

200 18 422 IV
SCJ/PRN/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. November 2018

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiberin Prunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 2. Mai 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1977 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im März 2017 unter Hinweis auf einen Dauerschwindel bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 3). In der Folge holte die IVB diverse erwerbliche und medizinische Unterlagen ein – insbesondere die Berichte von Dr. med. C. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 17. Oktober 2017 und 7. Februar 2018 samt Ergänzung vom 28. Februar 2018 (AB 25, S. 3 f.; 41, S. 4 ff.; 42). Mit Vorbescheid vom 6. März 2018 stellte die IVB wegen Fehlens eines invalidisierenden Gesundheitsschadens die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 43). Auf den hiergegen erhobenen Einwand (AB 45) hin veranlasste die IVB eine Stellungnahme des RAD vom 27. April 2018 (AB 51) und verfügte am 2. Mai 2018 wie angekündigt (AB 53).

B.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 4. Juni 2018 beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde und beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 2. Mai 2018 und die Rückweisung der Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, auf die Einschätzung des RAD vom 27. April 2018 könne nicht abgestellt werden. Im psychiatrischen Gutachten vom 20. März 2017 sei eine neurologische bzw. neuropsychiatrische Begutachtung empfohlen worden. Ein solches Gutachten sei in der Folge jedoch nicht erstellt worden. Zudem leide die Beschwerdeführerin nach wie vor an Nackenschmerzen, einer Diskushernie sowie Schwankschwindel, was ihr die Wiederaufnahme ihrer Arbeit verunmöglichen würde. Die konservativen Therapieansätze hätten kaum eine dauerhafte Verbesserung erzielen können, weshalb am 9. Mai 2018 ein operativer Eingriff erfolgt sei. Eine solche Operation wäre nicht vorgenommen

worden, wenn die Beschwerdeführerin ab dem 11. August 2017 voll arbeitsfähig gewesen wäre. Es sei daher ein neurologisches bzw. neuropsychiatrisches Gutachten zur Abklärung der effektiven Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu erstellen und die notwendige Unterstützung mit beruflichen Massnahmen zu gewähren.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Juli 2018 beantragte die IVB die Abweisung der Beschwerde.

In der Replik vom 16. August 2018 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest.

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 Angefochten ist die Verfügung der IVB vom 2. Mai 2018 (AB 53). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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).

2.2 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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.

2.4 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.

3.1 Zum Gesundheitszustand sowie zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Der Hausarzt Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bei welchem die Beschwerdeführerin seit dem 12. September 2016 wegen akuten psychosomatischen Problemen mit Hyperventilationen in Behandlung ist, diagnostizierte im Bericht vom 14. November 2016 eine Hyperventilation (AB 2.2, S. 2). Er attestierte vom 12. September bis am 23. Oktober 2016 eine 100%-ige und anschliessend eine 60%-ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. auch AB 2.1, S. 3). Es könne mit einer Besserung gerechnet werden. Er warte aber noch die neuropsychiatrische Beurteilung ab. Es gäbe keine spezifischen Tätigkeiten, welche die Beschwerdeführerin nicht ausführen dürfe. Es sei jedoch darauf zu achten, dass sie keine Stelle habe, in der sie stressreiche Arbeiten, d.h. vor allem mehrere Tätigkeiten gleichzeitig und unter hohem Zeitdruck oder mit langen Arbeitszeiten, erledigen müsse (AB 2.2, S. 3 ff.).

3.1.2 Im Bericht des Spitals E._____, Neurologie, vom 9. Februar 2017 wurde eine leichte kognitive Störung unklarer Ätiologie diagnostiziert

(AB 14, S. 1). Im Rahmen der klinisch-neurologischen Untersuchung habe sich kein Hinweis auf eine spezifische neurologische oder psychiatrische Erkrankung finden lassen. Es wurde eine Liquoruntersuchung empfohlen. Ausserdem sei eine weitere endokrinologische Beurteilung sinnvoll, soweit dies nicht schon erfolgt sei. Auch wenn keine Hinweise bestünden, sollte eine psychiatrische Begutachtung erfolgen, um eine psychiatrische Genese auszuschliessen (AB 14, S. 2).

