

200 18 191 IV
SCJ/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 15. Mai 2018

Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Februar 2018



Sachverhalt:

A.

Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) wies ein Leistungsgesuch der 1981 geborenen A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) vom 20. August 2014 (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 12) mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens mit Verfügung vom 25. März 2015 (AB 43) ab. Am 26. Juli 2017 meldete sich die Versicherte erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (AB 51). Diese forderte sie unter Hinweis auf die Rechtsfolgen im Unterlassungsfall auf, eine massgebliche Änderung des Sachverhalts seit Erlass der letzten Verfügung glaubhaft zu machen (AB 55 f.), worauf diverse medizinische Berichte und Atteste (AB 57 f., 60) einlangten. Daraufhin erliess die IVB, gestützt auf eine Aktenbeurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 62), einen Vorbescheid (AB 63), in welchem sie ein Nichteintreten auf das neuerliche Leistungsgesuch in Aussicht stellte. Nachdem die Versicherte weitere Unterlagen nachgereicht hatte (AB 64), nahm die IVB erneut Rücksprache mit dem RAD (AB 66) und trat mit Verfügung vom 13. Februar 2018 (AB 70) auf die Neuanmeldung nicht ein.

B.

Mit Eingabe vom 5. März 2018 hat die Versicherte Beschwerde erhoben und beantragt, ihr sei eine Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zudem hat sie in verfahrensrechtlicher Hinsicht um eine Nachfrist zum Einreichen von weiteren Beweismitteln sowie um unentgeltliche Rechtspflege im Sinne einer Befreiung von der Vorschuss- und Kostspflicht ersucht. Aufforderungsgemäss (prozessleitende Verfügung vom 7. März 2018) hat sie am 13. März 2018 eine schriftliche Bestätigung über die sozialhilferechtliche Unterstützung nachgereicht (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 4), zudem hat sie am 15. sowie am 19. März 2018 weitere Unterlagen ins Recht gelegt (AB 5 [=AB 3], 6).

Ein Gesuch der Beschwerdeführerin vom 23. März 2018 um Fristerstreckung zum Nachreichen eines medizinischen Berichts, der im Rahmen eines bevorstehenden stationären Klinikaufenthaltes verfasst werde, hat der Instruktionsrichter unter Hinweis auf den massgeblichen gerichtlichen Überprüfungshorizont am 27. März 2018 abgewiesen.

In der Beschwerdeantwort vom 13. April 2018 hat die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde geschlossen, soweit darauf einzutreten sei.

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 – unter Vorbehalt der nachstehenden Erwägung – einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Nichteintretensverfügung vom 13. Februar 2018 (AB 70). Streitig und zu prüfen ist allein, ob die Be-

schwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 26. Juli 2017 (AB 51) hätte eintreten müssen. Soweit die Beschwerdeführerin um Rentenzusprache ersucht (Beschwerde S. 1, Rechtsbegehren Ziff. 3), steht dieser materielle Leistungsanspruch ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1). Folglich ist insoweit auf die Beschwerde nicht einzutreten, worauf die Beschwerdegegnerin zutreffend hingewiesen hat (Beschwerdeantwort S. 3 lit. C lit. b Ziff. 9).

1.3 Die Mitglieder des Verwaltungsgerichts behandeln als Einzelrichterin oder Einzelrichter Beschwerden gegen Nichteintretensverfügungen oder -entscheide (Art. 128 Abs. 2 lit. c VRPG).

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 Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201], vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

2.2 Nach Eingang einer Neuanmeldung oder eines Revisionsgesuchs ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der

versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei hat sie unter anderem zu berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

Die versicherte Person muss mit der Neuanschuldung oder dem Revisionsgesuch die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht. Wird in der Neuanschuldung oder dem Revisionsgesuch kein Eintretenstatbestand geltend gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweisvorkehrungen geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht eine Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das diesen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legen die Gerichte ihrer beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69).

