

200 18 904 IV  
JAP/SCC/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 12. Februar 2019**

Verwaltungsrichter Jakob  
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 1. November 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1964 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich erstmals am 22. März 2005 bei der IVB Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Akten der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [act.] II 2). Nach Abklärungen lehnte die IVB mit Verfügung vom 2. November 2005 die Zuspreehung von Leistungen ab (act. II 19). Die hiergegen erhobene Einsprache (act. II 20) wies die IVB mit Entscheid vom 29. September 2006 ab (act. II 27); dieser blieb unangefochten.

### **B.**

Am 13. August 2013 meldete sich die Versicherte erneut bei der IVB an (AB 29). Die IVB veranlasste eine Begutachtung durch die C.\_\_\_\_\_ GmbH (Gutachten vom 4. März 2016; act. II 54.1). Die von den Gutachterinnen empfohlene teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik der Psychiatrischen Dienste, Spital D.\_\_\_\_\_ AG, begonnen am 14. Juni 2016, brach die Versicherte am 24. Juni 2016 vorzeitig ab (act. II 61 S. 2 f.). Gegen den Vorbescheid vom 16. Februar 2017, worin eine Ablehnung der Leistungen in Aussicht gestellt und die Versicherte zur Durchführung einer dreimonatigen teilstationären Behandlung aufgefordert wurde (act. II 62), erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, am 30. März 2017 Einwand (act. II 66). Die IVB holte in der Folge Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte ein (act. II 75, 85, 87) und am 6. Dezember 2017 nahm Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie (D), Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), eine Untersuchung vor (Untersuchungsbericht vom 6. Dezember 2017 [act. II 91] und Stellungnahme vom 18. Dezember 2017 [act. II 90]). Weiter holte die IVB einen IK-Auszug (act. II 93), einen Abklärungsbericht Haushalt vom 2. Februar 2018 (nach Erhebung vom 21. Dezember 2017 [act. II 97]), Fragebögen für Arbeitgebende bei der F.\_\_\_\_\_ (act. II 101) und G.\_\_\_\_\_, Praxis für medizinische Therapie (act. II 110 S. 3 ff.; vgl. auch Aktennotiz vom 11.

Januar 2018 [act. II 94]), eine Stellungnahme des RAD-Arztes vom 23. Juli 2018 (act. II 113) sowie weitere Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte (act. II 119 ff.) ein. Im Bericht vom 9. Oktober 2018 empfahl der RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_ eine erneute Begutachtung auf psychiatrischem und – wegen neuen somatischen Beschwerden – internistischem Fachgebiet zu veranlassen (act. II 123 S. 6 f.; vgl. auch act. II 124/125). Am 16. Oktober 2018 teilte die IVB der Versicherten mit, dass sie eine Begutachtung bei der L. \_\_\_\_\_ (MEDAS) in Auftrag gebe (act. II 127). Hiergegen opponierte die Versicherte (act. II 130). Mit Verfügung vom 1. November 2018 hielt die IVB am geplanten Vorgehen fest (act. II 131).

### **C.**

Am 30. November 2018 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_, beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Sie beantragt, es sei festzustellen, dass der rechtserhebliche Sachverhalt genügend abgeklärt sei; auf ein weiteres medizinisches Gutachten habe die Beschwerdegegnerin zu verzichten. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, im Sinne des Beschleunigungsgebotes anhand der bestehenden Akten den Rentenentscheid nun rasch zu fällen.

Mit Beschwerdeantwort vom 7. Januar 2019 beantragt die IVB die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 29. Januar 2019 hielt die Versicherte an ihrem Antrag 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 angefochtenen Verfügung, welche die Anordnung einer medizinischen Expertise zum Inhalt hat, handelt es sich – da sie das Administrativverfahren nicht abschliesst – um eine selbstständig eröffnete 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. 1.2.1 sowie S. 276 E. 1.2.3, 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 1. November 2018 (act. II 131). Streitig und zu prüfen ist die Zulässigkeit der angeordneten 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** 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 Facharzttitel 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).

**2.3** 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 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).

Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2).

