde erheben. Sie stellt das folgende Rechtsbegehren:

Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 6. März 2018 sei aufzuheben und die Sache sei zur Bestimmung der polydisziplinären Gutachterstelle an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

In der Begründung macht die Beschwerdeführerin zusammengefasst geltend, auf die Ausführungen der sich auf fachfremdem Gebiet äussernden RAD-Ärztin med. pract. F._____ könne mangels Beweiswert nicht abgestellt werden. Die IVB habe daher eine polydisziplinäre Begutachtung mit den Fachdisziplinen Rheumatologie, Psychiatrie, Allgemeine Innere Medizin und Infektiologie anzuordnen.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Mai 2018 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde. In der Begründung verweist die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf die zu den Akten gereichte Stellungnahme der RAD-Ärztin med. pract. F._____ vom 16. Mai 2018 (act. II 161 S. 2 f.).

Mit Replik vom 6. Juli 2018 hält die Beschwerdeführerin an den von ihr beschwerdeweise gestellten Rechtsbegehren und vorgebrachten Standpunkten fest.

Mit Eingabe vom 19. Juli 2018 verzichtet die Beschwerdegegnerin auf eine Duplik und hält an den in der Beschwerdeantwort vom 22. Mai 2018 gestellten Rechtsbegehren sowie den darin gemachten Ausführungen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung 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 Verfügungen.

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]); eine solche ist unter anderem dann selbständig anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken kann (BGE 138 V 271 E. 1.2.1 S. 275, 132 V 93 E. 6.1 S. 106). Diese Anfechtbarkeitsvoraussetzung ist für das erstinstanzliche Beschwerdeverfahren in IV-Angelegenheiten zu bejahen (BGE 138 V 271 E. 1.2.3 S. 276), womit die entsprechende Verfügung unter Erhebung aller gesetzlich vorgesehenen Rügen rechtlicher und tatsächlicher Natur angefochten werden kann (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 256).

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 2018 (act. II 150). Streitig und zu prüfen ist die Anordnung einer bidisziplinären 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 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).

2.2 Polydisziplinäre Gutachten, das heisst solche, an denen drei oder mehr Fachdisziplinen beteiligt sind, haben nach Art. 72^{bis} Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) bei einer Gutachterstelle zu erfolgen, mit welcher das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 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. 2 IVV; vgl. 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 (BGE 139 V 349 E. 5.4 S. 357).

Bei mono- und bidisziplinären Gutachten dagegen werden die Aufträge nicht nach diesem System vergeben. Damit ist der Kreis der in Frage kommenden Sachverständigen hier weitaus grösser (z.B. Universitätskliniken, frei praktizierende Ärzte und Gutachter; vgl. BGE 139 V 349 E. 2.2 S. 351).

2.3 Es existieren keine festen Kriterien zur allgemeingültigen Abgrenzung der Anwendungsfelder der verschiedenen Kategorien von Expertisen. Die jeweiligen Einsatzbereiche lassen sich jedoch wie folgt umreissen: Die umfassende 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).

3.

3.1 Es besteht unter den Parteien insoweit Konsens, dass für die Klärung der mit Neuanschuldung vom Juli 2017 (act. II 102) geltend gemachten Leistungsansprüche eine medizinische Begutachtung zu erfolgen hat. Weiter steht ausser Streit, dass die Begutachtung die Fachdisziplinen der Rheumatologie und Psychiatrie zu umfassen hat (vgl. Beschwerde, S. 5; act. II 150 S. 1). Uneins sind sich die Parteien darüber,

ob zusätzlich die Fachrichtungen der Allgemeinen Inneren Medizin sowie der Infektiologie zu berücksichtigen sind und ob diesfalls die direkte Gutachtensvergabe an die Dres. med. E. _____ und C. _____ Bestand hat.

