

200 15 720 IV
SCP/LUB/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 2. September 2016

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsanwalt C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 12. Juni 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1967 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im April 2011 unter Hinweis auf ein Sjögren-Syndrom mit Gelenkbeteiligung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung, Antwortbeilage [act. II] 2). Nachdem die IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vorgenommen hatte, unter anderem holte sie eine Stellungnahme beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Bericht vom 13. September 2011 [act. II 22 S. 3 ff.]) und die Akten des Krankentaggeldversicherers (act. II 23 – 25.2) ein, stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 15. Dezember 2011 (act. II 26) die Ablehnung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Mit diesem Vorbescheid zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden und erhob Einwand (act. II 27, 30), woraufhin die IVB weitere medizinische Abklärungen tätigte (act. II 32. S. 2, 35 S. 2, 38 S. 3 ff., 39 S. 3 ff.). Nach wiederholter Rücksprache mit dem RAD liess sie die Versicherte interdisziplinär durch die Dres. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und E. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, begutachten (Gutachten vom 18. Juni 2013 [act. 55.1] und 10. Juli 2014 [act. II 62.1]; inkl. interdisziplinäre Beurteilung vom 15. Juli 2014 [act. II 63]). Zudem veranlasste sie eine Haushaltabklärung (Abklärungsbericht Haushalt vom 3. Dezember 2014 [act. II 70 S. 2 ff.]). Nach erneut durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 71 – 80) verneinte die IVB mit Verfügung vom 12. Juni 2015 (act. II 81) den Anspruch auf eine IV-Rente in Anwendung der gemischten Methode (Status: 80 % Erwerb, 20% Haushalt) bei einem IV-Grad von 26 %.

B.

Mit Eingabe vom 17. August 2015 erhob die Versicherte, vertreten durch B. _____, Rechtsanwalt C. _____, Beschwerde. Sie beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 12. Juni 2015 und die Zu-

sprechung einer Invalidenrente. Im Weiteren ersucht sie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt C. _____ als amtlicher Anwalt.

Bezugnehmend auf die prozessleitenden Verfügungen vom 18. August und 7. September 2015 zog die Beschwerdeführerin am 21. September 2015 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück und reichte zugleich einen bereits beschwerdeweise angekündigten Arztbericht ein.

Mit prozessleitender Verfügung vom 22. September 2015 schrieb der Instruktionsrichter das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege als erledigt vom Protokoll des Verwaltungsgerichts ab.

Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 21. Oktober 2015 auf eine ausführliche Stellungnahme in Form einer Beschwerdeantwort und beantragt unter Hinweis auf die angefochtene Verfügung vom 12. Juni 2015 und eine Stellungnahme von Dr. med. E. _____ vom 14. September 2015 (in den Gerichtsakten) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 17. Dezember 2015 nimmt die Beschwerdeführerin Stellung zum Bericht des Gutachters vom 14. September 2015.

Mit Duplik vom 4. Juli 2016 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Schlussbemerkung und hält an den gestellten Rechtsbehörden fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes 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 12. Juni 2015 (act. II 81). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin 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). 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 ausge-

glichenen 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 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

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 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie 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). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann (Art. 5 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 3 ATSG), wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; BGE 141 V 15 E. 3.2 S. 20, 125 V 146 E. 2a S. 149).

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).

2.5 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 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende entnehmen:

3.1.1 Im Bericht der Klinik F._____ des Spitals G._____ vom 3. Juni 2009 (act. II 9 S. 2 ff.) diagnostizierte Dr. med. H._____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, ein primäres Sjögren-Syndrom (ICD-10 M35; ED 2009), eine Autoimmun-Thyreoiditis vom Hashimoto-Typ und eine EBV-Seronarbe mit hochtitrigem Anti-EBV-VCA IgG. Als Nebendiagnosen erwähnte er Spontangeburt 1994 und 1999, eine Appendektomie, eine Tonsillektomie und eine Curettage. In den daraufhin verfassten Berichten der Klinik F._____ vom 11. Juni 2010 (act. II 12 S. 12 f.) und 31. März 2011 (act. II 19 S. 6 f.) wurden diese Diagnosen erneut aufgeführt.

3.1.2 Der Hausarzt Dr. med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Arztzeugnis vom 8. Juli 2010 (act. II 12 S. 2 – 5) zuhanden des Krankentaggeldversicherers als Diagnose ein primäres Sjögren-Syndrom mit entzündlichen Arthralgien (ED März 2009) fest. Er attestierte ab dem 27. April 2010 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit; eine Arbeitsaufnahme werde ab 25. Juni 2010 versucht. Am 24. Januar 2011 ersuchte er Dr. med. J._____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, um eine spezialärztliche Untersuchung und Beurteilung (act. II 12 S. 8). Dieser antwortete, klinisch dürfte ein primäres Sjögren-Syndrom vorliegen, das er als abklärungs- und behandlungsbedürftig ansehe (act. II 12 S. 7). Im Arztbericht vom 20. April 2011 (act. II 12 S. 2 – 5) führte Dr. med. J._____ alsdann das Sjögren-Syndrom (histologisch gesichert), eine Autoimmun-Thyreoiditis und einen Kindstod als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf.