### **3.**

**3.1** Aus medizinischer Sicht ist das Folgende den Akten zu entnehmen:

**3.1.1** Im bidisziplinären Gutachten vom 4. März 2016 (act. II 54.1) diagnostizierten Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende chronifizierende mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1; act. II 54.1 S. 18 Ziff. 6). Aus psychiatrischer Sicht attestierten sie eine Arbeitsfähigkeit von 30 bis 40 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit „im geschützten Rahmen“, d.h. in wohlwollender, unterstützender Umgebung, mit geringen Ansprüchen an das kognitiv-intellektuelle Leistungsniveau, ohne Zeitdruck, überschaubaren Sozialkontakten und ohne Leistungsanspruch. Zur Umsetzung der Arbeitsfähigkeit werde eine vorgängige Intensivierung der therapeutischen Bemühungen mit Durchführung einer teilstationären, tagesklinischen Behandlung während mindestens drei Monaten empfohlen (act. II 54.1 S. 22 Ziff. VI/2).

**3.1.2** Nach einer Behandlung in der Tagesklinik der Psychiatrischen Dienste Spital D.\_\_\_\_\_ AG vom 14. Juni bis 24. Juni 2017 wurde im Austrittsbericht vom 13. Juli 2016 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) diagnostiziert. Die Programmteilnahme habe an den ersten Tagen geklappt, danach sei die Patientin jeweils verspätet erschienen und habe angegeben, nicht mehr in den Gruppen teilnehmen zu wollen (act. II 61 S. 2).

**3.1.3** Im Verlaufsbericht vom 20. Juni 2017 diagnostizierte Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.21), eine Panikstörung (ICD-10 F41.9) und eine ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6). Seit dem Versuch der Behandlung in der Tagesklinik sei es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen (act. II 75 S. 2).

Im Verlaufsbericht vom 6. November 2017 bestätigte Dr. med. J.\_\_\_\_\_ die gestellten Diagnosen und einen stationären bzw. verschlechterten Gesundheitszustand (act. II 87 S. 2).

**3.1.4** Im RAD-Untersuchungsbericht vom 18. Dezember 2017 diagnostizierte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ eine Panikstörung (ICD-10 F41.0), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer (ICD-10 F33.2) und eine selbstunsichere (ängstlich-vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6; act. II 91 S. 6). Er kam zum Schluss, hinsichtlich einer Therapieoptimierung sei nicht damit zu rechnen, dass die Beschwerdeführerin von einer tagesklinischen psychiatrischen Behandlung profitieren werde (act. II 91 S. 7). Die affektive Symptomatik habe sich weiter chronifiziert, sodass die von der Gutachterin angenommene Verbesserung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer angepassten Tätigkeit auf 30 bis 40 % nicht habe realisiert werden können (act. II 91 S. 8). Es bestehe eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten (act. II 91 S. 8).

In der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 23. Juli 2018 – und nach Kenntnisnahme des Fragebogens Arbeitgebende der Praxis für .... Frau G.\_\_\_\_\_ – führte Dr. med. E.\_\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin habe in ihrer Tätigkeit als ... im Jahr 2017 durchschnittlich 5 Stunden pro Woche gearbeitet. Dies entspreche einem Pensum von 10 %. Die Einschätzung vom 6. Dezember 2017 sei dahingehend zu revidieren, dass die Beschwerdeführerin in der Lage gewesen sei, im genannten Umfang einer Tätigkeit nachzugehen. Es sei nicht möglich, den weiteren Erkrankungsverlauf seit der psychiatrischen Untersuchung vom Dezember 2017 zu beurteilen. Die von der Beschwerdeführerin im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung nicht

erwähnte Nebentätigkeit sei als bewusstseinsnahe negative Antwortverzerrung im Sinne einer Simulation zu werten. Die Beschwerdeführerin sei explizit nach dem Tagesablauf und sonstigen Aktivitäten im Alltag befragt worden. Eine Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit sei daher nicht möglich (act. II 113 S. 3).

**3.1.5** Anlässlich einer interdisziplinären Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenprechstunde vom 20. Juli 2018 im Spital M.\_\_\_\_\_hielt Oberärztin N.\_\_\_\_\_fest, es bestehe eine Struma multinodosa mit prominenten Isthmusknoten sowie zwei weitere Schilddrüsenknoten beidseits paraisthmisch, bei vermehrter Speicherung im 18-FDG PET-CT sowie zytologischem Nachweis von Zellatypien und ein intermediärer Malignitätsverdacht. Es werde primär eine operative Therapie empfohlen (act. II 119).

