

200 15 1129 IV
SCI/BRM/WIL/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 18. Mai 2016

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Braune

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. November 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1959 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Juni 2014 unter Verweis auf einen bestehenden systemischen Lupus erythematodes (SLE) erstmals bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB [act. II] 5). Nach Einholung medizinischer (act. II 8, 15, 21, 22, 27) und erwerblicher (act. II 18) Unterlagen sowie einer Beurteilung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), Dr. med. C._____, Facharzt FMH für Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Tropen- und Reisemedizin (act. II 23), und eines Abklärungsberichts Haushalt vom 30. Juli 2015 (act. II 36), stellte die IVB der Versicherten mit Vorbescheid vom 5. August 2015 (act. II 37) bei einem Status von 60 % Erwerb und 40 % Haushalt sowie einem gewichteten Invaliditätsgrad von 22 % die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht. Nach erhobenem Einwand der Versicherten (act. II 40) und hierzu eingeholter Stellungnahme des RAD (act. II 47) und des Abklärungsdienstes (act. II 49) verfügte die IVB am 18. November 2015 (act. II 50) wie im Vorbescheid angekündigt.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, am 23. Dezember 2015 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer ganzen, eventualiter einer halben Invalidenrente. Subeventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Mit Beschwerdeantwort vom 3. Februar 2016 beantragte die IVB 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 18. November 2015 (act. II 50). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Er-

werbsunfähigkeit 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 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbstätigkeit 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.

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 oder 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 141 V 15 E. 3.2 S. 20, 125 V 146 E. 2a S. 150).

Die gemischte Methode bezweckt eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des Invaliditätsgrades. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, d.h. ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3 S. 508).

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 141 V 15 E. 3.1 S. 20, 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 hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20, 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 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Im Bericht der Klinik D. _____ vom 9. Dezember 2013 (act. II 15 S. 14 f.) wurde eine akute Aortendissektion Typ B vom 17. November 2013, ein systemischer Lupus erythematoses, ein Harnwegsinfekt mit E. coli, ein Pankreasinfarkt vor zwei Jahren sowie eine fibromuskuläre Dysplasie diagnostiziert. Diese Diagnosen wurden, mit Ausnahme des Harnwegsinfekts, in den Berichten der Klinik, D. _____, vom 7. Februar, 15. Juli 2014 und 7. August 2015 (act. II 8 S. 4 f. und 22 S. 2 ff., 43 S. 2 ff.), und Klinik E. _____ vom 14. und 25. April sowie vom 13. August 2014 (act. II 21 S. 8, 21 S. 5 ff., 21 S. 1 ff.), den Berichten des Hausarztes Dr. med. Hubert F. _____, Facharzt FMH für Innere Medizin, vom 2. Juli 2014 und 16. Januar 2015 (act. II 15 S. 2 ff., 27) sowie im Bericht des RAD-Arztes Dr. med. C. _____ vom 23. September 2014 (act. II 23) bestätigt.

3.1.2 Im Bericht der Klinik E. _____ vom 14. April 2014 (act. II 21 S. 8 ff.) wurde nach absolvierter ambulanter Rehabilitation ausgeführt, die Versicherte befinde sich in einem guten Allgemeinzustand. Die Beschwerdeführerin habe ihr Pensum von 60 % während der Rehabilitation auf 20 % zurückgesetzt und strebe nun wiederum ein Pensum von 40 % an (act. II 21 S. 10).

3.1.3 Der behandelnde Arzt Dr. med. F. _____ stellte in seiner Beurteilung vom 2. Juli 2014 (act. II 15) einen reduzierten Allgemeinzustand fest. Eine Prognose sei mangels spezifischer Therapie für das Aortenaneurysma schwierig. Bezüglich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit attestierte er aufgrund einer massiv eingeschränkten körperlichen Leistungsfähigkeit eine seit dem 1. Mai 2014 bestehende Arbeitsunfähigkeit von 70 % (act. II 15 S. 3 f.). Eine sitzende oder wechselbelastende Tätigkeit von täglich 2-3 Stunden bezeichnete er als zumutbar (act. II 15 S. 7). Es bestehe ein deutlich erhöhter Erholungsbedarf. Aufgrund intermittierender Schmerzattacken seien Phasen der Arbeitsunfähigkeit möglich (act. II 15 S. 4).