3.1.3 Die RAD-Ärztin, med. pract K._____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vermerkte in ihrem Bericht vom 13. September 2011 (act. 22 S. 3 ff.) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt sie ein Sjögren-Syndrom (ED September 2009), einen bekannten Hallux valgus und Senk-Spreizfüsse sowie ein Genu Valga, eine bekannte konst-

tutionelle Bandlaxität, einen spannungsbedingten Kieferkopfschmerz, einen St. nach Pleuritis (September 2008), eine Hypothyreose mit/bei St. nach Autoimmun-Thyreoiditis vom Hashimoto-Typ und Euthyrox therapiert, einen St. nach EBV und vorhandene Seronarbe mit zu erwartendem hohen Anti-EBV-VAC IgG, einen St. n. Appendektomie und Tonsillektomie, einen St. n. Curettage und einen bekannten Vitamin-D Mangel fest. Funktionelle Einschränkungen bestünden keine. Die angestammte Tätigkeit sei zu 100 % zumutbar (S. 4 f.).

3.1.4 Im zuhanden des Krankentaggeldversicherers erstellten rheumatologischen Gutachten vom 20. Oktober 2011 (act. II 25.2) diagnostizierte Dr. med. L. _____, Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein polyglanduläres Autoimmunsyndrom und Overlap (mit Sjögren-Syndrom und Polyarthritits, positive ANA, anti SS-A/ SS-B, Rheumafaktor, anti-TPO, anti-Thyreoglobulin-Antikörper, anti-C1q-Antikörper pos., positive Lippenbiopsie) und ein chronisches Lumbovertebralsyndrom. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden keine (S. 5 Ziff. 6). Derzeit sei aus rheumatologischer Sicht nur eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu 50 % durchführbar. Dabei zu vermeiden seien Heben schwerer Lasten von mehr als 5 kg sowie schweres Stossen und Ziehen von mehr als 5 kg sowie langes Stehen und Gehen. Ebenfalls zu vermeiden seien schwere manuelle Tätigkeiten. Da möglicherweise mit medizinischen Massnahmen eine Verbesserung, auch im Rahmen der Arbeitsfähigkeit, erzielt werden könnte, diese Massnahmen aber von der Versicherten abgelehnt würden, könne die Arbeitsfähigkeit nicht ganz abschliessend beurteilt werden. Aufgrund der Ablehnung einer medikamentösen Therapie könnten derzeit auch keine Aussagen über eine medizinische Verbesserung gemacht werden (S. 7). Im Rahmen der aktuellen Untersuchung sowie der angegebenen Beschwerden und der Grunderkrankung sei die Tätigkeit als ... in dem zuletzt durchgeführten Arbeitspensum von 80 % nicht zumutbar (S. 10). Die Versicherte könnte vor allem sitzende Tätigkeiten durchführen, ideal wäre eine Wechselbelastung mit wenig langen Gehstrecken und ohne stereotypes Stehen und Gehen am Stück. Des Weiteren wären leichte manuelle Tätigkeiten in sitzender Position zumutbar. Dies sei im Rahmen eines Pensums von 50 %

zumutbar, das heisse maximal 4 Stunden pro Tag mit einer Leistungseinschränkung bei häufigen Pausen von ca. 10 % (S.11).

3.1.5 In einem undatierten Arztbericht (Posteingang bei der IVB am 24. Februar 2012; act. II 31 S. 2 ff.) nannte Dr. med. L._____ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Overlap-Syndrom mit sekundärem Sjögren-Syndrom, rheumatoider Arthritis, systemischer Lupus erythematodes (ED Februar 2011), Sicca-Syndrom, histologisch gesicherte Sialadenitis, erfüllter ACR Kriterien und Autoimmunthyreoiditis vom Hashimoto-Typ. In der zuletzt durchgeführten Tätigkeit als ... sei die Versicherte vor allem auf der körperlichen Ebene deutlich eingeschränkt. Dabei vor allem beim Heben schwerer Lasten von mehr als 5 kg sowie häufigen Überkopfarbeiten, langem Stehen und Gehen, repetitiver Haltung gebückt sowie bei schweren manuellen und körperlichen Tätigkeiten. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (S. 4).

