

200 15 1091 IV
SCP/JAP/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. Oktober 2016

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch B. _____, lic. iur. C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. November 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1959 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich unter Hinweis auf Rückenbeschwerden am 27. Oktober 1994 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1.1/136-147). Diese beurteilte das Leistungsgesuch mit Verfügung vom 11. Juni 1997 (AB 1.1/61 f.) abschlägig. Eine hiergegen erhobene Beschwerde (AB 1.1/54-57) wies das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 11. Dezember 1997, IV 50280 (AB 1.1/31-41), ab.

B.

Nachdem die IVB auf eine undatierte (am 18. Januar 2006 eingelangte) Neuanmeldung (AB 3) mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 10. März 2006 (AB 9) mangels glaubhaft gemachter Sachverhaltsänderung nicht eingetreten war, stellte die Versicherte unter Hinweis auf eine Brustkrebserkrankung am 5. August 2013 ein erneutes Leistungsgesuch (AB 23). Die IVB ermittelte daraufhin gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten (AB 66) einen Invaliditätsgrad von 14 % und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 9. Juli 2015 (AB 67) die Abweisung des Gesuchs hinsichtlich einer Invalidenrente in Aussicht. Nach erhobenem Einwand (AB 68, 76, 83) und Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; AB 80 f.) verneinte die IVB entsprechend dem Vorbescheid mit Verfügung vom 6. November 2015 (AB 84) einen Rentenanspruch.

C.

Mit Eingabe vom 8. Dezember 2015 erhob die Versicherte, vertreten durch lic. iur. C. _____ vom B. _____ Beschwerde. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei kostenfällig aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Ein gleichzeitig

gestelltes Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zog sie am 16. Dezember 2015 vorbehaltlos zurück.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 18. Januar 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Am 10. Februar 2016 legte die Beschwerdeführerin einen medizinischen Bericht vom 21. Januar 2016 ins Recht (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 3), worauf die Beschwerdegegnerin im Rahmen einer ergänzten Beschwerdeantwort vom 7. März 2016 eine Stellungnahme des RAD vom 3. März 2016 (in den Gerichtsakten) einreichte.

Mit Replik vom 11. Mai 2016 bzw. Duplik vom 26. Mai 2016 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Verfügungen. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungs-

rechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 6. November 2015 (AB 84). 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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 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).

2.3 Liegt eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor, sind die nachfolgenden Grundsätze zu beachten, wobei diese auch für vergleichbare Beschwerden gelten, denn aus Gründen der Rechtssicherheit ist es geboten, sämtliche psychosomatischen Leiden den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen (BGE 141 V 281 E. 4.2 S. 298, 139 V 346 E. 2 S. 346, 137 V 64 E. 4.3 S. 69, 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283).

2.3.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind. Die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung führt im Weiteren nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Ver-

halten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287).

2.3.2 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Vermutung, wonach eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer ätiologisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, aufgegeben (E. 3.5). Unverändert ist jedoch auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen «Validität» der versicherten Person auszugehen ist (E. 3.7.2). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird – gemäss erwähntem Entscheid – durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 3.6). Es gilt neu im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3), welche sich in die Kategorien «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) und «Konsistenz» einteilen lassen (E. 4.4). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

2.4 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.

2.5 Wurde eine Rente oder eine andere Dauerleistung wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen

zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

3.

