

200 20 789 IV  
KNB/IMD/WSI

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 18. Januar 2023**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiber Imhasly

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 25. September 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1965 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 6. Juni 2017 unter Hinweis auf eine Trigeminusneuralgie rechts nach einem Rezidiv eines Akustikusneurinoms und einen Hörverlust von 50 % bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen, namentlich veranlasste sie eine psychiatrisch-neurologische Begutachtung (Gutachten vom 31. Januar 2019 [act. II 74.1] und Stellungnahme vom 29. März 2019 [act. II 83]). Gestützt hierauf sowie auf den Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 15. September 2019 (act. II 93) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 20. September 2019 (act. II 94) die Ausrichtung einer ganzen Rente ab dem 1. März 2018 sowie deren Herabsetzung auf eine Viertelsrente per 1. April 2019 in Aussicht. Nach dagegen erhobenen Einwänden (act. II 97) tätigte die IVB erwerbliche Abklärungen (act. II 102, 104, 107) und sprach der Versicherten mit Verfügung vom 25. September 2020 (act. II 112) ab dem 1. März 2018 eine ganze und ab dem 1. April 2019 eine halbe Rente zu.

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 20. Oktober 2020 Beschwerde mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei festzustellen, dass die Verfügung nichtig ist und die Sache sei zum Neuentscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.
2. Eventualiter sei die Verfügung vom 25. September 2020 aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin eine ganze IV-Rente auszurichten.
3. Subeventualiter seien weitere Sachverhaltsabklärungen vorzunehmen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Eingabe vom 7. Dezember 2020 äusserte sich die Beschwerdeführerin zum Verfahren.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 22. Dezember 2020 auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Mit Schreiben vom 12. Mai 2021 nahm die Beschwerdeführerin Stellung zur Beschwerdeantwort.

Der Instruktionsrichter wies die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 15. März 2022 auf eine mögliche Schlechterstellung hin und gab ihr Gelegenheit zur Stellungnahme bzw. zum Rückzug der Beschwerde.

Mit Eingaben vom 8. April bzw. 13. Mai 2022 nahm die Beschwerdeführerin unter Festhalten an der Beschwerde Stellung zur möglichen Schlechterstellung. Am 11. November 2022 äusserte sie sich abschliessend.

## **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**

**1.2.1** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 25. September 2020 (act. II 112).

**1.2.2** Vorab ist die Frage der Nichtigkeit der angefochtenen Verfügung zu prüfen.

Die Beschwerdeführerin bringt vor, die Verfügung datiere vom 25. September 2020, sei bei ihr jedoch schon am 21. September 2020 eingetroffen. Darüber hinaus enthalte der zweite Verfügungsteil "Zusprache einer Invalidenrente" (vgl. dazu AB 112 S. 5 ff.) lediglich die Bilder zweier Unterschriften, nicht aber originale Unterschriften. Damit stelle sich die Frage, ob die Verfügung überhaupt gültig erlassen worden sei oder nicht vielmehr nichtig sei.

Nach der Rechtsprechung besteht bei Verfügungen eine Vermutung für die Rechtsgültigkeit. Eine Verfügung darf nur dann als nichtig und unwirksam angesehen werden, wenn der ihr anhaftende Mangel besonders schwer und offensichtlich oder zumindest leicht erkennbar ist und wenn zudem die Rechtssicherheit durch die allfällige Nichtigkeit nicht ernsthaft gefährdet würde (BGE 137 I 273 E. 3.1 S. 275, 132 II 342 E. 2.1 S. 346). Als Nichtigkeitsgründe fallen hauptsächlich schwerwiegende Verfahrensfehler sowie die Unzuständigkeit der verfügenden Behörde in Betracht; dagegen haben inhaltliche Mängel nur in seltenen Ausnahmefällen die Nichtigkeit einer Verfügung zur Folge (BGE 118 Ia 336 E. 2a S. 340), so etwa, wenn die Verfügung als praktisch wirkungslos, unsinnig oder unsittlich zu qualifizieren ist (AHI 1995 S. 33 E. 4a). Ebenso ist eine Verfügung nichtig, die einen unmöglichen Inhalt hat, bei der die Fehlerhaftigkeit an ihr selbst zum Ausdruck kommt, bei tatsächlicher Unmöglichkeit des Vollzugs oder wenn sie unklar oder unbestimmt ist (SVR 2015 IV Nr. 33 S. 106 E. 5.2.1).

