

200 20 494 IV
KOJ/BOC/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Oktober 2020

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
substituiert durch Rechtsanwältin C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. Mai 2020



Sachverhalt:

A.

Die 1975 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 9. Juli 2019 unter Hinweis auf chronische, zuerst unfall-, dann krankheitsbedingte Rückenschmerzen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Die IVB nahm in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen vor, führte ein Erstgespräch durch und zog die Akten sowohl der zuständigen Krankentaggeldversicherung als auch der Unfallversicherung bei (act. II 9 - 11, 12.1 - 12.6, 13, 16, 19.1 - 19.83, 24, 26). Sodann holte die IVB eine Stellungnahme ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (act. II 29) und liess einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb erstellen (act. II 36). Am 1. April 2020 teilte die IVB der Versicherten mit, dass zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (act. II 38). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verneinte die IVB mit Verfügung vom 26. Mai 2020 bei einem Invaliditätsgrad von 0 % den Anspruch auf eine Rente (act. II 39, 46, 48).

B.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, substituiert durch Rechtsanwältin C. _____, am 25. Juni 2020 Beschwerde. Sie beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Streitsache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eventualiter seien der Beschwerdeführerin in Aufhebung der angefochtenen Verfügung bei einem Invaliditätsgrad von zumindest 23 % berufliche Massnahmen zu gewähren, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Juli 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

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 – vorbehältlich der Ausführungen in E. 1.2 hiernach – auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 26. Mai 2020 (act. II 48). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und in diesem Zusammenhang die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

Soweit eventualiter berufliche Massnahmen beantragt werden, wurde darüber nicht verfügt, womit es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung fehlt (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1). Folglich ist diesbezüglich auf die Beschwerde nicht einzutreten.

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).

2.2 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).

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 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 Vollen-
dung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1).

2.5

2.5.1 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).

2.5.2 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).

2.5.3 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).

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

2.5.5 Die versicherte Person hat von Bundesrechts wegen keinen formellen Anspruch auf Beizug eines versicherungsexternen Gutachtens, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Es ist auch im Lichte der von Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) gewährleisteten Verfahrensgarantien grundsätzlich zulässig, den Entscheid ausschlaggebend oder gar ausschliesslich auf verwaltungsinterne Abklärungen zu stützen (BGE 123 V 175 E. 3d S. 176, 122 V 157 E. 2c S. 165). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

2.5.6 Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.

3.1 Im Nachgang zum Unfall vom 6. Februar 2018 (... ; vgl. zum Ganzen act. II 19.1 ff.), bei welchem die Beschwerdeführerin Kontusionen am linken Unterarm, am linken Rippenbogen und an der linken Grosszehe erlitt, aber keine Frakturen festgestellt wurden (act. II 19.62/1 f.), wurde der Beschwerdeführerin eine mehrmonatige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. act. II 19.19), ebenso nach der Ellenverkürzungsosteotomie vom 22. Juni 2018 (act. II 19.19, 19.54). Am 1. Februar 2019 erlitt sie einen weiteren Unfall, als ihr ... ein ... auf den Kopf/Nacken fiel (act. II 26.30 f.). Spätestens per 4. April 2019 war die aus diesem Unfall resultierende Arbeitsunfähigkeit beendet (Fallabschluss, vgl. act. II 12.1/9 sowie 19.6).

3.2 Im Vordergrund steht deshalb hier die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Rückenproblematik. Den Akten ist diesbezüglich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Im Austrittsbericht des Spitals D. _____ vom 30. April 2019 (act. II 12.2/10 ff.) im Zusammenhang mit der Hospitalisation vom 5. bis 9. April 2019 wurden die folgenden Diagnosen angegeben:

1. Lumboradikuläres Syndrom
 - 5. April 2019 MRI-LWS: L5/S1 Einriss im Anulus fibrosus beidseits, links mit diskretem Kontakt zur S1-Wurzel rezessal
2. Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel
 - DD spontan reponiert
3. Zystitis, ED 5. April 2019
 - 5. April 2019 Einmalgabe Monuril 3g
4. Commotio cerebri 02/2019 mit anschliessendem Schwindel und persistierenden Schmerzen im HWS- und BWS-Bereich