3.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung eingetreten, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht zum Schluss gelangte, die Beschwerdeführerin habe keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. In der ursprünglichen Verfügung vom 11. Juni 1997 (AB 1.1/61 f.) wurde ein Anspruch auf Invalidenversicherungsleistungen mit der Begründung verneint, dass sich die Beschwerdeführerin einer zumutbaren Operation der bestehenden Diskushernie (AB 1.1/89, 1.1/98, 1.1/99 Ziff. 1) widersetzt habe. Im Rahmen der Neuanmeldung im Jahr 2006 machte die Beschwerdeführerin weiterhin einzig Rückenbeschwerden geltend (AB 3/5 Ziff. 7.2), wobei keine materielle Anspruchsprüfung erfolgte und am 10. März 2006 ein Nichteintretensentscheid erging (AB 9). Es ist unbestritten und aktenmässig ausgewiesen, dass mit der im März 2013 diagnostizierten Brustkrebserkrankung (AB 29/1 Ziff. 1.1, 29/6) und mindestens dreimonatiger (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV) konsekutiver Arbeitsunfähigkeit (AB 29/3 Ziff. 1.6) im Vergleich zur Referenzlage im Jahr 1997 (AB 1.1/61 f.) bis zum Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 6. November 2015 (AB 84) in den tatsächlichen Verhältnissen eine erhebliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.5 hiervor). Damit ist der Rentenanspruch allseitig frei zu prüfen (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

3.2 Im medizinischer Hinsicht basiert die angefochtene Verfügung vom 6. November 2015 (AB 84) auf dem polydisziplinären Gutachten der D. _____ (fortan MEDAS) vom 2. Juli 2015 (AB 66). Darin wurden die folgenden Diagnosen gestellt (AB 66.1/22 Ziff. 4.1 f.):

Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit:

- Bilaterale Intervertebralgelenksarthrosen, linksbetont, zwischen dem dritten und vierten, dem vierten und fünften sowie dem fünften Lendenwirbel und dem Sakrum, mit:
 - beidseitigen Rezessusstenosen zwischen dem vierten und fünften Lendenwirbel
 - breitbasigen Diskusprotrusionen zwischen dem vierten und fünften sowie dem fünften Lenden- und ersten Sakralwirbel, bei:
 - klinisch und bildgebend regredientem Verlauf der 1993 objektivierten Diskushernie zwischen dem fünften Lendenwirbel und dem Sakrum
- Mediale Gonarthrose beidseits, linksbetont, mit:
 - Periarthropathie
 - Status nach Meniskektomie links im Jahr 2006

Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert:

- Dysthymia (ICD-10: F34), bei:
 - anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), mit:
 - generalisiertem, linksbetontem fibromyalgiformem Syndrom
 - abnormem Schmerzgebaren, Symptomenverstärkung und Selbstlimitierung
- Adipositas «simplex» (Body-Mass-Index [BMI] 32.5kg/m²), bei:
 - positiver Familienanamnese (Vater)
- Dyslipidämie, mit:
 - Hypercholesterinämie
 - erhöhtem atherogenem Index

Die Gutachter attestierten für die zuletzt ausgeführte Tätigkeit unter bestimmten Rahmenbedingungen (Wechselposition ohne länger als ein bis zwei Stunden dauernde Verrichtungen im Stehen und ohne Heben und Tragen von mehr als zehn Kilogramm, wobei die rheumatologischen Befunde die Grenze setzen) eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Auch jede andere Tätigkeit erachteten sie unter Beachtung derselben Anforderungen als uneingeschränkt zumutbar, wobei zusätzlich keine grossen Reinigungsarbeiten im Stehen mit häufiger lumbaler Extension ausgeführt werden sollten sowie häufigeres Knien zu vermeiden sei (AB 66.1/23 Ziff. 5.2 f.). Sie erklärten unter anderem, es habe nie eine langdauernde, nicht behandelbare und irreversible Gesundheitsschädigung vorgelegen, die Phasen mit dem Mammakarzinom und dessen Behandlung sei transitorisch gewesen, ebenso diejenige mit der Diskushernie im Jahr 1993 (AB 66.1/23 Ziff. 5.4).

3.3 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu-

chungen 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).

3.4 Das MEDAS-Gutachten vom 2. Juli 2015 (AB 66) erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.3. hiavor) und erbringt vollen Beweis.

