

200 20 903 IV
SCI/REL/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. Juni 2021

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiberin Bischof

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 6. November 2020



Sachverhalt:

A.

Die 1958 geborene, im August 2000 in die Schweiz eingereiste A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war neben Zeiten der Arbeitslosigkeit bis November 2006 in einem Vollzeitpensum im Detailhandel erwerbstätig (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Aktenbeilage [AB] 2, 4, 8). Im Dezember 2006 meldete sie sich unter Hinweis auf eine "psychische Erkrankung, posttraumatische Belastungs Krankheit; Angstkrankheit" bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (AB 2). Nach Durchführung von beruflichen und medizinischen Abklärungen liess die IVB die Versicherte begutachten und sprach ihr gestützt auf ein psychiatrisches Gutachten vom 18. Oktober 2007 (AB 24) mit Verfügung vom 10. März 2008 (AB 31) eine befristete ganze Invalidenrente (IV-Rente) vom 1. Januar 2007 bis zum 31. Januar 2008 zu. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Nach Absolvieren eines Kurses zur ... war die Versicherte ab Dezember 2008 in dieser Funktion in einem Pensum von 80 % bzw. ab Februar 2012 in einem solchen von 70 % arbeitstätig (AB 50 S. 1 und AB 55 S. 2). Im Oktober 2017 meldete sie sich mit Hinweis auf eine Depression und eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) erneut zum Leistungsbezug (AB 34) an. Am 27. Oktober 2017 (AB 44) reichte sie zudem eine Anmeldung zum Bezug einer Hilflosenentschädigung ein. Die IVB holte aktuelle Unterlagen zur erwerblichen und medizinischen Situation ein und veranlasste eine psychiatrische Begutachtung (AB 114) inklusive einer zusätzlichen neuropsychologischen Untersuchung (AB 129). Nach Einholen einer ergänzenden Stellungnahme (AB 144) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 8. Mai 2020 (AB 145) die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens sowie mit separatem Vorbescheid vom 11. Mai 2020 (AB 146) die Verneinung eines Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung in Aussicht. Nachdem die Versicherte am 1. Juni 2020 (AB 148) durch ihren behandelnden Psychiater und am 13. Juli 2020 durch Rechtsanwältin B._____ (AB 157) Einwand hatte erheben lassen, holte die IVB eine weitere Stellungnahme des psychiatrischen Gut-

achters ein (AB 161), bevor sie mit neuem Vorbescheid vom 24. September 2020 (AB 162) erneut die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht stellte und am 6. November 2020 dem Vorbescheid entsprechend den Anspruch auf Leistungen der IV verneinte (AB 163). Mit Verfügung vom 10. Dezember 2020 (AB 165) wies sie auch das Gesuch um Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung ab.

B.

Gegen die Verfügung vom 6. November 2020 (AB 163) liess die Versicherte – weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin B. _____ – am 8. Dezember 2020 Beschwerde erheben: Sie beantragt, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben, welches den medizinischen Sachverhalt durch einen ausgewiesenen Traumaspezialisten rechtsgenügend abkläre. Hierauf sei der Leistungsanspruch erneut zu prüfen.

Mit Beschwerdeantwort vom 12. Februar 2021 beantragt die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes 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 Anträ-

gen 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 6. November 2020 (AB 163). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV.

In der hier angefochtenen Verfügung vom 6. November 2020 (AB 163) wurden jegliche Leistungen der IV abgewiesen. Am 10. Dezember 2020 (AB 165) hat die Beschwerdegegnerin weiter eine Verfügung betreffend den Anspruch auf Hilflosenentschädigung erlassen. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin sich separat für die Hilflosenentschädigung angemeldet hatte (AB 44), ändert jedoch nichts daran, dass der Entscheid über den Anspruch auf Hilflosenentschädigung bereits in der hier angefochtenen, alle Leistungen erfassenden Verfügung vom 6. November 2020 (AB 163) enthalten ist. Ob die zweite, nicht angefochtene Verfügung vom 10. Dezember 2020 (AB 165) damit nichtig ist, muss angesichts des Ergebnisses (vgl. E. 5 nachfolgend) nicht abschliessend beantwortet werden.

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).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

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 (IV-Grad) von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 Für die Bestimmung des IV-Grads 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 (Einkommensvergleich [Art. 16 ATSG]).

2.5

2.5.1 Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen IV-Grades, 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 Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

2.5.2 Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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 IV-Grades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der IV-Grad 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).

2.5.3 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist u.a. bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.5.4 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – 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; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

2.5.5 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Leistungsanspruch 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).

2.6 Um den IV-Grad 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.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom Oktober 2017 (AB 34) eingetreten und hat in der Folge materiell über den Leistungsanspruch entschieden, weshalb die Eintretensfrage praxisgemäss nicht zu überprüfen ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu beurteilen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 10. März 2008 (AB 31), mit welcher eine befristete ganze Rente zugesprochen worden war, und der hier angefochtenen Verfügung vom 6. November 2020 (AB 163) eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den IV-Grad in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.5.4 und E. 2.5.5 hiervor).