**3.1.6** Im Verlaufsbericht vom 25. September 2018 hielt die Psychiaterin Dr. med. J.\_\_\_\_\_fest, der Gesundheitszustand sei stationär. Als objektive Befunde nannte sie die subjektiv von der Patientin u.a. angegebene reduzierte Belastbarkeit, rasche Ermüdbarkeit, ausgeprägte Konzentrationsstörung, Antriebsstörung, extreme Empfindlichkeit und Stimmungsschwankungen. Es bestünden Angstsymptome bis Panikattacken, welche die Patientin als Druck im Hals und Augen wahrnehme, Atemnot mit Angst vor Herzstillstand und Tod (act. II 121 S. 2).

**3.1.7** Der RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_führte in der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 9. Oktober 2018 aus, die behandelnde Psychiaterin habe im aktuell vorgelegten Bericht keinen dezidierten psychopathologischen Befund mitgeteilt. Auf die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin einer geringfügigen Tätigkeit nachgehe, werde nicht weiter eingegangen. Die Nachvollziehbarkeit der erneut angegebenen schweren depressiven Episode bei rezidivierend depressiver Störung als auch der Panikstörung sei daher nicht gegeben. Zudem sei eine Malignität hinsichtlich der vorbestehenden euthyreoten Struma multinodosa festgestellt worden. Es werde deshalb – nach der geplanten Schilddrüsen-OP – eine bidisziplinäre (psychiatrische/internistische) Begutachtung empfohlen (act. II 123 S. 6 f.).

**3.2** Es steht in erwerblicher Hinsicht fest, dass die Beschwerdeführerin im Haupterwerb ab 2010 zuletzt mit einem Pensum von 50 % als ... im ... angestellt war (act. II 41) und dass sie weiter – gemäss Fragebogen Arbeitgebende seit dem 1. Januar 2016 – einen Nebenerwerb als ... (act. II 110 S. 3) erzielte. Der Nebenerwerb ergibt sich jedoch bereits aus dem bis 2013 reichenden IK-Auszug, worin G.\_\_\_\_\_ seit 2007 durchgehend als Arbeitgeberin figuriert (act. II 37 S. 3). Aus dem bis 2016 reichenden IK-Auszug (act. II 93 S. 3) ergeht zudem, dass die Tätigkeit nahtlos weitergeführt wurde.

Die Beschwerdeführerin hatte den Nebenerwerb weder im Lebenslauf (act. II 54.2) noch anlässlich der Begutachtung (act. II 54.1 S. 5 Ziff. 2.1, 54.1 S. 7 Ziff. 2.4) bzw. der RAD-Untersuchung (act. II 91) angegeben. Anlässlich der Erhebung an Ort und Stelle vom 21. Dezember 2017 verneinte sie zudem einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (act. II 97 S. 4 Ziff. 3.3), räumte anlässlich des Telefonats vom 11. Januar 2018 (act. II 94) aber schliesslich ein, dass sie auch im Jahr 2017 noch im Nebenerwerb arbeitete.

**3.3** Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin den Nebenerwerb nicht erwähnte, hat letztlich – wie nachfolgend aufgezeigt – Einfluss auf den Beweiswert (vgl. E. 2.3 hiavor) des Gutachtens der C.\_\_\_\_\_ GmbH vom 4. März 2016 (act. II 54.1): Die Psychiaterin Dr. med. H.\_\_\_\_\_ legte ihrer Beurteilung (auch) die subjektiven Aussagen der Explorandin zu Grunde, welche sich im Nachhinein als unzutreffend herausstellten. So gab die Beschwerdeführerin u.a. an, sie habe keine Energie mehr, um trotz der Beschwerden etwas zu machen (act. II 54.1 S. 5 Ziff. 2.2), sie sehe sich in keiner Tätigkeit arbeitsfähig (act. II 54.1 S. 7 Ziff. 2.4.2). Ab Februar (2016) werde sie kein Einkommen mehr haben, da das Taggeld auslaufe (act. II 54.1 S. 9 Ziff. 2.6). Auch im Rahmen der Befragung über die „Activities of Daily Life“ (ADL) und das Arbeitsleben blieb der weitergeführte Nebenerwerb unerwähnt (act. II 54.1 S. 10 Ziff. 2.8 f.). Die Gutachterin knüpfte an diese Angaben an (act. II 54.1 S. 16 Ziff. 5.1, 54.1 S. 20 Ziff. II/4 f.). Sie ging u.a. fälschlicherweise davon aus, es seien seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit im Februar 2014 keine Arbeitsversuche unternommen worden (act. II 54.1 S. 21 Ziff. IV/4) und sie ortete insbesondere keine

wesentlichen Diskrepanzen zwischen den geschilderten Symptomen und den Alltagsaktivitäten (act. II 54.1 S. 21 f. Ziff. V/1 und Ziff. V/2).