- 02/2019 CT Schädel: kein Nachweis einer intrakraniellen Blutung. Keine Fraktur des Neuro-/ miterfassten Viszerokraniums
- 02/2019 CT HWS: keine Fraktur oder Luxation der HWS
- 8. April 2019 MRI Schädel: keine Ischämie, keine Blutung, offene hirnzuführende Gefässe

Die behandelnden Ärzte gaben an, die Zuweisung sei durch den Rettungsdienst aufgrund immobilisierender Rückenschmerzen lumbosakral links ausstrahlend sowie im Nackenbereich erfolgt. Die Beschwerdeführerin berichte über chronische Rückenschmerzen seit mehreren Jahren; eine MRI-Bildgebung vor zwei Jahren habe keinen wegweisenden Befund gezeigt. Im Februar 2019 sei ihr ... ein ... auf den Kopf und Nacken gefallen, seitdem hätten die Rückenschmerzen deutlich zugenommen. Im Verlauf des stationären Aufenthaltes unter schmerzmodulierender Therapie sowie Physiotherapie seien die lumbosakralen Schmerzen deutlich regredient gewesen; in der klinisch-neurologischen Untersuchung habe sich eine Parese der Fussheber und -senker nicht mehr objektivieren lassen. Die Beschwerdeführerin habe am 9. April 2019 unter schmerzmodulatorischer Therapie in gebessertem Zustand mit nun tolerablen Schmerzen nach Hause entlassen werden können.

3.2.2 Im Zusammenhang mit der Hospitalisation im Spital D. _____ vom 3. bis 6. Juli 2019 wurden im entsprechenden Austrittsbericht vom 19. Juli 2019 (act. II 14/3 ff.) die folgenden Diagnosen bzw. Hauptprobleme aufgeführt:

1. Exazerbiertes chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom
 - 5. April 2019 MRI-LWS: L5/S1 Einriss im Anulus fibrosus rechts, links mit diskretem Kontakt zur S1-Wurzel rezessal
 - 04/19 und 05/19 3 x Nervenwurzelinfiltration S1 (Spital E. _____)Aktuell: Schmerzexazerbation lumbal links betont. Parästhesien Oberschenkel beidseits
2. Harnwegsinfekt (HWI) am 5. Juli 2019
 - Urinkultur: Mischflora
 - 5. Juli 2019 bis dato Bactrim

Die behandelnden Ärzte gaben zum aktuellen Leiden an, die Zuweisung vom Hausarzt sei bei Schmerzexazerbierung bei bekannter Lumbalgie und DH L5/S1 mit Nervenwurzeltangierung erfolgt. Es bestünden Schmerzen lumbal links betont sowie Parästhesien an den Oberschenkeln beidseits

ohne radikuläre Schmerzkomponente. Stuhlgang und Miktion seien normal. Es bestehe kein Fieber oder kein Gewichtsverlust sowie kein Trauma und kein Nachtschweiss. Die Beschwerdeführerin habe heute Morgen gearbeitet, im Verlauf des Nachmittags seien zunehmende Schmerzen aufgetreten, was zur Vorstellung beim Hausarzt geführt habe, welcher stationäre Analgesie empfohlen habe. Nach der Erstdiagnose 04/2019 sei die Beschwerdeführerin bereits drei Mal im Spital E._____ infiltriert worden mit nur kurzer Linderung der Beschwerden. Die Beschwerdeführerin habe am 6. Juli 2019 in gutem Allgemeinzustand nach Hause austreten können.

3.2.3 Im Bericht vom 6. August 2019 (act. II 26/15 f.) des Spitals D._____ zu einer Konsultation vom 5. August 2019 wurden die folgende (Haupt-)Diagnosen gestellt:

Exazerbiertes chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom

- MRI-LWS: L5/S1 Einriss im Anulus fibrosus rechts, links mit diskretem Kontakt zur S1-Wurzel rezessal 5. April 2019
- 3 x Nervenwurzelinfiltration S1 (Spital E._____) 04/19 und 05/19
- Aktuell:
 - Schmerzexazerbation lumbal links betont. Parästhesien Oberschenkel beidseits
 - Interlaminäre Infiltration auf Höhe L5 - S1

Die behandelnden Ärzte gaben an, es bestünden Schmerzen lumbal links betont. Es sei keine Besserung seit dem Austritt Anfang Juli 2019 eingetreten. Es bestünden Parästhesien an den Oberschenkeln beidseits. Der Stuhlgang und die Miktion seien normal. Es gebe kein Fieber oder Gewichtsverlust, kein Trauma und keinen Nachtschweiss. Nach der Erstdiagnose 04/2019 sei die Beschwerdeführerin bereits drei Mal im Spital E._____ infiltriert worden. Es sei zu einer mässigen Linderung der Beschwerden gekommen. Am 5. August 2019 sei eine interlaminäre Nervenwurzelinfiltration auf Höhe S1 erfolgt (vgl. act. II 26/17).