Die Nichtigkeit einer Verfügung ist jederzeit und von sämtlichen staatlichen Instanzen von Amtes wegen zu beachten (BGE 129 V 485 E. 2.3 S. 488; SVR 2015 IV Nr. 33 S. 107 E. 5.2.1). Ist die von einem staatlichen Organ erlassene Verfügung nichtig, so darf die kantonale Rekursbehörde auf das Rechtsmittel, welches bei ihr dagegen eingelegt wurde, nicht eintreten, oder dann nur, um die Nichtigkeit der Verfügung festzustellen (ZAK 1986 S. 544 E. 4).

**1.2.3** Die Vordatierung der angefochtenen Verfügung hat nicht deren Nichtigkeit zur Folge, stellt dies doch keinen schwerwiegenden Verfahrensmangel dar (vgl. E. 1.2.2 hiervor). Der Beschwerdeführerin ist daraus denn auch kein Nachteil erwachsen. Sie war in der Lage, die Verfügung fristgerecht anzufechten.

**1.2.4** Der Beschwerdeführerin kann auch insofern nicht gefolgt werden, als sie eine Nichtigkeit der Verfügung aufgrund der fehlenden eigenhändigen Unterschriften geltend macht. Eine Unterschrift ist bei sozialversicherungsrechtlichen Verfügungen nicht generell verlangt; insbesondere ergibt sich die Unterschriftspflicht nicht aus dem Grundsatz der Schriftlichkeit (vgl. BGE 105 V 248 E. 4 S. 251 ff.) und besteht namentlich bei Verfügungen, welche IT-gestützt ausgefertigt werden, nicht (vgl. BGE 112 V 87 E. 1 S. 87 f.). In der Praxis werden sozialversicherungsrechtliche Verfügungen kaum je handschriftlich unterzeichnet (UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 4. Aufl. 2020, Art. 49 N. 57). Es ist darüber hinaus gerichtsnotorisch, dass die Beschwerdegegnerin ihre Verfügungen seit Jahren mit Faksimile-Unterschriften versieht. Hieraus kann nicht geschlossen werden, dass die Verfügung nicht von der für den Fall zuständigen Person versandt worden ist (Beschwerde Rz. 3). Ausserdem geht aus dem Briefkopf der Verfügung und den weiteren Angaben (Adresse, Name der Sachbearbeiter, Sozialversicherungsnummer etc.) zweifelsfrei hervor, dass die mit Beschwerde beanstandete Verfügung von der Beschwerdegegnerin stammte, woraus auf eine rechtliche Aussenwirkung zu schliessen ist (vgl. dazu auch Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 8. Oktober 2019, 8C\_434/2019, E. 2.2).

**1.2.5** Schliesslich vermag der Umstand, dass die Feststellung der Nichtigkeit der angefochtenen Verfügung für die Beschwerdeführerin insofern von Vorteil sein könnte, als die von ihr nach Verfügungserlass ins Recht

gelegten ärztlichen Berichte im Rahmen einer neuen Verfügung von der Beschwerdegegnerin zu berücksichtigen wären (vgl. Eingabe vom 7. Dezember 2020), offensichtlich keine Nichtigkeit der Verfügung zu begründen. Weiterungen hierzu erübrigen sich.

**1.2.6** Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung.

In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete Invalidenrente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a; SVR 2019 IV Nr. 33 S. 100 E. 3.2). Folglich ist der generelle Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung zu prüfen, unter Einschluss der ab 1. März 2018 zugesprochenen ganzen Rente.

**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** Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis

31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen, zumal eine Änderung der laufenden Rente ab dem 1. Januar 2022 vorliegend nicht zur Debatte steht.

**2.2** 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).

**2.3** 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).

**2.4** Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.5** 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 ha-

ben. 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).

**2.6** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (aArt. 17 Abs. 1 ATSG).

**2.6.1** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (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).

**2.6.2** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts 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).

**2.6.3** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur

Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

**2.6.4** Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Drei-monatsfrist von Art. 88a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2019 IV Nr. 2 S. 4 E. 2).

### 3.

**3.1** Den medizinischen Akten ist zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bzw. ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im Bericht vom 18. Mai 2017 (act. II 8 S. 2 f.) erwähnte Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, die folgenden Diagnosen:

- Trigeminusneuralgie
- Beginn mit Tegretol bis 2x400mg, wegen Nebenwirkungen sistiert, keine Besserung
- 10/10 Akustikusneurinom Kleinhirnbrückenwinkel rechts
- 15.11.10 osteoklastische subokzipitale retromastoide Kraniektomie mit apikaler Mastoidektomie, totale Tumorexstirpation makroskopisch unter Erhalt des N. facialis und des Gehörnervs, Schädelplastik-Rekonstruktion mittels Osteosynthese
- MRI 1/11: lamellärer Resttumoranteil entlang des N. facialis und dem N. acusticus
- MRI 7/13: stabil
- 3/16 Symptomatische Trigeminusneuralgie rechts bei diskreter Progression des Restvestibularisschwannoms rechts
- 5/16 Mikrotechnische Re-Kraniotomie subokzipital retromastoidal rechts, makroskopische Tumorektomie, Laterobasisrekonstruktion komplex mittels Palacos und Osteosynthese (Mittelohrversorgung). Anastomose End-End A. okzipitalis