3.1.3 Dr. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in dem im Auftrag der G. _____ erstellten psychiatrischen Gutachten vom 20. März 2017 vorläufig eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0) mit verschiedenen Differentialdiagnosen (AB 22.1, S. 16). Eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen (wie auch in einer angepassten) Tätigkeit sollte erst nach Vorliegen der noch ausstehenden Untersuchungen (HNO-Untersuchung inklusive Vestibularisprüfung und Bewertung der Ergebnisse der Liquorserologie) sowie einer abschliessenden Begutachtung auf neurologischem bzw. neuropsychiatrischem Gebiet erfolgen (AB 22.1, S. 17).

3.1.4 Am 4. Mai 2017 erfolgte im Spital E. _____ ein MRI HWS – BWS (AB 45, S. 9). Es wurde die folgende Beurteilung festgehalten: „Rechts mediolaterale Diskushernie C5/6 mit Kompression der rechten C7-Wurzel intraspinal und mit Tangierung des zervikalen Myelons, kein Nachweis einer Kompressionsmyelopathie. Kleinste, nicht komprimierende mediane Diskushernie C6/7. Kein Nachweis von MS-typischen Myelonherden.“

3.1.5 Im Bericht vom Spital E. _____, Neurologie, vom 14. Juni 2017 wurden leichte kognitive Auffälligkeiten und ein unsystematischer Schwindel im Sinne einer Gangunsicherheit ungeklärter Ätiologie diagnostiziert (AB 30, S. 3). In der Nervenwasseruntersuchung habe sich ein unauffälliger Befund ohne Hinweis für einen chronisch-entzündlichen Prozess gezeigt. Die Symptomatik bestehe unverändert. Im Vordergrund stehe ein ungerichteter Schwindel im Sinne einer Gangunsicherheit. Im MRI des spinalen Myelons vom 4. Mai 2017 würden sich keine entzündlichen Läsionen zeigen, allerdings ein cervikaler Bandscheibenvorfall ohne Myelopathiesignal. Das Druckgefühl in dem Bereich sei damit zu erklären, eine Gangunsicherheit bei fehlender Myelopathie nicht. Allerdings trete die Symptomatik nur

intermittierend auf und es bestehe Kontakt zum Myelon, aber eben ohne Myelopathiesignal. Die kognitiven Auffälligkeiten liessen sich dadurch allerdings nicht erklären. Die SEP (sensomotorisch evozierte Potentiale) Untersuchung habe einen unauffälligen Befund gezeigt. Es wurden Vorstellungen im Zentrum H. _____ zur Einschätzung des Bandscheibenvorfalles und in der Spezialambulanz für Schwindel im Spital I. _____ empfohlen (AB 30, S. 4).

3.1.6 Im Bericht des Zentrums J. _____ vom 6. Juli 2017 wurde ein unspezifisches Schwindelsyndrom und ein zervikoradikuläres Schmerzsyndrom rechtsseitig bei Diskushernie HWK5/6 rechtsseitig diagnostiziert (AB 34, S. 12). Es wurde ausgeführt, die Begleitsymptomatik lasse sich gestützt auf das MRI vom 4. Mai 2017 sicher zu einem Teil auf die degenerative Veränderung der HWS (degenerative Diskopathie auf der Höhe HWK5/6 mit rechtsseitiger mediolateraler Hernation und erheblicher Unkforaminalstenosierung rechtsseitig) zurückführen. Es bestehe jedoch noch eine ungeklärte Komponente mit dem persistierenden Schwindel, weswegen eine HNO-ärztliche Behandlung empfohlen wurde (AB 34, S. 13).