2.3 Bei der Frage des Vorliegens eines Revisionsgrundes im Sinne einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Besonderen kommt es einzig darauf an, ob sich das Beschwerdebild oder dessen erwerblichen Auswirkungen geändert haben. In Betracht fällt somit auch, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat, wie etwa bei der Chronifizierung psychischer Störungen, bzw. wenn der Schweregrad oder die Ausprägung der gleich-

lautenden Diagnosen und Befunde sich geändert haben. Grundsätzlich erst in einem zweiten Schritt im Rahmen der materiellen Behandlung der Neuanschuldung zu prüfen ist, inwiefern bei einem psychischen Leiden invaliditätsfremde psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren eine Rolle spielen, ebenso, ob es voraussichtlich von längerer Dauer oder behandelbar ist (SVR 2016 IV Nr. 57 S. 188 E. 2.1).

2.4 Unter Glaubhaftmachen im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisforderungen sind vielmehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines vollen Beweises die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsänderung nicht erstellen lassen (SVR 2016 IV Nr. 57 S. 188 E. 2.2).

2.5 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuanschuldung vom 26. Juli 2017 (AB 51) nicht eintrat, das heisst, ob sie richtigerweise davon ausging, die Beschwerdeführerin habe eine seit der rechtskräftigen Verfügung vom 25. März 2015 (AB 43) eingetretene Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes nicht glaubhaft gemacht.

3.2 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Verfügung vom 25. März 2015 (AB 43) offensichtlich auf die Aktenbeurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. B._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin (Beschwerdeantwort S. 2 lit. C lit. a Ziff. 2). Diese vermerkte in ihrer Stellungnahme vom 8. Januar 2015 (AB 39) die folgenden Diagnosen:

- Subjektiv: chronische Schmerzen im rechten Hemithorax, ohne organische Erklärung
- Migräne, speziell zum Zeitpunkt der Menstruation
- Status nach depressiver Episode mittleren Grades (vorübergehend, zirka drei bis vier Monate), später leichte depressive Episode bzw. reaktive depressive Stimmung auf die sozialen Umstände
- Verdacht auf Fibroadenom in der rechten Mamma (gemäss MRI-Befund)
- Status nach Kolektomie, gemäss Angabe wegen Stuhlunregelmässigkeiten, spez. Obstipation – weiterhin Obstipation
- Konsum von Cannabis, gemäss eigenen Angaben wegen «Schmerzen»

Dr. med. B._____ qualifizierte diese Diagnosen allesamt als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Sie erklärte unter anderem, der Hausarzt Dr. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, mute seiner Patientin wegen dem subjektiv angegebenen Schmerz keine schweren Arbeiten zu. Da der geklagte Schmerz jedoch keine organische Grundlage habe, könne diese Ansicht nicht geteilt werden, vielmehr seien nicht nur leichte Tätigkeiten jeglicher Art, sondern auch anstrengendere und schwerere Arbeiten zumutbar, was auch eine manuelle Lastenhandhabung bis 15kg umfasse. Die vom behandelnden Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten seien höchstens bezüglich des Zeitraums bis August 2013 nachvollziehbar, als noch eine mittelgradige depressive Episode bestanden habe, danach habe nur noch eine leichte depressive Störung vorgelegen. Schliesslich wies die RAD-Ärztin darauf hin, dass ohnehin die versicherungsmässigen Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch nicht erfüllt wären (vgl. Art. 6 IVG; Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1. Januar 2015, Rz. 1040 ff.).

3.3 Die angefochtene Nichteintretensverfügung vom 13. Februar 2018 (AB 70) basiert auf den RAD-Beurteilungen vom 25. Oktober (AB 62) und vom 15. Dezember 2017 (AB 66).