- 6/16 MRI Schädel: Regelrechte postoperative Verhältnisse mit Radikalentfernung der suprameatalen Anteile und insbesondere sehr guter Trigemiusdekompression. Weiterhin Resttumoramellen intrameatal
- 3/17 MRI Schädel: Granulationsgewebe entlang dem N. facialis. Keine sicheren Hinweise auf Tumor.
- Leberzysten rechter Leberlappen
- Migräne.

Die Ärztin attestierte für den Zeitraum vom 1. bis 30. Juni 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

**3.1.2** Im Bericht vom 28. Juni 2017 (act. II 18) führte Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, aus, seit Frühling 2016 (präoperativ) hätten leichte neuralgische Beschwerden im rechten Trigemiusgebiet bestanden. Seit Januar 2017 sei es zu einer Exazerbation mit chronischem Schmerzsyndrom und reaktiver depressiver Entwicklung gekommen. Es bestünden eine deutlich verminderte Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit, eine schnelle Ermüdbarkeit und eine partielle Taubheit rechts seit der ersten Operation. Seit dem 13. März 2017 bis auf Weiteres liege eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor.

**3.1.3** Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 3. Juli 2017 (act. II 21) in psychiatrischer Hinsicht eine Anpassungsstörung mit einer längeren, ängstlich geprägten depressiven Reaktion (ICD-10 F43.21), seit Januar 2017. Ab Januar 2017 bis voraussichtlich Ende Juli 2017 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Im Anschluss erfolge eventuell ein vorsichtiger Wiedereinstieg in die berufliche Tätigkeit zu 10 bis 20 %.

**3.1.4** Am 10. November 2017 (act. II 33) berichtete die Klinik F.\_\_\_\_\_ über die vom 9. bis 27. Oktober 2017 erfolgte Hospitalisation. Diagnostiziert wurden u.a. eine Hemicrania continua rechts, DD postoperativer Kopfschmerz ED 10. Oktober 2017, ein Akustikusneurinom Kleinhirnbrückenwinkel rechts ED Oktober 2010, eine Migräne mit und ohne Aura seit 1980, therapiert mit diversen Triptanen, und Leberzysten im rechten Leberlappen. Im Mai 2016 sei wegen eines Rezidivs eine mikrotechnische Re-Kraniotomie mit Tumorektomie erforderlich geworden. In der Folge habe sich die Schmerzsymptomatik deutlich verschlechtert. Es sei neben dem bekannten Migräneschmerz zu einem permanenten halbseitigen Gesichts-

schmerz rechts gekommen. Die Lebensqualität der sehr aktiven Patientin habe sich dadurch deutlich verschlechtert. Verschiedene Medikamente hätten keine befriedigende Wirkung erbracht. Es bestehe dadurch seit März 2017 eine Arbeitsunfähigkeit. Es sei eine stationäre Neurorehabilitation eingeleitet worden, um eine Schmerzregredienz zu erreichen und die psychophysische Situation der schmerzgeplagten Patientin zu verbessern. Die Patientin sei in das multimodale leistungsabgestimmte interdisziplinäre Neurorehabilitationsprogramm eingegliedert und die Rekonditionierung sei systematisch begonnen worden. Der Verlauf sei protrahiert gewesen. Ab 11. Oktober 2017 sei die Medikation mit Indometacin mit steigender Dosis etabliert worden. Leider habe das Indometacin durch die gehäufte Migräne mit Emesis und Nausea nicht nach Schema 3 x 75 mg/d eingenommen werden können. Es seien fast regelmässig wieder stärkere Kopfschmerzen mit Nausea und Vomitur sowie Schmerzen im Oberbauch aufgetreten. Der Austritt sei in einem kaum veränderten Allgemeinzustand erfolgt.

**3.1.5** Im Verlaufsbericht vom 28. Mai 2018 (act. II 37) verwies Dr. med. C.\_\_\_\_\_ auf einen unveränderten Gesundheitszustand. Es beständen weiterhin sehr belastende permanente Gesichtsschmerzen, sowie eingeschränkte Konzentration und Belastbarkeit. Migräne trete noch einmal wöchentlich auf. Die Situation sei chronifiziert, die Prognose sei ungünstig. Weiterhin sei die Patientin zu 100 % arbeitsunfähig.