3.1 Der Verfügung vom 10. März 2008 (AB 31) lag im Wesentlichen das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. Oktober 2007 (AB 24) zu Grunde. Der Gutachter diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) und eine leichte depressive Epi-

sode ohne somatische Symptome (ICD-10: F32.00) bei Status nach schwerer depressiver Episode mit psychotischen Anteilen bei einer früh sexuell und körperlich traumatisierten 49-jährigen Beschwerdeführerin ausländischer Herkunft (S. 13 f.). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien histrionische und dissoziative Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1). Es habe von Anfang 2006 bis spätestens zum Gutachtenszeitpunkt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und danach eine solche von 20 % bestanden (S. 16). Trotz gewisser Hinweise liege zu wenig Evidenz für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor, zumal die Beschwerdeführerin bis Ende 2005 als voll leistungsfähig zu betrachten sei (S. 12). Aufgrund der Akten und den Schilderungen der Beschwerdeführerin müsse seit dem Frühjahr 2006 von einer schweren und wahnhaften depressiven Episode ausgegangen werden. Ob wirklich eine Posttraumatische Belastungsstörung (wie in den Akten festgehalten) oder nicht eine "Angsterkrankung" vorgelegen habe, sei rückwirkend schwer zu sagen.

3.2 Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 10. März 2008 (AB 31) ergibt sich aus den Akten das Folgende:

3.2.1 Im Kurzaustrittsbericht vom 4. Oktober 2017 (AB 36) diagnostizierte der behandelnde Arzt der Klinik D. _____ anlässlich des stationären Aufenthalts vom 8. August 2017 bis zum 5. Oktober 2017 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), eine Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) sowie ein Asthma Bronchiale. Zu Beginn habe die Behandlung der depressiven Symptomatik und der Schmerzsymptomatik im Vordergrund gestanden, während des Aufenthaltes sei aufgrund der in der Therapie und auf der Abteilung gezeigten Symptome die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung gestellt worden.

3.2.2 Die behandelnden Ärzte der Privatklinik E. _____ AG nannten im Austrittsbericht vom 19. März 2018 (AB 72) nach der stationären Behandlung vom 11. Januar 2018 bis zum 8. März 2018 die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1) und einer Posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1 [S. 2]). Der elektive Eintritt zum stationär-psychiatrischen Aufenthalt sei wegen einer rezidivierenden de-

pressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, im Zusammenhang mit einer psychosozialen Belastungssituation erfolgt. Bei der Entlassung habe noch ein leichtgradig depressives Syndrom bestanden und die Beschwerdeführerin habe in deutlich gebessertem und stabilem psychischen Zustand austreten können (S. 5).

3.2.3 Im Verlaufsbericht vom 20. Juni 2018 (AB 86) diagnostizierte Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig längerdauernde mittel- bis schwergradige Episode (ICD-10: F33.1-2) und eine Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1 [S. 2 Ziff. 3]). Nach Austritt aus der Privatklinik hätten weiterhin ein schwerer Erschöpfungszustand, eine Depression, sehr hoher Rückzugsbedarf, eine rasche Überforderung, viel Erholungs- und Schlafbedarf, Ängste, Verunsicherung und Selbstkrisen vorgelegen (Ziff. 4). Seit Juni 2017 bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. Die Stelle sei gekündigt (S. 3 Ziff. 11).

3.2.4 Der (neu) behandelnde Psychiater Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Verlaufsbericht vom 30. Mai 2019 (AB 108) folgende Diagnosen: andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0), die sich aus einer langjährigen Posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt habe, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F32.1), chronifiziert und bis vor einigen Wochen noch ausgeprägt als schwere Episode mit psychotischen Symptomen, sowie eine Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen (ICD-10: F42.1 [S. 4 Ziff. 2.5]). Die Beschwerdeführerin berichte über Flashback-Erleben der Traumatisierungen aus der Kindheit und dem Erwachsenenalter sowie starke selbstabwertende Stimmen und Täterintrojekte (S. 3 Ziff. 2.1). Vom 26. März bis zum 26. November 2018 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden, seither bis auf weiteres eine solche von 80 % (S. 2 Ziff. 1.3).

Im Bericht vom 7. Dezember 2019 (AB 125) führte Dr. med. G. _____ aus, dass die Diagnosen unverändert geblieben seien, sich die depressive Symptomatik jedoch verbessert habe (S. 2). Die Zwangsstörung und die Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastungen seien unverändert vorhanden, ebenso wie die erhöhte Erschöpfbarkeit, die verminderte Stressto-

leranz, die emotionalen Anspannungszustände, die Insuffizienzgefühle, die Erschöpfung, die Schuldgefühle, der Schwindel, die Freudlosigkeit und das Misstrauen. Komplex zeige sich die neurpsychologische Symptomatik: in den Gesprächen zeigten sich immer wieder starke Auffälligkeiten in den Bereichen Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Konzentration. Es werde nun eine Testdiagnostik durchgeführt um die komplexe psychische und neuro-psychologische Symptomatik besser zu verstehen (S. 3). Die im Mai 2019 gestellte Prognose mit einer langfristigen Arbeitsunfähigkeit habe sich leider bestätigt, zum aktuellen Zeitpunkt sei von einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit von 80 % bis 100 % auszugehen.