3.2.4 PD Dr. med. F._____, Facharzt für Neurochirurgie und Praktischer Arzt, führte im Bericht vom 21. August 2019 (act. II 26/13 f.) die folgenden (Haupt-)Diagnosen auf:

Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit möglicher Schmerzausstrahlung entsprechend den Dermatomen L5 und S1 links, DD pseudoradikulär

- Keine sensomotorischen Defizite
- Diskrete Chondrosen LWK3/4, LWK4/5 und LWK5/SWK1 mit kleinen Anulus fibrosus-Rissen LWK4/5 und LWK5/SWK1 links, ohne neurokompressiven Effekt
- Status nach 3-maliger Infiltrationsbehandlung (2 x epidural/periradikulär S1 links, 1 x ISG links), PD Dr. med. H._____, Facharzt für Anästhesiologie

PD Dr. med. F._____ gab an, aufgrund der ausgeprägten und therapie-refraktären Schmerzsymptomatik und der mit einer radikulären Schmerzausstrahlung S1 links zu vereinbarenden klinischen Präsentation sei eine aktuelle Verlaufsbildgebung der LWS durchgeführt worden. Diese habe jedoch keine Anhaltspunkte für eine neurokompressive Pathologie bei radiologisch nur diskret ausgeprägten degenerativen Veränderungen der untersten beiden lumbalen Bewegungssegmente gezeigt. Die Anulus fibrosus-Risse auf Höhe LWK4/5 und LWK5/SWK1 links könnten die Nervenwurzeln L5 und S1 durch die begleitende Entzündungsreaktion prinzipiell reizen, diesbezüglich seien jedoch bereits Infiltrationsbehandlungen bei PD Dr. med. H._____ durchgeführt worden, welche die Beschwerden längerfristig nicht zu lindern vermocht hätten. Bei fehlenden Anhaltspunkten für eine neurokompressive Pathologie könne er leider keine neurochirurgischen Therapieoptionen anbieten. Er empfehle die Weiterführung der konservativen rheumatologischen und schmerztherapeutischen Behandlungsmassnahmen und habe einen systemischen Steroidstoss verschrieben. Gemäss telefonischer Besprechung mit dem Ehemann der Beschwerdeführerin vom 28. August 2019 habe der Steroidstoss nur eine mässige Beschwerdelinderung verschafft.

3.2.5 Im Bericht vom 26. September 2019 (act. II 26/10 f.) gab Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, die folgenden Diagnosen an:

- Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links DD radikulär
 - Anulus fibrosus Risse L4/5, L5/S1 bei diskreten Chondrosen, keine sichere Neurokompression, diskrete Spondylarthrosen untere LWS (MRI LWS 22. August 2019 Radiologie Klinik L._____)
 - Zustand nach Infiltrationsbehandlungen (zweimal epidural mit transforaminalem Zugang S1 links, ISG links durch PD Dr. med. H._____, laminär epidural L5/S1 Rheumatologie Spital D._____)

- Parästhesie Oberschenkel links, Schmerzausstrahlung entsprechend Dermatome S1 links
- im MRI Atrophie des M. erector trunci tief lumbal mit muskulären Dysbalancen, Insuffizienzen, Verkürzungen
- Commotio cerebri 02/2019 bei direktem Trauma (... auf den Nacken gefallen)
 - persistierende zervikothorakale Beschwerden
 - 02/2019 CT Schädel: kein Nachweis einer intrakraniellen Blutung, keine Fraktur
 - 02/2019 CT HWS: keine Fraktur/Luxation der HWS
 - 8. April 2019 MRI Schädel: keine Ischämie, keine Blutung, offene hirnzuführende Gefässe
 - Vorübergehend benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel
 - DD spontan reponiert
 - Harnwegsinfekt 07/2019
 - Zystitis 5. April 2019
 - einmalig Monuril 3 g

