

200 19 795 IV
FUE/BOC/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. Juni 2020

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. September 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1964 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich unter Mithilfe ihrer Krankentaggeldversicherung, der C. _____ AG, am 16. bzw. 20. April 2018 unter Hinweis auf Beschwerden am linken Fuss bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 2, 4). Die IVB nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und holte die Akten der erwähnten Taggeldversicherung ein (act. II 12, 20, 32, 39.1 - 39.3, 57.1 - 57.6), beinhaltend ein Gutachten von Dr. med. D. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, vom 7. Januar 2019 (act. II 52.1 bzw. 57.2). Mit zwei Mitteilungen vom 7. Februar 2019 (act. II 53 f.) gewährte die IVB orthopädische Spezialschuhe und an diesen vorzunehmende Änderungen/Schuhzurichtungen. Weiter gewährte sie Arbeitsvermittlung und eine berufliche Grundabklärung/Referenzerarbeitung in der Abklärungsstelle E. _____ (act. II 59, 61, 75, 79). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verneinte die IVB mit Verfügung vom 20. September 2019 bei einem Invaliditätsgrad von 15 % den Anspruch auf eine Invalidenrente (act. II 81, 84). Ferner schloss die IVB mit Verfügung vom 10. Dezember 2019 die Arbeitsvermittlung ab (act. II 90, 97).

B.

Gegen die Verfügung vom 20. September 2019 (betreffend Rentenanspruch; act. II 84) erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 21. Oktober 2019 Beschwerde. Sie beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien ihr sämtliche Leistungen nach dem Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) nach Massgabe eines IV-Grades von mindestens 58 % auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit für weitere Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 16. Dezember 2019 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Die Beschwerdeführerin hält mit Stellungnahme vom 28. Februar 2020 an den gestellten Rechtsbegehren 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 IVG). 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 vom 20. September 2019 (act. II 84). Streitig und zu prüfen ist einzig der Anspruch auf eine Invalidenrente. Soweit die Beschwerdeführerin andere Leistungen beantragt, ist hierauf nicht einzutreten, weil mit der angefochtenen Verfügung darüber nicht befunden wurde.

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). 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). 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 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 Dreiviertelrente, 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.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1).

2.3 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

3.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1 Im Bericht vom 26. März 2018 (act. II 26/5 f.) führte Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, des Spitals G._____, die folgende Diagnose auf:

- Insertionstendopathie der Achillessehne linkes Fersenbein mit Bursitis calcanei und Knochenmarksödem

Dr. med. F._____ gab an, der Beschwerdeführerin würden die MR-Befunde erläutert und es werde mit ihr die Situation des positiven Verlaufes unter der konservativen Therapie besprochen; auch MR-radiologisch zeige sich deutlich eine Regredienz des Knochenmarködems im Bereich des Calcaneus sowie eine Regredienz der Bursitis calcanei. Es werde die Fortsetzung der konservativen Therapie mit Tragen von Schuhen mit leichter Fersenerhöhung, Tragen der Achillotrainbandage sowie zwischenzeitlicher antiphlogistischer Therapie nach Bedarf vereinbart. Es bestehe eine 100%-

ige Arbeitsunfähigkeit bis 31. März 2018, anschliessend werde ein Wiedereinstieg in die Arbeitstätigkeit mit initial abwechselnd stehender und sitzender Tätigkeit über zwei Wochen im Sinne einer Leistungsfähigkeit von 50 % mit anschliessender Steigerung auf 100 % empfohlen.

3.2 In der Stellungnahme vom 2. Oktober 2018 (act. II 37) hielt die RAD-Ärztin med. pract. H._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, fest, die attestierten Einschränkungen bzw. Arbeitsunfähigkeiten seien nachvollziehbar für eine überwiegend stehende und gehende Tätigkeit. Aus medizinischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit, eingestuft als überwiegend gehende und stehende Tätigkeit, bei Minderbelastbarkeit des linken Fusses andauernd seit spätestens 03/2018 ungünstig. Aus medizinischer Sicht müssten angepasste, körperlich leichtere und überwiegend sitzende Tätigkeiten in wohltemperierten Innenräumen mit selbst bestimmbaren Positionswechseln ab spätestens 10/2018 ganztags ohne qualitative Leistungsminderung leistbar sein.