3.4.1 Was die im März 2013 diagnostizierte Brustkrebserkrankung angeht, zeigte Dr. med. E. _____, Facharzt für Medizinische Onkologie FMH sowie Allgemeine Innere Medizin FMH, in seinem Teilgutachten (AB 66.4) nachvollziehbar und überzeugend auf, dass sich im Explorationszeitpunkt keine Hinweise für ein Rezidiv des Mammakarzinoms ergaben und das klinische Bild keinem krebskrankheits- oder therapieassoziierten Syndrom entsprach (AB 66.4/4 Ziff. 5). Diese Einschätzung stimmt mit jener des behandelnden Dr. med. F. _____, Facharzt für Medizinische Onkologie FMH sowie Allgemeine Innere Medizin FMH, überein. Dieser wies im Bericht vom 5. August 2015 (AB 72) darauf hin, dass die Beschwerdeführerin seitens des Mammakarzinoms zurzeit rezidivfrei sei und von einem statistisch gesehen massiv reduzierten Rückfallrisiko auszugehen sei; eine IV-Berentung sei somit aus onkologischer Sicht nicht zu begründen. Die Beschwerdeführerin selbst gab denn auch an, keine Angst davor zu haben, dass der Brustkrebs erneut auftreten könne (AB 66.1/16 Ziff. 1.2.4). Der behandelnde Onkologe hatte ursprünglich ab 2. April 2013 für unbestimmte Zeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert und später eine Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit im angestammten Beruf zirka ein bis zwei Monate nach Abschluss der Chemotherapie prognostiziert (AB 29/3 Ziff. 1.6 f.). Nach dem letzten Zyklus der adjuvanten Chemotherapie am 30. August 2013 (AB 29/2 Ziff. 1.5) unterzog sich die Beschwerdeführerin anfangs Dezember 2013 einer Protheseneinlage, womit

die weitere Arbeitsunfähigkeit begründet war (AB 38/4 Ziff. 1). Ab März 2014 erachtete Dr. med. F._____ den beruflichen Wiedereinstieg als möglich, dies scheiterte nach der Aktenlage jedoch am Umstand, dass die bisherige Arbeitsstelle arbeitgeberseitig gekündigt worden war (AB 38/2 Ziff. 5, 38/4 Ziff. 2). Im Verlaufsbericht vom 28. Juli 2014 (AB 45) wies der Onkologe darauf hin, dass die Beschwerdeführerin nunmehr an einem diffusen weichteilrheumatischen Schmerzsyndrom vom Typ Fibromyalgie leide und deswegen in rheumatologischer Behandlung stehe, er bezeichnete leichte körperliche Arbeiten aber als zumutbar (AB 45/4 Ziff. 1 und 3). Damit ist erstellt, dass die ausschliesslich durch das Mammakarzinom bedingte und damit aus onkologischer Sicht begründete Arbeitsunfähigkeit noch während des Wartejahres (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG) überwiegend wahrscheinlich im Zeitpunkt der rheumatologischen Behandlungsaufnahme im September 2013 (AB 34/6) von diesen rheumatologischen Beschwerden sowie einer (weiteren) psychischen Reaktion als Folge der Kündigung des Arbeitsplatzes (vgl. E. 3.4.3 hiernach) überlagert wurde.