**3.1.6** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 6. Dezember 2018 (act. II 67 S. 2 f.) u.a. ein Vestibularis-schwannom rechts WHO Grad I initial Koos IV. Im aktuellen MRT habe sich im Vergleich zum 13. Dezember 2017 ein weiterhin identischer Lokalbefund ohne Hinweis auf ein Rezidiv gezeigt. Als Nebendiagnose erwähnte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ eine komplex aufgebaute teils solide, teils zystische rundliche Läsion an retroperitonealer bzw. paraaortaler Lokalisation von 2.5 cm. Dies sei in Abklärung.

**3.1.7** Dem von den Dres. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, verfassten bidisziplinären Gutachten vom 31. Januar 2019 (act. II 74.1) ist zu entnehmen, dass aus psychiatrischer Sicht keine primäre psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu benennen sei. Aus neurologischer

Sicht bestehe mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Hemikranie rechts bei Analgetikaüberkonsum (ICD-10 G44.4), eine sensible Trigemini-neuropathie sei möglich. Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten die Diagnosen Akustikusneurinom rechts (ICD-10 D33.3) mit Status nach Kraniotomien retromastoidal rechts 2010 und 2016 und Migräne ohne sichere Aura seit Jahrzehnten (ICD-10 G43.0; S. 32 Ziff. 6).

Dr. med. H. \_\_\_\_\_ führte aus, die Versicherte erleide keine eigenständige psychiatrische Erkrankung und keine intrapsychischen Konflikte, die nicht anders als durch Angabe von andauernden Schmerzen ausgedrückt werden könnten. Im Zusammenhang mit der vorliegenden somatischen Problematik sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung explizit auszuschliessen. Auch habe die Versicherte trotz der deutlichen somatischen Erkrankung keine affektive Störung im Sinne einer depressiven episodischen Erkrankung erlitten. Die ab Frühjahr 2017 behandelnde Psychiaterin Dr. med. E. \_\_\_\_\_ habe eine Anpassungsstörung mit ängstlich depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) diagnostiziert. Aus der aktuellen versicherungspsychiatrischen Sicht möge es im Zusammenhang mit den damals erlittenen Schmerzen und dem Prozess, nicht wieder arbeiten zu können und schliesslich sogar den Arbeitsplatz verloren zu haben, zu einer vorübergehenden Symptomatik von Krankheitswert gekommen sein. Hierzu habe die Versicherte allerdings angegeben, die Gespräche mit der Psychiaterin hätten ihr geholfen und sie habe diverse andere therapeutische Ideen verfolgt, die ihr geholfen hätten. So werde aktuell eine Anpassungsstörung, die für sich genommen auch nur eine Minderung der Arbeitsfähigkeit und keine Arbeitsunfähigkeit begründet hätte, unter besonderer Benennung des aktuellen, vollständig unauffälligen psychischen Befundes ohne Depressivität und ohne inadäquate Ängstlichkeit als remittiert angenommen (S. 32 ff.).

In neurologischer Hinsicht hielt Dr. med. I. \_\_\_\_\_ fest, bei der Hemicrania continua sei das absolute Ansprechen auf therapeutische Dosen von Indometacin ein klar gefordertes diagnostisches Kriterium, welches aber bei der Patientin nicht vorliege. Sie habe Indometacin in einer therapeutischen Dosis von 150 mg während zwei Monaten ohne Besserung der Gesichtsschmerzen ausprobiert, so dass die Diagnose einer Hemicrania con-

