

200 18 272 IV
KNB/GET/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. Januar 2019

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. März 2018



Sachverhalt:

A.

Die ... geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), Mutter zweier in den Jahren 2000 und 2002 geborener Kinder und bis August 2013 im Rahmen eines 50%-Pensums als Mitarbeiterin ... im C._____ bzw. seit Herbst 2016 in einem 30%-Pensum bei der D._____ erwerbstätig, meldete sich im Februar 2013 unter Hinweis auf ein seit Oktober 2012 bestehendes „Burnout“ bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 1; 8; 22.10; Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 8; Beschwerde vom 12. April 2018, S. 4). Nachdem die IVB erwerbliche Abklärungen getätigt, Berichte behandelnder Ärzte beigezogen und die Akten des Krankentaggeldversicherers, u.a. beinhaltend eine „Second opinion zur aktuellen Arbeitsfähigkeit“ von Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 22.7), eingeholt hatte, verneinte sie mit (unangefochten gebliebener) Verfügung vom 26. September 2013 (act. II 27) mangels Vorliegens einer Invalidität im Rechtssinne einen Anspruch auf Leistungen der IV.

B.

Im März 2015 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf die Folgen eines im Dezember 2014 erfolgten operativen Eingriffs an der Halswirbelsäule (HWS) sowie eine allgemeine Schwächung „durch Burnout“ erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 29). Gegen den von der IVB daraufhin erlassenen Vorbescheid vom 12. Juni 2015 (act. II 38), mit welchem sie das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren in Aussicht stellte, liess die Versicherte Einwand erheben (act. II 39). In der Folge klärte die IVB den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht ab, zog Berichte behandelnder Ärzte und des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 46; 51; 58 f.) bei und liess durch ihren Abklärungsdienst einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb erstellen (act. II 60). Mit Vorbescheid vom 23. Juni 2017 (act. II 61) stellte die IVB der Versicherten bei einem nach Massgabe der

gemischten Methode (Erwerb: 50%; Haushalt: 50%) ermittelten Invaliditätsgrad von 11% die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Dagegen liess die Versicherte Einwand erheben (act. II 71), woraufhin die IVB beim RAD sowie beim Abklärungsdienst eine Stellungnahme einholte (act. II 76; 78). Mit Verfügung vom 9. März 2018 (act. II 79) entschied die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

C.

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, mit Eingabe vom 12. April 2018 Beschwerde erheben. Sie stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 9. März 2018 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei mindestens eine halbe, je nach Berücksichtigung der Einwände eine Viertels-IV-Rente zuzusprechen.
3. Eventualiter sei das Dossier zur Bestimmung des IV-Grades und allenfalls für weitere Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen.
4. Der Beschwerdeführerin sei das Recht auf unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren, unter Beiordnung des unterzeichnenden Anwalts als Rechtsvertreter.

- Unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Mit weiterer Eingabe vom 25. April 2018 reichte die Beschwerdeführerin – entsprechend der Aufforderung im Rahmen der prozessleitenden Verfügung vom 16. April 2018 – weitere Unterlagen betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ein (Akten der Beschwerdeführerin [act. IA]).

Mit Beschwerdeantwort vom 16. Mai 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 12. Dezember 2018 reichte die Beschwerdeführerin Schlussbemerkungen ein, welche der Beschwerdegegnerin in der Folge zur Kenntnisnahme zugestellt wurden.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid 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 Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen 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 9. März 2018 (act. II 79). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

2.3

2.3.1 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). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuansmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

2.3.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass

der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

2.3.3 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 u.a. bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – 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).

2.3.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung vom März 2015 (act. II 29) eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Massgebende Vergleichszeitpunkte bilden die Verfügung vom 26. September 2013 (act. II 27) – mit der ein Leistungsanspruch mangels Vorliegens einer Invalidität verneint wurde

– und die nunmehr angefochtene Verfügung vom 9. März 2018 (vgl. E. 2.3.3 vorne).