3.4.2 Hinsichtlich des weichteilrheumatischen Schmerzsyndroms hielt die ab September 2013 behandelnde Dr. med. G._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH sowie Rheumatologie FMH, im Bericht vom 3. Oktober 2013 (AB 34/6 f.) fest, dass labordiagnostisch Hinweise für eine entzündliche rheumatische Erkrankung oder eine Konnektivitis mit Muskelbeteiligung fehlten (AB 34/6). Indes sei im Labor ein nicht messbares Vitamin D aufgefallen, was die weichteilrheumatischen Beschwerden verstärken und die Trainierbarkeit der Muskulatur reduzieren könne (AB 34/7). Als Therapieoptionen erkannte die Rheumatologin eine Behandlung mit Vitamin D3, physiotherapeutische Massnahmen und zur Schmerzdistanzierung die Verschreibung von Anafranil (AB 34/7, 76/4). Anlässlich der MEDAS-Begutachtung stellte Dr. med. H._____, Facharzt für Rheumatologie FMH sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, einen Vitamin D-Mangel (AB 66.2/3 Ziff. 4.2 Ziff. 3) fest und konnte im Serum den Wirkstoff des angeblich eingenommenen Anafranil nicht nachweisen (AB 66.1/21). Zudem gab die Beschwerdeführerin an, die Physiotherapie im Februar 2015 sistiert zu haben (AB 66.2/1 Ziff. 2). Im Lichte dieser Feststellungen ist von einer Malcompliance auszugehen und wird offensichtlich, dass Dr. med. G._____ von falschen Annahmen ausging,

als sie im Schreiben vom 24. Juli 2015 (AB 76/4 f.) festhielt, trotz all der von ihr verordneten Massnahmen sei die Situation unbefriedigend. Insoweit ist dieses Schreiben nicht geeignet, den Beweiswert der gutachterlichen Beurteilung von Dr. med. H. _____ zu erschüttern. Hinzu kommt, dass der RAD-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, zutreffend darauf hinwies, dass die von Dr. med. G. _____ zusätzlich postulierte Diagnose einer Periarthritis humeroscapularis (PHS) tendinotica links (AB 76/3 f.) mittels gezielter Infiltrationen behandelbar und deshalb nicht invalidisierend ist (AB 80 f.; vgl. JÜRGEN FISCHER, Schmerztherapie mit Lokalanästhetika, 2. Aufl. 2010, S. 48). Im Übrigen erscheint widersprüchlich, dass Dr. med. G. _____ sich am 24. Juli 2015 nicht vorstellen konnte, wie ihre Patientin einer ausserhäuslichen Tätigkeit nachgehen könne (AB 76/4), am 15. September 2015 aber – ohne nähere Begründung – immerhin eine 50%ige Erwerbstätigkeit für möglich hielt (AB 76/3).

3.4.3 Auch das psychiatrische Teilgutachten (AB 66.3) von Dr. med. J. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ist schlüssig. Der Gutachter zeigte auf, dass die Beschwerdeführerin durch die Kündigung des letzten Arbeitsverhältnisses eine schwere Kränkung erlitt und ihr die emotionale Verarbeitung offensichtlich sehr schwer fiel (AB 66.3/5 Ziff. 5). Dass demnach ein reaktives Geschehen vorlag – welches keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 17. Februar 2016, 9C_668/2015, E. 3) –, korreliert mit der Einschätzung der seit Februar 2014 behandelnden Dr. med. N. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welche allerdings von einer reaktiven Depression infolge des Mammakarzinoms ausging (AB 73/1). Die Letztere benannte indes keine Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, weshalb es die unterschiedliche Natur ihres Behandlungsauftrags einerseits und Begutachtungsauftrag von Dr. med. J. _____ andererseits nicht zulässt, das Administrativgutachten in Frage zu stellen (vgl. SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Dasselbe gilt für den Hausarzt sowie die behandelnde Gynäkologin, die aus fachfremder Perspektive eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigten, ohne diese mittels differenzierter Begründung nachvollziehbar herzuleiten (AB 82, 83/2). Was die von Dr. med.