3.3 Im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. D._____ vom 7. Januar 2019 (act. II 52.1) wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf das rheumatologische Leistungsprofil aufgeführt (act. II 52.1/21):

Belastungsabhängige Fersenschmerzen links (medial, dorsal und lateral) mit/bei

- St. n. Abtragung Haglund-Exostose und Bursektomie am 12. Juni 2018 bei Insertionstendinopathie der linken Achillessehne mit Bursitis calcanei und Knochenmarksödem im MRI
- dorsalem und plantarem Fersensporn
- Arthrose im Lisfrac Gelenk (Strahl III, IV)
- mässigem Knick-/Senkfuss bds.
- Hyposensibilität und zum Teil auch Dysästhesien im Dermatome L5 sowie dem Versorgungsgebiet des Nervus suralis links
- leichte Schwäche des Extensor hallucis longus links und Dorsalextension Fuss links

Dr. med. D._____ gab an (act. II 52.1/24), der linke Fuss sei minderbelastbar infolge der persistierenden, belastungsabhängigen Schmerzen, der nach wie vor palpatorisch vorhandenen Insertionstendinopathie der linken Achillessehne, leichter Fussfehlstellung, degenerativen Veränderungen im Lisfrac Gelenk (Strahl III und IV) und zu vermutender zusätzlicher, den Be-

schwerdekomplex sehr wahrscheinlich unterhaltender leichter sensomotorischer Radikulopathie, am ehesten L5. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führte die Gutachterin aus (act. II 52.1/27), die Beschwerdeführerin habe zuletzt in der ... in einem ... gearbeitet, gemäss Angaben der Beschwerdeführerin habe sie dabei sehr häufig Treppen hinauf und hinunter gehen müssen, zudem sei die Arbeitstätigkeit praktisch ausschliesslich stehend und gehend gewesen, sie könne der Beschwerdeführerin daher aus rheumatologischer Sicht, da sie nicht einer adaptierten Tätigkeit entspreche, nicht mehr zugemutet werden. Die Expertin gab weiter an (act. II 52.1/24 f.), der Beschwerdeführerin könnten von rheumatologischer Seite lediglich leichte, vorwiegend im Sitzen auszuübende Tätigkeiten zugemutet werden, zudem müssten sämtliche Arbeiten, die dauerndes oder wiederholtes Steigen auf Treppen oder Leitern notwendig machten wie auch Gehen auf unebenem Grund, ausgeschlossen werden. In den Akten dokumentiert sei im Prinzip eine durchgehende Schmerzsymptomatik seit Frühling 2017, gemäss der Beschwerdeführerin hätten die Beschwerden bereits im Winter 2016/2017 begonnen, zur Arbeitsunfähigkeit geführt hätten die Schmerzen allerdings erst im November 2017 (offenbar zusammenfallend mit der Kündigung). Spätestens ab diesem Zeitpunkt gelte die oben beschriebene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht. Während der probatorischen Ruhigstellung des linken Fusses im Vacoped hätte die Beschwerdeführerin theoretisch auch einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit nachgehen können. Nach der operativen Abtragung der Haglund-Exostose habe eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten bis zum 19. September 2018 bestanden (d.h. drei Monate postoperativ, bei der damaligen klinischen Untersuchung freie Beweglichkeit im Sprunggelenk, reizlose Wundverhältnisse). Danach wäre der Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch eine volle Arbeitsfähigkeit in oben definierter qualitativ angepasster Arbeit zumutbar gewesen. Von Seiten der Orthopäden werde jedoch weiterhin aufgrund der persistierenden Schmerzsymptomatik eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert, was aus rheumatologischer Sicht angesichts der objektiven Befunde nicht nachvollzogen werden könne. Vom 1. April bis 27. Mai 2018 sei der Beschwerdeführerin von den behandelnden Orthopäden eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit in einer wechselnd stehend/sitzenden Tätigkeit attestiert worden, was aus rheumatologischer Sicht nachvollziehbar sei, da bei einer solchen Arbeit im Gegensatz zu einer mehrheitlich im Sitzen zu

tätigenden mit vermehrten Schmerzen gerechnet werden müsse. Schwieriger nachzuvollziehen sei, weswegen alleine auf Grundlage von vermehrten Schmerzen bei gemäss Akten unverändertem Lokalbefund, die Arbeitsunfähigkeit dann wieder erhöht worden sei. Abschliessend hielt die Gutachterin fest (act. II 52.1/28), aus rheumatologischer Sicht wäre in Ergänzung eine neurologische Beurteilung und/oder MRT-Untersuchung der Lendenwirbelsäule sinnvoll.