3.2 In der Verfügung vom 26. September 2013 (act. II 27) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die zu Händen des Krankentaggeldversicherers erstellte und auf einer persönlichen Untersuchung beruhenden „Second Opinion zur aktuellen Arbeitsfähigkeit“ von Dr. med. E. _____ vom 12. Juli 2013 (act. II 22.7) ab. Dieser diagnostizierte eine depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4) bei psychosozialen Belastungen (Trennung/Scheidung, Alleinerziehend, finanzielle Sorgen, berufliche und private Aufgaben, Belästigung etc. [S. 2]). Da es im Mai 2013 zu einer subjektiven Verbesserung gekommen, die Sitzungsfrequenz gesenkt und die Medikation abgesetzt worden sei, sei ab Juni 2013 von keiner Arbeitsunfähigkeit mehr auszugehen (S. 5).

3.3 Bei Erlass der – zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden – angefochtenen Verfügung vom 9. März 2018 (act. II 79; BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt mit Bericht vom 16. Februar 2015 (act. II 30 S. 1) die Diagnose „6 Wochen nach ACIF [anterior cervical interbody fusion] C6/7 bei St. n. Foraminalstenosen und zervikobrachialem Schmerzsyndrom C6/7 bds. linksbetont“ fest. Die zum Teil invalidisierenden Schmerzen seien regredient; was die Beschwerdeführerin noch spüre, seien Verspannungen im Nacken. Da sie bis vor ihrem Burnout im ... gearbeitet habe, könne sie langfristig nicht mehr in die angestammte Tätigkeit zurückkehren und eine Umschulung sei zu empfehlen.

Mit weiterem Bericht vom 12. Juni 2015 (act. II 39 S. 3 f.) hielt Dr. med. F. _____ fest, der Beschwerdeführerin sei es eigentlich recht gut gegangen, sie habe ein Aufbautraining durchführen können. Sie habe nun aber zeitweise wieder Rückschläge erlitten, mit am Sonntag Kopfaufprall mit massiven Nackenbeschwerden und Verkrampfung, sodass sie wieder Schmerzmittel habe einnehmen müssen. Die Beschwerdeführerin sei auch verzweifelt, da sie eine Ablehnung von der IV erhalten habe. Es präsentiere

sich unverändert eine gute Lage des Cages C6/7 und es bestehe kein Hinweis für eine Lockerung oder sekundäre Dislokation. Es beständen bekannte Diskopathien C5/6, C4/5 und C3/4. In der Beurteilung hielt Dr. med. F. _____ fest, die Beschwerdeführerin „dürfte sich die kranialen Anschlusssegmente bei diesem Kopfanprall traumatisiert haben“, was ihren aktuell heftigen Leidensdruck erkläre (S. 3).

Mit Bericht vom 25. September 2015 (act. II 42 S. 2 f.) hielt Dr. med. F. _____ die folgenden Diagnosen fest (S. 2):

- 9 Monate nach ACIF C6/7 bei Status nach zervikobrachialem Schmerzsyndrom C7 beidseits. Multitägere Diskopathien C3-C6 mit leichten Foraminalstenosen C3-C6 rechtsbetont
- Chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit/bei:
 - Diskopathie L4/5 mit rezessaler Stenose L4/5 beidseits und Anulusriss L4/5
 - Diskopathie und Diskusprotrusion L5/S1

Die Beschwerdeführerin klagt nach wie vor über Zervikalgien beidseits, die seit dem Kopfanprall im Juni relativ hartnäckig persistierten. Daneben klagt sie aber auch über thorakale und lumbale Schmerzen, zeitweise mit Ausstrahlung in beide Gesässseiten. Die Beschwerden könnten „gut in der Bildgebung objektiviert werden.“ Es zeige sich sicher eine Chronifizierung der Schmerzen (S. 2). Die Beschwerdeführerin werde ab dem 12. August 2015 bis auf weiteres zu 70% arbeitsunfähig geschrieben (S. 3).