3.2.5 Im psychiatrischen Gutachten vom 20. März 2020 (AB 142) stellte Dr. med. H._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für Neurologie, unter Einbezug einer testpsychologischen Untersuchung durch lic. phil. I._____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP (S. 163 ff.), und einer neuropsychologischen Untersuchung durch Dr. sc. hum. Dipl.-Psych. J._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP (S. 166 ff.), folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 104 Ziff. 6.1):

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1); differentialdiagnostisch eine organisch bestimmte affektive Störung aufgrund von regelmässigem Konsum von Cannabinoiden (ICD-10: F06.3)
2. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide; psychotische Störung (ICD-10: F12.5) im Sinne einer cannabisinduzierten Psychose (ICD-10: F12.50), schizophren/halluzinatorisch (ICD-10: F12.50/F12.51) mit/bei psychischen Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F12.24)
3. Sonstige spezifische Angststörungen (ICD-10: F41.8).

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (Ziff. 6.2):

1. Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und emotional instabilen Persönlichkeitszügen auf dem Boden einer wahr-

scheinlich komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F61.0)

2. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Sinne von psychischen und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10: F17.24).

Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Wahrnehmungsstörungen und Sinnestäuschungen in Form von Halluzinationen hätten weder vom Gutachter noch von den Psychologinnen in den Testungen objektiviert werden können (S. 114 f.). Auch die im Rahmen der Untersuchung geltend gemachten kognitiven Defizite hätten klinisch nicht objektiviert werden können, weshalb eine neuropsychologische Zusatzbegutachtung bei der Psychologin J. _____ stattgefunden habe (S. 115). Im Rahmen dieser neuropsychologischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin ein ausgeprägt aggravatorisches Verhalten gezeigt, weswegen die entsprechenden Ergebnisse der Untersuchung nicht hätten ausgewertet werden können. Der IQ-Wert habe bei 55 Punkten gelegen, was gemäss den diagnostischen Kriterien nach ICD-10 einer leichten Intelligenzminderung entspräche. Dies sei mit dem beruflichen und persönlichen Werdegang der Beschwerdeführerin und dem im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung gewonnenen klinischen Eindruck jedoch nicht vereinbar (S. 116). Auch der visuelle Gedächtnistest TOMM zur Unterscheidung zwischen übertriebenen und glaubwürdigen Beeinträchtigungen des Gedächtnisses habe klar Hinweise auf eine Aggravation ergeben. Die im Rahmen der aktuellen Abklärung ermittelte Medikamentenspiegel für die von der Beschwerdeführerin angegebenen Medikamente hätten nicht im therapeutischen Bereich gelegen und das Drogenscreening der Urinprobe anlässlich der zweiten Untersuchung, nach Weigerung der Abgabe einer Urinprobe anlässlich der ersten Untersuchung, sei für Cannabinoide positiv gewesen. Sowohl bei der neuropsychologischen Untersuchung als auch im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung beim Gutachter selber hätten sich Hinweise auf eine ausgeprägte Aggravation ergeben und es gebe keine Erklärung, weshalb die Beschwerdeführerin den Beschwerdevalidierungstest so schlecht bearbeitet habe (S. 117). Die erhaltenen tiefen Werte könnten nur entstehen, wenn jemand bewusst das Falsche angegeben habe

(S. 118). Weswegen der behandelnde Psychiater in seinen Berichten gegenüber der Beschwerdegegnerin nicht auf den ausgeprägten Konsum von Cannabinoiden mit zwei bis zu drei Joints pro Tag im Sinne einer Abhängigkeit hingewiesen habe, sei aus fachärztlicher Sicht nicht nachvollziehbar. Unter Berücksichtigung der differenzialdiagnostischen Kriterien einer depressiven Episode nach ICD-10 handle es sich unter ätiologischen Gesichtspunkten um eine sekundäre organische psychische Störung, hervorgerufen durch extracerebrale Erkrankungen, die zu Hirnfunktionsstörungen führen – hier der Cannabiskonsum (S. 119). Die Cannabisabhängigkeit sei eine behandlungsbedürftige und auch behandelbare psychische Erkrankung (S. 122). Sollte nach dem Cannabisentzug weiterhin eine depressive Symptomatik persistieren, werde dringend die Optimierung der psychopharmakologischen Behandlung empfohlen (S. 146). Gleichzeitig wies der Gutachter darauf hin, dass sich im Rahmen der Untersuchung keine Hinweise auf eine paranoide Schizophrenie ergeben hätten (S. 122). Die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung sei nicht nachvollziehbar; die diagnostischen Kriterien seien nicht ausgewiesen (S. 135). Bezogen auf ein hypothetisches Arbeitspensum von 100 % sei die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 50 % (vier Stunden an fünf Tagen pro Woche) arbeitsfähig (S. 144 f. Ziff. 8.1). In einer angepassten Tätigkeit bestehe, ausgehend von einer 40-Stunden-Woche, eine 75 %ige Arbeitsfähigkeit (sechs Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche [Ziff. 8.2]).

Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin präzisiere Dr. med. H. _____ in der gutachterlichen Stellungnahme vom 30. März 2020 (AB 144), dass im Zeitraum der stationären Behandlungen vom 8. August bis zum 5. Oktober 2017, vom 11. Januar bis zum 8. März 2018 und vom 16. Oktober bis zum 27. November 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgewiesen gewesen sei (S. 3). Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit gelte ab dem Zeitpunkt der Begutachtung.

3.2.6 Der behandelnde Psychiater Dr. med. G. _____ führte in seinem mit "Einsprache gegen Vorbescheid" bezeichneten Schreiben vom 1. Juni 2020 (AB 148 S. 2 ff.) aus, dass er aus fachärztlich psychiatrischer Perspektive mit der Abweisung des Leistungsbegehrens nicht einverstanden sei. Die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung sei von di-

versen spezialisierten Institutionen und Psychiatern als vorhanden eingeschätzt worden. Die Aussage, dass das Typ A-Kriterium für die Diagnose nicht erfüllt sei, da niemand verletzt worden sei oder hätte sterben können, sei schlichtweg falsch. In DSM-5 sei beschrieben, dass unter anderem auch sexuelle Gewalt auf eine oder mehrere Arten ein Typ A-Kriterium sei. Die Vergewaltigungen und vielfältige sexualisierte Gewalt durch den Vater in schwerem Umfang seien definitiv ein Typ A-Kriterium für eine Posttraumatische Belastungsstörung (S. 3). Die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit erfüllt und definitiv eine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Zudem sei es überraschend, dass der Gutachter als erste Person in dem seit über 10 Jahre dauernden Behandlungsprozess die Reaktionen der Beschwerdeführerin als appellativ, theatralisch und demonstrativ beurteile. Die Beschwerdeführerin habe sich in der Begutachtungssituation sehr unwohl gefühlt, wodurch kognitive Blockaden aufgetreten seien (S. 4). Der Gutachter stelle bezüglich der Medikation die Depressionen ins Zentrum, jedoch stehe im Verständnis aller Behandler die Posttraumatische Belastungsstörung im Zentrum und daraus hätten sich die Depressionen entwickelt (S. 5). Der Gutachter stelle den Cannabiskonsum ins Zentrum der Diagnostik, obwohl die Beschwerdeführerin lange Unterbrüche im Konsum von Cannabis gehabt habe und auch während der stationären Aufenthalte ohne Cannabiskonsum die Symptome weiter vorhanden gewesen seien. Zusammenfassend weise das Gutachten starke fachliche Mängel auf und sei somit in Bezug auf die Abklärung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin nicht verwertbar.

3.2.7 Der behandelnde Hausarzt Dr. med. K. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte am 7. Juni 2020 (AB 156) aus, dass er als Hausarzt die Beschwerdeführerin seit 2000 kenne und behandle und wirklich erstaunt sei über die Beschreibung einer Aggravation und eines sekundären Krankheitsgewinns. In all den Jahren hätten die somatischen medizinischen Probleme stets rasch behoben werden können und die Beschwerdeführerin sei jeweils rasch wieder an die Arbeit in ... zurückgekehrt.

3.2.8 In der Stellungnahme vom 14. September 2020 (AB 161) führte der Gutachter Dr. med. H. _____ aus, auffallend sei, dass in vielen Berich-

ten die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung zwar genannt werde, eine solche aber während der stationären Aufenthalte nicht behandelt worden sei, sondern immer die ebenfalls diagnostizierte Depression (S. 4 f.). Die Behauptung des behandelnden Psychiaters, dass das Gutachten starke fachliche Mängel aufweise und damit nicht verwertbar sei, wies er gesamthaft zurück (S. 10). Bezüglich der vom behandelnden Arzt bestrittenen Aggravation der Beschwerdeführerin verwies der Gutachter auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, worin die Bedeutung der Konsistenzprüfung betont werde. Bei den durch die Beschwerdeführerin angegebenen Symptomen und funktionellen Einschränkungen handle es sich nicht um "eine blosse Verdeutlichung" (S. 15). Zusammenfassend hielt er fest, dass sich den eingereichten Unterlagen keine neuen Aspekte entnehmen liessen, die eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als im Gutachten vorgenommen begründen könnten.