3.1.6 Am 6. April 2012 berichtete Dr. med. I._____ gegenüber dem Taggeldversicherer von einer massiven chronischen Erschöpfung, Schmerzen und Entzündungen an verschiedenen Gelenken, einer rezidierten Parotitis (bakteriell), rezidierten Pleuritiden und chronischen Kopfschmerzen. Er diagnostizierte ein Overlap-Syndrom und attestierte weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (act. II 35 S. 2).

3.1.7 Dr. med. L._____ bestätigte in ihren Berichten vom 21. Juni (act. II 38 S. 5 ff.) und 24. August 2012 (act. II 38 S. 3 f.) ihre bisherigen Einschätzungen. Ergänzend zu den im undatierten Bericht (act. II 31 S. 2 ff.) gestellten Diagnosen erwähnte sie, die Plaquenil-Therapie habe eine leichte Verbesserung der Beschwerden ergeben. Bis auf weiteres bestehe eine gesundheitlich begründete Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

3.1.8 Die RAD-Ärztin med. pract. K._____ hielt am 20. September 2012 fest, beim fraglichen instabilen Gesundheitszustand und noch nicht vollständiger Ausnutzung sämtlicher schulmedizinischer Therapiemöglichkeiten könnten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilt werden. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie die in ihrer Stellungnahme vom 13. September 2011 (act. II 22 S. 3 ff.) aufgeführten Diagnosen. Es gäbe weder Hinweise auf psychische

Einschränkungen noch auf objektivierbare akute Gelenksveränderungen, Bewegungseinschränkungen etc. Es könne davon ausgegangen werden, dass eine leichte wechselbelastende Tätigkeit ganztags z.B. in der Poliklinik (Augen/HNO/etc.)/Ambulatorium als ... zumutbar wäre (act. II 39 S. 3 ff.).

3.1.9 Im Gutachten vom 18. Juni 2013 (act. II 55.1) berichtete Dr. med. D._____ von einem unauffälligen psychischen und psychosomatischen Gesundheitszustand (S. 6). Eindeutige Hinweise für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung fänden sich nicht. Die Versicherte sei kaum auf die Schmerzen fixiert, zeige keine hypochondrischen Befürchtungen, die Schmerzen bildeten nicht den Hauptfokus ihres Interesses. Es scheine, dass sie die Schmerzen akzeptiert und psychisch integriert habe. Ungünstige krankheitsfremde Faktoren seien teilweise vorhanden, es könne auf die längere Phase der Arbeitsuntätigkeit hingewiesen werden. Die Versicherte sei zudem dekonditioniert. Zusammenfassend zeigten sich bei der Versicherten keine psychogenen Störungen, es sei auch keine psychosomatische Affektion vorhanden. Dies führe dazu, dass sie in ihrer Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt sei (S. 8).

3.1.10 Dr. med. L._____ vermerkte im zwischenzeitlich von der IVB eingeholten Verlaufsbericht vom 28. Mai 2013 (act. II 56), der Gesundheitszustand habe sich verbessert. Für die bekannte Symptomatik mit Myalgien und Arthralgien jedoch verschlechtert, indem neue Gelenksbeschwerden im Bereich der Kniegelenke bds. hinzugekommen seien. Seit der letzten Diagnosestellung habe sich keine Änderung ergeben (S. 1). Für die Tätigkeit als ... bestehe seit dem 22. September 2011 eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2). Die Versicherte sei vor allem beim Heben schwerer Lasten von mehr als 5 kg eingeschränkt sowie bei längerem Stehen und Gehen, zudem auch beim langen Sitzen, bei repetitiven Arbeiten in kauender, kniender und gebückter Haltung. Des Weiteren bestünden Einschränkungen bei Arbeiten in Kälte und Zugluft sowie schweren manuellen und repetitiven Tätigkeiten. Bei der angestammten Tätigkeit als ... wirkten sich die gesundheitlichen Einschränkungen gänzlich negativ aus, da die Versicherte jeweils schwere manuelle Tätigkeiten durchführen, längere Gehstrecken zurücklegen, am Stück Stehen und Arbeiten in ungünstiger kniender

und gebückter Haltung ausführen müsse. Die Versicherte könne in einer leichten Tätigkeit derzeit bei einem Arbeitsversuch 2 Stunden pro Tag arbeiten. Diese Tätigkeit könne leicht bis mittelschwer ausfallen, dabei zu vermeiden seien Heben schwerer Lasten von mehr als 5 kg sowie repetitive schwere manuelle Tätigkeiten (S. 3) sowie kniende, kauernde und gebückte Haltungen. Zudem seien lange Gehstrecken und stereotypes Stehen am Stück zu vermeiden. Prognostisch gesehen wäre eine leichte Tätigkeit zu 50 % in adaptierter Form möglich, unter Einhaltung des Belastungsprofils (S. 4).