tinua aktuell nicht mehr aufrechterhalten werden könne (S. 37). Die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung sei nicht normal, es werde eine Hypästhesie im Bereich des ersten und zweiten Trigeminasastes rechts für Berührung angegeben, trotzdem sei der Kornealreflex aber beidseits symmetrisch lebhaft auslösbar. Es bestehe auch eine Hypästhesie rechts parietal und okzipital. Es werde auch eine Hyposensibilität für Berührung mit dem Holzspachtel an der rechten Zungenhälfte angegeben, dies entspreche somit dem Versorgungsgebiet des Nervus mandibularis, dem dritten Ast des Nervus trigeminus (S. 38). Es bestehe ein komplexes Beschwerdebild in Form von Gesichts- und Kopfschmerzen eigentlich bereits seit Jahrzehnten. Das Vorliegen einer Migräne könne klar bestätigt werden, diese habe bis anhin nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt. Es stelle sich die Frage, ob der in der Klinik F.\_\_\_\_\_ differentialdiagnostisch erwogene postoperative Kopfschmerz zutreffen könne. Es müsste sich hierbei um einen persistierenden Kopfschmerz nach Kraniotomie handeln. Dies sei bei der Patientin insofern keine zutreffende Diagnose, weil die Beschwerden erst im Januar 2017 eingesetzt hätten, die letzte Kraniotomie aber bereits im Mai 2016 erfolgt sei. Gemäss den diagnostischen Kriterien müsse der Kopfschmerz innerhalb von sieben Tagen nach der Kraniotomie oder nach dem Wiedererlangen des Bewusstseins oder nach dem Absetzen von entsprechenden analgetischen Medikamenten aufgetreten sein. Dementsprechend könne auch diese Diagnose zurzeit nicht gestellt werden. Eine Trigemineuralgie bestehe gemäss den anamnestischen Angaben ebenfalls nicht, weil die Kopfschmerzexazerbationen rechtsseitig stundenlang andauern und nicht durch äussere Stimuli getriggert werden könnten (S. 39). Es verbleibe die diagnostische Möglichkeit einer schmerzhaften Trigemineuropathie. Diesbezüglich weise die Patientin in der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung gewisse Abnormalitäten auf im Sinne von sensiblen Defiziten an der rechten Gesichts- und Kopfhälfte. Diese seien allerdings nicht ganz eindeutig objektivierbar. Die Diagnose einer schmerzhaften sensiblen Trigemineuropathie erscheine etwas ungewiss, umso mehr als die diagnostischen Kriterien erforderten, dass der Schmerz nach Eintreten der Erkrankung aufgetreten sei oder zu deren Entwicklung geführt habe. Dies sei aber bei der Patientin eindeutig nicht der Fall, weil die Gesichtsschmerzen rechts im Januar 2017 begonnen hätten. Zu diesem Zeitpunkt sei das Akustikusneurinom aber

bereits erfolgreich zum zweiten Mal operiert worden und seitdem habe sich keine Progredienz dieses Tumors mehr bildgebend nachweisen lassen (S. 39 f.). Die wahrscheinlichste Diagnose dürfte daher das Vorliegen eines Medikamentenüberkonsumkopfschmerzes sein, insbesondere aufgrund der täglichen Einnahme von Novalgin in Form von Tabletten oder Tropfen. Zusätzlich nehme die Patientin ungefähr achtmal im Monat Relpax und mitunter auch Zomig ein. Aufgrund des aktuell abnormen klinisch-neurologischen Untersuchungsbefundes könne die Diagnose eines atypischen Gesichtsschmerzes nicht gestellt werden. Eine relevante zervikogene Komponente dürfte aufgrund der aktuellen Untersuchung nicht vorliegen (S. 40 f.). Der neu diagnostizierte unklare abdominelle Befund sei bezüglich Kopfschmerzen nicht von Relevanz. Es sei auch nicht wahrscheinlich, dass ein pathogenetischer Zusammenhang zwischen dem Akustikusneurinom und dem abdominellen Befund bestehe. Dies wäre bei einer Neurofibromatose Typ II möglich, welche bei der Patientin aber nicht vorliege. Es bestehe im wiederholt durchgeführten MRI des Kopfes kein Hinweis auf ein kontralaterales Akustikusneurinom (S. 41).

Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte arbeitsfähig. Aus neurologischer Sicht könne die Explorandin bei der bisherigen Tätigkeit als ... in der ... an rund vier Stunden pro Tag entsprechend einem Pensum von 50 % anwesend sein. Die bisherige Tätigkeit als ... sei offenbar mit erhöhtem Stress verbunden gewesen und erscheine dementsprechend etwas ungünstig. Für angepasste Tätigkeiten ohne Lehrtätigkeit bestehe eine höhere Arbeitsfähigkeit von 80 %. Solche angepassten Tätigkeiten sollten körperlich höchstens mittelschwer sein und könnten in sämtlichen Körperpositionen ausgeführt werden. Die Patientin sei aufgrund der Anfang 2017 einsetzenden hemikraniellen Schmerzen rechts seit März 2017 vollständig arbeitsunfähig geschrieben, woran sich bis heute nichts geändert habe. Diese Einschätzung werde aktuell aus neurologischer Sicht nicht mehr geteilt, weil diese vollständige Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen der subjektiven Beurteilung durch die Patientin entspreche. Dementsprechend gelte die aktuell formulierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit ab dem Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens (S. 45 f.).

**3.1.8** Aus dem Operationsbericht von Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 28. Februar 2019 (act. II 79 S. 2 f.) geht hervor, dass tags zuvor bei diagnostizierter Neoplasie der proximalen Mesenterialwurzel eine offene Tumorexzision durchgeführt worden ist. Intraoperativ habe die Schnellschnittuntersuchung den Verdacht auf ein Neurinom ergeben. Am 5. März 2019 (AB 82 S. 2 f.) berichtete Prof. Dr. med. J. \_\_\_\_\_ über einen intra- und postoperativ problemlosen Verlauf. Die durchgeführte Histologie habe keinen Anhalt für eine Malignität des Neurinoms gegeben.