3.2 Die Wahl der Experten bzw. der beizuziehenden fachärztlichen Kompetenzen hängt von der Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik ab (vgl. E. 2.3 vorne). Hierzu äussern sich die medizinischen Akten im Wesentlichen wie folgt:

3.2.1 Vom ... bis ... 2017 war die Beschwerdeführerin im Spital G. _____ hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 10. August 2017 (act. II 113 S. 2 - 8) wurden im Wesentlichen die folgenden Diagnosen festgehalten (S. 2 - 4):

1. Rezidivierendes Infektgeschehen unter Immunsuppression
2. Seronegative rheumatoide Arthritis, DD Psoriasisarthritis sine Psoriasis
3. Clostridium difficile-assoziierte Diarrhoe .../2017
4. Fibromyalgie
5. Sepsis mit Escherichia coli bei hochgradigem Verdacht auf Nierenabszess links und Pneumonie .../2017
6. Diskreter Vitamin D-Mangel
7. Lumbovertbrale, intermittierende lumbospondylogene Schmerzsymptomatik
8. Nebendiagnosen
 - Beckenvenenthrombose links 07/2013, seither unter Dauerantikoagulation
 - Leichte Colondivertikulose
 - Solitärer Knoten im rechten Schilddrüsenlappen in Abklärung
 - Arterielle Hypertonie
 - Erysipel linker Unterschenkel im Juli 2013
 - rezidivierende Bakerzysten links

In der Beurteilung hielten die behandelnden Ärzte fest, bei Eintritt habe sich klinisch eine hoch aktive Polyarthritis mit deutlich palpablen Gelenksergüssen an praktisch sämtlichen PIP- und MCP-Gelenken sowie humoraler Aktivität gezeigt. Bei Status nach Pneumonie sowie Nierenabszess links .../17 hätten aktuell konventionell-radiologisch im Thoraxbild sowie sonographisch an der linken Niere keine Pathologien festgestellt werden können. Somit sei nicht mehr von einem aktiven Infektgeschehen auszugehen. Unter immunsuppressiver Therapie sei es sehr rasch zu einer deutlichen Verbesserung der Arthritiden gekommen. Immobilisierend sei weiterhin die sonographisch nachgewiesene und eingeblutete Bakerzyste des linken Knies gewesen. Die Mobilisation sei nur mittels Rollstuhl möglich gewesen; auf den Einsatz von Gehstöcken habe die Beschwerdeführerin aufgrund

von dann eintretenden Schmerzen an den Handgelenken verzichtet. Die Schmerzen im Bereich der Bakerzyste seien persistierend und immobilisierend gewesen. Wegen den rezidivierenden Infekten sei eine Umstellung der Immunsuppression sinnvoll (S. 4).

3.2.2 Im Bericht des Spitals H. _____ vom 18. Oktober 2017 (act. II 140 S. 22 f.) wurde mit Bezug auf die diagnostizierten rezidivierenden Bakerzysten beidseits festgehalten, in Zusammenschau der MRI-Untersuchung ohne relevante Kniebinnenschäden und dem Orthoradiogramm, welches eine gerade Beinachse zeige, bestehe aus orthopädischer Sicht aktuell keine sinnvolle operative Option. Es werde die medikamentöse Anpassung der hochaktiven rheumatoiden Arthritis empfohlen (S. 23).

3.2.3 Im Bericht des Spitals G. _____ vom 27. Oktober 2017 (act. II 140 S. 19 f.) wurde festgehalten, es müsse von einer multifaktoriellen Genese der prolongiert verlaufenden Infekte ausgegangen werden (Prädisposition, spezifischer IgG-Mangel gegen Pneumokokken, Immunsuppression). Hinweise für einen zellulären Immundefekt beständen nicht. Insgesamt rechtfertige die Prädisposition zu vermehrten Infekten derzeit eine prophylaktische Therapie mit Bactrim aber nicht, auch aufgrund des erhöhten Risikos eines Rezidivs der Clostridien-Colitis. Die Bactrimprophylaxe sei deshalb sistiert worden (S. 20).

3.2.4 Im Bericht des Spitals G. _____ vom 30. November 2017 (act. II 137) wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 1):

- Seronegative rheumatoide Arthritis, DD Psoriasisarthritis sine Psoriasis, seit 05/2006
- Rezidivierendes Infektgeschehen unter Immunosuppression, seit 2006
- Fibromyalgie
- Lumbovertbrale, intermittierende lumbospondylogene Schmerzsymptomatik, seit 2015
- Rezidivierende, teils immobilisierende Bakerzyste links

Mit weiterem Bericht vom 19. Dezember 2017 (act. II 140 S. 14 - 16) wurde festgehalten, im Vergleich zum Befund Ende Oktober 2017 habe sich eine rasche Besserung der rheumatoiden Arthritis ergeben. Die Beschwerdeführerin habe aktuell Erkältungssymptome; bei fieberhaften

Erkältungszeichen sollte das Xeljanz (Antirheumatikum) unterbrochen werden. Ansonsten sei zu hoffen, dass die Medikation möglichst komplikationsfrei fortgesetzt werden könne, da sich im Moment ein sehr gutes therapeutisches Ansprechen abzeichne (S. 15).

