

200 19 592 IV
KNB/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 22. April 2020

Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. Juni 2019



Sachverhalt:

A.

Die ... geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Juli 2017 unter Hinweis auf ein Weichteilrheuma, ein „Hüftproblem“ sowie Depressionen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 2). Die IVB tätigte erwerbliche Abklärungen und holte Berichte behandelnder Ärzte ein. Am 23. November 2017 (act. II 40) teilte sie der Versicherten mit, aufgrund des Gesundheitszustandes kämen Eingliederungsmassnahmen nicht in Frage, weshalb die Rentenprüfung erfolge. Nachdem die IVB weitere Berichte behandelnder Ärzte beigezogen, bei Dr. med. C. _____ sowie med. pract. D. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, beide Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), Rücksprache genommen (act. II 63; 67) und von ihrem Abklärungsdienst einen Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende (act. II 69 S. 2 ff.) eingeholt hatte, stellte sie mit Vorbescheid vom 1. Mai 2019 (act. II 70) für die Zeit von März 2018 bis und mit November 2018 die Ausrichtung einer befristeten ganzen Invalidenrente in Aussicht. Dagegen liess die Versicherte Einwand erheben (act. II 73), woraufhin die IVB bei Dr. med. C. _____ eine Stellungnahme (act. II 76) einholte. Mit Schreiben vom 17. Juni 2019 (act. II 80) teilte sie der Versicherten mit, zur Klärung der Leistungsansprüche sei eine (bidisziplinäre) medizinische Untersuchung mit den Fachdisziplinen Orthopädie und Psychiatrie notwendig, wobei als Durchführungsstelle die MEDAS E. _____ GmbH (MEDAS – Dres. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) mit der Begutachtung beauftragt werde. Mit Schreiben vom 24. Juni 2019 (act. II 83) teilte die Versicherte mit, es sei statt einer bidisziplinären eine polydisziplinäre Begutachtung zu veranlassen. Nachdem die IVB bei Dr. med. C. _____ eine weitere Stellungnahme (act. II 85) eingeholt hatte, hielt sie mit Verfügung vom 27. Juni 2019 (act. II 86) an der vorgesehenen (bidisziplinären) Begutachtung durch das MEDAS fest.

B.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 7. August 2019 Beschwerde erheben. Sie stellt die folgenden Anträge:

1. Die Verfügung vom 27. Juni 2019 sei aufzuheben.
2. Die IV sei zu verpflichten, ein polydisziplinäres Gutachten nach Massgabe von Art. 72^{bis} Abs. 2 IVV anzuordnen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der IV.

Mit Beschwerdeantwort vom 11. September 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

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 27. Juni 2019 (act. II 86). 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.

Die Beschwerdeführerin rügt unter dem Titel „Rechtliches Gehör“ (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]; Art. 42 ATSG), die Beschwerdegegnerin habe vor Erlass der Zwischenverfügung vom 27. Juni 2019 (act. II 86) kein Einigungsverfahren betreffend die Gutachterwahl durchgeführt. Diese „Gehörsverletzung“ sei mit der Anordnung eines polydisziplinären, zufallsbasierten Gutachtens zu heilen (Beschwerde, S. 11, Ziff. 14).

2.1 In grundsätzlicher Hinsicht ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesgericht in BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354 eine weitgehende Priorisierung der einvernehmlichen Gutachtenseinholung dergestalt, wonach die zu beauftragende Gutachterstelle nur noch mit dem Einverständnis der versi-

cherten Person bezeichnet werden dürfe, verworfen hat. Sei ein Einwand begründet, so bedeute dies nicht, dass Gegenvorschlägen der versicherten Person ohne Weiteres zu folgen wäre. Ansonsten drohte wiederum eine – nunmehr freilich unter umgekehrten Vorzeichen – ergebnisorientierte Auswahl der Gutachterstelle. Auch im Nachgang zu BGE 139 V 349 hat das Bundesgericht wiederholt festgehalten, die einvernehmliche Gutachterbestellung bei mono- und bidisziplinären Gutachten bedeute nicht, dass entsprechende Aufträge nur noch mit dem Einverständnis der versicherten Person vergeben werden dürften (vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 7. Februar 2017, 8C_445/2016, E. 5.2 und vom 7. August 2017, 8C_136/2017, E. 6.2.4). Die Beschwerdegegnerin weist sodann zutreffend darauf hin, dass nach der von der Beschwerdeführerin postulierten Auffassung, wonach in Fällen, in welchen die Parteien sich nicht auf die Auswahl der Fachdisziplinen einigen könnten, die Wahl der Gutachterstelle zu überlassen wäre (Beschwerde, S. 9), woraufhin immer ein polydisziplinäres Gutachten durchgeführt werden müsste (Beschwerdeantwort, S. 3, Ziff. 6). Einerseits liesse sich dies nicht mit dem Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 ATSG) vereinbaren, wonach lediglich über die rechtsrelevanten Fragen Beweise zu erheben sind; andererseits lässt sich dieses Ergebnis entgegen der Beschwerdeführerin namentlich auch nicht aus der in der Beschwerde wiedergegebenen Rechtsprechung (BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 352) ableiten.