3.1.7 Dr. med. D. _____ führte im Bericht zu Handen der G. _____ vom 20. September 2017 aus, geplant seien Abklärungen bezüglich der HWS mit einer Infiltration, weitere HNO-Abklärungen sowie eine Beurteilung und ein Therapievorschlag von psychosomatischer Seite vom Spital I. _____. Eine vollständige Genesung erscheine eher unwahrscheinlich, eine Verbesserung erhoffe er sich schon. Als ... bestehe seit dem 21. August 2017 erneut eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (AB 23, S. 1; vgl. auch AB 45, S. 2 f.). Die Tätigkeit als ... sei relativ gut geeignet, die Beschwerdeführerin mache die Arbeit auch gerne. Ob in einer anderen Tätigkeit eine bessere Arbeitsfähigkeit erreichbar sei, sei eher zu bezweifeln. Einschränkungen bestünden vor allem durch die Konzentrationsstörung und Überkopparbeiten seien nicht möglich (AB 23, S. 2).

3.1.8 Im Bericht der Klinik K. _____ vom 28. September 2017 wurde primär ein somatoformer Schwankschwindel, Differentialdiagnose: Verdacht auf vestibuläre Migräne, diagnostiziert. Die Arbeitsfähigkeit sei gegeben (AB 39, S. 5). Es wurde eine ambulante psychosomatische Behand-

lung, eine rezeptierte Physiotherapie und die Weiterführung der psychiatrischen Behandlung empfohlen (AB 39, S. 6).

3.1.9 Der RAD-Arzt Dr. med. C. _____ diagnostizierte im Bericht vom 17. Oktober 2017 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unklare anhaltende Schwindelbeschwerden seit dem 12. September 2016. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er aktenanamnestisch ein myofasziales Schmerzsyndrom seit Januar 2014. Die Arbeitsfähigkeit könne zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht abschliessend beurteilt werden. Es seien die Berichte der seit Frühjahr 2017 durchgeführten weiteren Abklärungen einzufordern (Spital E. _____: Neurologie, HNO; Abklärungen seitens der HWS sowie allenfalls durchgeführte Infiltrationen in diesem Bereich; AB 25, S. 3).

3.1.10 Im Bericht vom 20. Oktober 2017 wurde durch das Zentrum J. _____ ein zervikoradikuläres Schmerzsyndrom rechtsseitig bei Diskushernie HWK5/6 rechts und ein Schwankschwindel bei Zeichen einer peripheren Vestibulopathie mit möglichem Makuladefizit rechts diagnostiziert (vgl. auch den Bericht vom 1. Dezember 2017, wo mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Diskushernie HWK5/6 seit September 2016 diagnostiziert wurde, AB 34, S. 2). Zur Zwischenanamnese wurde auf die mittlerweile durchgeführten HNO-ärztlichen Untersuchungen vom 29. August und 7. September 2017 (vgl. Bericht vom 29. August 2017, AB 34, S. 10 f.) verwiesen. Dabei sei ein intensives vestibuläres Training inklusive Orthokinetik zur Kompensation des vestibulären Defizits rechts empfohlen worden. Da die zervikoradikuläre Schmerzsymptomatik im Hintergrund stehe, sei keine unmittelbare Indikation zu einer operativen Behandlung zervikal indiziert. Zur weiteren diagnostischen Abklärung solle eine Infiltrationsbehandlung zervikal erfolgen. Je nach Ergebnis könne über die weitere Behandlung, gegebenenfalls auch operativ, im Bereich der HWS diskutiert werden (AB 34, S. 8).

3.1.11 Im Bericht vom 11. Januar 2018 diagnostizierten die Ärzte der Klinik L. _____ chronische zervikoradikuläre Schmerzen rechts (AB 45, S. 7). Neben der bereits bekannten Schwindelsymptomatik würden sich eindeutig radikuläre Beschwerden im Bereich des rechten Arms zeigen, von der Klinik passend zu der Nervenwurzel C6. Dies sei primär einer Infiltration sehr

gut zugänglich. Auch wenn eine Steroidinfiltration an der Wurzel nicht zu einer bleibenden Beschwerdeverbesserung führen sollte, sei sie zumindest differentialdiagnostisch hilfreich (AB 45, S. 8).

