

200 20 801 IV  
SCI/LUB/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 11. März 2021**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Lüthi

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. September 2020



## Sachverhalt:

### A.

Die 1989 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im März 2009 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2). In der Folge erteilte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) der Versicherten Kostengutsprachen für ein Aufbautraining vom 27. September bis 19. Dezember 2010 und ein Arbeitstraining vom 31. Januar bis 28. August 2011 in der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ (act. II 32, 35 f., 39 f., 43 f., 49). Mit Verfügung vom 13. Oktober 2011 (act. II 52) schloss sie die Eingliederungsmassnahmen ab und verneinte mit Verfügung vom 5. Juli 2012 (act. II 72) einen Rentenanspruch. Diese Verfügungen blieben unangefochten.

Mit Schreiben vom 23. Juli 2012 (act. II 73) gelangte die Versicherte mit der Bitte an die IVB, die berufliche Eingliederung zu besprechen. Daraufhin wurden ihr eine berufliche Grundabklärung im "FIRST<sup>EP</sup>" der Psychiatrischen Dienste D.\_\_\_\_\_ vom 21. Januar bis 15. Februar 2013 (act. II 80, 86), ein weiteres Arbeitstraining in der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ vom 17. Juni 2013 bis 31. Januar 2014 (act. II 93, 98, 100, 113, 118, 122) und eine erstmalige berufliche Ausbildung zur ... vom 10. Februar 2014 bis 30. Juni 2017 in der ... (act. II 127, 151) gewährt. In deren Rahmen absolvierte die Versicherte ein Praktikum in der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ vom 1. Februar 2016 bis 31. Juli 2017 (act. II 165, 178, 192, 199). Im Juli 2017 schloss sie die Ausbildung erfolgreich ab (act. II 191). Mit Mitteilung vom 31. August 2017 (act. II 200) lehnte die IVB (weitere) Eingliederungsmassnahmen ab und veranlasste eine Begutachtung durch Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Gutachten vom 30. April 2018; act. II 209.1). Nach Stellungnahmen des Arztes des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 211 S. 4, act. II 224 S. 3), forderte die IVB die Versicherte im Sinne der Schadenminderung zur vollständigen Abstinenz von Cannabis und Durchführung einer stationären bzw. teilstationären Therapie auf (act. II 212, 225). Die Therapie wurde vom 26. Februar bis 17. Mai 2019 in der Klinik G.\_\_\_\_\_ durchgeführt (act. II 241). Im

Anschluss holte die IVB abermals eine Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. F. \_\_\_\_\_ ein, welcher mangels Verwertbarkeit des (ersten) Gutachtens die Einholung eines neuen psychiatrischen Gutachtens für erforderlich hielt (act. II 251 f.). Am 10. Oktober 2019 gewährte die IVB der Versicherten das rechtliche Gehör betreffend die geplante Begutachtung durch Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 255). Mit Schreiben vom 17. Oktober 2019 (act. II 257) erklärte sich die Versicherte mit der vorgesehenen Begutachtung nicht einverstanden und beantragte, eine ergänzende Stellungnahme bei Dr. med. E. \_\_\_\_\_ einzuholen. Nach einer weiteren Stellungnahme des RAD-Psychiaters (act. II 259 S. 2) hielt die IVB mit Verfügung vom 24. Oktober 2019 (act. II 260) an ihrem Vorgehen fest. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 262) wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern in Bestätigung der RAD-ärztlichen Einschätzung der fehlenden Verwertbarkeit des (ersten) Gutachtens mit Urteil vom 24. Februar 2020, IV/19/892 (act. II 269), ab.

Gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2020 (act. II 274.1) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 6. August 2020 (act. II 275) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 25 % per 1. Januar 2011 bzw. 14 % per 1. August 2017 die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Nach erhobenem Einwand der Versicherten (act. II 278) und erneuter Rücksprache mit dem RAD (act. II 281) verneinte sie mit Verfügung vom 23. September 2020 (act. II 282) einen Rentenanspruch.

## **B.**

Mit Eingabe vom 26. Oktober 2020 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_, Beschwerde. Sie beantragte, die Verfügung vom 23. September 2020 sei aufzuheben und unter Vornahme weiterer Abklärungen, unter Wahrung der Partizipationsrechte der Parteien, sei neu über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu befinden.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 26. November 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf 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 vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 23. September 2020 (act. II 282). 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 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). 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 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

**2.3** 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** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwands oder Hilfebedarfs des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder

ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch 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. 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 (bzw. anspruchrelevant höhere) 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 Rentenrevision 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; AHJ 1999 S. 84 E. 1b).

Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

**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; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

### **3.**

**3.1** Die Verwaltung ist auf die Neuanschuldung vom Juli 2012 betreffend berufliche Massnahmen (act. II 74) eingetreten und hat in der Folge auch den Rentenanspruch materiell neu geprüft, womit die Eintretensfrage vom Gericht praxismässig nicht zu beurteilen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der rentenablehnenden Verfügung vom 5. Juli 2012 (act. II 72) und der angefochtenen Verfügung vom 23. September 2020 (act. II 282) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen.