3.3.2 Der RAD-Arzt Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 7. Januar 2016 (act. II 44) fest, aus psychiatrischer Sicht könne weiterhin auf die second opinion von Dr. med. E. _____ vom 12. Juli 2013 (act. II 22.7) abgestellt werden. Aus psychiatrischer Sicht sei sowohl die bisherige wie auch eine angepasste Tätigkeit zu 100% zumutbar.

3.3.3 PD Dr. med. H. _____, Facharzt für Anästhesiologie, stellte im undatierten, der Beschwerdegegnerin am 9. März 2016 zugestellten Bericht (act. II 47) die folgenden Diagnosen (S. 2):

Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom

- Status nach ACIF C6/7 Januar 2015
- multisegmentale Diskopathien sowie Foramenstenosen C3-C6 beidseits rechtsbetont
- chronisches lumbales Schmerzsyndrom im Rahmen von multiplen degenerativen Veränderungen

- chronisches thorakovertebrales Schmerzsyndrom
- psychosoziale Belastungssituation

Es sei der „frustrane“ Versuch einer pharmakologischen Schmerztherapie erfolgt. Ein weiterer Punkt wäre die interventionelle Schmerztherapie gewesen. Aufgrund der massiven Schmerzausweitung habe er jedoch zum damaligen Zeitpunkt keine sinnvollen Möglichkeiten gesehen, „mittels segmentaler Blockaden weiterzukommen“ (S. 3). Die Beschwerdeführerin sei massivst schmerzgeplagt bzw. massivst deconditioniert. Zudem wirke sie depressiv, wobei es sich hier wahrscheinlich um eine sekundäre Folge der Schmerzkrankheit handle (S. 4).

3.3.4 Im Bericht vom 6. Oktober 2016 (act. II 51 S. 3 f.) hielt der RAD-Arzt Dr. med. G. _____ nach interner Zuweisung an die RAD-Ärztin Dr. med. I. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (vgl. act. II 50), fest, aus psychiatrischer Sicht seien die bisherige und eine angepasste Tätigkeit zu 100% zumutbar. Aus orthopädischer Sicht seien „nach ACIF 06/7“ vom Januar 2015 keine wesentlichen funktionellen Einschränkungen beschrieben, die die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf Dauer beeinträchtigen könnten. Die muskuläre Dekonditionierung sollte mit regelmässigem Training zu beherrschen sein. Die angestammte Tätigkeit in der ... sowie jede andere körperliche Tätigkeit seien aus orthopädischer Sicht seit April 2015, d.h. drei Monate postoperativ, nicht mehr durchführbar. Aufbauend auf den Kenntnissen der Beschwerdeführerin in der Medizin, sei ihr eine angepasste, vorwiegend sitzende Tätigkeit ohne Heben und Tragen von schweren Lasten seit diesem Zeitpunkt zumutbar (act. II 51 S. 4).

3.3.5 Vom 7. Februar bis 10. März 2017 wurde die Beschwerdeführerin im Spital J. _____ stationär abgeklärt und behandelt. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 27. März 2017 (act. II 56 S. 2 ff.) wurde im Wesentlichen die folgende Diagnose gestellt (S. 2):

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen

- Hauptschmerz im Bereich der Halswirbelsäule, Schulter dorsal in den linken Arm ausstrahlend
- lässional induzierter Schmerz mit perzeptiver Verstärkung
- Diskektomie und Fusion HWK6/7 2014 bei hochgradiger Foraminalstenose beidseits
- MRI HWS 08/2016: Deutliche Fehllhaltung der HWS im Sinne einer Streckhaltung, leichtgradige Osteochondrosen C3-6, kleine breitflächige Diskus-

- hernie C3/4 mit Eindellung des Duraschlauchs ohne Beeinträchtigung neuraler Strukturen
- psychobiographische Hinweise auf Pain- und Action proneness
- Klammernalgometrie 13. Februar 2017 ohne Hinweis auf zentrale Hypersensibilität
- Opiatübergebrauch, während Hospitalisation Ausschleichen der Opioide

Der Hauptschmerzpunkt liege im Bereich des Nackens mit einer Ausstrahlung beidseits, aber vor allem linksseitig in den dorsalen Schulterbereich sowie in den linken Arm. Weitere Schmerzpunkte gebe die Beschwerdeführerin im Bereich der Claviculae, punktförmig im Bereich der mittleren BWS, der LWS sowie nicht-dermatomspezifisch ausstrahlend über das Gesäss und die medialen posterioren Oberschenkelanteile, an (S. 6). Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis und mit 19. März 2017 100%, danach 70% für einen Monat. In der Folge sei eine hausärztliche Reevaluation erforderlich (S. 5).