3.2.5 Mit Stellungnahme vom 1. März 2018 (act. II 149 S. 2 f.) hielt die RAD-Ärztin med. pract. F. _____ fest, die Beschwerdeführerin sei durch die Infektiologie des Spitals G. _____ ausführlich zusammen mit einem Allergologen abgeklärt worden. Hierbei sei durch die Infektiologen ein spezifischer IgG-Mangel gegen Pneumokokken nochmals bestätigt worden, worauf eine Pneumokokken-Impfung erfolgt sei; am ... 2017 sei der Impftiter als im protektiven Bereich festgehalten und eine prophylaktische Dauerrantibiose für nicht indiziert erachtet worden. Schon vor der Gabe von Immunsuppressiva seien laut Angaben der Beschwerdeführerin häufiger rezidivierende Atemwegsinfekte mit Husten und Schnupfen ohne Fieber aufgetreten. Die unter Immunsuppression neu prolongierten Infekte seien laut Allergologen und auch laut Infektiologen des Spitals G. _____ multifaktorieller Genese. Es könne somit davon ausgegangen werden, dass bei der Beschwerdeführerin in Zukunft durch regelmässiges Auffrischen der Impfung der Titer im protektiven Bereich bleibe und somit ein Schutz vor Pneumonie (Lungenentzündung), Sepsis (Blutvergiftung) oder Bakteriämie (Vorhandensein von Bakterien im Blut) und Meningitis (Hirnhautentzündung) bestehe (S. 3).

3.2.6 Dr. med. I. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt mit zu Händen der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin erstelltem und im vorliegenden Verfahren aufgelegtem Bericht vom 16. April 2018 (act. II 158 S. 22 f.) fest, es sei richtig, dass die Beschwerdeführerin die Grippeimpfung und die Pneumokokken-Impfung zweimal durchgeführt habe; trotzdem leide sie immer wieder an gehäuften Infekten. Durch die rheumatoide Arthritis und die damit verbundene Immunsuppression sei die Beschwerdeführerin jeweils sehr geschwächt. Vor allem pulmonal habe sie eine Schwachstelle, es komme immer wieder zu rezidivierendem Husten (S. 22).

3.2.7 In der im Rahmen der Beschwerdeantwort aufgelegten Stellungnahme vom 16. Mai 2018 (act. II 161 S. 2 f.) zum Bericht von Dr. med.

I. _____ vom 16. April 2018 bestätigte med. pract. F. _____ in umfangreicher Ergänzung ihrer Ausführungen zum Infektgeschehen ihre Einschätzungen vom 1. März 2018. Zusätzlich hielt sie fest, Dr. med. E. _____ sei auch gleichzeitig Facharzt der Inneren Medizin und verfüge über eine jahrelange Erfahrung mit Infekten bei immunsupprimierten rheumatologischen Patienten, womit er die aufgetretenen Infekte im Rahmen seiner Begutachtung richtig einordnen könne (S. 2).

3.3

3.3.1 Aus den Akten ergibt sich, dass sich die Beschwerdeführerin seit mehreren Jahren in erster Linie zufolge einer rheumatoiden Arthritis – welche bereits im Jahre 2013 Gegenstand einer entsprechenden fachmedizinischen Begutachtung bildete (vgl. act. II 72.1) – in medizinischer Behandlung befindet. An dieser Situation hat sich im Zuge der im Juli 2017 erfolgten Neuanmeldung zwar nichts Grundlegendes geändert: Wie aus den dargelegten diversen medizinischen Berichten (vgl. E. 3.2.1 ff. vorne) hervorgeht, sind die gesundheitlichen Beeinträchtigungen unverändert namentlich rheumatologischer Natur, indem bei der Beschwerdeführerin auch weiterhin eine rheumatoide Arthritis bzw. differentialdiagnostisch eine Psoriasisarthritis sine Psoriasis, diagnostiziert und auch entsprechend behandelt wurde bzw. wird. Die darauf zurückgeführten multiplen Gelenkbeschwerden stehen nach der gegenwärtigen (und vorläufigen) Aktenlage denn auch weiterhin im Vordergrund und werden – einschliesslich der rezidivierenden Bakerzysten betreffend die Kniegelenke (vgl. act. II 140 S. 23) – durch Rheumatologen behandelt. Es ist damit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin eine Begutachtung im Bereich der Rheumatologie und – zur Abgrenzung von allfälligen psychischen Belastungen – im Bereich der Psychiatrie vorgesehen hat. Dies ist von Seiten der Parteien denn auch zu Recht unbestritten.