**3.2** Der rentenablehnenden Verfügung vom 5. Juli 2012 (act. II 72) lagen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte zu Grunde:

**3.2.1** Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste D. \_\_\_\_\_ vom 8. Februar 2005 (act. II 12 S. 5 ff.) über die Hospitalisation vom 11. Oktober bis 20. November 2004 wurden eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F93.1 [recte: F43.1]) und eine kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD-10 F92) diagnostiziert. Als grundlegendes Problem habe sich gezeigt, dass die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit traumatische Erlebnisse von unklarem Ausmass erlebt haben müsse. Durch diese seien ihre zeitweiligen Konzentrationsschwierigkeiten und die Ängste vor Männern und Dunkelheit sowie Geräuschen zu erklären. Ein weiterer Grund für die Probleme sei die Hierarchie-Umkehr zu Hause (S. 10). Anlässlich des Indikationsgesprächs vom 2. September 2004 hatte die Kindsmutter diesbezüglich angegeben, während der ersten vier Lebensjahre sei sie und der Kindsvater in einer charismatischen Sekte

gewesen. Ein Inhalt der Sekten-Doktrin sei gewesen, dass man die Kinder züchtigen müsse. Die Beschwerdeführerin sei die ersten vier Lebensjahre sehr häufig geschlagen und misshandelt worden (act. II 12 S. 3).

**3.2.2** Die behandelnde Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, nannte im Bericht vom 28. Juli 2009 (act. II 19) als Diagnose eine PTBS seit 2004 (S. 3). Die Beschwerdeführerin sei nach dem Ende der obligatorischen Schulzeit aus gesundheitlichen Gründen nicht im Stande gewesen eine Berufsausbildung zu beginnen. Als funktionelle Einschränkungen lägen eine stark verminderte Stresstoleranz, Konzentrationsprobleme, Planungsschwierigkeiten, eine schnelle körperliche Ermüdung sowie eine soziale Zurückgezogenheit und zeitweise grosse Schwierigkeiten, eine angemessene Tagesstruktur zu leben, vor (S. 4).

**3.2.3** Im RAD-Untersuchungsbericht vom 21. September 2009 (act. II 22) diagnostizierte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ einen Zustand nach Entwicklungsstörung, den Verdacht auf eine Anpassungsstörung und Anhaltspunkte für eine leichte depressive Episode. Die Beschwerdeführerin sei fähig, eine intensive psychotherapeutische Behandlung zu absolvieren. Diese sollte sie in die Lage versetzen, die Defizite, die sie innerhalb ihrer kindlichen und sexuellen Entwicklung erlitten habe, aufzuarbeiten und sie zu einem normalen Berufsleben zu führen (S. 3).

**3.2.4** Anlässlich einer ambulanten Untersuchung in dem Psychiatrischen Dienst D. \_\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2010 wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig teilremittiert mit anamnestisch leichter saisonaler Komponente (ICD-10 F33.1), eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (ICD-10 F60.31) und eine PTBS (ICD-10 F43.1) diagnostiziert (act. II 46 S. 3). Aktuell bestünden eine euthyme Grundstimmung und ein täglicher Konsum von Cannabis (ca. drei "Joints" pro Tag; act. II 46 S. 5).

**3.2.5** Am 18. November 2011 diagnostizierte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ eine PTBS seit 2004 (ICD-10 F43.1), eine rezidivierende depressive Störung seit 2004 (ICD-10 F33.1) und Zeichen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung seit 2010 (ICD-10 F60.31; act. II 54 S. 7). Rezidivierend erlebe sie einschliessende Krisen, die ihr jede Lebensenergie entzögen und

sie tageweise arbeitsunfähig machten, da sie unter Schlafstörungen, Konzentrationschwierigkeiten, Gedankenkreisen und Suizidgedanken leide (act. II 54 S. 8).

**3.2.6** Im RAD-Bericht vom 12. März 2012 (act. II 61) führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ als Diagnosen den Verdacht auf eine Entwicklungsstörung, rezidivierende depressive Episoden, aktuell mittelgradig, und den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung auf (S. 3). Aus psychiatrischer Sicht bestehe allenfalls eine psychische Labilität, die zu Kurzschlusshandlungen führen könne. Eigentliche psychiatrische Krankheiten, die direkt auf die Arbeitsfähigkeit wirkten mit Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörungen, intellektuellen Problemen oder akuter Depressivität, seien nicht erwähnt worden. Eingliederungsmassnahmen seien ab sofort wieder zumutbar, vorerst mit enger psychiatrischer Begleitung. Dabei seien ebenfalls ab sofort begleitend Cannabis-Urinproben abzunehmen, so lange die Eingliederungsmassnahmen andauerten. Es sei keine verminderte Leistung aus Krankheitsgründen zu erkennen. Alle geschilderten Symptome seien reaktiv und überlagert vom Cannabis-Konsum (S. 4).

**3.3** Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 5. Juli 2012 (act. II 72) ergibt sich aus den Akten das Folgende:

**3.3.1** Im Bericht über die berufliche Abklärung der Psychiatrischen Dienste D. \_\_\_\_\_ vom 1. März 2013 (act. II 86) führte lic. phil. J. \_\_\_\_\_ die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig teilremittiert mit anamnestisch leichter saisonaler Komponente (ICD-10 F33.1), emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31) und PTBS (ICD-10 F43.1) auf. Die Beschwerdeführerin habe die gesamte "FIRST<sup>EP</sup>"-Abklärung lückenlos absolviert. Sie habe sich äusserst pflichtbewusst, leistungsorientiert und motiviert gezeigt. Im manuell-praktischen Arbeiten der Werkstatt habe sie im Schnitt bessere Ergebnisse als im Büro erzielt. Ihre Leistungsfähigkeit sei insgesamt als von der Tagesform und teilweise auch von der Motivation für gewisse Aufgabenstellungen abhängig wahrgenommen worden. Auch sei eine Abnahme der Belastbarkeit während eines Arbeitstages festgestellt worden. So sei insbesondere im Bürobereich an den Nachmittagen ein verringertes Konzentrationsvermö-