3.4 Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie, führte im Bericht vom 1. März 2019 (act. II 65) die folgenden Diagnosen auf:

Lokale Neuropathie Nervus suralis links

- Ätiologie DD im Rahmen der stattgehabten Operation
- Hypästhesie im Innervationsgebiet des Nervus suralis; elektrophysiologisch lokale Neurapraxie hinter dem Malleolus (ENMG 1. März 2019)

Ausgeprägte Fersenschmerzen auf der linken Seite

- St.n. Exostosenabtragung und Bursektomie am 12. Juli (richtig: Juni) 2018
- St.n. antientzündlicher analgetischer Radiotherapie der Ferse links mit 6 x 3 Gy vom 7. - 24. Dezember 2018

Dr. med. I. _____ hielt fest, die Schmerzen im Bereich des Fersenspornes seien auch aufgrund der heutigen klinischen Untersuchung einem lokalen Problem zuzuordnen; hier seien die nachfolgenden Resultate der elektrophysiologischen Untersuchungen und der klinischen Einschätzung unergiebig. Zur Differentialdiagnose einer Radikulopathie S1 hielt der Mediziner fest, insgesamt könne aufgrund der gesamten Konstellation das Vorliegen einer Radikulopathie S1 ausgeschlossen werden. Einerseits habe die Beschwerdeführerin keinerlei Kräfteinbusse, andererseits sei der Achillessehnenreflex symmetrisch auslösbar. Zudem bestünden keine wirklich nennenswerten lumbalen und abstrahlenden Beschwerden. Des Weiteren könne die Hypästhesie im Bereich des Fussaussenristes auch anderweitig zugeordnet werden. Betreffend der Differentialdiagnose einer Neuropathie des Nervus suralis hielt Dr. med. I. _____ fest, aufgrund der elektrophysiologischen Untersuchungen könne diejenige Komponente mit einer Hypästhesie im Fussaussenrist und die lokale Druckdolenz im Bereich des Nervenverlaufs des Nervus suralis einer lokalen Neuropathie des Nervus suralis zugeordnet werden: In den neurographischen Untersuchungen zeige

sich im betroffenen Nervus suralis absolut und im Seitenvergleich eine Verlangsamung und ein kleinamplitudiges Summenpotential der sensiblen Reizantwort. Bezüglich der Suralisneuropathie empfehle er, dass die Beschwerdeführerin ärztlich weiter verwiesen werde zwecks Evaluation hinsichtlich einer Neurolyse. Gegebenenfalls könnte man sich hier überlegen, diese Nerven auch zu durchtrennen.

3.5 Dr. med. J._____, Fachärztin für Ophthalmologie, führte im Bericht vom 14. März 2019 (act. II 70) die folgenden Diagnosen auf:

- Hyperopie, Astigmatismus, beidseitig
- Presbyopie, Astigmatismus, beidseitig
- Refraktionsamblyopie, beidseitig
- Epiretinale Fibroplasie, beidseitig
- Cataracta provecta, beidseitig

Dr. med. J._____ berichtete, die Visusreduktion sei in erster Linie amblyopiebedingt, die Cataract und die Epiretinale Fibroplasie hätten eine eher untergeordnete Rolle. Mit einer Cataract-Operation an beiden Augen könnte eine Verbesserung erzielt werden; die Möglichkeit der Visusoptimierung mit einer ev. PPV (Pars Plana Vitrektomie) an beiden Augen wäre noch zu prüfen. Die Beschwerdeführerin möchte momentan wegen Wiedereingliederung im Job keine Operationen wahrnehmen.

3.6 Dr. med. K._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital G._____, führte im Bericht vom 24. Mai 2019 (act. II 76) die folgenden Diagnosen in Bezug auf den linken Rückfuss auf:

Residuell störender, dorsaler Fersensporn bei:

- Status nach Haglund-Exostosen-Abtragung sowie Bursektomie vom 12. Juli (richtig: Juni) 2018
- Intermittierende Neuropathie Nervus suralis

Dr. med. K._____ hielt fest, die residuellen Beschwerden im Bereich des linken Rückfusses bestünden im Rahmen des weiterhin vorhandenen dorsalen Fersensorns. Hier wäre durch eine Abtragung des dorsalen Fersensorns eine Linderung zu erreichen. Die Beschwerdeführerin möchte zunächst zuwarten und die Situation auch nochmals mit der IV besprechen.