3.1.4 Im Bericht der Klinik D. _____ vom 15. Juli 2014 (act. II 22 S. 2 ff.) wurde ausgeführt, es bestehe eine komplexe vaskuläre Situation hinsichtlich der Krankheitsanamnese. Zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten äusserten sich die Ärzte nicht.

3.1.5 Im Bericht der Klinik E. _____ vom 13. August 2014 (act. II 21 S. 1 ff.) wurde hinsichtlich der bisher ausgeübten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % attestiert. Das Heben schwerer Lasten sollte vermieden werden (act. II 21 S. 2). Ansonsten bestünden von kardiovaskulärer Seite her keine Einschränkungen (act. II 21 S. 3 f.).

3.1.6 Der RAD-Arzt Dr. med. C. _____ hielt in seinem Bericht vom 23. September 2014 (act. II 23) mit Hinweis auf den Bericht der Klinik E. _____ vom 14. April 2014 (act. II 21 S. 8 ff.) fest, eine leichte Tätigkeit sei der Versicherten bei stabilem Verlauf mit einem Pensum von 40 % zumutbar, wobei bei angepasster Tätigkeit die Leistungsfähigkeit nicht höher einzuschätzen sei. Eine körperlich belastende Arbeit könne der Versicherten hingegen nicht zugemutet werden.

3.1.7 Im Verlaufsbericht vom 16. Januar 2015 (act. II 27) beschrieb Dr. med. F. _____ den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin als stationär bis sich leicht verschlechternd. Hinsichtlich der Diagnose verwies er auf seinen Bericht vom 2. Juli 2014. Auch bezüglich der Arbeitsunfähigkeit hielt er an seiner früheren Einschätzung fest und attestierte erneut eine seit Mai 2015 (richtig wohl 2014) bestehende Arbeitsunfähigkeit von 70 %. Im Beiblatt zum Verlaufsbericht (act. II 27 S. 3) gab Dr. med. F. _____

sodann an, dass die Versicherte aufgrund der massiv eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit sowie der Ungewissheit bezüglich des weiteren Verlaufs der Aortendissektion und der dadurch bedingten psychischen Belastung nicht mehr in den Arbeitsprozess zurückkehren könne. Eine weitere berufliche Tätigkeit sei angesichts der Gesamtsituation somit nicht mehr möglich.

3.1.8 Im Bericht der Klinik D. _____ vom 7. August 2015 (act. II 43 S. 2 ff.) wurde neu ein Status nach Exzision eines Carotistumors 1979 diagnostiziert. Mit handschriftlichem Vermerk vom 18. September 2015 fügte Dr. med. F. _____ die Diagnose einer Osteoporose in den Bericht ein.

3.1.9 In der Stellungnahme des RAD vom 15. Oktober 2015 (act. II 47 S. 3) beurteilte Dr. med. C. _____ den Gesundheitszustand der Versicherten unter Verweis auf eine Routinekontrolle am 30. Juli 2015 im Spital G. _____ in der Marfan-Sprechstunde als unverändert. Da gemäss dem entsprechenden Bericht der Klinik D. _____ vom 7. August 2015 (act. II 43 S. 2 ff.) keine Progression der Krankheit vorliegen würde, sei das Zumutbarkeitsprofil unverändert.

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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 ei-

nes 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).

3.3

3.3.1 Unbestritten liegen bei der Beschwerdeführerin gesundheitliche Beeinträchtigungen vor. Hinsichtlich der Diagnosen besteht seitens der Ärzte Einigkeit. Umstritten ist hingegen, welche Auswirkungen die diagnostizierten Krankheiten auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der hier angefochtenen Verfügung auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 30. Juli 2015 (act. II 36), welcher seinerseits bezüglich des Zumutbarkeitsprofils auf dem Bericht des RAD-Arztes Dr. med. C. _____ vom 23. September 2014 (act. II 23) gründet. Die Beschwerdeführerin macht geltend, im Bericht des RAD-Arztes Dr. med. C. _____ würden einzig die Beurteilungen der Kardiologie berücksichtigt und die eigentliche Grunderkrankung des SLE ausser Acht gelassen. Gestützt auf die, das Gesamtbild der gesundheitlichen Einschränkungen berücksichtigenden Berichte des behandelnden Arztes Dr. med. F. _____ sei von einer höheren Arbeitsunfähigkeit auszugehen. In diesem Sinne machte Dr. med. F. _____ in einem Schreiben an die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vom 10. Dezember 2015 (act. II 52 S. 19 f.) - das im vorliegenden Verfahren aufgelegt wurde - geltend, es würde in der Einschätzung des RAD-Arztes nur der Verlauf des Aortenaneurysmas berücksichtigt, obgleich für die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit das Gesamtbild der gesundheitlichen Einschränkungen der Versicherten massgeblich sei.