Dr. med. G. _____ gab an, zusammenfassend bestehe ein chronisch persistierendes, lumbospondylogenes, intermittierend sakrales Schmerzsyndrom links ohne zurzeit sichere Hinweise auf eine neurokompressive Komponente. Im MRI seien die Anulus fibrosus-Risse zu sehen, wobei vor allem die Infiltration hinsichtlich des Risses Bandscheibe 5 mit beschriebener S1-Symptomatik keinen nachhaltigen Effekt gezeigt habe. Auch die bisherigen Physiotherapien hätten zu keiner Beschwerdeverminderung geführt, die Medikamente seien teilweise mit Nebenwirkungen verbunden. Nachdem verschiedenste Institutionen, insbesondere auch universitär und PD Dr. med. H. _____, interveniert hätten, müsse die Prognose für eine Besserung der Beschwerden sicher mit Vorsicht gestellt werden. Er habe die Situation ausführlich mit der Beschwerdeführerin im Beisein des Ehemannes besprochen (sie spreche leider nur ...) und vor allem darauf hingewiesen, dass im MRI keine grob pathologischen Befunde vorhanden seien, die einer Besserung im Wege stünden.

3.2.6 Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 16. Oktober 2019 (act. II 26/3 - 9; vgl. auch den Bericht vom 15. Oktober 2019 [Akten der Beschwerdeführerin {act. I} 4]) die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

- Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom

Dr. med. I. _____ attestierte vom 5. April bis 30. Juni 2019 eine 100 %-ige, vom 1. Juli bis 2. Juli 2019 eine 70 %-ige und ab dem 3. Juli 2019 bis auf weiteres wieder eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit. Er gab an, körperliche Belastungen hätten bisher immer zu einer akuten Schmerzverstärkung geführt. Die bisherige Tätigkeit (als ...) sei zurzeit gar nicht zumutbar. Wie viele Stunden pro Tag eine dem Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar sei, sei unklar.

3.2.7 Dr. med. G. _____ führte im Bericht vom 3. November 2019 (act. I 5) im Wesentlichen die gleichen Diagnosen auf wie im Bericht vom 29. September 2019 (act. II 26/10 f.) und gab zur Anamnese an, laut der Beschwerdeführerin seien im April dieses Jahres erstmalige starke Rückenschmerzen aufgetreten, die dann zu einer Hospitalisation im Spital D. _____ geführt hätten. In der Folge hätten sich lumbale, teilweise im Bereich der rechten Gesässgegend lokalisierte Schmerzen etabliert, die in die rechte untere Extremität ausstrahlten, dies vor allem unter Belastungssituationen, bis zur Grosszehe links, ohne Hinweise für neurologische Ausfallerscheinungen. Laut Angaben der Beschwerdeführerin seien die Effekte der (durchgeführten) Infiltrationen nicht nachhaltig. Verschiedene Physiotherapieansätze hätten die Beschwerden auch nicht verbessert. Die Beschwerdeführerin habe im Stundenlohn im ... gearbeitet, die Arbeit letztmals im Juli 2019 für kurze Zeit aufgenommen mit anschliessend wiederum starker Exazerbation der Beschwerden. Die Beschwerden seien aufgrund der erhobenen Befunde erklärbar. Es bestehe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsversuche seien bereits unternommen worden und seien gescheitert. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit machte Dr. med. G. _____ keine Angaben. In einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit wäre die Beschwerdeführerin zurzeit nicht arbeitsfähig.