gen aufgefallen. Grundsätzlich verfüge sie über gute schulische und methodische Kompetenzen, woraus sie im Rahmen der Abklärung auch habe zurückgreifen können. Dies hätten anschaulich die Ergebnisse der durchgeführten psychologischen Testungen gezeigt, welche mehrheitlich im durchschnittlichen Bereich zu liegen gekommen seien. In Stresssituationen wähle sie überhäufig bestimmte negative Bewältigungsstrategien (Flucht-tendenz, soziale Abkapselung, erhöhte Pharmakaeinnahme), die sich letztlich ebenfalls auf die Leistungsfähigkeit auswirken könnten. Da sie die kognitiven Ressourcen für eine Ausbildung auf Sekundarstufenniveau mitbringe, sei mittelfristig eine Ausbildung im ersten Arbeitsmarkt bspw. eine Handelsschule umsetzbar. Abschliessend sei zur Unterstützung der weiteren Eingliederungsschritte zu empfehlen, dass sie sich weiterhin konsequent an die psychiatrische Behandlung halte (S. 7).

**3.3.2** Der RAD-Psychiater Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hielt am 27. November 2013 fest, trotz grosser anfänglicher Schwierigkeiten und zwischenzeitlich aufgetretener Krisen sei die Beschwerdeführerin nach den absolvierten Trainingseinheiten nun in der Lage, eine erstmalige berufliche Ausbildung zu beginnen. Weiterhin bestehe ein laborchemisch kontinuierlich nachgewiesener Cannabis-Konsum, welchen die behandelnde Psychiaterin als Selbstmedikation einschätze. Aufgrund seiner eigenen psychiatrischen Untersuchung im Jahr 2010 habe er bei der Beschwerdeführerin eine PTBS ausschliessen können, nicht aber das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung vom emotional instabilen Typus. Insofern sei der Cannabis-Konsum nicht untypisch für die vorliegende Persönlichkeitsstörung. Einzig aufgrund der sehr positiven Abklärungsergebnisse aus der letzten Zeit halte er es für möglich, trotz des fortgesetzten Cannabis-Konsums, den Beginn der Ausbildung zu befürworten (act. II 109).

Am 17. März 2016 (act. II 157) führte Dr. med. F. \_\_\_\_\_ während laufender iv-unterstützter erstmaliger beruflicher Ausbildung als Diagnosen den Verdacht auf Persönlichkeitsstörung vom emotional instabilen Typ, den Verdacht auf depressive Episoden, den Verdacht auf Probleme durch negative Kindheitserlebnisse (ICD-10 Z61), sonstige Probleme bei der Erziehung (ICD-10 Z62) und Probleme bei der Lebensführung (ICD-10 Z72) sowie einen Cannabis-Konsum, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10

F12.25), auf (S. 3). Mittelfristig sei eine psychiatrische Begutachtung erforderlich, weil die wesentlichen Diagnosen nicht gesichert seien (S. 4).

**3.3.3** Am 26. Juli 2017 berichtete Dr. med. I. \_\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin habe sich durch die Ausbildungszeit gekämpft und erfreulicherweise alle Prüfungen bestanden. Ihre Arbeitsfähigkeit und Belastbarkeit hätten aber aufgrund des Gesundheitszustands und der äusseren Anforderungen im Verlaufe abgenommen. Es sei immer wieder zu gesundheitsbedingten Absenzen gekommen. Um diese zu verhindern, sei gemeinsam beschlossen worden, die wöchentliche Arbeitszeit zu reduzieren, sodass die Beschwerdeführerin seit Anfang des Jahres 2017 versucht habe, ein wöchentliches Arbeitspensum von 20 % zu bewältigen. Momentan könne sie sich etwas festigen, trotzdem könne sie in den kommenden Monaten nicht mehr als etwa 20 % erwerbsmässig arbeiten (act. II 193).

**3.3.4** Im Gutachten vom 30. April 2018 (act. II 209.1) diagnostizierte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig teilremittiert (ICD-10 F33.1), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, ängstlich-vermeidenden und abhängigen Anteilen (ICD-10 F61.0), einen Status nach PTBS (ICD-10 F43.1) und Hinweise auf Zwangsstörung, Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt (ICD-10 F42.2), sowie eine Störung durch Cannabinoide, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F12.24; S. 9, 14). Die medikamentösen Therapieoptionen seien sicherlich nicht ausgeschöpft; eine Behandlungsergänzung bzw. ein Medikamentenwechsel sei zumutbar (S. 15). Kritisch sei der Cannabis-Konsum zu betrachten, der zwar als Selbstregulierungsversuch verstanden werde, dennoch zu zusätzlichen Einschränkungen führen könne. Die Beschwerdeführerin sei zum Zeitpunkt der Begutachtung weiterhin, wie auch durch die behandelnde Psychiaterin festgestellt, in jeder Tätigkeit zu 80 % arbeitsunfähig (S. 16).