3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 Beweiswürdigung 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).

3.4

3.4.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 6. November 2020 (AB 163) auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H. _____ vom 20. März 2020 (AB 142) und zwei gutachterliche ergänzende Stellungnahmen gestützt (AB 144 und AB 161). Diese medizinische Expertise des Sachverständigen ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf einer einlässlichen klinischen Exploration anlässlich zweier Begutachtungstermine sowie auf zwei fachpsychologischen Testungen. Sie wurde in Kenntnis der Vorakten sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. Die Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge, die Beurteilung der medizinischen Situation und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet und überzeugen. Dr. med. H. _____ hat sich – wie bereits der Vorgutachter Dr. med. C. _____ am 18. Oktober 2007 (AB 24) – einlässlich mit der Befundlage auseinandergesetzt und das Festgestellte unter überzeugender Berücksichtigung von Übertragung/Gegenübertragung in der Untersuchungssituation eingeordnet. Nicht zu beanstanden ist, wenn der psychiatrische Facharzt im Gutachten darauf hinweist, dass er während der Exploration ein appellativ und theatralisch anmutendes Weinen und Zittern beobachtet habe (vgl. z.B. AB 142 S. 69 und S. 91). Denn solche Beobachtungen sind Teil einer lege artis erfolgten psychiatrischen Begutachtung und der Gutachter hat deshalb nachvollziehbar auf die divergenten Verhaltensweisen der Beschwerdeführerin anlässlich der ersten (appellatives, theatralisches und dramatisches Verhalten mit Weinen und rezidivierenden emotionalen Ausbrüchen) und der zweiten Exploration (kein Zittern und keine affektiven Ausbrüche beim Vorlesen der erhobenen Befunde [S. 114]) hingewiesen.

Dr. med. H._____ hat die von ihm gestellten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar und überzeugend anhand der entsprechenden Leitlinien hergeleitet (AB 142 S. 113 ff.). Er hat festgehalten, dass eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1) bzw. differentialdiagnostisch eine organisch bestimmte affektive Störung aufgrund von regelmässigem Konsum von Cannabinoiden (ICD-10: F06.3), psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen durch Cannabinoide, psychotische Störung (ICD-10: F12.5) im Sinne einer cannabisinduzierten Psychose (ICD-10: F12.50) schizophren/halluzinatorisch (ICD-10: F23.51) sowie sonstige spezifische Angststörungen (ICD-10: F41.8 [S. 104 Ziff. 6.1]) vorliegen. Zudem hat er sich einlässlich und nachvollziehbar mit den von den behandelnden Ärzten im Vorfeld erstellten Beurteilungen auseinandergesetzt (S. 105 bis S. 113) und dargelegt, weshalb er das anlässlich der Untersuchung klinisch festgestellte depressive Geschehen als nur leicht bis mittelgradig ausgeprägt einschätzte (S. 131 ff.). Diesbezüglich hielt er insbesondere nachvollziehbar fest, dass weder im Jahr 2006, noch seither ein Drogenscreening durchgeführt worden sei, was ein erhebliches diagnostisches Manko darstelle (S. 118). Denn Voraussetzung für jede erfolgversprechende Therapie einer affektiven Störung sei eine exakte Diagnosestellung, da nur diese den Ausschluss einer organischen Erkrankung erlaube, wie es der Cannabiskonsum als Ursache des depressiven Syndroms sein könne. Gleichzeitig qualifizierte Dr. med. H._____ die Cannabissabhängigkeit der Beschwerdeführerin als behandlungsbedürftig und auch behandelbar (S. 122) und stellte damit klar, dass bei zumutbarer Abstinenz und adäquater Behandlung eine Arbeitsunfähigkeit (weitgehend) vermieden werden kann.

Die psychiatrische Expertise von Dr. med. H._____ vom 20. März 2020 (AB 142) erfüllt nach dem Dargelegten die höchstrichterlichen Beweisforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor) und erbringt damit vollen Beweis (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.4.2 Was die Beschwerdeführerin dagegen einwendet, vermag den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens vom 20. März 2020 (AB 142) nicht in Zweifel zu ziehen. Der Beschwerdeführerin kann insbesondere

