

200 15 700 IV  
MAW/IMD/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 17. November 2015**

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiber Imhasly

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. Juni 2015



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1957 geborene A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Juli 2014 unter Hinweis auf gesundheitliche Beeinträchtigungen an der rechten Schulter, der linken Hand und den Rippen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [AB] 7). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm daraufhin Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor. Gestützt auf einen Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes vom 9. bzw. 10. März 2015 (AB 49) stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 11. Mai 2015 (AB 54) die Abweisung des Rentengesuchs bei einem anhand der gemischten Methode (80 % Erwerbstätigkeit, 20 % Aufgabenbereich Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad von 11 % in Aussicht. Nachdem die Versicherte keinen Einwand erhoben hatte, verfügte die IVB am 23. Juni 2015 (AB 61) wie vorgesehen.

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 7. August 2015 (Postaufgabe) Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und der Sachverhalt sei neu zu beurteilen. Sie bringt vor, ihr Berater beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum habe ihr mitgeteilt, dass sie aufgrund der neu geltenden Gerichtspraxis Beschwerde erheben solle. Sie leide an einer chronischen Schmerzerkrankung, die nicht in die Beurteilung der IV eingeflossen sei. Im Übrigen würde sie ohne gesundheitliche Probleme in einem Pensum von 100 % arbeiten.

Mit Beschwerdeantwort vom 24. September 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 23. Juni 2015 (AB 61). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 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). Bei Nichterwerbstätigen wird der Erwerbsunfähigkeit die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, gleichgestellt (Art. 5 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 8 Abs. 3 Satz 1 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 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.

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). Der Rentenanspruch entsteht nicht, so-

lange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Abs. 2).

## **2.3**

**2.3.1** 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).

**2.3.2** Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit beziehungsweise der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 125 V 146 E. 2a S. 150).

**2.3.3** Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige einzustufen ist – was je zur Anwendung einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt –, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 125 V 146 E. 2c S. 150). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3 S. 508).

Die Frage nach der anwendbaren Methode beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung (vgl. BGE 129 V 167 E. 1 S. 169) entwickelt haben, wobei für die hy-

pothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 137 V 334 E. 3.2 S. 338, 125 V 146 E. 2c S. 150).

**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 132 V 93 E. 4 S. 99).

**2.5** 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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen

lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

**2.6** 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

**3.1.1** Im Bericht des Spitals B.\_\_\_\_\_ vom 19. März 2012 (AB 34 S. 16 f.) wurde ein Verdacht auf Interkostalneuropathie des zweiten Interkostalnervs nach Thoraxtrauma mit Ausstrahlung im Sinne eines referred pain diagnostiziert. Seit einem Unfall am 22. Juni 2008 klagt die Patientin über einen Schmerz im Zwischenrippenraum zwischen der zweiten und dritten Rippe parasternal. Eine Infiltration des Sternoclavikulargelenkes mit Lokalanästhetikum und Cortison habe nur für eine kurzzeitige, geringe Schmerzreduktion gesorgt. Akupunktur und Bestrahlung mit einer Infrarotlampe habe nur anfänglich eine gute Wirkung gezeigt. Physiotherapie habe keine Schmerzlinderung gebracht. Die Patientin werde nun in die Handhabung eines TENS-Gerätes eingewiesen, im weiteren Verlauf würde eine diagnostische Interkostalblockade geplant.

In den verschiedenen nachfolgenden Berichten bezüglich des Therapieverlaufs wurde eine Verbesserung der Situation festgehalten (AB 34 S. 6 ff.).

So habe die Patientin ein halbes Jahr nach der letzten Interkostalinfiltration anhaltend nur noch minimale Schmerzen.