**3.3.5** Im Bericht der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 11. Juli 2019 (act. II 241) betreffend die auf die gutachterliche Empfehlung hin erfolgte teilstationäre Behandlung vom 26. Februar bis 17. Mai 2019 wurden die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), einer chronischen PTBS und einer unsicher-abhängigen Persönlichkeitsakzentuierung gestellt (S. 2). Eindrücklich seien die von der

Beschwerdeführerin über die gesamte Behandlungsdauer gezeigte Anspannung, die rasche ausgeprägte Erschöpfbarkeit, die wiederholt auftretenden Alpträume und die durch bevorstehende Veränderungen ausgelöste starke Verunsicherung. Die Beschwerdeführerin habe beim Austritt angegeben, durch den Abschluss der tagesklinischen Behandlung eine Entlassung erfahren zu haben. Sie habe die therapeutischen Gespräche als unterstützend erlebt und den Kontakt zur Gruppe geschätzt, der Aufenthalt sei jedoch als Gesamtes zu erschöpfend gewesen. Es wurde vom 26. Februar bis 7. März 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % und vom 8. März bis 31. Mai 2019 eine solche von 100 % attestiert (S. 4 f.).

**3.3.6** Die ab 3. Juni 2019 neu behandelnde Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 27. August 2019 (act. II 248) eine PTBS (Erstdiagnose ca. 2004 L.\_\_\_\_\_), eine komplexe Traumastörung mit kombinierter Persönlichkeitsstörung (emotional-instabil, ängstlich vermeidend, dependent; ICD-10 F61), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und einen Waschzwang (ICD-10 F42.1; S. 7). Es seien ursprünglich ein bis zwei wöchentliche Termine vereinbart worden. Die Beschwerdeführerin müsse aber häufig aufgrund von Ängsten und Überforderung den Termin absagen, da sie es nicht schaffe, das Haus zu verlassen. Daher habe sie die Beschwerdeführerin erst viermal gesehen (S. 4). Aktuell sei keine Tätigkeit zumutbar (S. 9).

**3.3.7** In der Stellungnahme vom 4. Oktober 2019 (act. II 250 S. 4 ff.) hielt der RAD-Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin habe trotz kontinuierlichem Cannabis-Konsum ihre Lehre abschliessen können. Aus dem Dossier könne entnommen werden, dass Phasen erhöhten Cannabis-Konsums einhergegangen seien mit zunehmenden Absenzen, mit erhöhter Unzuverlässigkeit und Leistungsabfall. Er schätze den zuletzt dramatisch sich verschlechternden Verlauf als insgesamt wenig plausibel ein. Möglicherweise empfinde die Beschwerdeführerin jetzt, wo der definitive Übertritt ins Erwerbsleben "drohe", aufgrund der bisher behütend-schonenden Umgebung, eine besonders grosse Angst (S. 12 f.). Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ nicht verwertbar. Die Gutachterin stütze sich bei ihrer Beurtei-

lung und Diagnostik fast ausschliesslich auf die Angaben der Beschwerdeführerin; dies bei dokumentierten "manipulativen Fähigkeiten" der Beschwerdeführerin, bei teilweise ungläubwürdigen und histrionisch gefärbten Angaben und bei kontinuierlichem Cannabis-Konsum. Für ihre Diagnostik ständen nur wenige eigentliche Befunde den Angaben der Beschwerdeführerin entgegen. Die von der Gutachterin z.B. angegebenen Traumatisierungen, die teilweise dramatisch dargestellt worden seien und bereits beim Klinikaufenthalt 2004 als demonstrativ und appellativ bezeichnet worden seien und die sogar die Gutachterin selbst derart charakterisiert habe, basierten auf Angaben der Beschwerdeführerin. Es sei ein weiteres Gutachten erforderlich (S. 13).

In der Stellungnahme vom 22. Oktober 2019 (act. II 259) ergänzte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, die Gutachterin habe sich für ihre Beurteilung überwiegend auf die Schilderungen der Beschwerdeführerin gestützt, wobei letztere in krassem Widerspruch ständen z.B. zur Beurteilung 2017 der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_\_ im Verlauf der Ausbildung (S. 2).

Diese Einschätzung bestätigte das hiesige Gericht mit Urteil vom 24. Februar 2020, IV/19/892 (act. II 269), und wies die gegen die Verfügung vom 24. Oktober 2019 (act. II 260), mit welcher eine Begutachtung bei Dr. med. H.\_\_\_\_\_ angeordnet wurde, ab.

**3.3.8** Im versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 23. Juni 2020 (act. II 274.1) führte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ als Diagnose eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) mit Status nach PTBS (ICD-10 F43.1), mit histrionischen, zwanghaften, emotional instabilen/impulsiven, depressiven und ängstlich-phobischen Anteilen, mit gegenwärtig regelmässigem Gebrauch von Tabak sowie unregelmässigem Gebrauch von Alkohol und ärztlich verordneten Benzodiazepinen, mit anamnestisch regelmässigem Gebrauch von Alkohol (2007) und Cannabinoiden (zwischen 2010 und 2019) sowie einmaliger Einnahme von Kokain auf (S. 33). Im Vordergrund ständen Defizite der Durchhaltefähigkeit, die sich durch die Pathologie der Persönlichkeit erklärten. Die Selbsteinschätzung sei aufgrund einer bewusstseinsnahen Aggravation zu relativieren. Die Beschwerdeführerin verfüge über vielfältige persönliche Ressourcen, einen Berufsabschluss und einen geordneten sozialen Kontext (S. 52). In der zuletzt ausgeübten Tätig-