3.2.8 In der Stellungnahme vom 12. November 2019 (act. II 29) führte der RAD-Arzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

1. St. n. Kontusion des linken Unterarms, des linken Rippenbogens und der linken Grosszehe bei ... am 6. Februar 2018
 - bildgebend ohne Nachweis von ossären Läsionen, eines Pneumothorax und einer Lungenkontusion

2. St. n. Ellenverkürzungsosteotomie von 3mm sowie Plattenosteosynthese Elle links am 22. Juni 2018
 - bei ulnokarpalem Impingement links nach Handgelenksdistorsion links im Rahmen des ... vom 6. Februar 2018
 - 24. Mai 2019: Entfernung des Osteosynthesematerials Elle links
3. Chronisch lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links
 - St. n. akuter lumboradikulärer Exazerbation am 5. April 2019 mit passagerer Parese der Fussheber und Fussenker links
 - 5. April 2019, MRI LWS: auf Höhe L5/S1 Einriss im Anulus fibrosus beidseits, links mit diskretem Kontakt zur S1-Wurzel rezessal
 - St. n. dreimaliger epiduraler Infiltration S1, erstmals 29. April 2019
 - 22. August 2019, MRI LWS: diskrete Chondrosen L3/4, L4/5 und L5/S1 mit kleinen Anulus fibrosus-Rissen L4/5 und L5/S1 links. Keine neurokompressive Pathologie. Erhaltenes Alignment. Nur diskrete Spondylarthrosen der unteren LWS-Abschnitte ohne Aktivierungszeichen.

Zu den funktionellen Einschränkungen gab der RAD-Arzt an, geistige und psychische Beeinträchtigungen würden nicht beschrieben. Aufgrund degenerativer Veränderungen der LWS und einer manifesten Ruptur des Anulus fibrosus L5/S1 bestehe eine verminderte Belastbarkeit der LWS für körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten. Weiter wurde festgehalten, im Zusammenhang mit dem Unfall vom 6. Februar 2018 sei der Beschwerdeführerin nachvollziehbar die folgende Arbeitsunfähigkeit attestiert worden: 100 % vom 6. Februar bis 5. April 2018 und vom 22. Juni bis 30. August 2018. Im Rahmen des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms sei der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit in der ... medizinisch nachvollziehbar die folgende Arbeitsunfähigkeit attestiert worden: 100 % vom 5. April bis 30. Juni 2019, 70 % vom 1. bis 2. Juli 2019 und wieder 100 % ab dem 3. Juli 2019. Die bisherige Tätigkeit in der ... sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar, dies seit dem 5. April 2019. Zumutbar seien der Beschwerdeführerin körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ganztags über 8.5 Stunden ohne zusätzliche Leistungsminderung. Zu vermeiden seien anhaltende Zwangshaltungen des Oberkörpers (z.B. längeres Verharren in vornüber geneigter Haltung, ob stehend oder sitzend), Arbeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen des Oberkörpers, Rotation des Oberkörpers im Sitzen / Stehen unter Gewichtsbelastung, das Heben von Lasten körperfern, repetitives Heben von Lasten über Brusthöhe, Überkopfarbeiten, das Besteigen von Leitern, repetitives Kauern, Bücken oder Tätigkeiten in nach vorne ge-

neigter Haltung, repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der HWS und LWS sowie unerwartete, asymmetrische Lastenwirkungen. Dieses angepasste Leistungsprofil gelte ab dem 1. Juli 2019 (zu diesem Zeitpunkt attestierte Teilarbeitsfähigkeit von 30 % in der angestammten Tätigkeit in der ...).

3.2.9 Im Bericht vom 30. April 2020 (act. II 44/1 bzw. act. I 6) gab Dr. med. G._____ an, auf Grund der befrachteten Vorgeschichte mit Untersuchungen, Therapie Spital D._____, Schmerzspezialisten, Infiltrationen und – auf Grund der Schilderungen der Beschwerdeführerin – ineffizienten physiotherapeutischen Massnahmen sei beschlossen worden, nochmals eine länger angelegte Physiotherapie durchzuführen. Diese sei bis zum heutigen Tag absolviert worden und habe dazu geführt, dass die Beschwerdeführerin wiederum normal gehen könne, insgesamt beziffere sie eine Besserung der Beschwerden seit Therapiebeginn auf zirka 50 %. In der Therapie würden in kleinen Schritten Fortschritte erzielt. Bei Belastung des unteren Rückens, teilweise auch der Nackenregion, seien rezidivierend ausgeprägte Verspannungen und Myogelosen zu beobachten, die dann wiederum Schmerzen auslösten. Dies sei auf die noch nicht erstellte Belastungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zurückzuführen. Aus diesem Grund sei die Arbeitsfähigkeit zurzeit für die Beschwerdeführerin im von der IV geschilderten Rahmen nicht gegeben. Vordringlich wäre eine Hilfe in Bezug auf Eingliederungsmassnahmen, die von der IV (1. April 2020) abgelehnt worden seien. Es werde deshalb Folgendes vorgeschlagen: Auf Grund des jetzigen Zustandes sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zurzeit nicht gegeben, Antrag für Unterstützung durch die IV mit Abklärung von Eingliederungsmassnahmen, um die Beschwerdeführerin wiederum in einen Arbeitsprozess einzuführen. Es werde eine sechswöchige Therapiepause durchgeführt, die Beschwerdeführerin habe genügend effiziente Heimübungen, die sie regelmässig durchführen könne. Nach sechs Wochen erfolge eine erneute Standortbestimmung, um abschätzen zu können, in wie weit die Physiotherapie weitergeführt werden sollte.