3.3.6 Im Bericht vom 31. Mai 2017 (act. II 58 S. 2 ff.) hielt der RAD-Arzt Dr. med. G. _____ fest, im Verlauf schienen psychische und psychosoziale Faktoren mit eine Rolle bei der Aufrechterhaltung und zeitweiligen Verstärkung der Schmerzen gespielt zu haben. Diese Entwicklung sei mit der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) vereinbar. Während diagnostisch eine Änderung vorzunehmen sei, könne eine Veränderung bzw. Verschlechterung von Seiten der Psychopathologie und der funktionellen psychischen Beeinträchtigungen im Verlauf nicht ausgemacht werden. Am Zumutbarkeitsprofil, wie es im ärztlichen Bericht vom 6. Oktober 2016 formuliert worden sei, könne festgehalten werden (S. 4).

Die RAD-Ärztin Dr. med. K. _____ (vormals I. _____ [vgl. Beschwerdeantwort vom 16. Mai 2018, S. 3 Ziffer 11]) hielt mit „Akttenotiz RAD“ vom 31. Mai 2017 (act. II 59) fest, der MRI-Befund vom August 2016 beschreibe eine deutliche Fehlhaltung der HWS im Sinne einer Streckhaltung. Diese sei am ehesten muskulär bedingt und somit gut behandelbar. Die aufgeführten Osteochondrosen des 3. und 6. Halswirbelkörpers seien als altersentsprechend zu beurteilen. Die Diskushernie C3/4 beeinträchtige neurale Strukturen nicht. Somit sei auch dieser Befund nicht relevant für die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit.

3.3.7 Chiropraktiker Dr. L. _____ hielt im Bericht vom 3. August 2017 (act. II 80 S. 34) fest, die Beschwerdeführerin befinde sich in einem Teufelskreis, aus welchem sie nicht herauskomme. Die Depression liege einige Jahre zurück, sie sei aber nach wie vor unter medikamentöser Behandlung. Die Beschwerdeführerin sei angewiesen auf Haushaltshilfe und habe nur eine geringe Arbeitsfähigkeit, zurzeit rund 30%.

3.3.8 Im zu Händen der Beschwerdeführerin erstellten Bericht des Spitals J. _____ vom 30. Oktober 2017 (act. II 71 S. 4) wurde festgehalten, im Zeitraum vom 28. Dezember 2016 bis 19. April 2017 bestehe eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 30% mit Unterstützung einer Haushaltshilfe. Die Beschwerdeführerin leide an chronischen Schmerzen im Bereich des Nackens und des linken Armes. Diese seien nach Stabilisation im Halswirbelsäulenbereich zwar regredient, aber nicht verschwunden. Die dadurch entstehenden Einschränkungen bedingten einen Arbeitsplatz mit angepasster Tätigkeit.

3.4

3.4.1 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).

3.4.2 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).

3.4.3 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 (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Soll jedoch ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65).

3.4.4 Im Gebiet der Sozialversicherung gelten der Untersuchungsgrundsatz sowie der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Der rechtserhebliche Sachverhalt ist von Amtes wegen unter Mitwirkung der Versicherten respektive der Parteien zu ermitteln. In diesem Sinne rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. Der Verzicht auf weitere Abklärungen verletzt etwa dann Bundesrecht, wenn der festgestellte Sachverhalt unauflösbare Widersprüche enthält oder wenn eine entscheidungswesentliche Tatfrage auf unvollständiger Beweisgrundlage beantwortet wird (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 23. Februar 2017, 8C_344/2016, E. 2.1).