keit könne die Beschwerdeführerin ganztags anwesend sein. Dabei sei eine Einschränkung der Leistung von 50 % aufgrund einer verminderten Belastbarkeit und eines vermehrten Betreuungsaufwandes bei Defiziten der Durchhaltefähigkeit anzunehmen. Auf diese Einschätzung könne ab Januar 2011 abgestellt werden (S. 53). Hinsichtlich einer der Behinderung optimal angepassten Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin von strukturierten einfachen Aufgabenstellungen und einer stringenten, wohlwollenden Führung profitieren. Ihre Einschränkungen der Durchhaltefähigkeit sollten toleriert werden. Es sei dabei hilfreich, ihren persönlichen Wünschen entgegenzukommen. In einer entsprechenden Tätigkeit sei eine ganztägige Präsenz möglich. Eine Einschränkung sei dabei nicht zwingend, jedoch im Umfang von ca. 10-20 % aufgrund einer verminderten Belastbarkeit und eines vermehrten Betreuungsaufwandes bei Defiziten der Durchhaltefähigkeit anzunehmen. Insgesamt sei die Arbeitsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt, bezogen auf ein Vollpensum seit Januar 2011, auf 80-90 % einzuschätzen (S. 54 f.). Als Teil-Ausdruck der kombinierten Persönlichkeitsstörung sei der ehemals langjährig regelmässige Konsum von v.a. Cannabinoiden zu beachten. Dieser Konsum habe sich (parallel) neben den anderen Zeichen der Persönlichkeitsstörung entwickelt. Es handle sich nicht um ein reines Suchtgeschehen und habe auch nicht zu körperlichen, psychischen oder geistigen Folgeschäden geführt. Eine Abstinenz von Cannabinoiden sei medizinisch zumutbar, tatsächlich möglich und unterstütze eine berufliche Integration (S. 57).

Die Persönlichkeitsstörung stelle auch weiterhin grundsätzlich eine Indikation für eine regelmässige strukturierte fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dar. Deren allfälliger Nutzen sei mit Blick auf eine relevante Steigerung der Arbeitsfähigkeit aus rein medizinischer Sicht aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Medizinisch-theoretisch sei die Prognose einer Persönlichkeitsstörung (oft trotz langjähriger psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapie) meist chronisch stabil. Dies habe sich auch im Fall der Beschwerdeführerin seit 2004 bestätigt (S. 55).

Im Vergleich zur medizinischen Aktenlage, wie sie der Verfügung vom 5. Juli 2012 zugrunde gelegen habe, habe sich keine Veränderung des Gesundheitszustands ergeben (S. 56).

**3.4** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

**3.5** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 23. September 2020 (act. II 282) massgeblich auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 23. Juni 2020 (act. II 274.1) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor) und überzeugt. Insbesondere basiert die fachärztliche Beurteilung auf einer umfassenden Untersuchung, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Die gutachterlichen Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden überzeugend begründet, weshalb auf das Gutachten abzustellen ist. Dass der Gutachter nicht auf

jedes Aktenstück im Detail eingegangen ist, ist nicht zu beanstanden. Der Gutachter hat sich einlässlich mit den diagnostischen Richtlinien auseinandergesetzt (act. II 274.1 S. 35 ff.). Er hat auf der Basis einer seriösen Befunderhebung nachvollziehbar die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung gestellt (act. II 274.1 S. 33) und diese unter Beizug der diagnostischen Leitlinien überzeugend begründet (act. II 274.1 S. 33-35). Überzeugend ist auch die Abgrenzung zu anderen, insbesondere von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen (act. 274.1 S. 35 ff.). Dies gilt ganz besonders für die (angeblich) im Jahr 2008 erlittene PTBS. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ hat sich eingehend damit befasst und eine allfällig echtzeitlich entstandene PTBS als inzwischen in der Persönlichkeitsstörung aufgegangen bzw. integriert betrachtet (act. II 274.1 S. 38 ff.). Dies ist nicht zu beanstanden, gehen doch gemäss den diagnostischen Leitlinien solche Störungen (wenn sie nicht abheilen) in eine Persönlichkeitsänderung bzw. -störung über (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 208). Ausgehend von der gestellten Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) leitete der Gutachter nachvollziehbar und schlüssig ab, dass aufgrund einer verminderten Belastbarkeit und eines vermehrten Betreuungsaufwandes bei Defiziten der Durchhaltefähigkeit in der angestammten Tätigkeit, d.h. der Tätigkeit als ..., eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 % bzw. in einer angepassten Tätigkeit eine solche von 80-90 % seit dem Jahr 2011 besteht (act. II 274 S. 53 f.). Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, vermag den Beweiswert des Gutachtens nicht in Zweifel zu ziehen:

**3.5.1** Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, bereits auf Seite 19 der Expertise müsse korrigierend darauf hingewiesen werden, dass sie nicht in den ersten vier bis fünf Lebensjahren, sondern bis zu diesen Altersjahren erheblicher physischer und psychischer Gewalt durch die eigenen Eltern ausgesetzt gewesen sei (Beschwerde S. 4 f. zweite Ziff. 3.2), ist eine falsche Annahme des Gutachters nicht erkennbar. Hinweise, dass Dr. med. H. \_\_\_\_\_ die Sachlage betreffend die geltend gemachte Gewalt im Kleinkindalter nicht korrekt erfasst hat bzw. das anlässlich der Begutachtung Geschilderte nicht korrekt wiedergegeben hätte, liegen nicht vor. Der Gutachter weist zutreffend darauf hin, dass anlässlich des Indikationsge-

sprächs in der Psychiatrischen Dienste D. \_\_\_\_\_ vom 2. September 2004 (act. II 12 S. 3) von der Kindsmutter selbst über entsprechende Vorkommnisse in den ersten vier Lebensjahren berichtet wurde (act. II 271 S. 19 unten; vgl. auch E. 3.2.1 hiervor). Der Gutachter selbst hat denn auch festgehalten, es lägen keine erheblichen Differenzen zwischen den Angaben der Beschwerdeführerin und den Akten vor.