**3.1.9** In der Stellungnahme vom 29. März 2019 (act. II 83) führten die Gutachter Dres. med. H. \_\_\_\_\_ und I. \_\_\_\_\_ aus, interdisziplinär könne die Arbeitsfähigkeit retrospektiv nicht näher beurteilt werden, weil sie die Patientin zu einem früheren Zeitpunkt nicht untersucht hätten. Dementsprechend gelte die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus interdisziplinärer Sicht ab der Erstellung des Gutachtens und somit ab dem 31. Januar 2019. Ein pathogenetischer Zusammenhang zwischen dem Akustikusneurinom und dem abdominellen Befund, der jetzt auch histologisch einem Neurinom entspreche, sei unwahrscheinlich. Eine Neurofibromatose Typ II habe bisher nicht nachgewiesen werden können. Dementsprechend habe der abdominelle Tumor keine erkennbare unmittelbare Bedeutung für die Beurteilung der Kopfschmerzen. Daher ergebe sich auch keine Änderung an dem im Gutachten definierten Zumutbarkeitsprofil.

**3.1.10** Der RAD-Arzt Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, für Kardiologie und für Arbeitsmedizin, nahm am 15. September 2019 (act. II 93) insbesondere Stellung zu den Ausführungen des neurologischen Gutachters Dr. med. I. \_\_\_\_\_. Er erachtete dessen Argumentation hinsichtlich der anamnestisch-klinischen Sachverhalte in Bezug auf die chronischen Gesichts- und Kopfschmerzen und die diagnostische Zuordnung als nicht nachvollziehbar. Der Neurologe differenziere in der Anamnese die unterschiedlichen Charakteristika des auch auf Berührung auslösbaren Gesichtsschmerzes (im Operationsgebiet) eindeutig von den oft sekundär generalisierten, diffusen Halbseitenkopfschmerzen der Versicherten. Seine spezifisch neurologische Befunderhebung enthalte die eindeutig ausgewiesene Beobachtung, dass der Gesichtsschmerz objektiv durch punktförmige (ärztlich-diagnostische) Berührung ausgelöst werden könne,

wobei es zu einer Schmerzausbreitung vom Punkt der Berührung auf die gesamte rechte Gesichtshälfte komme, ohne zusätzliches Auftreten eines Halbseitenkopfschmerzes oder Nacken-Kopfschmerzes. Dieser Befund werde in klassischer medizinischer Nosologie und Terminologie als "Allodynie" bezeichnet und führe zur Diagnose eines neuropathischen Schmerzes, der ursächlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dem Sachverhalt der früheren operativen Eingriffe an der Schädelbasis zugeordnet werden müsse. Diese allein aus der medizinischen Systematik ableitbare Diagnose werde vom Gutachter nicht gestellt. Eine Benennung und Würdigung dieser Diagnose hätte allenfalls zur Folge gehabt, dass die Allodynie den neurologischen Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugeordnet worden wäre. Trotz der ausführlichen medizinisch-theoretischen Erwägungen des neurologischen Gutachters zur Differenzialdiagnose der Gesichts- und Kopfschmerzen sei keine strukturierte und nachvollziehbare Schmerzmittelanamnese zu erkennen. Es erscheine nicht nachvollziehbar, warum das neurologische Gutachten einseitig den Kopfschmerzmittel-Kopfschmerz als beurteilungsrelevant herausstelle, und die Folgen der zweifachen Operation des Akustikusneurinoms bzw. den durch die eigene Untersuchung beobachteten neuropathischen Gesichtsschmerz in die nicht leistungsrelevanten Nebendiagnosen "abordne".

## **3.2**

**3.2.1** 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).

**3.2.2** 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).

**3.2.3** Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund 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 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 25. September 2020 (act. II 112) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das psychiatrisch-neurologische Gutachten der Dres. med. H. \_\_\_\_\_ und I. \_\_\_\_\_ vom 31. Januar 2019 (act. II 74.1). Während die Darlegungen und Schlussfolgerungen des Psychiaters Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vollumfänglich zu überzeugen vermögen und insoweit von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten werden (vgl. bspw. Beschwerde Rz. 106), gilt selbiges nicht für den vom Neurologen Dr. med. I. \_\_\_\_\_ verfassten Teil des Gutachtens (vgl. nachfolgend).