nicht gefolgt werden, wenn sie für die Unverwertbarkeit der Resultate aus der neuropsychologischen Testung (S. 166 ff.) die geltend gemachte psychische Störung verantwortlich machen will und ausführt, dass sie sich gerade aufgrund ihrer Traumatisierung anders verhalte und damit den Anschein einer Aggravation erwecke (Beschwerde S. 8 Art. 3). Die von den Psychologinnen angewandten neuropsychologischen Tests und Validierungsverfahren sind gerade dazu da, eine konsistente Beurteilung herzuleiten und zu ermöglichen. Solche Tests sind darauf ausgelegt, Inkonsistenzen von pathologischen Störungen abzugrenzen. So ist denn auch selbst für den medizinischen Laien offensichtlich, dass der von der Beschwerdeführerin in den Tests demonstrierte IQ-Wert von 55 keine Grundlage haben kann. Ein derart erheblicher Intelligenzmangel hätte vom begutachtenden Psychiater wie auch den zugezogenen Psychologinnen bereits in den klinischen Erhebungen bemerkt werden müssen. Die Intelligenz wurde jedoch dort nachvollziehbar als nicht auffällig erhoben und eine mittelgradige Intelligenzminderung, welcher ein IQ von 55 entsprechen würde, nicht als mit dem im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung gewonnenen klinischen Eindruck vereinbar beurteilt (S. 116). Darüber hinaus war weder vom Vorgutachter Dr. med. C._____ (AB 24) noch von einem der behandelnden Ärzte je eine solche Auffälligkeit dokumentiert worden. Es wäre denn auch schlechterdings nicht nachvollziehbar, wie die Beschwerdeführerin mit einem solch tiefen IQ während ihres gesamten Lebens ihre privaten und beruflichen Angelegenheiten hätte alleine regeln können. Dass die Psychologin lic. phil. I._____ das Verhalten der Beschwerdeführerin anlässlich ihrer testpsychologischen Abklärung vom 22. Januar 2020 (vgl. S. 163 ff.) der Aggravation zugeschrieben hat und infolgedessen keine Einschränkungen attestieren konnte, überzeugt und ist nicht zu beanstanden. Ebenso hat auch Dr. sc. hum. J._____ anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung vom 26. Februar 2020 (S. 166 ff.) überzeugend dargestellt, dass die Ergebnisse der Symptomvalidierungstests weit unter den Erwartungen und teilweise sogar unterhalb der Ratewahrscheinlichkeit gelegen hätten (S. 175), so dass auch aufgrund dieser Ergebnisse auf ein aggravierendes Verhalten zu schliessen sei (S. 179). Mit Blick auf die bereits beim ersten Gutachter Dr. med. C._____ gezeigten Anzeichen für manipulative Anteile (vgl. AB 24 S. 12) kann dabei offen bleiben, ob die

festgestellte Aggravation nicht gar die Schwelle zur Simulation überschreitet.

3.4.3 Nichts an der Beweiskraft des Gutachtens ändert auch der vom behandelnden Psychiater Dr. med. G._____ formulierte Einwand vom 1. Juni 2020 (AB 148 S. 2 ff.). Der Gutachter hat sich in seiner Stellungnahme vom 14. September 2020 (AB 161) einlässlich und nachvollziehbar mit der Kritik an seinem Gutachten auseinandergesetzt und anhand seiner Befunde, der tatsächlichen Behandlungsschwerpunkte anlässlich der stationären Behandlungen wie auch anhand der aktenkundigen biographischen Daten (insb. Umschulung und langjähriger Erwerbstätigkeit ohne Dekompensation) sein Gutachten und die dort gezogenen Schlüsse, wonach in der angestammten Tätigkeit eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit (S. 143 f. Ziff. 8.1) und in einer angepassten Tätigkeit eine solche von 75 % besteht (S. 144 Ziff. 8.2) bestätigt. Diesbezüglich ist seine Aussage im Rahmen der Stellungnahme vom 30. März 2020 (AB 144 S. 3), wonach aktuell eine Einschränkung von 50 % bestehen könnte, nicht massgeblich. Denn bereits im Gutachten vom 20. März 2020 (AB 142 S. 144 f.) hatte er die Einschränkung in dieser Höhe bei gleicher Sachlage bezogen nur auf die angestammte Tätigkeit festgehalten und diese auch überzeugend hergeleitet, hingegen für eine angepasste Tätigkeit eine 75 %ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Dies überzeugt.

3.5 Damit liegt im Grundsatz kein anderer Zustand vor, als er nach der ersten (invalidenversicherungsrechtlich-gutachterlich geklärten) psychischen Dekompensation im Jahr 2006 vorlag. Damals hat der Gutachter Dr. med. C._____ in seinem Gutachten vom 18. Oktober 2007 (AB 24) die Sachlage überzeugend beurteilt und aufgrund der Diagnosen der generalisierten Angststörung (ICD-10: F41.1) und der leichten depressiven Episode ohne somatische Symptome (ICD-10: F32.00 [S. 13 f.]) eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert (S. 16). Ob die von Dr. med. H._____ neu (als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) festgehaltene Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und emotional instabilen Persönlichkeitszügen – im Gegensatz zu der Einschätzung des Gutachters Dr. med. C._____, der für die entsprechenden Befunde die Diagnose "histrionische und dissoziative Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1)" verge-

ben hatte (AB 24 S. 12) – überhaupt vorliegt, kann dabei offen bleiben. Der Unterschied ist bei gleicher Befundlage und der auch vom Gutachter bei der Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erfolgten Einordnung unerheblich. Es war der Beschwerdeführerin möglich, nach der ersten Dekompensation und der Anmeldung zum Leistungsbezug im Jahr 2006 (AB 2) einen Kurs als ... zu absolvieren und während vieler Jahre, selbst noch im Zeitpunkt der Neuanschreibung in dieser Funktion in einem Pensum von 80 % bis 2012 und danach zu 70 % erwerbstätig zu sein (vgl. AB 62 und AB 55 S. 2).

