

200 17 410 IV
GRD/SCM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. Oktober 2017

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. März 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1957 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 21. April 2012 unter Hinweis auf diverse gesundheitliche Beeinträchtigungen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV, Antwortbeilagen [AB] 1). Im Rahmen der erwerblichen und medizinischen Abklärungen holte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) unter anderem einen Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 60) ein und führte am 28. Januar 2015 eine Erhebung im Haushalt der Versicherten durch (AB 65). Gestützt darauf sah sie mit Vorbescheid vom 9. Dezember 2015 (AB 73) bei einem Status von 60 % Erwerb und 40 % Haushalt ab dem 1. November 2013 die Zusprache einer Viertelsrente sowie vom 1. Februar 2014 bis 28. Februar 2015 diejenige einer Dreiviertelsrente vor. Auf dagegen erhobenen Einwand (AB 75) und in diesem Zusammenhang getätigte weitere Abklärungen samt Durchführung eines neuerlichen Vorbescheidverfahrens hin (vgl. AB 81, 83, 92, 95, 97, 99, 101, 107, 109), verfügte die IVB am 15. März 2017 wie angekündigt (AB 112).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 28. April 2017 Beschwerde. Sie lässt die folgenden Anträge stellen:

- Die Verfügung vom 15. März 2017 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine Rente so wie rechtens zu bezahlen.
- Eventualiter sei die Verfügung vom 15. März 2017 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ein polydisziplinäres medizinisches Gutachten einzuholen.

Mit Beschwerdeantwort vom 31. Mai 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin unter Verweis auf eine weitere Stellungnahme des RAD vom 23. Mai 2017 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. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren 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 einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 15. März 2017 (AB 112). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). In Streitigkeiten, die weder von grundsätzlicher Bedeutung noch von grosser Tragweite sind, können sie auf dem Zirkulationsweg auch Mehrheitsbeschlüsse fassen (Art. 56 Abs. 5 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 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 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).

2.4 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 15. März 2017 (AB 112) massgeblich auf die Einschätzungen der RAD-Ärztin Dr. med. C._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 1. Dezember 2014 (AB 60), 17. März 2016 (AB 81), 21. Juli 2016 (AB 92) und 14. Februar 2017 (AB 107).

3.1.1 Dr. med. C._____ stellte im Bericht vom 1. Dezember 2014 (AB 60) die folgenden Diagnosen (S. 7 f.):

- Status nach offener Menishektomie 1977
- Status nach Arthroskopie linkes Kniegelenk am 13.12.2000
- Status nach Femurosteotomie links am 21.2.2001
- Metallentfernung am 26.2.2002
- Femurosteotomie-Korrektur am 11.11.2002
- Metallentfernung am 28.4.2004
- Status nach Knie-TEP links am 4.7.2007
- Status nach diagnostischer ASK und Inlay-Wechsel retropatellar am 29.4.2010
- Sek. Patellarrückflächenersatz links am 11.11.2011
- Status nach Knie-TEP-Wechsel links am 17.10.2013
- Status nach Knie-TEP rechts am 12.6.2014

- Lumbalgien mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in die unteren Extremitäten
- Chronische Insomnie
- Status nach Appendektomie ca. 1970
- Status nach Bandnaht OSG rechts
- Status nach Exzision Halszyste
- Hypertonie (ED 2007)
- Status nach CTS-Release rechts am 8.3.2013

Nach der letzten Knieoperation vom 12. Juni 2014 würden durch den Neurologen, den Orthopäden und den Hausarzt keine wesentlichen Funktionseinschränkungen mehr beschrieben. In einer angepassten wechselbelastenden, vorwiegend sitzenden Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von mittelschweren und schweren Lasten, ohne Zwangshaltungen wie häufiges Bücken, Knien oder Kauern, ohne Umwelteinflüsse wie Zugluft, Kälte oder Nässe, ohne absturzgefährdetes Arbeiten und Steigen auf Gerüsten, Leitern und Dächern, ohne allzu grosse mechanische Belastung der rechten Hand und ohne Begehen von Treppen bestehe ab sofort eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Es könne vollumfänglich auf die Einschätzung der involvierten Spezialärzte abgestellt werden (S. 8). Somit sollte bei vorwiegend sitzender Tätigkeit zumindest das zuletzt ausgeübte Pensum von 60 % wieder zumutbar sein (S. 9).