2.2 Im Übrigen ergibt sich vorliegend hinsichtlich der Gutachterbestellung was folgt:

Mit Schreiben vom 17. Juni 2019 (act. II 80) teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die für die Begutachtung ihres Erachtens erforderlichen zwei Fachdisziplinen (Orthopädie und Psychiatrie) sowie die Namen der begutachtenden Ärzte (Dres. med. F. _____ und G. _____) mit. Am 25. Juni 2019 (act. II 83 S. 1 f.) nahm die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin Stellung, wobei sie keine Einwände gegen die vorgesehene Gutachterstelle bzw. die vorgesehenen Gutachter vorbrachte. Hingegen bekräftigte sie (wie schon im Einwandverfahren [vgl. act. II 73 S. 4 f.]), es sei eine polydisziplinäre (anstelle einer bidisziplinären) Begutachtung notwendig. In der Folge nahm die Beschwerdegegnerin mit dem RAD

abermals Rücksprache. Indem Dr. med. C. _____ (RAD) in seiner Stellungnahme vom 26. Juni 2019 (act. II 85) begründet bestätigte, eine bidisziplinäre Begutachtung sei hinreichend (S. 2), bestand im Hinblick auf die zu berücksichtigenden Fachdisziplinen keine Grundlage mehr für ein konsensorientiertes Vorgehen, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin – in Nachachtung der in Ziffer 2076 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) normierten Vorgehensweise (zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen, vgl. BGE 144 V 195 E. 4.2 S. 198) – über die vorgesehene Beweisvorkehr eine Verfügung erliess (vgl. BGE 139 V 349 E. 5.2.2.3 S. 356). Aus dem Umstand allein, wonach die Beschwerdegegnerin dem Antrag auf Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung nicht entsprochen hat, kann die Beschwerdeführerin folglich nichts zu ihren Gunsten ableiten.

3.

3.1 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).

3.2 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).

3.3 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).

4.

4.1 Die Wahl der Experten bzw. der beizuziehenden fachärztlichen Kompetenzen hängt von der Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik ab (vgl. E. 3.3 vorne). Hierzu äussern sich die medizinischen Akten im Wesentlichen wie folgt:

4.1.1 Im Bericht vom 2. September 2017 (act. II 30 S. 2 – 7) hielt Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Hüftoperation links (bei Mischimpingement) und eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1) sowie als Diagnose ohne Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit eine Fibromyalgie fest (S. 2). Die Beschwerdeführerin leide immer noch an Hüftschmerzen links (S. 3). Als zukünftige Therapie werde die Fortsetzung von Physiotherapie sowie psychologischer Behandlung empfohlen (S. 4).

4.1.2 Im Bericht des Spitals I. _____ AG vom 5. September 2017 (act. II 32) wurde unter Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten, es bestehe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1). Bezüglich der somatischen Diagnose werde an die Spezialisten verwiesen. Die Beschwerdeführerin plane eine längere intensive psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in einer Psychotherapie-Tagesklinik. Es sei mit zusätzlichen psychiatrischen Diagnosen zu rechnen (S. 1). Die Depression alleine decke die Vielfältigkeit der Beschwerden mit Schmerzen und Essproblemen sowie angedeuteten traumatischen Erfahrungen kaum (S. 2).