3.7 Nachdem die RAD-Ärztin med. pract. H. _____ im Rahmen einer internen Zuweisung beim RAD-Arzt Dr. med. L. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine Beurteilung aus orthopädischer Sicht eingeholt hatte (Bericht vom 19. November 2019 [act. II 94]), hielt sie in der Stellungnahme vom 20. November 2019 (act. II 95) fest, aus der Sicht des RAD sei das erst jetzt vorgelegte, rheumatologische Gutachten (Dr. med. D. _____) vom 7. Januar 2019 umfassend, vollständig, auf allseitigen Untersuchungen beruhend, qualitativ einwandfrei, in Kenntnis der Vorakten erstellt, in sich konsistent und in seinen Einschätzungen eindeutig. Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde vom 21. Oktober 2019 werde im rheumatologischen Gutachten ab 20. September 2018 explizit von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der zuvor definierten angepassten, körperlich leichten und vorwiegend sitzenden Tätigkeit ausgegangen. Die von der rheumatologischen Gutachterin Dr. med. D. _____ beschriebene nur 50 %-ige Arbeitsfähigkeit habe für den präoperativen Zeitraum vom 1. April bis 27. Mai 2018 und nicht mehr für den Zeitraum ab 20. September 2018 bestanden (siehe RAD-interne Zuweisung vom 19. November 2019 [act. II 94]). Aus neurologischer Sicht lasse sich anhand der fachärztlichen Abklärung des Neurologen Dr. med. I. _____ vom 1. März 2019 insbesondere für angepasste, körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Auch die vom Neurologen vorgeschlagene Neurolyse des N. suralis links könnte lediglich peri- und postoperativ während maximal zwei Monaten eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % bewirken, jedoch nicht längerdauernd. Dasselbe gelte auch für die durchgeführten beziehungsweise noch geplanten Augenoperationen. Zusammengefasst lasse sich eine längerdauernde, richtungsweisende Zustandsverschlechterung nicht herleiten, weswegen auch aus gesamtmedizinischer Sicht weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 100 % für angepasste Tätigkeiten gegeben sei. Zu den Fragen, wie die Einschränkung der Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht zu beurteilen sei und ob diesbezüglich allenfalls weiterer Abklärungsbedarf bestehe, führte die RAD-Ärztin aus, nein, aus orthopädischer Sicht bestünden bei der Beschwerdeführerin residuelle Beschwerden im Bereich des linken Rückfusses. Daraus ergäben sich jedoch keine höhergradigen Einschränkungen gegenüber dem rheumatologischen Gutachten vom 7. Januar 2019.

Rheumatologie und Orthopädie seien beides auch Fachdisziplinen des Bewegungsapparates mit den gleichen Untersuchungsverfahren, jedoch teils unterschiedlichen Behandlungsmethoden (siehe RAD-interne Zuweisung vom 19. November 2019 [act. II 94]). Zur Frage wie sich die im Bericht vom 1. März 2019 des Neurologen Dr. med. I._____ vorgeschlagene Neurolyse des Nervus suralis links auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, hielt med. pract. H._____ fest, bereits im orthopädischen Sprechstundenbericht vom 16. Juli 2018 des Spitals G._____ (act. II 32/13 f.) werde postoperativ erstmals eine diskrete Hyposensibilität im Versorgungsgebiet des Nervus suralis erwähnt. In den nachfolgenden orthopädischen Sprechstundenberichten vom 24. Juli bis 4. Dezember 2018 (act. II 32/9 - 12, 42, 45/3 f.) werde ein Taubheitsgefühl am äusseren Fussrand links bis Kleinzehe bei vollumfänglicher Beweglichkeit des Fusses, intakter Durchblutung und Motorik erwähnt. Im rheumatologischen Gutachten vom 7. Januar 2019 sei diese Neuropathie berücksichtigt worden. Im neurologischen Sprechstundenbericht vom 1. März 2019 (Dr. med. I._____) werde die Neuropathie des Nervus suralis links fachärztlich bestätigt. Der untersuchende Neurologe beschreibe explizit eine ubiquitär normale Kraftentfaltung. Demnach bestünden hier keine neurologischen Ausfälle im Bereich der Beine. Ebenso schliesse der Neurologe das Vorliegen einer Radikulopathie S1 links explizit aus. Aufgrund dieses fachärztlich neurologisch erhobenen Befundes einer rein sensiblen Neuropathie des Nervus suralis links lasse sich aus neurologischer Sicht auch für angepasste, körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten keine Arbeitsunfähigkeit begründen.