**3.3.1** Der neurologische Gutachter begründete die Diagnose einer chronischen Hemikranie rechts bei Analgetikaüberkonsum (ICD-10 G44.4) im Wesentlichen nach dem Ausschlussprinzip, indem er zunächst diverse seitens der behandelnden Ärzteschaft gestellte Diagnosen verwarf. Die entsprechende Argumentation überzeugt jedoch nicht vollends: Die Diagnose einer Hemicrania continua verneinte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ unter Hinweis darauf, dass das absolute Ansprechen auf therapeutische Dosen von Indometacin ein klar gefordertes diagnostisches Kriterium sei, welches aber nicht vorliege, da die Beschwerdeführerin Indometacin in einer therapeutischen Dosis von 150 mg während zwei Monaten ausprobiert habe, ohne

dass eine Besserung der Gesichtsschmerzen eingetreten wäre (act. II 74.1 S. 37). Gestützt auf die Aktenlage bleibt unklar, ob die Behandlung mit Indometacin effektiv in therapeutisch wirksamer Dosis während zwei Monaten stattgefunden hat. Im Bericht der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 10. November 2017 (act. II 33) wurde bezüglich dieses Medikaments festgehalten, dieses habe durch die gehäufte Migräne mit Emesis und Nausea nicht nach Schema 3 x 75 mg/d eingenommen werden können. Zwar wurde u.a. Indometacin als Austrittsmedikation in der Dosis von 3 x 50 mg täglich verordnet; ob die Beschwerdeführerin dies jedoch eingenommen hat und über welchen Zeitraum, lässt sich nicht nachvollziehen. Erstellt ist einzig, dass die behandelnde Neurologin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 14. Dezember 2017 (act. II 32) ein unbefriedigendes Ansprechen auf u.a. Indometacin erwähnte. Sie bezog sich dabei jedoch offensichtlich nicht auf eine aktuelle Untersuchung, sondern auf den erwähnten Bericht der Klinik F. \_\_\_\_\_, nachdem die letzte Konsultation bei ihr bereits im Juli 2017 stattgefunden hatte. Unter der aktuellen Medikation listete die Ärztin das fragliche Medikament nicht mehr auf; dass die Beschwerdeführerin dieses während zweier Monate in entsprechender Dosierung eingenommen hätte, geht aus dem Bericht nicht hervor.

**3.3.2** Das Vorliegen eines von der Klinik F. \_\_\_\_\_ differentialdiagnostisch erwähnten postoperativen Kopfschmerzes, ED 10. Oktober 2017 (act. II 33 S. 2) verneinte der Gutachter sodann unter Hinweis darauf, dass es sich hierbei um einen persistierenden Kopfschmerz nach Kraniotomie handeln müsste, die letzte Kraniotomie im März 2016 erfolgt sei, die Beschwerden jedoch erst im Januar 2017 eingesetzt hätten (act. II 74.1 S. 39). Die Hausärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hielt bezüglich der rechtsseitigen Gesichtsschmerzen im Bericht vom 28. Juni 2017 (act. II 18) demgegenüber fest, bereits seit Frühling 2016 (präoperativ) hätten leichte neuralgische Beschwerden im rechten Trigeminalggebiet bestanden. Ab Januar 2017 sei es zu einer Exazerbation gekommen. Im Schreiben vom 21. Oktober 2020 (Akten der Beschwerdeführerin [act. IA] 2) führte die Hausärztin zudem aus, die rechtsseitigen Gesichtsschmerzen seien in der Krankengeschichte erstmals am 16. Dezember 2013 beschrieben worden. Auch im Bericht der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 10. November 2017 wird von einer Schmerzzunahme seit anfangs Jahr und nicht von einem zu diesem Zeit-

punkt neu aufgetretenen Schmerz gesprochen (act. II 33 S. 4). Insofern überzeugt auch die gutachterliche Argumentation nicht, mittels welcher das Vorliegen einer schmerzhaften Trigemini-neuropathie verneint wird. Obwohl der Gutachter in der klinisch-neurologischen Untersuchung sensible Defizite an der rechten Gesichts- und Kopfhälfte feststellen konnte, mass er diesen keine Bedeutung zu. Er verwies darauf, die diagnostischen Kriterien für eine Trigemini-neuropathie erforderten, dass der Schmerz nach Eintreten der Erkrankung aufgetreten sei oder zu deren Entwicklung geführt habe, die Gesichtsschmerzen bei der Patientin jedoch erst im Januar 2017 begonnen hätten (act. II 74.1 S. 39 f.). Dies widerspricht nach dem Dargelegten der Aktenlage.