4.1.3 Dr. med. J. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 23. November 2017 (act. II 41 S. 2 f.) Schmerzen in der linken Hüfte sowie eine Depression. Als Nebendiagnose hielt sie eine Fibromyalgie „ED 18Lj“ sowie Rückenschmerzen fest (S. 2). In der Beurteilung hielt sie fest, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine chronische Schmerzerkrankung, beginnend in der Jugend mit der Diagnose einer Fibromyalgie. Die Einschränkung im Bereich der linken Hüfte, ein leichter Beckenschiefstand und Schmerzen bei Provokationstest im ISG links sprächen für einen nozizeptiven Schmerz. Zusätzlich bestehe eine Sensibilitätsveränderung im Bereich des Oberschenkels, den sie – Dr. med. J. _____ – am ehesten postoperativ (ohne Nerven-Verletzung) beurteile. Starke postoperative Schmerzen begünstigten zudem in der Literatur die Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms. Zusammengefasst beurteile sie die Schmerzen als gemischt, nozizeptiv-neuropathisch mit Verdacht auf zentrale Sensibilisierung (S. 3).

4.1.4 Im Bericht der Spital I. _____ AG vom 28. August 2018 (act. II 61) wurde festgehalten, der Gesundheitszustand habe sich verbessert. Es sei eine Teilremission der Symptomatik zu beobachten und aktuell liege eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) vor (S. 2). Die Prognose

sei prinzipiell gut mit weiterführender psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung. Zusätzlich zur psychiatrischen Störung liege jedoch eine somatische Problematik (mehrere Hüftoperationen [vgl. act. II 60]) vor (S. 3).

4.1.5 Vom 11. März bis 5. Mai 2019 war die Beschwerdeführerin in der Klinik M._____ in stationär-psychiatrischer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 8. Mai 2019 (act. II 73 S. 6 – 10) wurde als Hauptdiagnose eine undifferenzierte Somatisierungsstörung mit Leitsymptom Schmerz (ICD-10 F45.1), als Nebendiagnosen eine atypische Anorexia nervosa (ICD-10 F50.1), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (selbstunsicher-vermeidend und dependent; ICD-10 F61) sowie eine emotionale Vernachlässigung in der Kindheit (ICD-10 Z62), festgehalten (S. 6). Es werde die ambulante psychotherapeutische Nachbehandlung sowie eine psychiatrische Spitex zur Unterstützung der Umsetzung der erzielten Fortschritte im Alltag empfohlen. Hinsichtlich der anhaltenden Schmerzen im Bereich der Hüfte werde eine weiterführende somatische Abklärung zur Prüfung der weiteren Behandlungsoptionen empfohlen. Ferner habe die Beschwerdeführerin von fraglichen kurzen Absenzen in der Vergangenheit berichtet (am ehesten dissoziative Zustände, DD Absenzen-Epilepsie). Da während des Aufenthalts nie eine solche Episode aufgetreten sei, sei auf ein EEG verzichtet worden. Falls es wieder zu einer solchen Symptomatik kommen sollte werde ein EEG und allenfalls MRI zum Ausschluss eines somatischen Korrelates empfohlen (S. 9 f.).

Aus der korrigierten Version vom 3. Juni 2019 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 2) des Austrittsberichts ergeben sich keine wesentlichen Änderungen (vgl. act. II 82 S. 1).

4.1.6 Professor Dr. med. K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin verfassten Bericht vom 13. Juni 2019 (act. II 83 S. 3 f.) als Diagnose unklare, persistierende Schmerzen in der linken Hüfte fest (S. 3). Die Beschwerdeführerin sei für eine Zweitmei-

nung an Prof. Dr. med. L. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, überwiesen worden (S. 4).

4.1.7 Dr. med. C. _____ hielt im Bericht vom 14. Juni 2019 (act. II 77) fest, aufgrund der diagnostischen Unklarheiten und Diskrepanzen zu den bisher vorgelegten psychiatrischen Befundberichten im Zusammenhang mit den orthopädischen Beeinträchtigungen sei die Durchführung einer bidisziplinären Begutachtung auf psychiatrischem und orthopädischem Fachgebiet zur Feststellung der Arbeitsfähigkeit notwendig (S. 3).

Mit Stellungnahme vom 26. Juni 2019 (act. II 85) hielt Dr. med. C. _____ an der Notwendigkeit eines bidisziplinären Gutachtens fest.