3.3.2 Zur Beurteilung des Leistungsanspruchs sind nicht primär die Diagnosen, sondern vielmehr die effektiven Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgeblich (vgl. E. 2.1 hiervor). Der Gesundheitszustand der Versicherten wurde nach der akuten Aortendissektion am 17. November 2013 mit Fokus auf den kardiologischen Bereich beurteilt. Aufgrund des zwölfwöchigen ambulanten Rehabilitationsprogrammes, welches die Beschwerdeführerin absolviert hatte (act. II 21 S. 8 ff.), sowie der in diesem Rahmen durchgeführten um-

fangreichen Testungen ist jedoch ohne weiteres davon auszugehen, dass die betreffenden Fachärzte durchaus einen umfassenden Blick auf die gesundheitliche Situation hatten und eine den Gesamtzustand berücksichtigende medizinische Beurteilung abgegeben haben. Eine abschliessende objektivierte Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit wurde jedoch nicht erstellt (act. II 21 S. 8). Die ohne zeitnahe Kontrolle im Juli 2014 dann abgegebene Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, auf welcher die Berichte des RAD-Arztes Dr. med. C. _____ basieren, ist nicht vollumfänglich nachvollziehbar. So wurde für die bisher ausgeübte Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % attestiert mit dem Hinweis, dass das Heben schwerer Lasten vermieden werden solle, ansonsten aus kardiovaskulärer Sicht keine weiteren Einschränkungen bestünden (act. II 21 S. 1 ff.). Aus dem Bericht geht nicht klar hervor, auf welche Art von Tätigkeit sich diese Einschätzung bezieht und ob bzw. weshalb eine angepasste Tätigkeit auf 40 % reduziert ist. Wie sich aus den Akten ergibt, war die Beschwerdeführerin als gelernte ... von Februar 2008 bis August 2015 zuerst zu 40 %, später dann zu 60 % bei der H. _____, im I. _____ als ... angestellt (act. II 18, 31 S. 2). Gemäss den Angaben im Abklärungsbericht Haushalt handelte es sich hierbei um eine Arbeit im ... Bereich (act. II 36 S. 4) und aus dem Tätigkeitsbeschrieb im Lebenslauf der Versicherten geht hervor, dass die Anstellung hauptsächlich ... umfasste (act. II 13 S. 2). Die frühere Tätigkeit wäre damit als angepasste Tätigkeit zu betrachten. Die Arbeitgeberin hingegen gab im Bericht vom 21. Juli 2014 (act. II 18) bezüglich der Tätigkeit der Beschwerdeführerin an, ein Grossteil der Arbeit würde aus dem Heben und Tragen von Lasten bis 25 kg bestehen (act. II 18 S. 5). Unklar ist zudem, zu wie vielen Prozenten die Versicherte in der relevanten Zeit tatsächlich gearbeitet hat. Obgleich der behandelnde Arzt ihr im Juli 2014 für die Monate Februar bis April 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % und ab Mai 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % attestiert hatte (act. II 15 S. 3), lässt sich den Akten entnehmen, dass die Arbeitgeberin für die Versicherte im Februar, Mai und Juni 2014 wohl kein Krankentaggeld bezogen hat (act. II 18 S. 6), was darauf hinweisen würde, dass die Beschwerdeführerin entgegen dem ärztlichen Attest in der Lage gewesen sein könnte, zu 60 % zu arbeiten. Auch im Haushaltsabklärungsbericht vom 30. Juli 2015 wird bezüglich der effektiv geleisteten Arbeit durchgehend ein Pensum von 60 % angegeben (act. II 36 S. 3 Ziff. 3.2). Damit würde die im

Bericht des G._____ attestierte und durch den RAD-Arzt Dr. med. C._____ bestätigte Arbeitsfähigkeit von 40 % unter dem effektiv getätigten Arbeitspensum der Beschwerdeführerin liegen.