3.3.1 Der RAD-Arzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, konnte am 25. Oktober 2017 gestützt auf die eingereichten medizinischen Unterlagen (AB 57 f., 60) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Zusätzlich zu den von Dr. med. B. _____ erwähnten Diagnosen führte er eine kranio-mandibuläre Dysfunktion (CMD; bei schlechten Zähnen [Karies?], entsprechender Zahnstellung sowie bestehender Zahnlücken) sowie einen febrilen Zustand (seit längerer Zeit, bisher ohne fassbare Ursache) auf. Er gab an, es bestehe eine subjektive Bewegungs- und Arbeitshemmung durch geklagte Schmerzen, wobei bisher jedoch keine Einschränkungen hätten objektiviert werden können. Das Phänomen der erhöhten Körpertemperatur sei bereits nach einem Sturz im Jahr 2012 aufgetreten und Einschränkungen durch dieses Fieber seien – bis auf die bereits im Rahmen der Erstanmeldung geltend gemachte verminderte Belastbarkeit – nicht beschrieben worden. Was die seit 2012 bestehende Schmerzproblematik anbelange, könne ein Zusammenhang mit der nunmehr diagnostizierten CMD weder bestätigt noch widerlegt werden. Die Beschwerdesymptomatik habe aber jedenfalls bereits früher bestanden und weder damals noch aktuell könnten daraus konkrete Einschränkungen abgeleitet werden. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 25. März 2015 (AB 43) sei durch die im Rahmen der Neuanmeldung eingereichten medizinischen Berichte nicht glaubhaft gemacht (AB 62).

3.3.2 In der neuerlichen Stellungnahme vom 15. Dezember 2017 (AB 66) bestätigte Dr. med. E. _____, unter Berücksichtigung der im Nachgang zum Vorbescheid vom 10. November 2017 (AB 63) aufgelegten Unterlagen (AB 64), seine bisherige Einschätzung. In den zusätzlich eingereichten Berichten von Dr. med. F. _____, Praktische Ärztin (AB 64/30 f.), der Ergotherapeutin H. _____ (AB 64/32), sowie des Zahnarztes Prof. Dr. med. dent. G. _____ (AB 64/24-29) werde erneut auf die bereits in der RAD-Beurteilung vom 25. Oktober 2017 (AB 62) abgehandelte CMD hingewiesen. Zwar habe der Zahnarzt auch eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren aufgeführt (AB 64/26), diese Diagnose sei jedoch nicht durch eine körperliche Untersuchung und entsprechende Befunde objektiviert worden, sondern basiere auf einem durch die Beschwerdeführerin ausgefüllten Fragebogen.

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

Den 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).

3.5 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 13. Februar 2018 (AB 70) gestützt auf die Einschätzungen von Dr. med. E._____ (AB 62, 66) richtigerweise davon aus, eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes seit dem Referenzzeitpunkt im März 2015 (AB 43) sei mit den eingereichten Unterlagen nicht wenigstens glaubhaft gemacht.

3.5.1 Zwar führte Dr. med. E._____ in seinen Stellungnahmen (AB 62, 66) mit der CMD und dem febrilen Zustand gegenüber der früheren RAD-Beurteilung von Dr. med. B._____ (AB 39) zwei neue Diagnosen auf.