**3.3.3** Betreffend die postulierte (Haupt)Diagnose einer chronischen Hemikranie bei Analgetikaüberkonsum (act. II 74.1 S. 32) stellte der RAD-Arzt Dr. med. K. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 15. September 2019 (act. II 93) überzeugend fest, dass der Gutachter keine strukturierte und nachvollziehbare Schmerzmittelanamnese erstellt und insbesondere nicht klar herausgearbeitet hat, welche Kopfschmerzmittel die Beschwerdeführerin aktuell in welcher Häufigkeit und Dosierung einnimmt, und wie sich diese auf das Befinden und allenfalls die Verschlechterung aktuell bestehender Kopfschmerzen auswirkten. Weiter wies der RAD-Arzt zu Recht darauf hin, dass darauf verzichtet worden sei, einen Medikamentenspiegel zur objektiven Absicherung der klinisch gestellten Diagnose bestimmen zu lassen. Mit dem RAD-Arzt ist festzuhalten, dass eine umfassende und die spezifischen Wirkungen und Nebenwirkungen der früher und aktuell gebrauchten Schmerzmittel abwägende Anamnese grundsätzlich unverzichtbar ist, bevor die Diagnose eines Schmerzmittel-Kopfschmerzes überzeugend gestellt werden kann. Soweit der Gutachter festhält, das Problem des Medikamentenüberkonsumkopfschmerzes sei bereits anlässlich der neurologischen Voruntersuchungen im Jahr 2017 thematisiert worden (act. II 74.1 S. 40), bleibt unklar, worauf er sich dabei bezieht. Den Berichten der Neurologin Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 18. Mai und 14. Dezember 2017 (act. II 8 S. 2 f., 31) wie auch vom 28. Mai 2018 (act. II 37) lässt sich nichts Entsprechendes entnehmen. Auch im Austrittsbericht der Klinik F. \_\_\_\_\_ vom 10. November 2017 (act. II 33 S. 2 ff.) findet sich kein Hinweis auf einen

Medikamentenüberkonsum. Ein solcher wird im Übrigen durch die Beschwerdeführerin ausdrücklich bestritten.

**3.3.4** Nach dem Gesagten sprechen diverse konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit des neurologischen Teils des Gutachtens vom 31. Januar 2019 (act. II 74.1), so dass nicht darauf abgestellt werden kann.

**3.4** Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt unzureichend abgeklärt, insbesondere lassen sich die hier massgebenden Fragen nach der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin und deren Verlauf – d.h. wesentliche Veränderungen im massgebenden Zeitraum – auch nicht gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte beantworten, welche ohne differenzierte Begründung seit Jahren eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestieren. Die Sache ist – da die Beschwerdeführerin subeventualiter die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und weitere Sachverhaltsabklärungen durch die Beschwerdegegnerin anstrebt (vgl. Eingabe vom 7. Dezember 2020 Ziff. 6) – an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat nach Aktualisierung der medizinischen Aktenlage (inkl. Edition der Krankengeschichte bei der Hausärztin Dr. med. D. \_\_\_\_\_) ein neurologisches bzw. allenfalls ein neurologisch-neurochirurgisches Gutachten bei einer oder einem bisher nicht mit der Sache befassten Gutachterin oder Gutachter bzw. einer Gutachterstelle zu veranlassen.

**3.5** Die Beschwerde ist gutzuheissen, die angefochtene Verfügung vom 25. September 2020 (AB 112) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.

Mit Schreiben vom 15. März 2022 wurde die Beschwerdeführerin bereits auf die Möglichkeit einer Schlechterstellung (insb. hinsichtlich der Höhe des Valideneinkommens) hingewiesen (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.4 S. 320).

#### **4.**

**4.1** Gemäss aArt. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren 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.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 1'000.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

**4.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2020 KV Nr. 23 S. 112 E. 11.1). Die Parteikosten werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Mit Kostennote vom 12. Mai 2021 macht Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_ einen Aufwand von 30.60 Stunden (à Fr. 250.--), eine Auslagenpauschale von Fr. 229.50 sowie Mehrwertsteuer von Fr. 606.70 (7.7 % von Fr. 7'650.--), total Fr. 8'486.20, geltend. In der Zusatzhonorarnote vom 11. November 2022 wies die Rechtsvertreterin einen weiteren Aufwand von 11.40 Stunden bzw. ein Honorar von Fr. 3'069.45 aus. Insgesamt ersucht sie damit um Zusprache einer Parteientschädigung von Fr. 11'792.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer).

Der geltend gemachte zeitliche Aufwand von insgesamt 42 Stunden ist – auch unter Berücksichtigung der Stellungnahmen zur Beschwerdeantwort und zur angedrohten Schlechterstellung – überhöht. Mit Blick auf andere, vergleichbare Verfahren im Bereich der Invalidenversicherung und die überschaubare Aktenlage rechtfertigt sich vorliegend eine Parteientschädigung von ermessensweise pauschal Fr. 5'500.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer). Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 25. September 2020 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 1'000.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 5'500.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin lic. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern (samt Schreiben des Gerichts vom 18. Oktober 2022)
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Zur Kenntnisnahme:

- Pensionskasse L. \_\_\_\_\_

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.