3.1.11 Im Gutachten vom 10. Juli 2014 (act II 62.1) führte Dr. med. E. _____ nachstehende Diagnosen auf (S. 13 f. Ziff. 4):

Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Primäres Sjögren-Syndrom (ED 2009) mit/bei

- Sicca-Syndrom, chronischer Sialadenitis histologisch gesichert
- Nicht erosiv-destruktiven Oligo-Polyarthralgien/Arthritiden
- Rezidivierender Parotitis bds.
- Anamnestisch rezidivierenden Pleuritiden
- Positiven ANF-Titer: ANA, SS-A (Ro), SS-B (La), grenzwertigen Antikardiolipin IgM-Antikörpern, passager positiven antimitochondrialen Autoantikörpern
- Polyklonaler Gammadysproteinämie
- Klinisch derzeit mit geringer inflammatorischer Aktivität
- Myofaszialen Schmerzen am Beckengürtel

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Substituierte Autoimmun-Thyreoiditis (Hashimoto-Typ), mit positiver Familienanamnese
- EBV-Seronarbe mit hochtitrigem Anti-EBV-VCA IgG Titer
- Chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne radikuläre Kompression
- Allgemeine Bandlaxität
- Beginnende Rhizarthrose rechts
- St. n. Tonsillektomie
- St. n. Appendektomie
- St. n. Curettage
- St. n. zwei normalen Geburten 1994, 1999
- Anamnestisch mögliche Diclophenac-(Voltaren^R-)Unverträglichkeit

Infolge der von der Versicherten glaubhaft gemachten attackenweise auftretenden Polyarthralgien, der systemisch zu begründenden allgemeinen Leistungsintoleranz und den wechselnd intensiven lumbalen Rückenschmerzen sei die bisherige Arbeitstätigkeit als ... noch zu 4 Stunden pro

Tag zumutbar, davon ausgehend, dass 50 % der anfallenden beruflichen Verpflichtungen als mittelschwer bis schwer und rückenbelastend einzustufen seien und dass die Versicherte, anlässlich eines entzündlichen Schubes der Grunderkrankung, eine zusätzliche aber vorübergehende Reduktion der Leistungsfähigkeit aufweise. Eine zusätzliche rheumatologisch begründbare Verminderung der Leistungsfähigkeit liege nicht vor (S. 16). Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr liege gemäss der zur Verfügung gestellten Dokumentation seit dem 27. September 2010 vor. Es seien seither keine Veränderungen der Arbeitsfähigkeit eingetreten. Die verbleibenden Fähigkeiten könnten in einer Tätigkeit, welche rüchenschonend sei und die peripheren Gelenke schone, besser verwertet werden (S. 17). Ideal wären Arbeitstätigkeiten in einer administrativen Funktion mit der Möglichkeit zu Wechselpositionen. Der Versicherten könne zugemutet werden, repetitiv Gewichte bis maximal 7 kg anzuheben und über kürzere Strecken zu tragen, während 1 bis 1 ½ Stunden zu sitzen und zu stehen sowie Gehstrecken von 1 bis 2 km zurückzulegen. Nicht zumutbar seien Arbeitstätigkeiten mit der Notwendigkeit zu repetitivem Bücken und Aufrichten, Arbeitstätigkeiten in der chronischen Vorneigehaltung des Rumpfes mit und ohne Rumpfrotation, Arbeiten in kniender resp. kauender Stellung und Arbeitstätigkeiten, welche den Einsatz der Hand- und Fingergelenke unter Kraftentwicklung erfordern. Ebenso seien Arbeitstätigkeiten im Akkord bzw. an einem Fließband nicht zumutbar, weil bei diesen die Arbeitsgeschwindigkeit von der Versicherten nicht gesteuert werden könne. Neben der Einhaltung dieser Belastungslimitationen sollte ein zukünftiger Arbeitsplatz der Versicherten ermöglichen, ihre Arbeitsposition und –haltung immer wieder zu verändern. Eine dem Leiden bestens angepasste Tätigkeit könne der Versicherten in einem zeitlichen Rahmen von 8 Stunden pro Tag zugemutet werden, ohne zusätzliche rheumatologisch begründbare Leistungsminderung (S. 18).

Nach der interdisziplinären Beurteilung der Dres. med. E. _____ und D. _____ vom 15. Juli 2014 (act. II 63) ist vollumfänglich auf den rheumatologischen Gesichtspunkt abzustellen. Aus somatisch-rheumatologischer Beurteilung sei der Versicherten als ... eine Arbeitstätigkeit von 4 Stunden pro Tag zumutbar. Einem dem Leiden bestens an-

gepasste Tätigkeit sei in einem zeitlichen Rahmen von 8 Stunden pro Tag zumutbar.