3.1.12 Die Ärzte der Klinik K._____ diagnostizierten im Bericht vom 29. Januar 2018 einen Verdacht auf eine vestibuläre Migräne. Die Arbeitsfähigkeit sei gegeben (AB 39, S. 2). Aufgrund der häufigen Schwindel- und Kopfschmerzepisoden wurde der Beginn einer Basisprophylaxe, ein Fortführen der Attackentherapie sowie das Fortsetzen der vestibulären Physiotherapie und nicht-medikamentösen Massnahmen (z.B. Ausdauersport, gute Schlafhygiene, gesunde Ernährung) empfohlen (AB 39, S. 3 f.; vgl. auch Bericht vom 28. September 2017, AB 39, S. 5 f.).

3.1.13 Im Bericht vom 7. Februar 2018 diagnostizierte der RAD-Arzt Dr. med. C._____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bisher unklare anhaltende Schwindelbeschwerden seit dem 12. September 2016, am ehesten eine vestibuläre Migräne. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er neben dem aktenanamnestisch bekannten myofaszialen Schmerzsyndrom neu ein zervikoradikuläres Schmerzsyndrom rechtsseitig (AB 41, S. 4). Die Arbeitsfähigkeit könne zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht abschliessend beurteilt werden (AB 41, S. 6). Vor dem Hintergrund der bisher gestellten Diagnosen, der Befunde und des bisherigen Verlaufs sei die bisher attestierte Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar (Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 12. September bis am 17. Oktober 2016, Arbeitsunfähigkeit von 60% ab dem 18. Oktober 2016). Da die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht bereits anlässlich der Untersuchung vom 11. August 2017 als (wieder) gegeben beurteilt worden sei, bestehe zum Zeitpunkt des Ablaufs des Wartejahres am 1. September 2017 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ... respektive in jeder Verweistätigkeit (AB 41, S. 7). Mit Schreiben vom 28. Februar 2018 führte Dr. med. C._____ ergänzend zu seinem Bericht vom 7. Februar 2018 aus, dass er auch unter Berücksichtigung des Berichts des Hausarztes vom 20. September 2017, welcher ab dem 21. August 2017 erneut eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestierte, an seiner Beurteilung vom 7. Februar 2018 festhalte (AB 42).

3.1.14 Am 18. April 2018 erfolgte im Spital I._____ eine MR-Untersuchung der Wirbelsäule nativ (AB 52). Es wurde die folgende Beurteilung festgehalten: „Stationäre, rechts betonte Diskushernie HWK5/6 mit Kompression des Myelons und der Radix C6 rechts rezessal sowie Dorsalverlagerung der anterioren Radix C6 links rezessal. Absolute Spinalkanalstenose ohne Myelopathie. Stationäre kleinere Hernie HWK6/7 rechts paramedian ohne Anhaltspunkt für eine Neurokompression.“

3.1.15 Der RAD-Arzt Dr. med. C._____ führte in der Stellungnahme vom 27. April 2018 aus, aus den neu eingereichten medizinischen Berichten gingen keine relevanten Befunde hervor, die eine veränderte Beurteilung des Zumutbarkeitsprofils begründen würden. Er bestätigte seine Einschätzungen vom 7. und 28. Februar 2018, wonach zum Zeitpunkt des Ablaufs des Wartjahres am 1. September 2017 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sowie in jeder Verweistätigkeit bestehe (AB 51, S. 2 f.).