3.3.2 Aus den medizinischen Berichten geht jedoch weiter hervor, dass sich insbesondere seit ... 2017 (vgl. act. II 140 S. 20, 43) zusätzlich ein rezidivierendes Infektgeschehen manifestiert hat, welches gemäss den behandelnden Ärzten des Spitals G. _____ multifaktoriell (Prädisposition, spezifischer IgG-Mangel gegen Pneumokokken, Immunsuppression) bedingt ist (act. II 140 S. 20) respektive gestützt auf die Berichte des

Spitals G._____ und nach Auffassung der behandelnden Ärztin Dr. med. I._____ im Wesentlichen in Zusammenhang mit der immunsuppressiven Behandlung der entzündlich bedingten Symptome von Seiten der rheumatoiden Arthritis steht (vgl. act. II 137 S. 2; 158 S. 22). Diese wiederholt auftretenden Infekte mach(t)en denn auch diverse medizinische Behandlungen (inklusive Hospitalisationen) notwendig, womit dem Leiden nach derzeitiger Aktenlage im gesamten, das funktionelle Leistungsvermögen potentiell beeinflussenden Beschwerdespektrum keine allein untergeordnete Rolle zukommt, zumal die behandelnden Ärzte die Problematik unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgelistet haben (act. II 137 S. 1). Ferner ist zu beachten, dass durch das rezidivierende Infektgeschehen namentlich auch die Behandlung der (nach dem Dargelegten im Vordergrund stehenden und die Arbeitsfähigkeit potentiell beeinflussenden) rheumatoiden Arthritis erschwert wird bzw. entsprechende Therapiepausen erforderlich macht(e) (vgl. act. II 137 S. 3; 140 S. 14 f.). Ob – wie med. pract. F._____ in ihrer Stellungnahme vom 1. März 2018 (act. II 149 S. 2 f.) ausführte – „davon ausgegangen werden“ kann, dass durch regelmässiges Auffrischen der applizierten Impfungen „der Titer im protektiven Bereich“ bleibe (S. 3) mit der Folge, dass keine weiteren Infekte mehr auftreten, wurde – soweit aus den derzeitigen Akten ersichtlich – fachmedizinisch nicht bestätigt bzw. namentlich von der Internistin Dr. med. I._____ bestritten (act. II 158 S. 22).

3.3.3 Es steht ausser Frage, dass das rezidivierende Infektgeschehen weder das Fachgebiet der Psychiatrie betrifft noch dasjenige der Rheumatologie, welches sich mit der Diagnostik und nicht operativen Behandlung von Krankheiten sowie schmerzhaften und funktionellen Störungen des Bewegungsapparates befasst (vgl. dazu www.berufsberatung.ch; www.fmh/files/pdf13/wbk_rheu_berner_modell.pdf). Aufgrund der hiervor dargelegten Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik (vgl. E. 3.3.1 f.) kann nicht gesagt werden, die medizinische Situation beschlage offenkundig ausschliesslich die zwei Fachgebiete der Rheumatologie und Psychiatrie (vgl. E. 2.3 vorne). Vielmehr ist aufgrund der Aktenlage erstellt, dass mit der Infektproblematik ein zusätzlicher Krankheitskomplex internistischer Art besteht. Dies bestätigt denn auch med. pract. F._____ implizit, wenn sie in der Stellungnahme vom 16. Mai 2018 (act. II 161 S. 2 f.) aus-

führt, der als Gutachter beauftragte Rheumatologe Dr. med. E. _____ sei auch gleichzeitig Facharzt der Inneren Medizin, welcher über eine jahrelange Erfahrung mit Infekten bei immunsupprimierten rheumatologischen Patienten verfüge, so dass er die aufgetretenen Infekte richtig einordnen könne (S. 2).