4.

4.1

4.1.1 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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

4.1.2 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).

4.1.3 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).

4.2

4.2.1 Das zu Händen der Taggeldversicherung erstellte Gutachten der Internistin und Rheumatologin Dr. med. D. _____ vom 7. Januar 2019 (act. II 52.1) erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen. Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf den notwendigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein, setzt sich ausführlich mit den bei den Akten

liegenden fachärztlichen Einschätzungen auseinander und ist in den Schlussfolgerungen überzeugend (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Das Gutachten ist somit voll beweiskräftig, so dass darauf abgestellt werden kann, was im Übrigen von der Beschwerdeführerin anerkannt wird (Beschwerde S. 5 Ziff. 4). Gestützt auf das Gutachten ist erstellt, dass bei der Beschwerdeführerin als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit belastungsabhängige Fernschmerzen links bestehen (act. II 52.1/21), woraus die Expertin mit Wirkung ab November 2017 (sinngemäss) eine Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit ableitete bzw. eine Arbeitsfähigkeit lediglich für eine adaptierte Tätigkeit für gegeben erachtete (act. II 52.1/24). Vom 12. Juni bis 19. September 2018 (drei Monate postoperativ) attestierte sie eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für die Folgezeit (ab 20. September 2018) ging sie – entgegen den Ausführungen in der Beschwerde S. 5 Ziff. 3 – wiederum von einer vollen Arbeitsfähigkeit für eine Verweistätigkeit aus (act. II 52.1/25). Diese Einschätzung überzeugt. Soweit die Expertin die Einschätzung der behandelnden Orthopäden, wonach ab 1. April bis zum 27. Mai 2018 eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (vgl. act. II 17/1, 22, 23.2/1 f., 26/6) als „nachvollziehbar“ bezeichnete, ist klarzustellen, dass sich diese Einschätzung einzig auf eine wechselnd stehend/sitzende Tätigkeit bezog und nicht auf eine (adaptierte) mehrheitlich im Sitzen ausgeübte Tätigkeit (act. II 52.1/25). Die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Dr. med. D._____ steht ferner im Einklang mit der Aktenbeurteilung der RAD-Internistin med. pract. H._____ vom 2. Oktober 2018 (act. II 37/4) sowie den Ergebnissen der beruflichen Grundabklärung in der Abklärungsstelle E._____, wo die Beschwerdeführerin in einem externen Einsatz bei einem Vollpensum eine Leistung von 95 % erreichte (act. II 79/3 und 6).

4.2.2 Die von Dr. med. D._____ empfohlene ergänzende neurologische Abklärung hinsichtlich einer möglichen Radikulopathie, am ehesten L5 (act. II 52.1/23 f. und 26) wurde durch den Neurologen Dr. med. I._____ am 1. März 2019 durchgeführt, wobei er eine lokale Neuropathie des Nervus suralis links feststellte, hingegen eine Radikulopathie S1 ausschliessen konnte (act. II 65). Der RAD nahm zu diesen Befunden am 20. November 2019 Stellung und führte nachvollziehbar und schlüssig aus, dass sich durch die neurologischen Feststellungen am Zumutbarkeitsprofil nichts ändert (act. II 95/6).

4.2.3 Damit ist der medizinische Sachverhalt umfassend abgeklärt. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Eingabe vom 28. Februar 2020 S. 2 Ziff. 4) bedarf es keiner MRI-Untersuchung der LWS, hat doch Dr. med. D. _____ eine ergänzende neurologische Untersuchung und/oder eine Bildgebung der LWS als indiziert erachtet (act. II 52.1/26), wobei eine Bildgebung aufgrund des vom Neurologen erhobenen klinischen Befundes, welcher den Ausschluss einer Radikulopathie erlaubte, nicht indiziert war. Auf weitere Erhebungen kann daher in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4) verzichtet werden.