Umso weniger kann auf die Einschätzung des Hausarztes Dr. med. F._____ abgestellt werden. So wurde im Bericht vom 2. Juli 2014 einerseits die zuletzt ausgeübte Tätigkeit lediglich mit Hinweis auf einen erhöhten Erholungsbedarf als zumutbar bezeichnet, andererseits wurde der Beschwerdeführerin bezüglich derselben Tätigkeit eine Leistungsfähigkeit von 30 % attestiert (act. II 15 S. 3 f.). Im Verlaufsbericht vom 16. Januar 2015 hielt Dr. med. F._____ eine Rückführung in den Arbeitsprozess dann für nicht mehr möglich (act. II 27 S. 2 f.). Damit blieb er hinter der Einschätzung der Fachärzte zurück (vgl. E. 3.3.2 hiavor).

3.4 Anhand der derzeit vorliegenden medizinischen Unterlagen lässt sich die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht abschliessend beurteilen, da sie einerseits in sich Widersprüche aufweisen und andererseits erheblich voneinander abweichen. Eine nachvollziehbare und objektivierte Beurteilung der durch die Grunderkrankung bedingten Einschränkungen durch die hierfür zuständigen Fachärzte fehlt. Die Sache ist demnach an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen, damit sie zunächst die medizinischen Unterlagen der behandelnden Ärzte einholt. Gestützt auf diese Unterlagen wird der RAD zu entscheiden haben, ob er selbst (mit oder ohne Untersuchung) eine abschliessende Beurteilung vornehmen kann oder ob eine fachärztliche Begutachtung und falls ja, unter Beteiligung welcher Fachgebiete, geboten erscheint. Bei den vorzunehmenden Abklärungen ist der Gesundheitszustand der Versicherten hinsichtlich aller medizinisch relevanten Aspekte zu berücksichtigen, insbesondere auch die Wechselwirkungen der einzelnen Erkrankungen und die Nebenwirkungen der Dauermedikation. Falls dienlich wird zur Erstellung eines zumutbaren, körperlichen Belastungsprofils zusätzlich eine Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchzuführen sein, an welcher die Beschwerdeführerin nach besten Kräften mitzuwirken hätte (vgl. Art. 43 Abs. 2 ATSG).

Gleichzeitig ist die Sache auch in erwerblicher Hinsicht ungenügend abgeklärt und sind auch diesbezüglich weitere Abklärungen geboten. Während

die Verwaltung in der angefochtenen Verfügung davon ausging, die Beschwerdeführerin wäre im Gesundheitsfall weiterhin zu 60 % als Mitarbeiterin bei der H. _____ tätig, macht die Beschwerdeführerin geltend, ohne gesundheitliche Einschränkungen hätte sie ihr Pensum erhöht und wäre nun in einer eigenen Kinesiologiepraxis tätig.

4.

4.1 Aus den Akten ergibt sich, dass die Versicherte von Februar 2008 bis August 2015 zuerst zu 40 %, später zu 60 % bei der H. _____, im I. _____ als ... angestellt war (act. II 18, 31 S. 2). Im Rahmen der Abklärungen durch den Abklärungsdienst der IVB im Juli 2015 machte die Beschwerdeführerin die Angabe, vor der Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes im November 2013 eine Erhöhung des Arbeitspensums auf 80 % angestrebt zu haben (act. II 36 S. 4). Auf diese Aussage ist abzustellen. Die Beschwerdeführerin hatte die beabsichtigte Pensenerhöhung in nachvollziehbarer Weise mit dem Abschluss der Berufslehre der Tochter begründete und die Möglichkeit eines zusätzlichen Pensums von 20 % im Bereich der ... auch schon bei ihrem Arbeitgeber abgeklärt.