Der Gutachter Dr. med. H._____ hat – abgesehen von den drei unmittelbar an die Dekompensationen anschliessenden, jeweils weniger als drei Monate dauernden stationären Behandlungen (AB 144 S. 3) – eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % in einer optimal angepassten Tätigkeit attestiert (AB 142 S. 143 f. Ziff. 8.1 und Ziff. 8.2). Dass er damit eine minimal höhere Arbeitsunfähigkeit als Dr. med. C._____ im Gutachten vom 18. Oktober 2017 (AB 24) mit 20 % bescheinigt hat, ist Teil der unterschiedlichen Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes. Eine solche ist nach ständiger Praxis unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel unerheblich (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1). Es ist – ausserhalb der Zeit der unmittelbaren stationären Behandlungen anlässlich der neuerlichen Dekompensation – weiterhin vom früheren Leistungsprofil auszugehen. Eine wesentliche Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen ist damit nicht eingetreten und ein Neuanschreibegrund liegt nicht vor (vgl. E. 2.5.3 hiervor). Die beantragten Leistungen wären daher bereits unter diesem Blickwinkel abzuweisen gewesen.

4.

Selbst wenn jedoch von einem Revisionsgrund auszugehen und folglich eine vollumfänglich freie Prüfung vorzunehmen wäre, änderte sich am Ergebnis nichts, wie nachfolgend darzulegen ist (vgl. E. 4 nachfolgend). Daher kann offen bleiben, ob die attestierte Arbeitsunfähigkeit aufgrund der an

der Grenze zur Simulation liegenden Aggravation bei Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens überhaupt Bestand hätte.

Sowohl Dr. med. C. _____ (AB 24) wie nun auch Dr. med. H. _____ (AB 142) erkannten der attestierten psychischen Störung eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Umfang von 20 % bzw. 25 % zu.

4.1

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). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2019 UV Nr. 40 S. 153 E. 6.2.3).

Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf die statistischen Werte oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch

eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 141 V 1 E. 5.4 S. 3, 135 V 58 E. 3.1 S. 59; SVR 2018 UV Nr. 33 S. 115 E. 2.2). Weicht der tatsächlich erzielte Verdienst mindestens 5 % vom branchenüblichen LSE-Tabellenlohn ab, ist er im Sinne der Rechtsprechung deutlich unterdurchschnittlich und kann – bei Erfüllung der übrigen Voraussetzungen – eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen rechtfertigen. Es ist allerdings nur in dem Umfang zu parallelisieren, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt (BGE 135 V 297 E. 6.1.2 S. 303 und E. 6.1.3 S. 304).

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 Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222). Vorliegend ist aufgrund der attestierten Leistungsmin- derung durch beide psychiatrischen Gutachter eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % bzw. 25 % in einer angepassten Tätigkeit anzunehmen (vgl. E. 3.6 vorstehend). Der frühest mögliche Rentenbe- ginn ist deshalb unter Berücksichtigung Neuanmeldung im Oktober 2017 (AB 34) in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG auf das Jahr 2018 festzuset- zen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist der Einkommensvergleich durchzuführen. Die stationären Behandlungen führten zu jeweils weniger als drei Monaten anhaltenden höheren Arbeitsfähigkeiten (vgl. E. 3.5 vorstehend) und sind damit unbeachtlich (vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV).

4.3 Nach der erstmaligen Ablehnung des Leistungsbegehrens ab Februar 2008 hat die Beschwerdeführerin mit dem Absolvieren eines Kurses zur ... eine im Vergleich zu früher qualifizierende Ausbildung abgeschlossen und in der Folge auch in diesem Beruf gearbeitet (vgl. E. 3.5 vorstehend). Mit Blick auf dessen Umfang (120 Stunden Theorie / 15 Tage Praxis, vgl. <<https://www...>>) befähigt dieser Kurs zur Ausübung von Hilfstätigkeiten. Er ist nicht vergleichbar mit einer Ausbildung mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ wie z.B. die Ausbildung zu einer ...) oder auch nur einer Attestlehre im ...bereich. Sie entspricht damit einer Hilfsarbeitertätigkeit auf dem Niveau 1 der LSE (vgl. E. 4.1.1 vorstehend).