**3.5.2** Nicht gefolgt werden kann dem Vorbringen der Beschwerdeführerin, die Darstellung, wonach sie sich nur noch unvollständig an den sexuellen Übergriff im Jahr 2008 erinnern könne, sei aktenwidrig (Beschwerde S. 5 Ziff. 3.3). Anlässlich der echtzeitlichen Erhebungen vom 18. August 2009 gab sie während der Untersuchung beim RAD gegenüber Dr. med. F. \_\_\_\_\_ an, sich nur noch teilweise an die Vorkommnisse im Jahr 2008 zu erinnern; sie sprach von Bewusstseinsverlust und Erinnerungslücken (act. II 22 S. 1). Damit kann auch in dieser Hinsicht dem Gutachter keine falsche Einschätzung vorgeworfen werden, wenn er auf diese ersten echtzeitlichen bzw. tatnächsten Angaben abstellt. Dabei kann auf das Erheben der Strafakten verzichtet werden, zumal es auch gemäss der Darstellung der Beschwerdeführerin selbst zu keinen Verurteilungen der von ihr beschuldigten Personen gekommen ist (act. II 274.1 S. 20 oben).

**3.5.3** Wenn die Beschwerdeführerin sodann geltend macht, nicht in der Lage zu sein, ihr tägliches Leben selbst meistern zu können (Beschwerde S. 5 Ziff. 3.5), so widerspricht dies den Akten. So hielt namentlich auch die erstbegutachtende Dr. med. E. \_\_\_\_\_ fest, dass der Alltag zwar unstrukturiert sei, die Beschwerdeführerin aber mehr oder weniger ihre Pläne für den Tag oder die Woche einhalten und ihren alltäglichen Verpflichtungen nachkommen könne. Haushaltstätigkeiten sowie Einkaufen könne sie ebenfalls nach Tagesverfassung erledigen (act. II 209.1 S. 13 Ziff. 2.2). Dies korreliert auch mit den Angaben, welche die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. med. H. \_\_\_\_\_ gemacht hat (act. II 274.1 S. 21, 43). Anzeichen, dass die Beschwerdeführerin nicht in jeder Hinsicht selbstständig sein könnte, bestehen auch anhand der Berichte der behandelnden Ärzte nicht. Dass sie aufgrund ihres Leidens weiterhin auf Psychotherapie angewiesen sein wird, ändert daran nichts (act. II 274.1 S. 47 f.). Ausserdem ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin seit Februar 2020 zwar getrennt

von ihrem (langjährigen) Partner in einer 1 ½-Zimmer-Wohnung lebt. Dies jedoch, weil es zu Konflikten mit dem Sozialdienst wegen den finanziellen Folgen eines Konkubinats gekommen sei (act. II 274.1 S. 25). Insoweit besteht bei der Beschwerdeführerin ein zweckgerichtetes Verhalten, wobei der Gutachter auch auf eine Rentenbegehrlichkeit hingewiesen hat (vgl. auch act. II 274.1 S. 52).

**3.5.4** Schliesslich hat der psychiatrische Gutachter unter nachvollziehbarer Abwägung von Defiziten und Ressourcen auch eine überzeugende Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit abgegeben. Es trifft denn auch nicht zu, dass unbegründet geblieben wäre, weshalb sich die gleiche psychische Problematik so unterschiedlich in der angestammten bzw. einer angepassten Tätigkeit auswirke (Beschwerde S. 7 Ziff. 3.9.1). So hat Dr. med. H. \_\_\_\_\_ einleuchtend dargelegt, dass die Beschwerdeführerin bei einer der Behinderung optimal angepassten Tätigkeit mit strukturierten einfachen Aufgabenstellungen und wo sie von einer stringenten, wohlwollenden Führung am Arbeitsplatz profitiere, die Einschränkungen der Durchhaltefähigkeit toleriert werden und es hilfreich sei, den persönlichen Wünschen der Beschwerdeführerin entgegenzukommen, zu 80-90 % arbeitsfähig sei (act. II 274.1 S. 54 Ziff. 8.2). Entsprechende Bedingungen sind im breiten Bereich einer Hilfsarbeitertätigkeit eher vorzufinden als im Rahmen der Tätigkeit einer ..., an welche höhere Anforderungen gestellt werden. Eine (erwerbliche) Einschätzung, die letztlich nicht der Arzt, sondern die Beschwerdegegnerin bzw. im Streitfall das Gericht vorzunehmen hat. Diese Einschätzung steht in Übereinstimmung mit den während langer Zeit in der Eingliederung gezeigten Fähigkeiten und Möglichkeiten (act. II 36, 39, 43, 49, 86, 98, 113, 122, 165, 178, 192, 199) und es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im Rahmen der erwerblichen Würdigung der gesundheitlichen Einschätzung hierauf abgestellt hat.

**3.6** Der medizinische Sachverhalt erweist sich vor diesem Hintergrund als hinreichend abgeklärt, weshalb weitere Abklärungen – entgegen dem Antrag der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 2 Ziff. I) – nicht notwendig sind.