J._____ anhand der sog. Foerster-Kriterien geprüfte und bejahte Frage der Überwindbarkeit der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung diffuser Art (ICD-10: F45.4) anbelangt (AB 66.3/5 f. Ziff. 4.2 und Ziff. 5), wies die Beschwerdeführerin zutreffend auf die mit BGE 141 V 281 mittlerweile erfolgte Praxisänderung hin (Beschwerde S. 3 Ziff. IV Ziff. 2). Es ist somit zu eruieren, ob die funktionellen Auswirkungen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung – bzw. der Fibromyalgie (AB 66.1/22 Ziff. 4.2) als damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70 ff.) – anhand der der sog. Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (vgl. E. 2.3.2 hiervor). Im MEDAS-Gutachten vom 2. Juli 2015 (AB 66), welches kurz nach der Praxisänderung vom 3. Juni 2015 fertiggestellt wurde und auf Explorationen vom Mai 2015 (AB 66.1/1) basiert, ist dabei in intertemporalrechtlicher Hinsicht eine schlüssige Beurteilung im Lichte des mittlerweile massgeblichen Prüfungsrasters zu erblicken (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 S. 309; Beschwerdeantwort S. 3 lit. C Ziff. 9).

4.

4.1 Vorab nachzugehen ist der Frage, ob die besagten psychosomatischen Diagnosen unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhalten (vgl. E. 2.3.1 hiervor). Diesbezüglich ist augenfällig, dass sich im Rahmen der MEDAS-Begutachtung Hinweise auf eine Aggravation sowie diverse Inkonsistenzen ergaben. So fiel Dr. med. K._____, Facharzt für Endokrinologie/Diabetologie FMH und Allgemeine Innere Medizin FMH, beim Erheben des Allgemeinzustand ein groteskes Hinken der Explorandin auf, als sie vornüber auf ihren Rollator gestützt schwer schnaufend ins Untersuchungszimmer kam, wo sie während drei Stunden, ohne je aufzustehen, unauffällig im Stuhl sass und sich danach auch unauffällig ihrer Kleider entledigte (AB 66.1/18 Ziff. 2.1, 66.1/21 Ziff. 3). Wohl wurde im Konsiliarbericht vom 21. Januar 2016 (BB 3) zuhänden des Hausarztes seitens der Dres. med. L._____ und M._____, beides Fachärzte für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, nunmehr eine periphere vestibulo-kochleäre Funktionsstörung rechts (ICD-10: H81.3) diagnostiziert und erklärt, im Zusammenhang mit der seit zwei Jahren persistieren-

den Gangunsicherheit liege nicht ein rein psychogener Schwindel vor, es handle sich zumindest um einen partiell wesentlichen organischen Teil. Die vestibulo-kochleäre Funktionsstörung ist jedoch behandelbar und nicht geeignet, die groteske Beschwerdesymptomatik zu erklären. Zudem wurde in diesem erst nach der angefochtenen Verfügung vom 6. November 2015 (AB 84) erstellten Bericht (vgl. zum gerichtlichen Überprüfungshorizont: BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) keine Indikation für die Benutzung eines Rollators gestellt und auch aus keinem anderen medizinischen Bericht ergibt sich ein begründeter Bedarf für dieses Hilfsmittel. Zudem gab die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung an, den Rollator zu benutzen, weil es zu einer Schmerzexazerbation beim Gehen komme und bei längerem Stehen das Knie «versteife» (AB 66.1/15 Ziff. 1.2.4). Auch die RAD-Ärztin med. pract. N._____, Praktische Ärztin, wies in ihrer Stellungnahme vom 3. März 2016 (in den Gerichtsakten) darauf hin, dass die Beschwerdeführerin den Rollator gar nicht wegen eines angeblichen Schwindels angeschafft haben soll.

Gemäss Dr. med. K._____ erreichte die Beschwerdeführerin hyperventilierend einen Finger-Boden-Abstand von 45 Zentimetern, in deutlichem Gegensatz zur Beobachtung beim späteren Anziehen, als sie die Klettverschlüsse der Schuhe ohne weiteres im Bücken zuschliessen konnte (AB 66.1/18 Ziff. 2.1). Während der Anamnese gestikulierte sie recht lebhaft, was im Widerspruch dazu bei der Untersuchung anscheinend nicht mehr möglich war (AB 66.1/18 Ziff. 2.1). Dr. med. K._____ führte im Gutachten den Vermerk «Verdeutlichungstendenz +++» auf (AB 66.1/19 Ziff. 2.1). In der Zusammenfassung beurteilte er das Verhalten als starke Verdeutlichungstendenz, eventuell eine Aggravation (AB 66.1/21 Ziff. 3).