**3.1.2** Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 6. Mai 2014 (Sprechstundenbericht vom 01.04.2014 - 09.04.2014 [AB 35.2 S. 9 f.]) hinsichtlich der rechten Schulter ein Verhebetauma am 27. Februar 2014, eine Ausdünnung der Supraspinatussehne mit Totalruptur ansatznah, eine Ruptur der Bizepssehne aufgrund einer ausgeprägten Tendinopathie, ein subacromiales Impingement und eine leichte AC-Gelenkarthrose. Die Patientin habe am 27. Februar 2014 beim Auffangen eines 70 kg schweren Patienten ein Verhebetauma mit anschliessenden Schmerzen im linken (richtig wohl: rechten) Oberarm erlitten. Es bestünden Dauerschmerzen, Abduktion und Zug seien unmöglich. Eine subacromiale Dekompression sei angezeigt. Inwiefern eine Rotatorenmanschettennaht und Reinsertion angezeigt sei, müsse intraoperativ entschieden werden.

Dem Operationsbericht vom 5. Mai 2014 (AB 35.2 S. 11 f.) ist zu entnehmen, dass ein arthroskopisches Vaporing von Sehnenfasern der Bizepssehne und der Supraspinatussehne sowie von hyperämischen Zotten, eine subacromiale Dekompression, eine AC-Gelenksresektion, eine Bizepstenotomie sowie eine Refixation der Supraspinatus- und der Subscapularissehne durchgeführt wurden. Dr. med. C. \_\_\_\_\_ attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 3. April bis zum 22. Juni 2014 (AB 35.2 S. 13). In der Folge berichtete er über einen stadiengerechten Verlauf (AB 20 S. 3).

**3.1.3** Dem Bericht des Spitals B. \_\_\_\_\_ vom 8. August 2014 (AB 34 S. 2 f.) lässt sich entnehmen, dass die Patientin seit einem Unfallereignis im Juni 2008 an rezidivierenden interkostalen Schmerzen im Bereich des zweiten Interkostalraums links leide. Die Schmerzen seien bislang durch rezidivierende lokale Infiltrationen, regelmässige Einnahme von Zaldiar und zuletzt auch im Rahmen einer Immobilisation nach Schulteroperation gut modulierbar gewesen. Die Schulteroperation im Mai habe sie bezüglich der Schulterschmerzen und der postoperativen Rehabilitation sehr gut überstanden. Postoperativ sei es allerdings durch das Absetzen von Zaldiar zu einer massiven Schmerzzunahme der Interkostalschmerzen gekommen, die sich durch die erneute Medikation wieder gut hätten beruhigen lassen.

**3.1.4** Am 18. November 2014 unterzog sich die Beschwerdeführerin im Spital B.\_\_\_\_\_ einem operativen Eingriff (1. Hautexzision jugulär; 2. Exploration via Hautschnitt über zuvor markiertem Areal links parasternal; 3. Infiltration Interkostalnerven mit Lokalanästhetikum). Aus dem diesbezüglichen Operationsbericht vom 25. November 2014 (AB 43 S. 3) geht hervor, dass sich die Patientin mit bewegungs- und atemabhängigen Schmerzen seit einer Thoraxkontusion vor über sechs Jahren vorgestellt habe. In der Zwischenzeit hätten mehrmalige Bildgebungen und Arztbesuche ohne Erfolg stattgefunden. Durch eine präoperativ erneut durchgeführte Bildgebung habe kein direktes morphologisches Korrelat zu der von der Patientin angegebenen Beschwerdesymptomatik eruiert werden können. Im Rahmen des Eingriffs sei die 3. Rippe freigelegt worden, wobei sich völlig unauffällige anatomische Verhältnisse gezeigt hätten. Ebenso habe sich kein Hinweis auf eine stattgehabte Läsion mit Vernarbung gezeigt. Auch die beiden benachbarten Rippenansätze kaudal und kranial hätten sich völlig unauffällig dargestellt. Alle Rippenansätze parasternal sowie im Verlauf weit nach lateral hätten sich bei der Operation auch unter deutlicher Kraftausübung (Druck und Zug) als komplett stabil gezeigt.