3.2.10 Dr. med. I._____ hielt im Bericht vom 30. April 2020 (act. I 7) fest, entgegen der Beurteilung im IV-Entscheid erachte er die Beschwerdeführerin auch in einer angepassten Tätigkeit als nicht oder nur in einem

kleinen Teilpensum arbeitsfähig. Das genaue Ausmass der Arbeitsfähigkeit sollte in einem Arbeitsversuch ermittelt werden.

4.

4.1 Im Zusammenhang mit der Rückenproblematik erfolgten Hospitalisationen vom 5. bis 9. April 2019 (act. II 12.2/10 ff.) und vom 3. bis 6. Juli 2019 (act. II 11, 14), nach welchen die Beschwerdeführerin in gebessertem Zustand bzw. in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen wurde. Zwischen den Hospitalisationen durchgeführte Infiltrationen führten zu einer teilweisen, vorübergehenden Linderung der Beschwerden (act. II 26/22 - 28). Der Hausarzt Dr. med. I. _____ attestierte der Beschwerdeführerin bei der Diagnose eines lumboradikulären Syndroms eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 5. April bis 30. Juni 2019, eine solche von 70 % vom 1. bis 2. Juli 2019 und wiederum eine solche von 100 % ab 3. Juli 2019 bis auf weiteres (act. II 12.2/2, 26/3). Anlässlich einer Konsultation im Spital D. _____ vom 5. August 2019 persistierten die lumbalen Beschwerden nach wie vor und es wurde gleichentags eine weitere Infiltration vorgenommen (act. II 26/15 - 17). Im Bericht vom 21. August 2019 hielt PD Dr. med. F. _____ fest, eine Verlaufsbildgebung der LWS habe keine Anhaltspunkte für eine neurokompressive Pathologie gezeigt. Ein von ihm verschriebener systemischer Steroidstoss verschaffte der Beschwerdeführerin gemäss Angaben ihres Ehemannes nur eine mässige Beschwerdelinderung (act. II 26/14). Im ärztlichen Bericht vom 12. November 2019 (act. II 29) gelangte der RAD-Arzt Dr. med. J. _____ zum Schluss, es bestehe eine verminderte Belastbarkeit der LWS für körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten. Die bisherige Tätigkeit in der ... sei der Beschwerdeführerin seit dem 5. April 2019 nicht mehr zumutbar. Angepasste körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten seien ganztags zu 8.5 Stunden ohne Leistungsminderung zumutbar.

Auf diese RAD-ärztliche Einschätzung ist abzustellen. Sie erfolgte unter Berücksichtigung der massgebenden Akten und trägt den festgestellten Gesundheitsschäden Rechnung. Den weiteren bei den Akten liegenden Berichten ist nicht zu entnehmen, dass der Beschwerdeführerin jegliche,

d.h. auch leichte, Tätigkeiten nicht mehr zumutbar wären; die attestierte Arbeitsunfähigkeit bezog sich jeweils auf die bisherige Tätigkeit. Nicht zu beanstanden ist dabei, dass es sich um eine Aktenbeurteilung handelt (vgl. Beschwerde S. 4), denn die Akten ergeben ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status und diese Daten sind unbestritten, so dass sich der RAD-Arzt ein gesamthaft lückenloses Bild machen konnte (vgl. E. 2.5.6 hiervor).