Gestützt auf das beweiskräftige psychiatrische Gutachten vom 23. Juni 2020 (act. II 274.1 S. 44, 54, 56) ist erstellt, dass im hier massgebenden

Vergleichszeitraum (zwischen der erstmaligen rentenablehnenden Verfügung vom 5. Juli 2012 [act. II 72] und der angefochtenen Verfügung vom 23. September 2020 [act. II 282]; vgl. E. 3.1 hiervor) aus gesundheitlicher Sicht keine relevante Veränderung eingetreten ist. Die gutachterliche Einschätzung gilt (spätestens) seit Januar 2011 (act. II 274.1 S. 44, S. 54, S. 56) und damit bereits zum Zeitpunkt der erstmalig verfügten Rentenablehnung im Juli 2012 (act. II 72). Damit ist aus medizinischer Sicht kein Revisionsgrund ausgewiesen, der zu einer umfassenden Prüfung des Rentenanspruchs führt. Auch in erwerblicher Hinsicht liegt kein Revisionsgrund vor. Daran ändert auch die im Juli 2017 abgeschlossene Ausbildung zur ... nichts, weil eine massgebliche Verwertung des Abschlusses angesichts der 50 %-igen Einschränkung gar nicht zur Diskussion stand bzw. stehen konnte. Doch selbst wenn vorliegend von einem erwerblichen Revisionsgrund auszugehen wäre und eine umfassende Prüfung zu erfolgen hätte, wäre die Beschwerde auf der Basis der gutachterlich attestierten Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 80-90 %, wobei im Rahmen der Invaliditätsbemessung der Mittelwert von 85 % heranzuziehen wäre (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 15. April 2020, 9C\_782/2019, E. 2.2), abzuweisen (vgl. E. 4 hiernach).

#### **4.**

**4.1** 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 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Unter Berücksichtigung der Neuanmeldung zum Leistungsbezug vom 23. Juli 2012 (act. II 74) bzw. der sechsmonatigen Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG sowie der gutachterlich attestierten Arbeits(un)fähigkeit von 50 % in der bisherigen Tätigkeit ab Januar 2011 (act. II 274.1 S. 53; vgl. hierzu Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) läge der frühestmögliche Rentenbeginn – vorbehältlich von Art. 29 Abs. 2 IVG (vgl. E. 4.2.3 hiernach) – im Januar 2013. Dass die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch zeitlich weiter zurück geprüft hat (ab Januar 2011; act. II 282 S. 2),

ist (selbst wenn eine freie Prüfung erfolgen könnte) nicht korrekt, da mit in Rechtskraft erwachsener Verfügung vom 5. Juli 2012 (act. II 72) der Rentenanspruch bis zum besagten Verfügungszeitpunkt bereits verneint worden war (res iudicata).

**4.1.1** 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 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2017 IV Nr. 52 S. 157 E. 5.1).

Konnte die versicherte Person wegen der Invalidität keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben, so entspricht das Erwerbseinkommen, das sie als Nichtinvalide erzielen könnte, den folgenden nach Alter abgestuften Prozentsätzen des jährlich aktualisierten Medianwertes gemäss der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS): Vor Vollendung des 21. Altersjahres 70 %, vor Vollendung des 25. Altersjahres 80 %, vor Vollendung des 30. Altersjahres 90 % und nach Vollendung des 30. Altersjahres 100 % (Art. 26 Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

**4.1.2** Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in

welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

**4.2** Die Beschwerdeführerin konnte – nach der obligatorischen Schulzeit (inkl. Besuch eines 10. Schuljahres) in den Jahren 1996 bis 2007 (act. II 2 S. 4, 77 S. 2) – erst in den Jahren 2014 bis 2017 und nur mit Hilfe der IV eine erstmalige berufliche Ausbildung zur ... absolvieren (act. II 127, 151, 191). Gemäss der gutachterlichen Einschätzung ist sie in dieser Tätigkeit aufgrund einer verminderten Belastbarkeit und eines vermehrten Betreuungsaufwandes lediglich zu 50 % arbeitsfähig (vgl. act. II 274.1 S. 53). Der psychiatrische Gutachter hielt fest, dass eine berufliche Integration nie habe erreicht werden können (act. II 274.1 S. 48). Ob das Valideneinkommen deswegen auch nach Abschluss der Ausbildung zur ... gestützt auf Art. 26 Abs. 1 IVV (vgl. E. 4.1.1 hiervor) festzulegen ist oder entgegen dem vorstehend Ausgeführten dennoch demjenigen einer ... entspricht, kann angesichts des Ergebnisses offen gelassen werden.

**4.2.1** Im Jahr 2013 betrug das massgebende Einkommen zur Invaliditätsbemessung aufgrund von Art. 26 Abs. 1 IVV Fr. 77'000.-- (BSV, IV-Rundschreiben Nr. 324 vom 27. November 2013). Da die Beschwerdeführerin im Vergleichszeitpunkt (2013) das 25. Altersjahr noch nicht vollendet hatte (vgl. E. 4.1.1 hiervor), ist das Valideneinkommen auf 80 % des massgebenden Einkommens, entsprechend Fr. 61'600.--, zu veranschlagen.