Das letzte erzielte Einkommen der Beschwerdeführerin hat im Jahr 2016 bei einem Pensum von 70 % Fr. 38'164.– betragen (Auszug aus dem Individuellen Konto [AB 42 S. 2] und vgl. auch AB 62 S. 5). Aufgerechnet auf ein 100 %-Pensum ergibt sich ein jährliches Einkommen von Fr. 54'520.– (Fr. 38'164.– / 0.7). Dabei stellt der tiefere Beschäftigungsgrad von 70 % keinen Anlass dar, die gemischte Methode für Teilerwerbstätige mit Aufgabenbereich oder die Methode für Teilerwerbstätige ohne Aufgabenbereich anzuwenden. Die Beschwerdeführerin ist als im Gesundheitsfalle zu 100 % erwerbstätig zu betrachten.

Das 2016 erzielte jährliche Einkommen von Fr. 54'520.– ist auf das Jahr 2018 hin zu indexieren und beträgt so Fr. 54'844.85 (Fr. 54'520.– / 100.7 x 101.3 [BFS, Tabelle "Nominallohnindex nach Geschlecht", Tabelle T1.2.15, Frauen, Periode 2015 bis 2020, Bst. Q "Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen", Index 2016: 100.7 bzw. 2018: 101.3]). Für die Parallelisierung (E. 4.1.1 vorstehend) ist das Vergleichseinkommen auf der Basis der LSE 2018, Ziff. 86-88 "Gesundheits- und Sozialwesen", Niveau 1, heranzuziehen, woraus sich ein Einkommen von Fr. 60'652.80 (Fr. 4'860.– x 12 Monate / 40 x 41.6 [BFS, "Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche", Bst. Q "Gesundheits- und Sozialwesen", 2018]) ergibt. Das effektive Einkommen läge damit knapp 10 % tiefer (100 - [100 / Fr. 60'652.80 x Fr. 54'844.85]), weshalb davon auch beim Invalideneinkommen 5 % zu berücksichtigen sind.

4.4 Die Beschwerdeführerin hat ihre Stelle als ... verloren und keine Verweistätigkeit im zumutbaren Rahmen aufgenommen. Sie verwertet da-

mit die ihr verbleibende Restarbeitsfähigkeit nicht, weshalb das Invalideneinkommen anhand der statistischen Lohnangaben der LSE 2018, Tabelle TA1 festzulegen ist. Gemäss dieser Tabelle, Total, Kompetenzniveau 1, beträgt der massgebliche monatliche Bruttolohn für Frauen Fr. 4'371.–. Auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Tabelle "Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche", Total, Jahr 2018) aufgerechnet resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 54'681.20 (Fr. 4'371.– x 12 Monate / 40 x 41.7). Unter Berücksichtigung der 25 %igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gemäss dem psychiatrischen Gutachten (vgl. E. 3.5 vorstehend) sowie der Parallelisierung von 5 % ergibt sich ein massgebliches Invalideneinkommen von Fr. 38'960.35 (Fr. 54'681.20 x 0.75 x 0.95).

4.5 Bei der Gegenüberstellung des hypothetischen Valideneinkommens von Fr. 54'844.85 und eines hypothetischen Invalideneinkommens von Fr. 38'960.35 resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 15'884.50 was einem IV-Grad von gerundet 29 % (zur Rundung vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und E. 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1) entspricht ($[(\text{Fr. } 54'844.85 - \text{Fr. } 38'960.35)] / \text{Fr. } 54'844.85 \times 100$). Es bestände folglich – selbst wenn ein Revisionsgrund vorliegen würde (vgl. E. 3.6 vorstehend) und die attestierte Arbeitsunfähigkeit bei Durchführung einer Indikatorenprüfung standhielte (vgl. E. 4 hiervor) – kein Anspruch auf eine Rente (vgl. E. 2.3 vorstehend).

5.

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch im Ergebnis zu Recht verneint. Gleichermassen hat sie angesichts der gesamten Aktenlage auch den Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung zu Recht abgelehnt, wird doch auch seitens der Beschwerdeführerin einzig eine solche zufolge lebenspraktischer Begleitung verlangt (AB 44 S. 4). Hierfür müsste jedoch gemäss Art. 42 Abs. 3 IVG – sofern wie bei der Beschwerdeführerin nur die psychische Gesundheit beeinträchtigt ist – ein Rentenanspruch gegeben sein. Die Beschwerdeführerin erachtet sich als vollständig arbeitsunfähig, womit ihr die subjektive Arbeitsfähigkeit fehlt.

Insoweit ist die vollständige Verneinung eines Leistungsanspruchs nicht zu beanstanden. Sollte die Beschwerdeführerin Leistungen der beruflichen Eingliederung in Anspruch nehmen wollen, so steht es ihr frei, sich unter Darlegung ihres nun erstellten Eingliederungswillens hierfür bei der Beschwerdegegnerin neu anzumelden.

Die angefochtene Verfügung vom 6. November 2020 (AB 163) ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde vom 8. Dezember 2020 abzuweisen.

6.

6.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen Fassung (vgl. Art. 82a ATSG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festzulegen.

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

6.2 Es besteht kein 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):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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.