3.1.12 In der Stellungnahme vom 29. Januar 2015 (act. II 73 S. 4 ff.) äusserte sich Dr. med. L. _____ zum rheumatologischen Gutachten dahingehend, als bei der Patientin bei der Erkrankung eine begleitende Müdigkeit vorhanden sei, ein Umstand, welcher in der beruflichen Tätigkeit und bei allgemeinen Leistungen zur Leistungseinbusse führe und auch zur Aufgabe der angestammten Tätigkeit als ... nebst der begleitenden Polyarthralgien geführt habe (S. 4). Es werde immer wieder von der Leistungsintoleranz oder von einer Reduktion der Leistungstoleranz berichtet, jedoch werde diese nie näher beziffert. Je nach Aktivitätszustand der Krankheit könne diese sogar noch weiter reduziert sein, auch dies werde nicht näher angegeben (S. 6). Da diese Leistungsintoleranz für die Versicherte aber sehr einschränkend und störend sei und das Arbeitsprofil vor allem in der angestammten Tätigkeit deutlich belastend sei und einer mittelschweren bis schweren Tätigkeit entspreche, sehe sie aus rheumatologischer Sicht keine zumutbare Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 50 %, zumindest nicht ohne eine Leistungseinbusse. Da aber generell das Heben und Tragen schwerer Lasten von mehr als 7 kg vermieden werden solle, sei diese Tätigkeit so nicht mehr zumutbar, da bei der Tätigkeit als ... das Heben schwerer Lasten von mehr als 7 kg notwendig sei, dies vor allem repetitiv. In einer angepassten Tätigkeit sehe sie entweder eine Arbeitstätigkeit von 50 % mit 100 % Leistung oder eine 100 %-ige Anwesenheit mit 50 % Leistung aufgrund häufiger Pausen im Rahmen der bekannten Leistungsintoleranz (act. II 73 S. 4 ff.).

3.2 Im Beschwerdeverfahren brachten sowohl die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. med. L. _____ als auch die Beschwerdegegnerin einen Bericht von Dr. med. E. _____ bei.

3.2.1 Dr. med. L. _____ berichtete am 11. September 2015, bei der Patientin bestehe ein Overlap-Syndrom, mit auch zusätzlichem systemischem Lupus erythematodes. Der limitierende Faktor bzw. die einschränkende gesundheitliche Störung für die Arbeitsfähigkeit sei bei der Patientin vor allem die ausgeprägte Müdigkeit (Fatigue). Diesbezüglich sei derzeit eine Arbeitsfähigkeit auch in einer leichten Tätigkeit kaum gegeben, da die

Patientin immer wieder längere Pausen einhalten müsste. Des Weiteren könnte sie auch keine volle Arbeitsleistung aufgrund dieser einschränken- den Müdigkeit durchführen. Mit Hilfe der Fatigue severity scale (FSS) lasse sich ein Schweregrad der Fatigue bei verschiedenen Krankheitsbildern einschätzen. Bei der Versicherten bestehe ein Mittelwert von 7, welcher einer ausgeprägten Fatigue entspreche. Dies sei zwar nur eine subjektive Beurteilung der Patientin, spiegle aber die Schwere der Fatigue doch wie- der. Es müsse erwähnt werden, dass die Fatigue bei dieser Patientin nicht Ausdruck eines subjektiven Symptoms sei, sondern eine Begleiterschei- nung im Rahmen der Grunderkrankung des systemischen Lupus erythema- todes und eine relevante Einschränkung im täglichen Leben darstelle (Be- schwerdebeilage [BB] 3).

3.2.2 In der Stellungnahme vom 14. September 2015 (in den Gerichtsak- ten) führte Dr. med. E. _____ aus, die Symptome Müdigkeit und Leis- tungsreduktion seien subjektiv empfundene Beschwerden, die sich häufig nicht objektivieren liessen, ausser es lägen eine Anämie, eine metabolische Begleitstörung, eine Kardiopathie im weiteren Sinne oder eine Mus- kelstörung vor. Diese Funktionsstörungen seien bei der Versicherten nicht vorliegend und könnten somit nicht als Erklärung für die Leistungsintole- ranz herangezogen werden. Sinngemäss blieben die Müdigkeitsgefühle und die Leistungsintoleranz betreffend ihrer Aetiopathogenese nicht ge- klärt. In der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seien die subjektiv geäusserten Symptome berücksichtigt worden. Ebenso seien die aufgeführten Belastungsgrenzen zur Einschätzung der zumutba- ren Arbeitsfähigkeit als ... gebührend berücksichtigt worden. Betreffend die Leistungseinschränkung in einer Verweistätigkeit könne, nach nochmaliger Einschätzung der klinischen Situation, aus rheumatologischer Sicht eine Einschränkung von maximal 20 % anerkannt werden. Er anerkenne die von der Versicherten geäusserte, nicht objektivierbare aber subjektiv empfun- dene Müdigkeit im Rahmen der entzündlichen Systemerkrankung.