**3.1.5** Im Austrittsbericht des Spitals B.\_\_\_\_\_ vom 18. Februar 2015 betreffend einer stationären Abklärung und Behandlung vom 18. Dezember 2014 bis 10. Januar 2015 (AB 46) finden sich die folgenden Diagnosen: 1. Chronisches Schmerzsyndrom bei Status nach Thoraxtrauma links am 22. Juni 2008; 2. Leichte depressive Episode; 3. Status nach arthroskopischem Vaporing von Sehnenfaser der Bizepssehne und Supraspinatussehne bei Ausdünnung der Supraspinatussehne rechts mit Totalruptur nach Verhebrauma 05/2014. Bei der Patientin bestehe seit einem Unfall im Jahr 2008 ein chronifiziertes Schmerzsyndrom im linken Hemithorax bei rezidivierenden Luxationen der 3. Rippe links. Im November 2014 sei eine lokale Infiltration durchgeführt worden, welche nicht den gewünschten Effekt gebracht habe. Sie leide an einem dauernd bestehenden, ziehend-stechenden, manchmal druckartigen Schmerz über der linken Brust, zum Teil ausstrahlend in den linken Arm, was u.a. zu Angst vor tiefer Inspiration führe. Die Patientin sei stark eingeschränkt in ihren Alltagsfunktionen und habe aufgrund der Schmerzen zum zweiten Mal ihre Arbeitsstelle verloren. Sie gehe von einer rein somatischen Ursache aus, es bestehe auch keine

Zentralisierung und keine Schmerzausweitung. Der Austritt sei in einem wenig gebesserten Zustand erfolgt. Die Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit im ... sei zum Zeitpunkt des Austritts als nicht realistisch beurteilt worden.

**3.1.6** Der RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, hielt im Bericht vom 9. März 2015 (AB 48) fest, bezüglich der rechten Schulter ergebe sich aus den Akten ein regelrechter postoperativer Verlauf. Von Seiten der Halswirbelsäule hätten nur interkurrent Beschwerden bestanden und bezüglich des Sehneninterponates ED III würden keine Einschränkungen geltend gemacht. Entsprechend ergebe sich das folgende Zumutbarkeitsprofil: Zumutbar seien körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten mit dem rechten Arm unter der Schulterhorizontalen, wobei das körperferne Heben und Tragen von Lasten von über 5 kg nicht möglich sei. Bezüglich der Steh-, Sitz- und Gehdauer bestünden keine Einschränkungen, ebenso wenig hinsichtlich Tätigkeiten mit dem linken Arm.

Die RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin (D) und Arbeitsmedizin, führte im Bericht vom 10. März 2015 (AB 49) mit Blick auf dieses Zumutbarkeitsprofil aus, die Versicherte sei aufgrund der Schulterpathologie als ... mit dem bekannten Arbeitsprofil nicht mehr arbeitsfähig, da im ... gemäss Angaben des Arbeitgebers oft Gewichte zwischen 10 bis 25 kg gehoben und getragen werden müssten (AB 19 S. 7). Bezüglich der geklagten persistierenden Schmerzsymptomatik parasternal auf der Höhe der 2. und 3. Rippe bei körperlicher Belastung bestehe bei angepasster Tätigkeit keine Einschränkung bezüglich des Pensums. Es sei davon auszugehen, dass bei körperlich nicht belastenden Arbeiten sich auch die Schmerzsymptomatik bessere. Das bisherige selbstgewählte Pensum von 80 % sei weiterhin möglich. Bei angepasster Tätigkeit (ohne erhöhte körperliche Belastung) wie im medizinischen Zumutbarkeitsprofil beschrieben, sei von keiner zusätzlichen Leistungsminderung in dieser Zeit auszugehen.

**3.2** Die Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dres. med. D.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_ vom 9. und 10. März 2015 (AB 48 f.) erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizini-

schen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5 hiavor). Sie sind ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet. Nicht zu bemängeln ist, dass die RAD-Ärzte die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht haben. Nach der Praxis sind Aktenbeurteilungen nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbe- fund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhande- ner Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b). Dies war vorliegend der Fall.