4.2 Es besteht unter den Parteien Konsens, dass für die Klärung des strittigen Rentenanspruchs (act. II 70; 73 S. 5) eine medizinische Begutachtung erforderlich ist. Weiter steht – gestützt auf die in E. 4.1 hiavor dargelegte Sachlage zu Recht – ausser Streit, dass die Begutachtung die Fachdisziplinen der Orthopädie und Psychiatrie zu umfassen hat (vgl. Beschwerde, S. 7; act. II 77 S. 3; 86). Uneins sind sich die Parteien darüber, ob zusätzlich die Fachrichtungen der Allgemeinen Inneren Medizin sowie der Rheumatologie zu berücksichtigen sind und ob diesfalls die direkte Gutachtensvergabe an die Dres. med. F. _____ und G. _____ Bestand hat. Soweit die Beschwerdeführerin grundsätzliche Kritik am heutigen System der Gutachtensvergabe äussert und insbesondere beanstandet, die IV weiche „vermehrt“ auf bidisziplinäre Gutachten aus (Beschwerde, S. 6, Ziff. 6), ist darauf nicht weiter einzugehen, ist die geltende, auf Art. 72^{bis} IVV fussende Praxis, nach welcher die IV bei gegebenen Voraussetzungen die Befugnis zur Anordnung bidisziplinärer Gutachten hat (vgl. E. 3.3 vorne) und wonach insoweit die Vergabe nach dem Zufallsprinzip entfällt, rechtmässig (vgl. E. 3.2 f. vorne). Zu prüfen bleibt demnach einzig, ob dies konkret auch auf den vorliegenden Fall zutrifft.

4.3 In seiner Stellungnahme vom 26. Juni 2019 (act. II 85) hielt Dr. med. C. _____ fest, aus den vorliegenden Unterlagen sei nicht ersichtlich, dass explizit eine rheumatologische Begutachtung Sinn mache, zumal aus somatischer Perspektive im Rahmen der vorgesehenen orthopädischen Begutachtung die konkret vorliegenden und aus den Schmerzen

resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen im Rahmen der körperlichen Befunderhebung genau exploriert würden. Es sei darauf hinzuweisen, dass es im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung nicht nur um die Diagnosen, sondern insbesondere um deren konkreten funktionellen Beeinträchtigungsgrad gehe, der im Rahmen der orthopädischen Begutachtung durch die dort durchgeführte ausführliche körperliche Untersuchung adäquat bestimmt werde. Es werde daher aus den genannten Gründen an der geplanten bidisziplinären Begutachtung festgehalten, da diese aus versicherungsmedizinischer und medizinisch-fachlicher Sicht eine notwendige und auch hinreichende Abklärung der vorliegenden somatischen und psychischen Gesundheitsstörungen und deren Folgen auf die Arbeitsfähigkeit darstelle (S. 2).

Diese Einschätzung überzeugt. Im Einzelnen ist auf Folgendes hinzuweisen:

4.3.1 Zunächst trifft es zu, dass die Beschwerdeführerin gemäss den vorliegenden medizinischen Berichte an einer Schmerzproblematik leidet (vgl. act. I 2) und dass in den Akten bisweilen – wenngleich einzig als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bzw. als Nebendiagnose (act. II 30 S. 2; 41 S. 2) – auch eine Fibromyalgie festgehalten wurde. Zwar stellt das primäre Fibromyalgiesyndrom mit der Beschwerdeführerin (Beschwerde, S. 7, Ziff. 8) eine extraartikuläre Erkrankung des rheumatischen Formenkreises mit unklarer Ätiologie im Sinne einer funktionellen Störung dar (vgl. dazu: PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 578), jedoch wurde vorliegend zu keinem Zeitpunkt eine spezifisch rheumatologische Behandlung durchgeführt oder auch nur als notwendig erachtet. Vielmehr beschränkten sich die somatisch orientierten Behandlungen auf die Fachdisziplin der Orthopädie. Auch im Rahmen der stationär-psychiatrischen Behandlung in der Klinik M._____ verfügte keine der behandelnden Ärztinnen über den Facharzttitel der Rheumatologie (vgl. www.medregom.admin.ch), und obgleich als Leitsymptom „Schmerz“ angegeben wurde (bei diagnostizierter undifferenzierter Somatisierungsstörung gemäss ICD-10 F45.1), erachteten sie ebenso wenig eine spezifisch-rheumatologische Untersuchung bzw. Behandlung als notwendig (act. II 73 S. 8 f. bzw. act. I 2 S. 5). Weiter hielt zwar der Orthopäde Prof.