Im Rahmen der rheumatologischen Exploration stellte Dr. med. H._____ als klinischen Befund deutlich positive Waddell-Zeichen fest (AB 66.2/2 Ziff. 3.1), was für eine nichtorganische Pathologie bzw. ein abnormes Schmerzverhalten spricht (vgl. WIDDER/GAIDZIK [Hrsg.], Begutachtung in der Neurologie, 2. Aufl. 2011, S. 80; VILLIGER/SEITZ [Hrsg.], Rheumatologie in Kürze, 2. Aufl. 2006, S. 166). Er wies zudem auf eine deutliche Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung der Belastungstoleranz durch die Beschwerdeführerin und den fassbaren Befunden hin; die Symptom-

verdeutlichung sowie die Selbstlimitierung überwögen. Das abnorme Schmerzgebaren sei im Übrigen bereits bei einer früheren fachärztlichen Untersuchung im Jahr 2006 (AB 8/1) beobachtet worden (AB 66.2/4 Ziff. 5).

Ob die erwähnten Hinweise als Ausschlussgründe zu werten sind, aufgrund welcher sich die Annahme einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung von vornherein verbietet (Beschwerdeantwort S. 4 lit. C Ziff. 11) oder diese Hinweise nicht genügen (Beschwerde S. 4 Ziff. IV Ziff. 2 Lemma 5), kann hier letztlich offen bleiben, denn die Standardindikatoren sprechen jedenfalls gegen eine funktionelle Auswirkung der somatoformen Schmerzstörung bzw. Fibromyalgie (vgl. E. 4.2 f. hiernach).

4.2 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie «funktioneller Schweregrad» (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.):

4.2.1 Mit Bezug auf den Komplex *Gesundheitsschädigung* (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich Folgendes:

4.2.1.1 Die Beschwerdeführerin pflegt tägliche Kontakte mit einem ihrer Söhne, der Schwiegertochter und den drei Enkelkindern. Sie ist in der Lage mit ihren Nachkommen Spaziergänge zu unternehmen und die Enkelkinder zu betreuen (AB 66.3/2 Ziff. 2). Sie hat ein gutes Verhältnis mit den beiden Söhnen sowie den Geschwistern (AB 66.1/12 Ziff. 1.2.2). Sie nimmt an der Entwicklung der Nachkommen regen Anteil, hat ein herzliches Verhältnis zu den drei Enkelkindern und freute sich auf das vierte (AB 66.1/12 Ziff. 1.2.2, 66.3/4 Ziff. 2). Sie versucht mit den vielen Landsleuten, die sie in ... kennt, in Kontakt zu bleiben (AB 66.3/4 Ziff. 2) und kommuniziert gelegentlich mit Drittpersonen über das Internet (Skype; AB 66.4/2 Ziff. 2). Sie interessiert sich ... (AB 66.1/13 f. Ziff. 1.2.2). Dies deutet auf in weiten Teilen erhaltene Alltagsfunktionen hin, was mit den Schmerzangaben (ubiquitäre Schwäche und diffuse Schmerzen [AB 66.1/14 f. Ziff. 1.2.4, 66.1/20 f. Ziff. 3]) nicht vereinbar ist. Eine schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) fällt vor diesem Hintergrund ausser Betracht (vgl. Entscheid des BGer vom 21. April 2016, 9C_367/2015, E. 3.3.2)

4.2.1.2 Bezüglich Behandlungserfolg bzw. -resistenz (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) fällt auf, dass Dr. med. J. _____ eine gewisse