Die Beschwerdeführerin gab in der Neuanmeldung jedoch selbst an, diese bestünden bereits seit dem Jahr 2012 (AB 51/6 Ziff. 6.1). Dies korreliert denn auch mit den Angaben in den Berichten der behandelnden Ärzte. So berichtete Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, schon im Dezember 2014 von einem täglichen Fieber, das seit einem Jahr bestehe (AB 64/17-23). Auch Dr. med. F. _____ bestätigte in den Berichten vom 31. August 2017 (AB 58/3 f.) und vom 15. März 2018 (BB 6), dass die konstant erhöhte Körpertemperatur bereits im zeitlichen Umfeld des unglücklichen Sprungs von einer Mauer im Jahr 2012 (mit konsekutiven Schmerzen im Brustraum) erstmals entdeckt worden sei bzw. schon drei Jahre vor der Erstkonsultation bestanden habe. Die Ergotherapeutin gab im September 2017 ebenfalls an, das kontinuierliche Fieber begleite die Beschwerdeführerin seit ein paar Jahren (AB 58/2). Schliesslich hatte die Beschwerdeführerin auch gegenüber der Eingliederungsfachperson der Beschwerdegegnerin bereits vor der rechtskräftigen Verfügung vom 25. März 2015 (AB 43) über andauerndes Fieber geklagt (IV-Protokoll [in den Gerichtsakten] S. 3 und S. 5). Die Verwaltung traf bezüglich des Fiebers unklarer Genese keine weitere Abklärungspflicht (Beschwerde S. 1 Ziff. 2), da die Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 ATSG) nicht zum Tragen kam (vgl. E. 2.2 hiavor). Was die CMD anbelangt, besteht offensichtlich seit Jahren eine insuffiziente Dentalsituation, zumal die Beschwerdeführerin aufgrund der früheren, langjährigen Anorexie bzw. Bulimie (AB 64/18) sieben Zähne verloren hatte (AB 64/2). Die CMD stellt lediglich eine mögliche Erklärung für die bereits seit Jahren bekannte Schmerzsymptomatik dar, was im hier zu beurteilenden neuanmeldungsrechtlichen Kontext aber letztlich nicht entscheidend ist. Dr. med. E. _____ wies korrekterweise darauf hin, dass die Schmerzproblematik, unbesehen eines allfälligen Zusammenhangs mit der CMD, bereits im Rahmen der Erstanmeldung beschrieben wurde und die Diagnose allein somit kein neuer Aspekt darstellt (AB 66/3 f., 66/2). Eine weitere Diagnosestellung würde nur dann eine neuanmeldungs- bzw. revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung darstellen, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berührten (vgl. BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12), was hier gerade nicht glaubhaft gemacht wurde.

3.5.2 Mit der von Prof. Dr. med. dent. G. _____ aus fachfremder Perspektive in Betracht gezogenen und nicht verifizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Formen (ICD-10: F45.41; AB 64/26), die mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) gleichzusetzen ist (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 233 Fn. 1), werden im Wesentlichen dieselben Befunde erfasst wie mit der rheumatologischen Diagnose einer Fibromyalgie (ICD-10: M79.7; vgl. BGE 141 V 281 E. 10.2 S. 311 f., 132 V 65). Die in der Beschwerde (S. 1 Ziff. 1) sowie im aktuellsten Bericht von Dr. med. F. _____ vom 15. März 2018 (BB 6) erwähnte Fibromyalgie stellt wiederum keine neue Diagnose dar, hat die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf den Bericht von Dr. med. Weber vom 17. Dezember 2014 (BB 3 [=BB 5, AB 64/17-23]) doch selbst eingeräumt, dass diese bereits vor der rechtskräftigen Verfügung vom 25. März 2015 (AB 43) gestellt wurde. Es ist somit nicht entscheidend, unter welche diagnostische Kategorie das Schmerzleiden der Beschwerdeführerin zu subsumieren ist, so oder anders wird damit eine Befundlage bzw. Symptomatik erfasst, die bereits im Referenzzeitpunkt vorlag.

3.5.3 Schliesslich hat die angekündigte Einweisung in die Schmerzlinik Nottwil (Beschwerde S. 1 Ziff. 3; Eingabe vom 23. März 2018 S. 1 f. Ziff. 2) für das vorliegende Verfahren keine Bedeutung, da das Verwaltungsgericht seiner beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde legt, wie er sich der Beschwerdegegnerin bot (vgl. E. 2.2 hiavor; prozessleitende Verfügung vom 27. März 2018).

3.6 Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes nicht glaubhaft gemacht ist. Die Beschwerdegegnerin ist in der angefochtenen Verfügung vom 13. Februar 2018 (AB 70) auf die Neuanmeldung (AB 51) folglich zu Recht nicht eingetreten. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

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.

Im vorliegenden Fall sind die Verfahrenskosten auf Fr. 500.-- festzusetzen und – unter Vorbehalt der unentgeltlichen Rechtspflege – der unterliegenden Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

4.3 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2).

Die Bedürftigkeit im Sinne der Prozessarmut ist aktenkundig (BB 4). Zudem kann das Verfahren als nicht von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist demnach gutzuheissen. Somit ist die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) i.V.m. Art. 113 VRPG – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien.

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.

2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteienschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.