3.3.4 Aus dem Dargelegten folgt, dass – entgegen der Beschwerdegegnerin – zwecks Klärung des mit Neuanschuldung vom Juli 2017 geltend gemachten Leistungsanspruchs nebst den (unbestrittenen) Fachrichtungen Rheumatologie und Psychiatrie zusätzlich Fragen der Allgemeinen Inneren Medizin zu beantworten sind.

3.4 Daran ändern die Ausführungen von med. pract. F. _____ nichts: Ihren Stellungnahmen vom 1. März 2018 (act. II 149 S. 2 f.) und vom 16. Mai 2018 (act. II 161 S. 2 f.), worin die RAD-Ärztin eine gutachtliche Abklärung aus allein rheumatologischer und psychiatrischer – mithin bidisziplinärer – Sicht als hinreichend beurteilte, könnte nur dann gefolgt werden, wenn das Infektgeschehen dergestalt in den Hintergrund träte, dass eine Auswirkung auf das funktionelle Leistungsvermögen ohne weiteres auszuschliessen wäre und es folglich an der Polydisziplinarität des massgeblichen medizinischen Sachverhalts fehlte. Dies trifft nach dem in E. 3.3.3 hiavor Dargelegten jedoch gerade nicht zu, so dass auch offen bleiben kann, inwieweit der von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Umstand, wonach sich med. pract. F. _____ aufgrund ihrer Fachausbildung als Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation zu einem fachfremden Gebiet äussere (Beschwerde, S. 4), den Beweiswert ihrer Beurteilungen zu schmälern vermöchte. Denn liegt ein polydisziplinäre Bezüge aufweisender medizinischer Sachverhalt vor, ist ausschlaggebend, dass eine gesonderte – und wie hier von med. pract. F. _____ vorweggenommene und abgeschlossene – Diskussion bezüglich eines einzelnen den Gesundheitsschaden betreffenden fachmedizinischen Bereichs dem Zweck einer polydisziplinären Begutachtung zuwiderläuft. Dieser besteht darin, unter Leitung eines fallführenden Arztes die Koordination und abschliessende Zusammenführung der einzelnen Fachbereiche auf der Basis einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte zu gewährleisten. Die Stellungnahmen von med. pract. F. _____ erfüllen

diese Voraussetzung nicht, lassen sie sich doch nicht in den hier notwendigen polydisziplinären Kontext einordnen, welcher gerade den interdisziplinären Austausch betreffend Wechselwirkungen und Überschneidungen zwischen den einzelnen Fachbereichen erfordert. Die Gutachter haben sich gleichberechtigt mit den verschiedenen gesundheitlichen Fragestellungen auseinanderzusetzen und diese auf der Basis der eigenen Abklärungen und Untersuchungen einzuordnen und interdisziplinär abzustimmen.

3.5 Zu prüfen bleibt ob – entsprechend den bereits erwähnten Ausführungen von med. pract. F. _____, wonach Dr. med. E. _____ auch Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sei und er damit die Begutachtung sowohl aus rheumatologischer wie auch aus internistischer Sicht wahrnehmen könne (vgl. E. 3.3.3 vorne) – die von der Beschwerdegegnerin vorgesehene direkte Gutachtensvergabe an die Dres. med. E. _____ und C. _____ zulässig ist. Dies ist zu verneinen:

Ist – wie hier (vgl. E. 3.3.4 vorne) – eine drei oder mehr fachärztliche Bereiche umfassende, mithin polydisziplinäre Begutachtung notwendig, hat sie gemäss Art. 72^{bis} Abs. 1 IVV und der dazu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechung zwingend (und nach Massgabe des Zufallsprinzips) bei einer MEDAS zu erfolgen. Demnach ist nicht entscheidend, wie viele Ärzte mit einer Begutachtung befasst sind oder betraut werden, sondern wie viele eigenständige medizinische Fachbereiche einzubeziehen sind. Dass ein für die Begutachtung vorgesehener Arzt über mehrere Facharztstitel verfügt, hat damit keine Auswirkung auf die Frage, ob die Gutachtensvergabe den rechtlichen Vorgaben für ein bidisziplinäres oder den Vorgaben für ein polydisziplinäres Gutachten folgt. Insoweit bildet Anknüpfungspunkt allein die Anzahl der Fachdisziplinen, welche im Zeitpunkt der Gutachtensanordnung für die rechtsgenügende Abklärung des massgebenden medizinischen Sachverhalts erforderlich erscheinen. Würde anders entschieden, könnten die bei polydisziplinären Begutachtungsaufträgen zu berücksichtigenden Verfahrensgarantien, welche sich hinsichtlich der Beschränkung auf die vom BSV anerkannten MEDAS und mit Bezug auf das zwingend zu berücksichtigende Zufallsprinzip von jenen bei der mono- oder

bidisziplinären Begutachtung unterscheiden (vgl. E. 2.2 vorne), durch Gutachtensvergabe an Ärzte mit mehreren Facharzttiteln unterlaufen werden.