3.5 In der angefochtenen Verfügung vom 9. März 2018 (act. II 79) stellte die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht auf die diversen, ausschliesslich auf den Akten basierenden, versicherungsinternen Berichte des RAD ab. Insoweit ist Folgendes festzuhalten:

3.5.1 In somatischer Hinsicht folgt aus den Akten, dass sich die Beschwerdeführerin Ende 2014 (vgl. act. II 39 S. 3) einem operativen Eingriff an der HWS im Bereich C6/7 unterzog. Wenngleich der weitere Verlauf gemäss Dr. med. F. _____ vorerst positiv und die Schmerzen regredient waren (vgl. act. II 30 S. 1), entwickelten sich nach den aktenmässig dokumentierten Angaben der Beschwerdeführerin im Verlauf

Zervikalgien (act. II 39 S. 3) sowie in der weiteren Folge auch lumbale und thorakale Beschwerden, welche nach der derzeitigen Aktenlage in ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (vgl. act. II 47 S. 2) bzw. eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (act. II 56 S. 2) mündeten.

Insoweit ist zunächst festzuhalten und im Übrigen unbestritten, dass – nachdem im Zeitpunkt der Verfügung vom 26. September 2013 (act. II 27) ausschliesslich psychische Beschwerden zur Diskussion gestanden hatten – mit dem Vorliegen einer sich gemäss Angaben der Beschwerdeführerin somatisch manifestierenden Beschwerdeproblematik mit potentieller Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit grundsätzlich ein Revisionsgrund gegeben und der Rentenanspruch folglich in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig zu prüfen ist (vgl. E. 2.3.4 vorne).

Was sodann die medizinische Einschätzung der gesundheitlichen Situation und des funktionellen Leistungsvermögens bis zum massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 9. März 2018 anbelangt, so folgt aus den Berichten des behandelnden Orthopäden, Dr. med. F._____, dass keine Hinweise auf neurologische Ausfälle bestehen und sich stets eine gute Lage des Cages C6/7 präsentierte (vgl. act. II 42 S. 2). Indessen stellte er in befundmässiger Hinsicht auch eine deutlich eingeschränkte Kopffrotation, einen deutlichen paravertebralen Hartspann und eine erheblich eingeschränkte Inklination/Reklination lumbal fest (vgl. act. II 39 S. 3; 42 S. 2). Gleichzeitig bezog er sich auf ein MRI der LWS, welches eine Diskopathie mit rezessalen Stenosen L4/5 und eine Diskopathie L5/S1 zeige und hielt im Rahmen der Beurteilung fest, die Beschwerden könnten „gut in der Bildgebung objektiviert werden“ (act. II 42 S. 2). PD Dr. med. H._____, welcher – nachdem eine medikamentöse Behandlung offenbar wegen Unverträglichkeit fehlgeschlagen war – aufgrund der massiven Schmerzausweitung auf eine interventionelle Schmerztherapie verzichtet hatte, interpretierte die Beschwerden im Sinne eines myofaszialen Schmerzsyndroms (act. II 47 S. 3). Nichts grundsätzlich anderes – weder in befundmässiger Hinsicht noch bezüglich der Beschwerdeangaben – folgt aus dem Bericht des Spitals J._____ vom 27. März 2017 (vgl. act. II 56

S. 2 ff.). Immerhin wird hier jedoch – soweit ersichtlich erstmals – ein Taubheitsgefühl im Bereich C5 links erwähnt (vgl. S. 8).