**4.2.2** Die Beschwerdegegnerin hat das Invalideneinkommen (für den ersten Einkommensvergleich) gestützt auf das Total des Kompetenzniveaus 1

(bis 2010 Anforderungsniveau 4; Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), Tabelle TA1, ermittelt (act. II 282 S. 1). Dies ist ausgehend von der Tatsache, dass der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit (zu 85 %) zumutbar ist (vgl. E. 3.6 hiervor), nicht zu beanstanden (vgl. 4.1.2 hiervor). Infolge des hier massgeblichen (ersten) Vergleichszeitpunkts ist jedoch als Grundlage nicht die LSE 2010, sondern diejenige des Jahres 2012 heranzuziehen. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Frauen beträgt demnach Fr. 4'112.--. An die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) angepasst, auf das Jahr 2013 aufgerechnet und unter Berücksichtigung der 85 %-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit resultiert daraus ein Invalideneinkommen von Fr. 43'982.15 (Fr. 4'112.-- / 40 h x 41.7 h x 12 Mt. / 102.0 x 102.6 x 0.85; BFS, Nominallohnindex Frauen 2011-2019, Tabelle T1.2.10, Abschnitt Total) im Jahr. Da die behinderungsbedingten Einschränkungen bereits mit der verminderten Arbeits- und Leistungsfähigkeit berücksichtigt wurden, rechtfertigt sich vorliegend kein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn (vgl. E. 4.1.2 hiervor).

**4.2.3** Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen ergibt dies eine Erwerbseinbusse von Fr. 17'617.85 (Fr. 61'600.-- ./ Fr. 43'982.15) und damit einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 29 % (Fr. 17'617.85 / Fr. 61'600.-- x 100; zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123). Unerheblich ist damit die Frage nach der Bedeutung des Taggeldbezugs ab 2013 für einen Rentenanspruch (act. II 89, 95, 129; vgl. Art. 29 Abs. 2 IVG).

**4.3** Unter der Annahme, dass die abgeschlossene Ausbildung zur ... im Juli 2017 (act. II 191) einen erwerblichen Revisionsgrund darstellen würde (vgl. E. 3.6 hiervor), wäre ein weiterer Einkommensvergleich auf diesen Zeitpunkt vorzunehmen.

**4.3.1** Wäre das Valideneinkommen weiterhin gestützt auf Art. 26 Abs. 1 IVV festzulegen, beliefe sich dieses auf Fr. 73'350.-- (BSV, IV-Rundschreiben Nr. 354 vom 7. Oktober 2016), da die Beschwerdeführerin im Vergleichszeitpunkt das 30. Altersjahr noch nicht vollendet hatte (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Wenn davon ausgegangen würde, dass mit dem Abschluss als ... das Valideneinkommen neu unter Berücksichtigung der spe-

zifischen Tabelle T17 der LSE 2016, Ziff. 4 (Bürokräfte und verwandte Berufe), Lebensalter 30-49 Jahre (zu Gunsten der Beschwerdeführerin), Frauen, zu berechnen wäre, beliefe sich dieses auf Fr. 74'981.75 (Fr. 5'971.-- / 40 h x 41.7 h x 12 Mt. / 105.0 x 105.4; BFS, Nominallohnindex Frauen 2011-2019, Tabelle T1.2.10, Abschnitt Total).

**4.3.2** Für das Invalideneinkommen stellte die Beschwerdegegnerin auf die spezifische Tabelle T17 der LSE 2016, Ziff. 4 (Bürokräfte und verwandte Berufe), Lebensalter Total, Frauen, Fr. 5'894.--, ab (act. II 282 S. 2). Dem kann nicht gefolgt werden. Die Beschwerdeführerin lässt sich, wie bereits mehrfach ausgeführt, auch mit dem erlangten Berufsabschluss zufolge der Defizite nur im Rahmen einer 50 % Anstellung eingliedern. In einer besser angepassten Tätigkeit ist sie hingegen 85 % arbeitsfähig. Vor diesem Hintergrund ist deshalb zur Berechnung des Invalideneinkommens weiterhin das Total des Kompetenzniveaus 1 der Tabelle TA1 heranzuziehen. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Frauen beträgt gemäss der hier massgebenden LSE 2016 Fr. 4'363.--. An die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) angepasst, auf das Jahr 2017 aufgerechnet und unter Berücksichtigung der 85 %-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit ergibt sich daraus ein Invalideneinkommen von Fr. 46'570.70 (Fr. 4'363.-- / 40 h x 41.7 h x 12 Mt. / 105.0 x 105.4 x 0.85; BFS, Nominallohnindex Frauen 2011-2019, Tabelle T1.2.10, Abschnitt Total) im Jahr. Ein Abzug vom Tabellenlohn ist nicht zu gewähren (vgl. E. 4.2.2 hiervor).

**4.3.3** Aus der Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen ergibt dies eine Erwerbseinbusse von Fr. 26'779.30 (Fr. 73'350.-- ./ Fr. 46'570.70) und damit einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 37 % (Fr. 26'779.30 / Fr. 73'350.-- x 100; zur Rundung: vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 S. 123). Demnach bestände auch ab 2017 kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 2.3 hiervor). Würde bei der Berechnung des Invalideneinkommens auf die Tabelle T17 der LSE 2016, Ziff. 4, abgestellt (vgl. E. 4.3.1 hiervor), resultierte ein ebenfalls nicht zu einem Rentenanspruch berechtigender Invaliditätsgrad von gerundet 38 % ([Fr. 74'981.75 ./ Fr. 46'570.70] / Fr. 74'981.75 x 100).

**4.4** Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 23. September 2020 (act. II 282) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## **5.**

**5.1** Gemäss aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) muss das Verfahren für die Parteien kostenlos sein; einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, können jedoch eine Spruchgebühr und die Verfahrenskosten auferlegt werden.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. 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):
  - 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.