Demnach wird die Beschwerdegegnerin in Nachachtung der entsprechenden Verfahrensgrundsätze (vgl. E. 2.2 vorne) eine polydisziplinäre Begutachtung bei einer MEDAS in Auftrag zu geben haben.

3.6 Neben der Allgemeinen Inneren Medizin verlangt die Beschwerdeführerin den Einbezug der Infektiologie in die polydisziplinäre Begutachtung (Beschwerde, S. 5). Dem kann nicht gefolgt werden, ist doch der Internist, dessen Fachgebiet die Prävention, Diagnostik und medizinische Behandlung der meisten Erkrankungen im Spital und in der Hausarztpraxis umfasst (vgl. www.berufsberatung.ch; www.sgaim.ch/de/ueber-uns/portraet > Dokument „Berufsbild Allgemeine Innere Medizin 2016“), grundsätzlich befähigt, das vorliegend (auch) Gegenstand der medizinischen Abklärung bildende Infektgeschehen zu beurteilen. Welche Ursachen für die (rezidivierenden) Infekterkrankungen verantwortlich sind und welche Auswirkungen diese auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit haben, hat der Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (mit) zu beurteilen. Es wird Sache der MEDAS-Gutachter sein, sollten einzelne Fragestellungen sich als besonders komplex erweisen, einen Infektiologen beizuziehen (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 353).

3.7 Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin bei einer MEDAS ein polydisziplinäres Gutachten unter Berücksichtigung der Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie in Auftrag zu geben. Die Beschwerde ist demnach insoweit gutzuheissen, als die angefochtene Zwischenverfügung vom 6. März 2018 (act. II 150) aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zum Vorgehen im Sinne der Erwägungen zurückgewiesen wird.

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). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2

4.2.1 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

Die Bemessung der Parteientschädigung beurteilt sich nach kantonalem Recht (BGE 125 V 408 E. 3a S. 409). Dieses hat den bundesrechtlichen Anforderungen gemäss Art. 61 lit. g ATSG zu genügen. Nach Art. 13 der Verordnung vom 17. Mai 2006 über die Bemessung des Parteikostenersatzes (Parteikostenverordnung, PKV; BSG 168.811) beträgt das Honorar in sozialversicherungsrechtlichen Klage- und Beschwerdeverfahren Fr. 400.-- bis Fr. 11'800.-- pro Instanz.

Praxisgemäss ist dem Gericht bei der Festsetzung der Parteientschädigung ein weiter Ermessensspielraum einzuräumen. Im Rahmen seines Ermessens hat das Gericht für die Bestimmung der Höhe des Anwaltshonorars die Wichtigkeit und Schwierigkeit der Streitsache, den Umfang der Arbeitsleistung und den Zeitaufwand des Anwalts zu berücksichtigen (BGE 114 V 83 E. 4b S. 87).

4.2.2 Mit Eingabe vom 30. Juli 2018 weist Rechtsanwältin B. _____ ein Honorar von Fr. 4'130.-- (14.75 Stunden à Fr. 280.--), Auslagen von Fr. 207.10 und die Mehrwertsteuer (MWSt) von Fr. 333.95, insgesamt ausmachend einen Aufwand von Fr. 4'671.05, aus. Dieser Betrag erweist sich in Anbetracht der sehr beschränkten Fragestellung und dem damit einhergehenden beschränkten Aufwand – auch unter Berücksichtigung des

doppelten Schriftenwechsels – als zu hoch, weshalb der Parteikostenersatz auf pauschal Fr. 2'500.-- (inkl. Auslagen und MWSt) festgesetzt wird.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 6. März 2018 aufgehoben und die Sache zum Vorgehen im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf pauschal Fr. 2'500.-- (inkl. Auslagen und MWSt), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - 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.