3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen

Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 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 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 im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

3.4 Das interdisziplinäre Gutachten der Dres. med. D. _____ und E. _____ vom 18. Juni 2013 bzw. 10. Juli 2014 (act. II 55.1, act II 62.1) inkl. interdisziplinärer Beurteilung vom 15. Juli 2014 (act. II 63) erfüllt die höchstrichterlichen Anforderungen an ein voll beweiskräftiges Gutachten. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen

und sind in Kenntnis der wesentlichen Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Es ist für die streitigen Belange umfassend und überzeugt auch inhaltlich, indem die fachärztlichen Beurteilungen in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind.

3.4.1 Dr. med. D. _____ begründet nachvollziehbar, dass keine psychiatrischen Diagnosen zu stellen sind, was von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten wird. Demgemäss sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einzig die somatischen Diagnosen massgebend (act. II 63).

In diagnostischer Hinsicht bestätigt Dr. med. E. _____ die von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen eines primären Sjögren-Syndroms, einer substituierten Autoimmun-Thyreoiditis, eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms ohne radikuläre Kompression und einer allgemeinen Bandlaxität (act. II 62.1 S. 13 Ziff. 4). Vorliegend ist somit in medizinischer Hinsicht einzig streitig, zu welcher Beeinträchtigung des funktionellen Leistungsvermögens diese Diagnosen führen. Vorab ist festzustellen, dass das vom Gutachter erstellte medizinisch-theoretische Zumutbarkeitsprofil weitgehend mit demjenigen übereinstimmt, welches die behandelnde Ärztin in ihrer Eigenschaft als Gutachterin zuhanden des Krankentaggeldversicherers im Oktober 2011 und als behandelnde Ärztin im Juni 2012 und Juli 2013 erstellte (act. II 25.2 S. 10, act. II 38 S. 6 und act. II 56 S. 3). Danach kann der Beschwerdeführerin zugemutet werden, repetitiv Gewichte bis zu einem Maximalgewicht von 7 kg anzuheben und über kürzere Strecken zu tragen, während 1 bis 1 ½ Stunden zu sitzen und zu stehen und Gehstrecken von 1 bis 2 km zurückzulegen. Dieses Profil entspricht einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit (act. II 62.1 S. 18).

3.4.2 Uneinigkeit besteht dagegen hinsichtlich der zeitlichen Belastung und des Rendements bzw. der anzunehmenden Leistungsminderung. Dr. med. E. _____ legt seiner Beurteilung die Feststellung zugrunde, dass bei der Beschwerdeführerin seit Beginn der Immunerkrankung keine, die allgemeine Leistung und die funktionelle Kapazität beeinträchtigende Organschädigung eingetreten sei und ebenso konventionell-radiologisch keine sichtbaren erosiv-destruktiven Strukturschäden an den peripheren Gelenken nachweisbar geworden seien, mithin eine weitgehend intakte

Funktion und Beweglichkeit der peripheren Gelenke vorliege (act. II 62.1 S. 14 und S. 15 Ziff. 6.1). Diese Feststellung wird im Bericht der behandelnden Ärztin vom 24. August 2012 (act. II 38 S. 3 f.) insoweit bestätigt, als die weiteren Abklärungen bei der Nephrologie, Kardiologie und Pneumologie keine neuen Diagnosen im Rahmen der Grunderkrankung ergeben hätten und das MRI des Schädels ebenfalls keine Beteiligung des systemischen Lupus erythematodes im Sinne einer Vaskulitis zeige (act. II 38 S. 3 Ziff. 2). Weiter schliesst er mit nachvollziehbarer Begründung aus, dass die von der Beschwerdeführerin im Bereich des Beckengürtels und an den beiden Ellbogengelenken geklagten Schmerzen Ausdruck eines entzündlichen Geschehens im Rahmen der Grunderkrankung sind, es sich mithin um myofasziale Schmerzen als Folge einer an diesen Stellen lokalisierten muskulären Dysbalance handelt (act. II 62 S. 14).