3.1.16 Vom 8. bis am 15. Mai 2018 war die Beschwerdeführerin in der Klinik M._____ hospitalisiert, wo sie sich am 9. Mai 2018 einer mikrochirurgischen Diskektomie in der Höhe HWK5/6 mit Anlage einer Rotaio-Prothese unterzog. Es wurde ein Diskusprolaps HKW5/6 rechts diagnostiziert (Beschwerdebeilage [BB] 3, S. 1). Die Beschwerdeführerin wurde bis am 10. Juni 2018 arbeitsunfähig geschrieben (BB 3, S. 2).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen regionaler ärztlicher Dienste (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 29. Oktober 2015, 9C_610/2015, E. 3.1).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Verfügung vom 2. Mai 2018 (AB 53) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Aktenberichte des RAD-Arztes Dr. med. C. _____ vom 17. Oktober 2017 und 7. Februar 2018 (AB 25, S. 3 f.; 41, S. 4 ff.) samt Ergänzung vom 28. Februar 2018 (AB 42) sowie die Stellungnahme vom 27. April 2018 (AB 51, S. 2 ff.). Der RAD-Arzt untersuchte die Beschwerdeführerin nicht persönlich, sondern verfasste seine Berichte bzw. die Stellungnahme einzig aufgrund der Akten. Wie nachfolgend dargelegt, bestehen vorliegend Zweifel an der Schlüssigkeit dieser Aktenberichte, weshalb sie zur Beurteilung des Leistungsgesuchs nicht geeignet sind (vgl. E. 3.2 hiavor sowie RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

Dr. med. C. _____ bestätigte im Bericht vom 7. Februar 2018 die attestierte Arbeitsunfähigkeit vom 12. September bis am 17. Oktober 2016 von 100% und ab dem 18. Oktober 2016 von 60%. Zum Zeitpunkt des Ablaufs des Wartejahres am 1. September 2017 bestehe (wieder) eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit (AB 41, S. 7). Diese Einschätzung hat der RAD-Arzt mit Ergänzung vom 28. Februar 2018 sowie mit Stellungnahme vom 27. April 2018

bestätigt (AB 51, S. 3). Bei der entsprechenden Beurteilung stützte er sich insbesondere auf den Bericht der Klinik K. _____ vom 28. September 2017, wonach anlässlich der Schwindelsprechstunde vom 11. August 2017 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei (AB 39, S. 5). Dabei verkennt der RAD-Arzt jedoch, dass in den Berichten des Zentrums J. _____ seit September 2016 eine Diskushernie HWK5/6 bzw. ein zervikoradikuläres Schmerzsyndrom rechtsseitig bei Diskushernie HWK5/6 rechtsseitig diagnostiziert wurde (AB 34) und die geklagten Beschwerden im Bereich des Nackens mit Ausstrahlung in den Kopf und die Schulter bis zum Daumen im Laufe des Jahres 2017 zunehmend stärker geworden sind. Dabei bestehen – entgegen der Auffassung des RAD-Arztes (AB 51, S. 3) – gestützt auf die bildgebenden Untersuchungen erhebliche Anzeichen für einen inzwischen veränderten Zustand der Wirbelsäule. So wurde im Rahmen der MR-Untersuchung der Wirbelsäule vom 17. April 2018 betreffend die Diskushernie HWK5/6 eine absolute Spinalkanalstenose festgestellt (AB 52, S. 1), während im MRI der HWS - BWS vom 4. Mai 2017 eine solche (noch) nicht zu erkennen war (AB 45, S. 9). Ferner führte der RAD-Arzt im Bericht vom 27. April 2018 zwar richtig aus, dass anlässlich der Untersuchung in der Klinik L. _____ vom 14. Dezember 2017 (Bericht vom 11. Januar 2018; AB 45, S. 7 f.) keine funktionellen Einschränkungen und keine sensomotorischen Ausfälle beschrieben worden sind (vgl. AB 51, S. 3). Dennoch wurde von den Ärzten festgehalten, dass sich eindeutig radikuläre Beschwerden im Bereich des rechten Arms, von der Klinik passend zu der Nervenwurzel C6, zeigten, weswegen sie eine Infiltration planten und den Einsatz eines TENS-Gerätes zur Behandlung der myofaszialen Symptome empfahlen. Aufgrund der erfolglos gebliebenen medizinischen und nicht-medizinischen Massnahmen – insbesondere auch den Infiltrationen im Januar und Februar 2018 (vgl. AB 45, S. 1 und 8) – unterzog sich die Beschwerdeführerin sodann am 9. Mai 2018 bei einem diagnostizierten Diskusprolaps HWK5/6 rechts mit Kompression der C6-Wurzel einer Operation (mikrochirurgische Diskektomie) in der Klinik M. _____. Es wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit bis am 10. Juni 2018 attestiert (BB 3). Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin ist der Austrittsbericht der Klinik M. _____ vom 15. Mai 2018 für die vorliegende Beurteilung denn auch nicht unbeachtlich. Zwar datiert er nach der hier angefochtenen Verfügung vom 2. Mai 2018 (AB 53), jedoch lässt er im