Vor diesem Hintergrund überzeugt die Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. I. _____ im Bericht vom 5. bzw. 6. Oktober 2016 (act. II 50 S. 2 ff.), wonach aus somatischer Sicht „keine wesentlichen funktionellen Einschränkungen beschrieben“ seien, welche die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf Dauer beeinträchtigen könnten (S. 4), nicht restlos. Ferner ist nicht ersichtlich, ob der RAD-Ärztin der MRI-Befund der LWS (im Gegensatz zu jenem der HWS vom August 2016 [vgl. act. II 59]) vorlag. Schliesslich trifft ihre Feststellung, wonach hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zwischen ihr und den behandelnden Ärzten Einigkeit bestehe (vgl. act. II 50 S. 4; 51 S. 4), in dieser Absolutheit nicht zu: Dr. med. F. _____ hielt im Bericht vom 25. September 2015 (act. II 42 S. 2 f.) fest, die Beschwerdeführerin werde ab dem 12. August 2015 zu 70% arbeitsunfähig „geschrieben bis auf weiteres“. Er hoffe, dass die Beschwerdeführerin in naher Zukunft die Arbeitsbelastung in einer adaptierten Tätigkeit auch wieder steigern könne (S. 3). PD Dr. med. H. _____ hielt lediglich fest, in einer körperlich stark angepassten Tätigkeit „könnte [der Beschwerdeführerin] sicherlich ein gewisses Pensum zugemutet werden“ (act. II 47 S. 4). Nichts Gegenteiliges folgt schliesslich aus dem Bericht des Spitals J. _____ vom 30. Oktober 2017 (act. II 71 S. 4), davon abgesehen, dass sich diese Stellungnahme ausdrücklich nur auf den Zeitraum vom 28. Dezember 2016 bis 19. April 2017 bezieht. Im Gegensatz zur RAD-Ärztin haben demnach die behandelnden Ärzte zu keinem Zeitpunkt eine in Bezug auf den Leiden angepasste Tätigkeiten ab April 2015 durchgehende 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert.

Die Frage nach dem Vorliegen eines somatischen invalidisierenden Gesundheitsschadens kann somit in Anbetracht der in befundmässiger Hinsicht nicht durchwegs übereinstimmenden und auch bezüglich der Arbeitsunfähigkeit unterschiedlichen Einschätzungen der behandelnden Ärzte einerseits und der RAD-Ärztin andererseits nicht abschliessend beurteilt werden.

3.5.2 In psychischer Hinsicht wurde im Bericht des Spitals J. _____ vom 27. März 2017 (act. II 56 S. 2 ff.) eine chronische Schmerzstörung mit

somatischen und psychischen Anteilen diagnostiziert (S. 2). Auch der RAD-Arzt Dr. med. G. _____ hielt fest, die (in den Akten dokumentierte) Entwicklung sei mit der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 45.41) vereinbar (act. II 58 S. 4). Obgleich im vorgenannten Bericht des Spitals J. _____ der – nur sehr cursorisch erhobene und sich auf vier Zeilen beschränkende – Psychostatus unauffällig war (act. II 56 S. 8), so ändert dies nichts daran, dass nach derzeitiger Aktenlage in Bezug auf den gesamten Beurteilungszeitraum seit der Neuanmeldung im März 2015 eine (psychosomatische) Schmerzproblematik zur Diskussion steht. Indem ein Revisionsgrund gegeben ist (vgl. E. 3.5.1 vorne), ist dabei die Feststellung des RAD-Arztes Dr. med. G. _____ im Bericht vom 31. Mai 2017 (act. II 58 S. 4), wonach sich im Verlauf keine Veränderung oder Verschlechterung der Psychopathologie ergeben habe, nicht von Belang. Entscheidend ist einzig, dass er das Vorliegen einer (auch diagnostisch klassifizierten) Schmerzproblematik grundsätzlich nicht in Abrede stellt, wenn er festhielt, im Verlauf schienen psychische und psychosoziale Faktoren mit einer Rolle bei der Aufrechterhaltung und zeitweiligen Verstärkung der Schmerzen gespielt zu haben (S. 4). Inwieweit (einzig zu berücksichtigende) krankheitsbedingte Faktoren das funktionelle Leistungsvermögen respektive die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, kann gestützt auf seine Berichte, welche ihrerseits auf in beweismässiger Hinsicht unzulänglichen Angaben basieren, nicht rechtsgenüglich beurteilt werden.