Chronifizierungstendenz und ein bescheidenes Behandlungspotential feststellte (AB 66.3/7 Ziff. 7), die Beschwerdeführerin jedoch erst seit Februar 2014 in psychotherapeutischer Behandlung steht (AB 73/1) und gemäss Laborergebnis (AB 66.5/3 [Wirkstoff Clomipramin]) hinsichtlich der verordneten Pharmakotherapie mit Anafranil (AB 76/4) offensichtlich malcompliant war (AB 66.1/21, 66.1/23 Ziff. 5.3, 66.4/2 Ziff. 2). Zudem sistierte sie die Physiotherapie im Februar 2015 (AB 66.2/1 Ziff. 2), während im MEDAS-Gutachten aktive Heilgymnastik empfohlen wurde (AB 66.1/23 Ziff. 5.3, 66.2/5 Ziff. 7), was auf weiterhin vorhandene Therapieoptionen hindeutet. Bei dieser Ausgangslage verbietet sich die Annahme einer Behandlungsresistenz. Dieser Indikator spricht somit gegen eine rechtserhebliche Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit.

4.2.1.3 Die bisherigen Kriterien der «psychiatrischen Komorbidität» und «körperlichen Begleiterkrankung» wurden zu einem einheitlichen Indikator zusammengefasst. Relevant ist die Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge des psychosomatischen Leidens zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 301). Die degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat schlagen sich in spezifischen Anforderungen an die noch möglichen Arbeitstätigkeiten nieder, was im medizinischen Zumutbarkeitsprofil berücksichtigt wurde und weder die Präsenzzeit noch die Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (AB 66.1/23 Ziff. 5.1 f.). Die Dysthymie (ICD-10: F34) fällt nicht ins Gewicht, da sie rechtsprechungsgemäss prinzipiell nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleichkommt und es damit an einer relevanten psychischen Komorbidität fehlt (vgl. Entscheid des BGer vom 6. März 2014, 8C_806/2013, E. 6.2).

4.2.2 Dafür, dass der Komplex *Persönlichkeit* (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) einer Erwerbstätigkeit entgegenstehe, bestehen keine Anhaltspunkte. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. J. _____ fand keine Ich-Störungen und die Affektivität war lediglich insoweit beeinträchtigt, als das Vitalgefühl reduziert war (AB 66.3/5 Ziff. 3.1). Er schloss aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin nach der ersten Abweisung des Leistungsbegehrens im Zusammenhang mit ihren Rückenbeschwerden wieder zur vollumfänglichen Arbeitstätigkeit

zurückfand, auf eine Kompetenz und Widerstandskraft im Umgang mit Problemen (AB 66.3/5 Ziff. 5). Es bestehen also in der Persönlichkeit angelegte Fähigkeiten, welche positive Rückschlüsse auf das Leistungsvermögen zulassen.

4.2.3 Der Komplex *Sozialer Kontext* (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) spricht klar gegen die rechtliche Anerkennung der geltend gemachten Einschränkungen, hält das soziale Umfeld doch bedeutende Ressourcen bereit. Ein sozialer Rückzug hat nur in Ansätzen stattgefunden, die Kontakte wurden reduziert, wobei das Leiden des Ehegatten ebenso wie der Geldmangel – also psychosoziale Aspekte – eine Rolle spielen dürften und die Beschwerden alleine diesbezüglich einen geringen Anteil ausmachen (AB 66.3/6 Ziff. 5). Die Beschwerdeführerin betreut regelmässig ihre Enkelkinder und unternimmt mit ihnen Spaziergänge, sie hat Kontakt zu Verwandten sowie Landsleuten und ihr ist es möglich praktisch jedes Jahr in ihrer Heimat Ferien zu verbringen (AB 66.3/2 Ziff. 2).