4.2.4 Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, der Zustand sei nicht stationär und damit (noch) nicht beurteilbar, weil noch Operationen bevorstünden (Beschwerde S. 3 Ziff. 2 und S. 8 Ziff. 6; Eingabe vom 28. Februar 2020 S. 1 f. Ziff. 3), legte die RAD-Ärztin med. pract. H. _____ am 20. November 2019 einleuchtend dar, dass sowohl die vom Neurologen vorgeschlagene Neurolyse des Nervus suralis als auch die Augenoperationen (Cataract-OP; vgl. act. II 70) lediglich kurzfristige (weniger als drei Monate dauernde) Arbeitsunfähigkeiten zur Folge haben werden, was invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant ist, da eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit erst zu berücksichtigen ist, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 2 Satz 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Dass diese Annahme nicht zutreffend gewesen sein sollte (gemäss Protokolleintrag vom 14. Oktober 2019 waren die Operationen im Jahr 2019 geplant [im Gerichtsossier]), machte die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 28. Februar 2020 denn auch nicht geltend.

5.

Es bleibt die Invaliditätsbemessung vorzunehmen:

5.1 Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die

fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136; SVR 2019 BVG Nr. 16 S. 64 E. 4.4.2).

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

5.2

5.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn nach den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute Bundesgericht] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

5.2.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der

Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3).

5.3 Der Beschwerdeführerin wurde ab dem 9. November 2017 von ärztlicher Seite eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit attestiert (act. II 3.4) und die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte im April 2018 (act. II 2, 4). In Anwendung von Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. E. 2.2 hiavor) fällt der frühestmögliche Rentenbeginn somit auf Anfang November 2018. Auf diesen Zeitpunkt hin ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. 5.1 hiavor).

5.3.1 Das Valideneinkommen ist anhand statistischer Daten zu ermitteln, da die Beschwerdeführerin die letzte Anstellung als ... in der ... bei der M._____ AG (act. II 20/3) auch ohne gesundheitliche Einschränkung nicht mehr inne hätte (vgl. SVR 2009 IV Nr. 58 S. 182 E. 2.3), wurde in der Kündigung der Arbeitgeberin doch auf verschiedene Vorkommnisse und nicht ausreichende Kompetenzen der Beschwerdeführerin für die notwendigen Anforderungen hingewiesen (act. II 18/2). Auszugehen ist dabei von den LSE 2016, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Ziff. 86 - 88, Gesundheits- und Sozialwesen, Kompetenzniveau 1, Frauen, im Betrag von Fr. 4'636.-- mo-

natlich bzw. Fr. 55'632.-- jährlich. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden im Jahr 2016 im Abschnitt Ziff. 86 - 88, Gesundheits- und Sozialwesen, resultiert ein Betrag von Fr. 57'857.30 (Fr. 55'632.-- : 40 h x 41.6 h). Die Indexierung auf das Jahr 2018 ergibt einen Betrag von Fr. 58'202.05 (Tabelle T1.2.15 Nominallohnindex, Frauen 2016 - 2018, Ziff. 86 - 88, Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen, Index Jahr 2016: 100.7 Punkte, Index Jahr 2018: 101.3 Punkte).

5.3.2 Auch das Invalideneinkommen ist anhand statistischer Daten zu bestimmen, da die Beschwerdeführerin trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung keine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit ausübt (vgl. E. 5.2.2 hiervor). Auszugehen ist dabei von den LSE 2016, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1, im Betrag von Fr. 4'363.-- monatlich bzw. Fr. 52'356.-- jährlich. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Abschnitt Total im Jahr 2016 von 41.7 Stunden resultiert ein Betrag von Fr. 54'581.15 (Fr. 52'356.-- : 40 h x 41.7 h). Die Indexierung auf das Jahr 2018 ergibt einen Betrag von Fr. 55'068.50 (Tabelle T1.2.15 Nominallohnindex, Frauen 2016 - 2018, Total, Index Jahr 2016: 100.8 Punkte, Index Jahr 2018 101.7 Punkte). Der von der Beschwerdegegnerin gewährte 10 %-ige leidensbedingte Abzug (vgl. E. 5.2.2 hiervor; act. II 84) ist nicht zu beanstanden, so dass ein Invalideneinkommen von Fr. 49'561.65 resultiert (Fr. 55'068.50 x 0.9).

5.3.3 Die Gegenüberstellung der beiden hypothetischen Vergleichseinkommen ergibt einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von gerundet 15 % ($100 / \text{Fr. } 58'202.05 \times [\text{Fr. } 58'202.05 - \text{Fr. } 49'561.65] = 14.85 \%$; zu den Rundungsregeln vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1).

5.4 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 20. September 2019 (act. II 84) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 28. Februar 2020)
 - 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.