Auch anlässlich der RAD-Untersuchung vom 6. Dezember 2017 verschwieg die Beschwerdeführerin den Nebenerwerb und erklärte sogar, sie verlasse das Haus gar nicht mehr alleine (act. II 91 S. 2). Durch die später bekannt gewordene Tatsache erweist sich die medizinische Schlussfolgerung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten ohne weiteres als unzutreffend, erbrachte die Beschwerdeführerin doch den Tatbeweis, dass sie zumindest noch über Ressourcen für eine Teilzeittätigkeit verfügt, auch wenn sie selbst die entlohnte Beschäftigung als blosses „Beschäftigungsprogramm“ sieht (Beschwerde S. 7 Ziff. IV/1; vgl. auch Eingabe vom 29. Januar 2019). Überdies zog Dr. med. E. \_\_\_\_\_ später aufgrund des Verschweigens des Nebenerwerbs bewusstseinsnahe negative Antwortverzerrungen im Sinne einer Simulation in Betracht (act. II 113 S. 3).

Bei dieser Ausgangslage erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 7 Ziff. IV/1) – als ungenügend abgeklärt. Es handelt sich bei der angeordneten bidisziplinären Begutachtung nicht um eine verpönte „second opinion“ (Beschwerde S. 5 und 8 Ziff. IV/1). Denn einerseits konnte der psychiatrische Teil des ursprünglichen Gutachtens vom 4. März 2016 aufgrund des darin prognostizierten Erreichens einer Teil-Arbeitsfähigkeit nicht als Entscheidungsgrundlage dienen (vgl. act. II 91 S. 8) und andererseits wurden die darin im Rahmen des klinischen Explorationsgesprächs erhobenen Befunde sowie die getroffenen Schlussfolgerungen durch die unwahren Angaben der Beschwerdeführerin korrumpiert (vgl. act. II 54.1 S. 21 Ziff. IV/5, V/1). Die psychiatrische Verlaufsuntersuchung des RAD war zwar – aufgrund der gutachterlich prognostizierten Arbeitsfähigkeit und der danach geltend gemachten Gesundheitsverschlechterung (act. II 75 S. 2) – geboten. Obwohl dem RAD-Untersuchungsbericht grundsätzlich ein vergleichbarer Beweiswert zukommen könnte wie einem verwaltungsexternen Gutachten (vgl. E. 2.3 hiervor), ist er durch das Verhalten der Beschwerdeführerin jedoch letztlich ebenfalls unverwertbar. Insbesondere ist aufgrund der von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ rückblickend

angenommenen Simulation (act. II 113 S. 3) die medizinische Würdigung der beobachteten Panikattacke anlässlich des gutachterlichen Gesprächs sowie des Verhaltens anlässlich der psychometrischen Tests (act. II 91 S. 5-7) mit Zweifel behaftet.

Auch die in Aussicht genommene allgemein-internistische Begutachtung ist notwendig. Wenngleich die Schilddrüsenproblematik seit längerem besteht und Dr. med. K. \_\_\_\_\_ im Oktober 2017 aus endokriner Sicht eine Einschränkung noch verneinte (act. II 85), wurde später neu ein Malignitätsverdacht erhoben und eine OP-Indikation gestellt (act. II 119, 120 S. 2). Soweit die Beschwerdeführerin sich auf das Beschleunigungsgebot beruft (Beschwerde S. 8 Ziff. IV/2), ist ihr entgegenzuhalten, dass sie die Verzögerungen durch ihr Verhalten selbst zu verantworten hat.

**3.4** Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit der Zwischenverfügung vom 1. November 2018 (act. II 131) an der geplanten Begutachtung durch das MEDAS festgehalten hat; die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

#### **4.**

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 500.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern (samt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 29. Januar 2019)
  - 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 öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.