3.1.2 Am 17. März 2016 (AB 81) hielt Dr. med. C. _____ fest, seit der letzten Stellungnahme vom 1. Dezember 2014 (AB 60 bzw. E. 3.1.1 hier-vor) habe am 16. April 2015 eine weitere Operation mit TEP-Wechsel des rechten Kniegelenks stattgefunden. Im letzten Verlaufsbericht des Spezialisten und Operateurs vom 14. Dezember 2015 (AB 77 S. 2) werde objektiv ein guter Zustand des Kniegelenks beschrieben. Es ergäben sich keine neuen medizinischen Erkenntnisse, die eine Invalidität auf Dauer stützen könnten. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... könne – wie bereits in der Stellungnahme vom 1. Dezember 2014 festgelegt – ebenso wie jede andere angepasste Tätigkeit weiterhin ausgeübt werden. Insbesondere für eine optimal leidensangepasste Tätigkeit sei keine Leistungseinschränkung ausgewiesen (S. 2).

3.1.3 Im Bericht vom 21. Juli 2016 (AB 92) führte Dr. med. C. _____ aus, der neu eingereichte Befund des behandelnden Orthopäden vom 27. April 2016 (AB 86) beschreibe keine objektive Verschlechterung des rechten Kniegelenks nach TEP-Wechsel. Die neurologische Kontrolle habe eine Verbesserung der Innervation gebracht, an Therapie werde lediglich

eine Fortsetzung der Physiotherapie mit Krafttraining und Verbesserung der Propriozeption angeordnet. Die zwischenzeitlich neu aufgetretene Diagnose eines Mammakarzinoms stelle keine auf Dauer invalidisierende Erkrankung dar. Nach Aussage des behandelnden Gynäkologen bestehe explizit kein Grund für eine langfristige Arbeitsunfähigkeit (AB 92 S. 2). Der vom Hausarzt beschriebene verschlechterte Gesundheitszustand sei vorübergehend aufgetreten und werde von den Aussagen der Spezialisten deutlich relativiert, worauf vollumfänglich abgestützt werden könne. Das am 1. Dezember 2014 formulierte Zumutbarkeitsprofil (AB 60 S. 8 bzw. E. 3.1.1 hiervor) sei weiterhin gültig (AB 92 S. 3).

3.1.4 Dr. med. C._____ hielt im Bericht vom 14. Februar 2017 (AB 107) fest, im weiteren Verlauf sei ein Mammakarzinom entdeckt worden, welches exzidiert und lokal habe bestrahlt werden können. Somit sei es durch diese Erkrankung nur zu einer vorübergehenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit gekommen. Die übrigen Einschränkungen seien bei Formulierung des Zumutbarkeitsprofils am 1. Dezember 2014 (AB 60 S. 8 bzw. E. 3.1.1 hiervor) bereits bekannt gewesen, weshalb sich keine Änderung ergebe (AB 107 S. 3).

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 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.2.1 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 Her-

kunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.2.3 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 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberoücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach

Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

3.3 Vorab überzeugt die Beurteilung von Dr. med. C. _____, wonach das im Frühjahr 2016 festgestellte Mammakarzinom keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe (AB 92 S. 2, 107 S. 3). Hierzu stützte sich die RAD-Ärztin auf den Bericht von Dr. med. D. _____, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, vom 2. Mai 2016, wonach das Mammakarzinom brusterhaltend habe operiert werden können, wobei eine Chemotherapie nicht notwendig sei und kein Grund für eine langfristige Arbeitsunfähigkeit bestehe (AB 87 S. 2). Auch wenn diesbezüglich somit Klarheit vorliegt, lässt nach dem nachstehend Ausgeführten die orthopädische und neurologische Situation jedoch zumindest geringe Zweifel an der Einschätzung der RAD-Ärztin mit einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aufkommen.

Nachdem bei der Beschwerdeführerin am 5. Juli 2007 eine Knie totalprothese links eingesetzt worden war (AB 8 S. 10 f.), wurde im April 2010, November 2011 und Oktober 2013 bei persistierenden Schmerzen je eine weitere Operation vorgenommen (AB 8 S. 8 f., 51 S. 5 f.). Der operierende Dr. med. E. _____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete am 10. Februar 2014 von einer Besserung im linken Knie, es bestehe ein deutlich besseres Stabilitätsgefühl und Sicherheit im Kniegelenk (AB 50 S. 3). Nach der im Oktober 2013 ebenfalls vorgenommenen Kniearthroskopie rechts (AB 51 S. 2 und 5) wurde im Mai 2014 über zunehmende Beschwerden berichtet (AB 51 S. 2), was bei Diagnose einer fortgeschrittenen retropatellären Gonarthrose rechts am 12. Juni 2014 zu einem weiteren operativen Eingriff führte (AB 55 S. 3). Aufgrund wiederum zunehmender Schmerzen rechts ohne Verbesserung der Situation (AB 77 S. 9) operierte Dr. med. E. _____ das Knie am 16. April 2015 erneut (AB 77 S. 7 f.). Am 19. Oktober 2015 hielt er dazu fest, sechs Monate postoperativ bestehe nach wie vor eine Kraftverminderung und das Abrollen des Fusses rechts sei gestört. Der weitere Verlauf sei abzuwarten (AB 77 S. 3). Im April 2016 berichtete Dr. med. E. _____ über diffuse Schmerzen vor allem im Fusssohlenbereich sowie über eine Neuropathie des Nervus tibialis beidseits, wahrscheinlich durch die Blut-