**3.3** Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, vermag zu keiner anderen Beurteilung zu führen. Sie leidet in der Tat an einem chronischen Schmerzsyndrom ohne objektivierbare Befunde. So konnte anlässlich des chirurgischen Eingriffs vom 18. November 2014 (AB 43 S. 3) kein Befund erhoben werden, welcher die geklagten thorakalen Schmerzen hätte zu erklären vermögen. Indessen hat die Beschwerdeführerin keine Arztberich- te beigebracht, welche das vom RAD festgelegte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.1.6) umzustossen vermöchten. Entgegen der Rüge in der Beschwerde ist die chronische Schmerzerkrankung in die Beurteilung der Beschwerde- gegnerin bzw. des RAD eingeflossen. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hat hierzu denn auch festgehalten, in einer angepassten Tätigkeit bestehe keine Ein- schränkung bezüglich des Pensums. Zudem sei davon auszugehen, dass bei körperlich nicht belastenden Tätigkeiten sich auch die Schmerzsym- ptomatik bessere (AB 49 S. 4). Diese Einschätzung wird gestützt durch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nach dem Thoraxtrauma im Juni 2008 bis zur im Februar 2014 zugezogenen Schulterverletzung weiterhin als ... bzw. als ... tätig gewesen ist (AB 4 S. 2 ff.). Aus dem Hinweis auf die „neu geltende Gerichtspraxis“, womit sie offensichtlich Bezug auf BGE 141 V 281 nimmt, in welchem das Bundesgericht das bisherige Re- gel/Ausnahme-Modell zur Prüfung einer rentenbegründenden Invalidität psychosomatischer Leiden durch einen strukturierten, normativen Prü- fungsraster ersetzt hat, kann die Beschwerdeführerin nichts für sich ablei-

ten, hat doch keiner der behandelnden Ärzte eine Störung diagnostiziert, welche unter diese Rechtsprechung fallen würde (vgl. dazu BGE 137 V 64 E. 4.2 S. 68).

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt. Von weiteren Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weswegen in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) darauf zu verzichten ist.

#### 4.

**4.1** Gestützt auf die – wie oben ausgeführt – beweiskräftige Beurteilung des RAD ermittelte die Beschwerdegegnerin in Anwendung der gemischten Methode (80 % Erwerbstätigkeit, 20 % Aufgabenbereich Haushalt) einen Invaliditätsgrad von 11 % (AB 61 S. 2). Hiergegen macht die Beschwerdeführerin geltend, sie würde ohne gesundheitliche Probleme in einem Pensum von 100 % arbeiten. Wie es sich damit verhält, kann an dieser Stelle offen gelassen werden, ergibt sich doch auch bei einem reinen Einkommensvergleich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad:

Im Erwerbsbereich ermittelte die Beschwerdegegnerin einen Invaliditätsgrad von 13.47 %. Für die Bestimmung des Valideneinkommens stellte sie auf den Arbeitsvertrag mit der letzten Arbeitgeberin ab, worin ein Jahreslohn von Fr. 48'269.-- bei einem Pensum von 80 % vereinbart worden ist (AB 11 S. 2). Effektiv verdiente die Beschwerdeführerin in den Jahren 2012 und 2013 aufgrund diverser Zulagen etwas mehr, nämlich Fr. 50'935.-- bzw. Fr. 51'324.-- (AB 19 S. 10 f.), was am Ergebnis jedoch nichts ändert. Das Invalideneinkommen bestimmte die Beschwerdegegnerin korrekterweise anhand von Tabellenlöhnen gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE), da die Beschwerdeführerin nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1). Gestützt auf LSE 2012, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1 errechnete sie ein hypothetisches Einkommen von Fr. 41'765.--, dies bei einem Pensum von 80 %. Stellt man dies einem Valideneinkommen von Fr. 51'324.-- gegenüber,

resultiert ein Invaliditätsgrad von gerundet 19 %, woran sich nichts ändert, ginge man jeweils von einem Pensum von 100 % aus.

**4.2** Die angefochtene Verfügung 23. Juni 2015 (AB 61) ist damit im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist als offensichtlich unbegründet abzuweisen.

## **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4. Zu eröffnen (R):

- A. \_\_\_\_\_
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.