Dass die Beschwerdeführerin, würde sie als ... (hierzu vgl. auch nachfolgend E. 4.2) arbeiten, einen noch höheren Erwerbsanteil aufweisen würde - wie dies geltend gemacht wird -, kann in Anbetracht der gesamten Umstände und der derzeitigen Aktenlage hingegen nicht als überwiegend wahrscheinlich erachtet werden. Die Versicherte hatte auch die angestrebte Erhöhung des Arbeitspensums in der H. _____ von 60 % auf 80 % nicht aus finanziellen, sondern aus persönlichen Gründen angestrebt (act. II 36 S. 4).

4.2 Anlässlich der Haushaltabklärung vom Juli 2015 sowie im Einwand-schreiben vom 31. August 2015 führte die Beschwerdeführerin aus, im Jahr 2003 eine dreijährige Ausbildung zur begleitenden ... begonnen zu haben mit dem Ziel, sich in einer eigenen Praxis selbständig zu machen. Nach einem ersten Herzinfarkt 2006 habe sie die Ausbildung, in welche sie Fr. 40'000.-- investiert habe, aufgrund ihres Gesundheitszustandes kurz vor den Abschlussprüfungen abbrechen müssen (act. II 36 S. 4, 40).

Träfe diese Darstellung - welche bisher weder durch entsprechende Akten belegt noch von der Beschwerdegegnerin abgeklärt wurde - zu, so wäre unter Berücksichtigung der zeitlichen und finanziellen Aufwendungen von einem erheblichen Willen zur Aufnahme der Tätigkeit als ... auszugehen. Dabei ist auch zu beachten, dass der Beschwerdeführerin der Wiedereinstieg in das Berufsleben nach über zehn Jahren der Nichterwerbstätigkeit (act. II 13 S. 2) auch im erlernten Beruf nur unter erschwerten Bedingungen möglich war. Erweise sich die Sachverhaltsschilderung der Beschwerdeführerin als richtig, so müsste deshalb davon ausgegangen werden, dass sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung heute als ... tätig wäre. Wie es sich damit verhält, kann gestützt auf die derzeitigen Akten nicht abschliessend beurteilt werden. Die Beschwerdegegnerin hat bei der Versicherten bzw. der entsprechenden Ausbildungsstätte die notwendigen Unterlagen und Belege einzuholen.

4.3 Soweit die Beschwerdeführerin in ihrem Einwandschreiben geltend machte, es sei bei der Haushaltsabklärung zu Unrecht von einer Mitwirkung der Familienmitglieder im Haushalt ausgegangen worden, ist sie bereits heute darauf hinzuweisen, dass bei einem Status von 80 % Erwerb und 20 % Haushalt ihrerseits und einer 100 %igen Erwerbstätigkeit des Ehemannes (d.h. einem gesamthelichen Pensum von 20 % für den gemeinsamen Haushalt) durchaus von einer, sich bereits aus dem Eherecht ergebenden (vgl. Art. 159 Abs. 2 ZGB), erheblichen Pflicht zur Mithilfe des Ehemannes ausgegangen werden muss. Hingegen hat der Auszug der Tochter aus dem gemeinsamen Haushalt ein Erlöschen ihrer direkt zu berücksichtigenden Unterstützungsleistung zur Folge. Die Beurteilung der Einschränkungen im Aufgabenbereich Haushalt wird nach erfolgter medizinischer Einschätzung in Berücksichtigung vorstehender Ausführungen zu überprüfen sein.

5. Mangels hinreichender Sachverhaltsabklärung ist derzeit weder in medizinischer (vgl. E. 3.4 hiavor) noch in erwerblicher (vgl. E. 4 hiavor) Hinsicht eine abschliessende Beurteilung des Invaliditätsgrades möglich. Die Beschwerde ist deshalb gutzuheissen, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den medizinischen Sachverhalt umfassend abklärt, die massgeblichen Unterlagen zur erwerblichen Situation einholt und die Einschätzungen im Aufgabenbereich neu prüfe.

6.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

6.2 Die obsiegende beschwerdeführende Partei hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61).

Mit Kostennote vom 16. Februar 2016 macht Rechtsanwältin B. _____ einen Zeitaufwand von 14 Stunden bzw. ein Honorar von Fr. 3'500.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 189.-- sowie die MwSt. von 8% (auf Fr. 3'689.--)

im Betrag von Fr. 295.10, total Fr. 3'984.10, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IVB vom 18. November 2015 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie - nach Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen - neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'984.10 (inkl. Auslagen und MwSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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