4.3 In der Gesamtbetrachtung fehlt es am erforderlichen funktionellen Schweregrad der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. des fibromyalieformen Syndroms. Die Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 zeigt weder im Komplex Gesundheitsschaden (psychische/somatische Komorbidität; Behandlungs- und Eingliederungserfolg bzw. -resistenz) noch im Komplex Persönlichkeit (persönliche Ressourcen; sozialer Kontext) eine negative Beeinflussung. Eine Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) erübrigt sich vor diesem Hintergrund (vgl. BGer 9C_367/2015, E. 4). Damit kann auch aus rechtlicher Sicht den Schlussfolgerungen im MEDAS-Gutachten gefolgt und unter Einhaltung des Zumutbarkeitsprofils von einer uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen dieser Ausgangslage.

5.

5.1 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).

Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

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 (BFS) 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 pflichtgemäsem 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

5.2.1 Das letzte Arbeitsverhältnis wurde krankheitsbedingt aufgelöst (AB 66.3/5 Ziff. 5) und bestünde im hypothetischen Gesundheitsfall überwiegend wahrscheinlich weiterhin. Wohl wäre der Beschwerdeführerin diese angestammte Tätigkeit nach der beweiskräftigen MEDAS-Beurteilung – unter Einhaltung bestimmter Kautelen – weiterhin uneingeschränkt zumutbar. Insbesondere bezüglich des Hebe- und Tragelimits von zehn Kilogramm (AB 66.1/23 Ziff. 5.1) hätte ihr Aufgabenbereich jedoch leicht angepasst werden müssen (seltenes Heben oder tragen von Gewichten von 10-25 bzw. über 25 Kilogramm [AB 28/5]). Vor diesem Hintergrund ist nicht von vornherein erstellt, dass die Beschwerdeführerin trotz Gesundheitsschaden immer noch dasselbe Einkommen erzielen könnte und kann auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs nicht verzichtet werden.

Die Beschwerdegegnerin stellte für das Valideneinkommen richtigerweise auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin ab. Demnach betrug das Einkommen ab Mai 2013 Fr. 4'658.35 pro Monat (AB 28/3 Ziff. 2.10), mithin Fr. 60'559.-- (Fr. 4'658.35 x 13 Monate) pro Jahr. Die Verwaltung berücksichtigte offenbar die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2015 (AB 84/2), der für den Einkommensvergleich massgebende frühestmögliche Rentenbeginn liegt jedoch – unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG; AB 23/6 Ziff. 11) sowie des Wartejahres (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; AB 29/3 Ziff. 1.6 f.) – im Jahr 2014. Auszugehen ist somit von einem Valideneinkommen Fr. 61'383.-- (Fr. 60'559.-- / 102.9 x

104.3 [BFS, Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, Wirtschaftszweig I {Gastgewerbe und Beherbergung}, Index 2013 bzw. 2014]).

5.2.2 Die Beschwerdeführerin hat keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, weshalb die Beschwerdegegnerin sich beim Invalideneinkommen zulässigerweise auf die statistischen Werte der LSE stützte. Ausgehend von der LSE 2012, angepasst an die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit und aufindexiert auf das Jahr 2014, resultiert ein hypothetisches Jahresgehalt von Fr. 52'248.-- (Fr. 4'112.-- [BFS, LSE 2012, Frauen, Total, Kompetenzniveau 1] x 12 Monate / 40 Wochenarbeitsstunden x 41.7 [BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit {BUA}, Total, 2014] / 102.0 x 103.6 [BFS, Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, Total, Index 2012 bzw. 2014]). Ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug ist in Anbetracht der uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit und unter Berücksichtigung der weiteren diesbezüglichen Aspekte (vgl. E. 5.1.2 hiervor) nicht gerechtfertigt.

5.3 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert ein aufgerundeter (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) und rentenausschliessender (vgl. E. 2.4 hiervor) Invaliditätsgrad von 15 % ([Fr. 61'383.-- ./ Fr. 52'248.--] / Fr. 61'383.-- x 100). Somit ist die angefochtene Verfügung vom 6. November 2015 (AB 84) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
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
 - 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.