3.4.3 Der Kritik der behandelnden Ärztin, welche bereits im Rahmen des Gutachtens des Krankentaggeldversicherers bei hypothetischer und offenkundig schematischer Sichtweise davon ausging, eine systemische inflammatorische Autoimmunerkrankung führe in jedem Fall zu einer allgemeinen fatigue-bedingten Leistungsintoleranz mit einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von bloss noch 50 %, hält der Gutachter mit überzeugender Begründung entgegen, dass es sich bei den Gefühlen von Müdigkeit und Leistungsintoleranz um bloss subjektiv empfundene Symptome handle, welche nur durch das Hinzutreten einer Anämie, einer metabolischen Begleitstörung (u.a. Schilddrüsenunterfunktion, Dyselektrolytämie, erniedrigte Eisenspeicher), einer Kardiopathie im weiteren Sinne oder einer Muskelstörung (Myositis, Myopathie) als leistungseinschränkend objektiviert werden könnten (Stellungnahme Dr. med. E. _____ vom 25. August 2015 S. 2; in den Gerichtsakten). Entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin eignen sich dazu auch Selbstbeurteilungsbögen nicht, geben doch solche bloss subjektive Einschätzungen wieder. Soweit der Gutachter im Rahmen der Gutachtensergänzung der Beschwerdeführerin trotzdem eine fatigue-bedingte Leistungseinbusse von maximal 20 % zugesteht (S. 2 der zuvor erwähnten Stellungnahme), ist für die nachfolgende Invaliditätsbemessung (vgl. E. 5.4 hiernach) festzustellen, dass bei Beachtung dieser Leistungseinschränkung für einen behinderungsbedingten Abzug vom Ta-

bellenslohn, namentlich unter dem Aspekt der häufigeren Pausen für Positionswechsel und dergleichen, kein Raum mehr besteht.

4. Zu prüfen ist der Status der Beschwerdeführerin resp. der Umfang, in welchem sie als Gesunde erwerbstätig wäre.

4.1 Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63).

4.2 Der Abklärungsbericht Haushalt vom 3. Dezember 2014 (act. II 70 S. 2 ff.) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung gemäss E. 4.1 hier vor und ist überzeugend. Die Feststellungen der fachkundigen Abklärungsperson basieren auf eigenen, vor Ort und in Anwesenheit der Beschwerdeführerin durchgeführten Erhebungen. Der Abklärungsbericht ist zudem hinsichtlich der Gewichtung der Tätigkeitsbereiche ausreichend detailliert und den Einschränkungen sowie den Angaben der Beschwerdeführerin wurde angemessen Rechnung getragen. Es besteht kein Anlass, in das Ermessen der Verwaltung einzugreifen.

4.3 Die Beschwerdegegnerin geht im Abklärungsbericht Haushalt von einem Status 80 % Erwerb und 20 % Haushalt aus (act. II 70 S. 5 und 10). Damit zeigt sich die Beschwerdeführerin nicht einverstanden und macht namentlich geltend, sie habe anlässlich der Abklärung angegeben, dass sie

vollzeitlich arbeiten würde. Bereits vor der Geburt der Kinder und auch als die beiden Töchter zwei und sieben Jahre alt gewesen seien, habe sie in einem Vollzeitpensum im ...dienst gearbeitet. Die ...-Stelle im Rahmen von 80 % habe sie im 2002 angenommen, um sich besser um die damals noch kleinen Kinder kümmern zu können. Dennoch sei der Wechsel in den Nachtdienst immer nur vorübergehend gedacht gewesen. Sie habe deshalb den Kontakt mit dem Arbeitgeber gesucht und einen Wechsel in den ...dienst thematisiert. Wegen der Erkrankung habe sie diesen Weg nicht weiter verfolgen können (vgl. Beschwerde S. 5 f. Ziff. 5).

Nach der Aktenlage ist davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin deshalb für ein 80 %-...pensum entschieden hat, weil sie damit betragsmässig einen ähnlichen Lohn erzielte wie bisher und dieses mit dem Aufgabenbereich, namentlich der Kinderbetreuung besser zu vereinbaren war (act. II 70 S. 3 Ziff. 3.4, act. II 69 S. 1). Auch wenn die Kinder nicht mehr betreuungsbedürftig sind, ändert dies nichts daran, dass im Haushalt der Beschwerdeführerin täglich von allen bzw. in der Zeit bis Mai 2014 von drei Familienangehörigen 2 bis 3 Malzeiten eingenommen wurden (act II 70 S. 3 Ziff. 2.1). Im Abklärungsbericht wird denn auch aufgrund einer Rückfrage beim Arbeitgeber ausgeführt, dass der Systemwechsel, wonach es keine ... mehr gegeben hätte, nicht umgesetzt worden ist (act. II 70 S. 4 Ziff. 3.4). Damit ist überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin zwecks besserer Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Aufgabenbereich weiterhin zu 80 % als ... im Gesundheitsfall gearbeitet hätte. Schliesslich liegen auch keine Anhaltspunkte vor, dass die Finanzierung des Lebensunterhalts ein Vollzeitpensum bedingen würde, zumal der Abklärungsdienst nachvollziehbar aufzeigt, dass dies durch ein 80 %-Pensum sichergestellt wäre. Der Status wurde damit korrekt auf 80 % Erwerb und 20 % Haushalt festgesetzt.