Hinblick auf die seit September 2016 geklagten Beschwerden im Bereich des Nackens Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation zu (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Somit kann nicht unbesehen auf die Einschätzung von Dr. med. C._____ abgestellt werden. Für die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit kann jedoch auch nicht auf die Einschätzung von Dr. med. D._____ abgestellt werden, welcher der Beschwerdeführerin seit dem 21. August 2017 (wieder) eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (AB 45, S. 2 f.). So begründet der Allgemeinmediziner nicht weiter, weshalb sich die gesundheitliche Situation im August 2017 verschlechtert hat und führt nicht näher aus, warum eine Verweistätigkeit nicht möglich sein sollte. Ein aktueller Bericht des Hausarztes zur Einschätzung der medizinischen Situation im Rahmen des operativen Eingriffs im Mai 2018 liegt nicht vor.

Insgesamt kann gestützt auf die vorliegenden Akten nicht beurteilt werden, ob und allenfalls in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin vor dem Eingriff vom 9. Mai 2018 arbeitsunfähig war und wie sich die Situation nach der Operation der Diskushernie HWK5/6 entwickelt hat bzw. ob die in Aussicht gestellte Arbeitsfähigkeit ab 11. Juni 2018 umgesetzt werden konnte.

3.4 Damit ist der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt. Weil bislang bloss eine versicherungsinterne medizinische Beurteilung vorliegt, ist kein gerichtliches Gutachten anzuordnen, sondern die Akten sind an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese eine polydisziplinäre Begutachtung bei einer Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) veranlasst. Obwohl im Rahmen der neurologischen sowie der ophthalmologischen Untersuchungen (AB 30; 34, S. 9 ff.; 39, S. 5) vorliegend keine somatische Ursache gefunden und auch aus psychiatrischer Sicht die geklagten Beschwerden nicht objektiviert werden konnten (AB 22.1, S. 16 f.) erscheint eine interdisziplinäre Abklärung angezeigt. Dies deshalb, damit eine Gesamtschau sämtlicher Beschwerden nicht nur isoliert aus neurochirurgischer und orthopädischer Sicht vorgenommen wird, sondern auch die anderen mitbetroffenen Disziplinen der Neurologie, Ophthalmologie sowie Psychiatrie miteinbezogen werden können. Im Anschluss hat die Beschwerdegegnerin erneut über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung zu befinden.

3.5 Aufgrund des Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 2. Mai 2018 (AB 53) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen 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). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

4.2 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).

Mit angemessener Kostennote vom 16. August 2018 hat Rechtsanwalt B._____ ein Honorar von Fr. 2'187.50 sowie Auslagen von Fr. 53.20 und die Mehrwertsteuer von Fr. 172.55 geltend gemacht. Der gesamte Parteikostenersatz wird somit auf Fr. 2'413.25 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 2. Mai 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, 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 ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 2'413.25 (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.