3.5.3 Zusammenfassend erfüllen die vorliegend im Recht liegenden RAD-Berichte die Anforderungen für beweiskräftige medizinische Berichte (vgl. E. 3.4.2) unter den gegebenen Umständen nicht bzw. vermögen die Berichte der behandelnden Ärzte zumindest geringe Zweifel an deren Beweiswert zu wecken. Demnach kann auf die RAD-Berichte für die Beurteilung des hier strittigen Rentenanspruchs (vgl. E. 1.2 vorne) nicht abschliessend abgestellt werden (vgl. E. 3.4.3 vorne). Ebenso wenig kann – bei gegebener divergenter medizinischer Aktenlage – allein auf die Berichte der behandelnden Ärzte bzw. des Chiropraktors (vgl. act. II 80 S. 34) abgestellt werden, so dass entgegen dem Rechtsbegehren gemäss Ziffer 2 der Beschwerde über den geltend gemachten Rentenanspruch nicht befunden werden kann.

3.6 Indem die Beschwerdegegnerin entscheidungswesentlich auf die den beweismässigen Anforderungen (vgl. E. 3.5.3 vorne) nicht genügenden, allein auf den Akten basierenden Einschätzungen der RAD-Ärzte Dres. med. K. _____ (vormals I. _____) und G. _____ in den Berichten vom 6. Oktober 2016 (act. II 51 S. 3 f.) und 31. Mai 2017 (act. II 58 S. 2 ff.) abgestellt und auf weitere Abklärungen verzichtet hat, verletzte sie den Untersuchungsgrundsatz (vgl. E. 3.4.4 vorne). Die medizinischen Berichte erweisen sich demnach vorab hinsichtlich der Frage, ob und wenn ja inwieweit die in den Akten dokumentierten (somatischen und/oder psychischen) gesundheitlichen Beeinträchtigungen das funktionelle Leistungsvermögen beeinflussen, als unvollständig. Mithin bedarf der Sachverhalt weiterer medizinischer Abklärung in Form eines polydisziplinären Gutachtens, wobei insbesondere die orthopädische und psychiatrische Fachrichtung zu berücksichtigen sein wird. Nach Vorliegen des Gutachtens wird die Beschwerdegegnerin sodann – je nach dessen Ergebnis – einen neuen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb zu erstellen haben.

3.7 Zusammenfassend ist in Gutheissung der Beschwerde die Verfügung vom 9. März 2018 aufzuheben und die Sache – im Sinne des Eventualantrags – an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch neu verfüge.

4.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4).

4.2

4.2.1 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (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 versicherte 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).

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

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

4.3 Mit Eingabe vom 12. Dezember 2018 weist Fürsprecher B. _____ ein Honorar von Fr. 4'605.-- (18.42 Stunden à Fr. 250.--), Auslagen von Fr. 37.20 und die Mehrwertsteuer (MWSt) von Fr. 357.45, insgesamt ausmachend einen Aufwand von Fr. 4'999.65, aus. Dieser Betrag erweist sich in Anbetracht der nicht erheblichen Komplexität des Falles und der rechtlichen Fragestellungen, des allein einfachen Schriftenwechsels (mit unaufgeforderter Einreichung von Schlussbemerkungen) sowie der Tatsache, dass der Rechtsvertreter die Beschwerdeführerin bereits im Vorbescheidverfahren vertreten hatte (vgl. act. II 70 f.), als zu hoch, weshalb

der Parteikostenersatz auf pauschal Fr. 3'500.-- (inkl. Auslagen und MWSt) festgesetzt wird.

4.4 Bei diesem Ausgang ist das Rechtsschutzinteresse an der Beurteilung des in diesem Verfahren gestellten Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege dahingefallen. Entsprechend ist das Verfahren um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos geworden vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, Kommentar zum bernischen VRPG, 1997, Art. 39 N. 1).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 9. März 2018 aufgehoben und die Akten werden an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird abgeschrieben.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt.
4. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf pauschal Fr. 3'500.-- (inkl. Auslagen und MWSt), zu ersetzen.
5. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

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.