5.

5.1

5.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns

nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

5.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). 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 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

5.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222). Unter Berücksichtigung des Wartejahres und der Anmeldung im April 2011

(act. II 2) ist der frühest mögliche Rentenbeginn hier in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG auf Oktober 2011 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen.

5.3 Die Beschwerdeführerin arbeitete zuletzt seit Juni 2001 als ... für die M._____ AG (act. II 13). Diese Anstellung wurde ihr aus gesundheitlichen Gründen per September 2011 gekündigt (act. II 17). Es ist somit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall immer noch in unverändertem Umfang von 80 % (vgl. E. 4.3 hiervor) für die M._____ AG tätig wäre, weshalb das Valideneinkommen grundsätzlich aufgrund des zuletzt – ohne Invalidität – erzielten Lohnes festzustellen ist. Gemäss Fragebogen Arbeitgeber vom 26. April 2011 (act. II 13) und IK-Auszug (act. II 11 S. 2 f.) betrug das Einkommen der Beschwerdeführerin im Jahr 2010 Fr. 73'313.30. Nach dem hier massgebenden Gesamtarbeitsvertrag für das ... (GAV) orientierte sich die Gehaltsentwicklung per 2011 nach den Beschlüssen des Kantons Bern (Art. 13 GAV). Damit ist beim Valideneinkommen der im Jahr 2010 erzielte Jahreslohn von Fr. 73'131.30 um 0.7 % zu erhöhen (Regierungsratsbeschluss [RRB] vom 8. Dezember 2010, 1778/2010: Lohnmassnahmen 2011). Das Valideneinkommen beträgt damit Fr. 73'643.20 (Fr. 73'131.30 / 100 + 0.7 %).

5.4 Da die Beschwerdeführerin keiner ihr zumutbaren angepassten Tätigkeit nachgeht, sind für die Berechnung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne heranzuziehen (vgl. E. 5.1.2 hiervor). Das medizinische Zumutbarkeitsprofil schliesst weder (leichte) handwerkliche Verrichtungen aus noch werden die möglichen Tätigkeiten auf den Dienstleistungssektor beschränkt. Richtigerweise ist deshalb vom Totalwert sämtlicher Wirtschaftszweige auszugehen (vgl. SVR 2002 UV Nr. 15 S. 50 E. 3c cc). Gemäss LSE 2010, TA1, Frauen, Niveau 4, beträgt der Totalwert monatlich Fr. 4'225.--. Aufgerechnet auf die allgemeine wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2011 von 41.7 Stunden und angepasst an die Lohnentwicklung (Nominallohnindex, Tabelle T1.2.10, Frauen, Total, Index Jahr 2010: 100 Punkte, Index Jahr 2011: 101.0 Punkte [abrufbar unter www.bfs.admin.ch]) resultiert, unter Berücksichtigung der verminderten Arbeits- und Leistungsfähigkeit von maximal 20 %, für 2011 ein Invalideneinkommen von Fr. 42'706.65 (Fr. 4'225.-- / 100 x 101 x 12 / 40h x 41.7h x 0.8). Da den

medizinischen Einschränkungen bereits mit der reduzierten Arbeits- und Leistungsfähigkeit umfassend Rechnung getragen wird, besteht weder für einen behinderungsbedingten Abzug Raum (vgl. u.a. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 7. März 2014, 9C_841/2013, E. 4.6) noch liegen andere Gründe (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301) vor, welche Anlass zu einem Abzug vom Tabellenlohn geben.

5.5 Folglich resultiert bei einer invaliditätsbedingten Einbusse von Fr. 30'936.55 (Fr. 73'643.20 - Fr. 42'706.65) ein Invaliditätsgrad im Erwerb von gewichtet 33.6 % (Fr. 30'936.55 / Fr. 73'643.20 x 0.8 [Status]).

5.6 Entsprechend der von der Beschwerdeführerin unbestritten gebliebenen, überzeugenden Beurteilung der Abklärungsfachperson ist von einer Einschränkung im Haushalt von 1.2 % auszugehen (act. II 70 S. 6 ff. Ziff. 6). Folglich resultiert ein IV-Grad im Aufgabenbereich von gewichtet 0.24 % (1.2 % x 0.2 [Status]).

5.7 Zusammenfassend resultiert bei einem Status 80 % Erwerb und 20 % Haushalt ein Gesamtinvaliditätsgrad von gerundet 34 % (33.6 % + 0.24 %; zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 f. S. 123). Damit besteht kein Anspruch auf eine IV-Rente.

6. Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

7.

7.1 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.

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens werden die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, der unterliegenden Beschwerdeführerin

aufgelegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Sie werden dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

7.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
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):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin (samt Eingabe vom 4. Juli 2016 im Doppel)
 - 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.