4.2 Die mit der Beschwerde eingereichten Arztberichte (act. I 4 - 7) ändern nichts (vgl. Beschwerde S. 4 f.). Diese enthalten weder hinsichtlich der Diagnose noch der erhobenen Befunde entscheidende neue Angaben, welche dem RAD-Arzt aufgrund der früheren Berichte nicht bereits bekannt gewesen wären.

Soweit Dr. med. I. _____ am 30. April 2020 (act. I 7) dafürhält, die Beschwerdeführerin sei auch in einer angepassten Tätigkeit nicht oder nur zu einem kleinen Teil arbeitsfähig, ist dem entgegenzuhalten, dass derselbe Arzt die Frage nach der Zumutbarkeit einer dem Leiden angepassten Tätigkeit in den zeitnahen Berichten vom 15. und 16. Oktober 2019 als "unklar" bezeichnet hatte (vgl. act. I 4 bzw. act. II 26/7), was seine nachträgliche Einschätzung stark relativiert. Was die Berichte von Dr. med. G. _____ betrifft, attestierte dieser im Bericht vom 26. September 2019 (act. II 26/10) keine explizite Arbeitsunfähigkeit. Soweit er im Bericht vom 3. November 2019 (act. I 5) die Frage nach der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (Ziff. 9; vgl. dazu den Fragebogen der K. _____ in act. I 4) mit "Zurzeit Nein" beantwortet, erfolgt dies ohne jegliche Begründung. Auch dem Bericht vom 30. April 2020 (act. II 44/1 bzw. act. I 6) ist nicht zu entnehmen, weshalb der Beschwerdeführerin selbst leichte wechselbelastende Tätigkeiten gemäss dem vom RAD formulierten Zumutbarkeitsprofil (act. II 29/8) nicht zumutbar sein sollen. Die fraglichen Berichte sind somit nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Einschätzung des RAD-Arztes zu wecken (vgl. E. 2.5.5 hiervor).

Der Sachverhalt ist demnach entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Rechtsbegehren) rechtsgenügend abgeklärt und auf weitere Beweismassnahmen kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet wer-

den (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).

5.

Unter Berücksichtigung des vom RAD-Arzt Dr. med. J._____ formulierten Zumutbarkeitsprofils (act. II 29/8) ist ein Einkommensvergleich 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).

5.2 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).

5.3 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 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).

5.4 Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 5 f.) hat die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen zu Recht gestützt auf statistische Werte festgelegt, da die Beschwerdeführerin eine der beiden vor Eintritt des Gesundheitsschadens versehenen Anstellungen in den Bereichen ... und ... auch im Gesundheitsfall nicht mehr inne hätte (vgl. SVR 2009 IV Nr. 58 S. 182 E. 2.3). Die Anstellung im Restaurant ... wurde der Beschwerdeführerin bereits am 26. Januar 2018 (act. II 19.57/6) und damit vor dem Unfall vom 6. Februar 2018 gekündigt (act. II 19.83), so dass für die Bestimmung des Valideneinkommens nicht auf das diesbezüglich vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielte Erwerbseinkommen abgestellt werden kann. Wie es sich mit der Berücksichtigung der beiden

Erwerbseinkommen (... und ...) bei Nichtabstellen auf statistische Werte verhalten würde (vgl. Beschwerde S. 5 f.), kann folglich offen bleiben.

Da die Beschwerdeführerin nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, ist auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Werte zu bestimmen (vgl. E. 5.3 hiavor). Die Beschwerdeführerin verfügt über keine Berufsausbildung und spricht kein Deutsch (vgl. act. II 1/5, 36/7), so dass sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Total Frauen, abzustellen ist. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 103 E. 5.2). Die Beschwerdeführerin ist in einer leidensangepassten Tätigkeit ganztags über 8.5 Stunden ohne zusätzliche Leistungsminderung und somit in einem 100 %-Pensum arbeitsfähig (act. II 29/8), so dass selbst bei Gewährung des maximal zulässigen leidensbedingten Abzuges von 25 % (vgl. E. 5.3 hiavor) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren würde.

Bei dieser Sachlage erübrigen sich Ausführungen zum frühestmöglichen Rentenbeginn (vgl. E. 2.3 und 2.4 hiavor).

5.5 Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist (vgl. E. 1.2 hiavor).

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):
 - Rechtsanwältin C. _____ 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.