Dr. med. K. _____ in Bezug auf die unklaren, persistierenden Schmerzen an den Hüften links fest, es sei eine Zweitmeinung bei Prof. Dr. med. L. _____ vorgesehen (vgl. act. II 83 S. 3 f.), jedoch handelt es sich auch bei diesem Arzt um einen Orthopäden (vgl. www.medregom.admin.ch).

Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung bilden chronische Schmerzen des Bewegungsapparates Gegenstand sowohl der Rheumatologie als auch der Orthopädie (Entscheid des BGer vom 25. August 2015, 9C_320/2015, E. 3.3.3 [indirekt bestätigt mit Entscheid des BGer vom 25. Februar 2020, 9C_657/2019, E. 3.3]). Dies trifft auch auf die Fibromyalgie zu (vgl. Entscheidung des BGer vom 21. September 2010, 9C_203/2010, E. 4.1 und vom 16. Februar 2017, 9C_688/2016, E. 3.5). Es besteht unter den vorliegend gegebenen und hiervor dargelegten Umständen kein Anlass, von der geltenden Rechtsprechung abzurücken. Von einer rheumatologischen (Teil-)Begutachtung sind nach Lage der im Recht liegenden Akten keine zusätzlichen relevanten Erkenntnisse (Art. 43 ATSG) zu erwarten, womit sich die zusätzliche Berücksichtigung dieser Fachdisziplin erübrigt.

4.3.2 Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, durch die neu diagnostizierte Anorexia nervosa (ICD-10 F50.1) sei zusätzlich die Fachdisziplin der Allgemeinen Inneren Medizin zu berücksichtigen (Beschwerde, S. 8, Ziff. 9).

Es trifft zwar zu, dass im Austrittsbericht der Klinik M. _____ als Nebendiagnose eine „Atypische Anorexia Nervosa“ festgehalten wurde (act. II 73 S. 6 bzw. act. I 2 S. 1). Hierzu wurde ausgeführt, diese Diagnose sei aufgrund der starken gedanklichen Beschäftigung mit dem Thema Essen und Gewicht, der Selbstwahrnehmung als zu dick bei einem Gewicht im unteren Normbereich, dem restriktiven Essverhalten und der übermässigen Bewegung zum Gewichtserhalt gestellt worden (S. 9 bzw. S. 4).

Zunächst bestreitet auch die Beschwerdeführerin nicht, dass es sich bei der Anorexia nervosa grundsätzlich um eine psychische Störung handelt (vgl. Beschwerde, S. 8, Ziff. 9), welcher Fachbereich in der vorgesehenen Begutachtung abgedeckt ist (vgl. E. 4.2 vorne). Zwar kann diese sekundär zu endokrinen und metabolischen Veränderungen und zu körperlichen Funktionsstörungen führen (vgl. www.icd-code.de/icd/code/F50).

Vorliegend ergeben sich jedoch weder aus dem Austrittsbericht der Klinik M._____ noch aus den übrigen im Recht liegenden medizinischen Dokumenten entsprechende Hinweise bzw. Anhaltspunkte dahingehend, dass die Beschwerdeführerin zusätzlich an einem internistischen Gesundheitsproblem leidet, was sie denn auch beschwerdeweise nicht geltend macht, sondern insoweit einzig von einer Bedrohung durch die „Mangelernährung“ spricht (Beschwerde, S. 8, Ziff. 9). Insbesondere wurde im Austrittsbericht der Klinik M._____ der Allgemeinzustand der Beschwerdeführerin ausdrücklich als gut bezeichnet (act. II 73 S. 8 bzw. act. I 2 S. 3), was auch mit andernorts getroffenen Feststellungen übereinstimmt (vgl. act. II 52 S. 3).

Demnach besteht für eine zusätzliche internistische Begutachtung kein Anlass. Auch anderweitig bestehen weder Anhaltspunkte dafür noch wird geltend gemacht, dass (ausser der rheumatologischen oder internistischen) weitere medizinische Fachdisziplinen in die sachverhaltliche Abklärung miteinzubeziehen wären.

4.4 Nach dem Gesagten ist es im Lichte der sich aus den Akten ergebenden Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit der Zwischenverfügung vom 27. Juni 2019 (act. II 86) an der geplanten orthopädisch-psychiatrischen Begutachtung durch die Dres. med. F._____ und G._____ festgehalten hat; die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. Es obliegt demnach der Beschwerdeführerin, sich den entsprechenden Untersuchungen zu unterziehen.

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.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

5.2 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):
 - Rechtsanwalt lic. iur. 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.