sperre bedingt (AB 86, vgl. auch AB 77 S. 5, 88 S. 2 und 4 f.). Die Schädigung des Nervus tibialis wurde vom RAD als dauerhaft eingeschätzt (AB 122 S. 3, vgl. auch AB 101 S. 7 Ziff. 9). Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie, führte am 7. September 2016 aus, dass die Krämpfe bei axonaler Neuropathie sowie die neuropathische Schmerzkomponente zugenommen hätten (AB 101 S. 5). Nebst diesen hinzugetretenen verstärkten Krämpfen in beiden Waden (AB 101 S. 4) sind auch die Auswirkungen des seit Juni 2015 wiederholt in der Diagnoseliste der behandelnden Neurologen aufgeführten Restless-legs-Syndromes (AB 88 S. 4, 6 und 8, 101 S. 4) nicht abschliessend geklärt. In der Folge kann das von RAD-Ärztin Dr. med. C. _____ festgelegte Zumutbarkeitsprofil nicht ohne weitere Abklärungen übernommen werden und ist die Sache antragsgemäss an die Verwaltung zurückzuweisen, damit sie ein interdisziplinäres bzw. zumindest orthopädisch-neurologisches Gutachten einhole und hiernach über den Rentenanspruch neu verfüge.

3.4 Obwohl die Beschwerdeführerin die im Abklärungsbericht Haushalt (AB 65) erhobenen Einschränkungen in den einzelnen Aufgabengebieten nicht moniert, ist eine seit deren Erhebung im Januar 2015 – und somit vor der Operation vom April 2015 (AB 65 S. 2, 77 S. 7 f.) – eingetretene Veränderung nicht ausgeschlossen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 6 f.) ist der Abklärungsbericht jedoch hinsichtlich des auf 60 % Erwerb und 40 % Haushalt festgelegten Status (AB 65 S. 8) überzeugend und damit nicht zu beanstanden. Die Beschwerdeführerin war seit Antritt ihrer zuletzt innegehabten Stelle am 1. Oktober 2009 in einem Pensum von 60 % tätig (AB 17 S. 2, 28 S. 2 f., 65 S. 3) und hat auch zuvor stets in einem teilzeitlichen Pensum von 40 % bis 70 % gearbeitet (AB 17 S. 2, 65 S. 3). Demnach fügt sich die von der Beschwerdeführerin gemachte Angabe, wonach sie ohne gesundheitliche Einschränkungen sicherlich eine Stelle in einem Pensum von 50 % bis 60 % gesucht hätte (AB 65 S. 5), ohne weiteres in ihren Lebenslauf ein. Zudem handelt es sich dabei um die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde", die in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a S. 47, 115 V 133 E. 8c S. 143; RKUV 2004 U 515 S. 420 E. 1.2).

4.

Nach dem Dargelegten erweist sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt, womit in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung vom 15. März 2017 (AB 112) aufzuheben und die Sache an die Verwaltung zurückzuweisen ist, damit sie in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) eine externe Begutachtung veranlasse. Danach hat sie allenfalls eine neue Abklärung im Haushalt durchzuführen und über den Leistungsanspruch neu zu verfügen. Die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin beantragt eventualiter explizit die Rückweisung zur weiteren Abklärung. In der Folge ist ein Vorgehen gemäss BGE 137 V 314 – d.h. ein Hinweis auf eine allenfalls drohende reformatio in peius – nicht notwendig, auch wenn die höher zugesprochenen Leistungen beim neuen Entscheid der Beschwerdegegnerin nicht garantiert sind.

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. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicher-

te Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61).

In der Kostennote vom 16. Juni 2017 macht Rechtsanwalt B._____ bei einem zeitlichen Aufwand von 9.25 Stunden ein Honorar von Fr. 2'300.-- sowie Auslagen von Fr. 35.20 und die Mehrwertsteuer von Fr. 186.80 (8 % von Fr. 2'335.20) geltend. Diese Beträge sind nicht zu beanstanden und geben zu keinen Korrekturen Anlass. Die Parteientschädigung wird demnach für das vorliegende Verfahren auf Fr. 2'522.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 15. März 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'522.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

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