

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 2. Dezember 2015 abgewiesen (8C_188/2015).

200 14 206 UV
KOJ/IMD/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 5. Februar 2015

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin



gegen

AXA Versicherungen AG
General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 30. Januar 2014 (1.493.835/4)

Sachverhalt:

A.

Die 1962 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war bei der Winterthur Versicherungen bzw. der heutigen AXA Versicherungen AG (nachfolgend AXA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als sie gemäss Unfallmeldung vom 28. Mai 1998 zwei Tage zuvor beim Versuch, die Tür eines steckengebliebenen Lifts zu öffnen, den linken Arm einklemmte und sich dabei Prellungen und eine Nervenentzündung zuzog (Akten der AXA [act. II] S1). Mit Unfallmeldungen vom 27. März 2000 und 10. Mai 2000 (act. II S2, S3) meldete sie jeweils einen Rückfall. Die AXA nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor. Gestützt auf ein Gutachten vom 24. Juni 2002 (act. II M32) des Dr. med. C. _____, Facharzt für Chirurgie FMH, sprach sie der Versicherten mit Verfügung vom 12. Dezember 2003 (act. II K60) eine Rente ab dem 1. November 2003 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % sowie eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 40 % zu.

B.

Im Rahmen einer mit Schreiben vom 5. August 2009 (act. II A111) seitens der Versicherten beantragten und wieder zurückgezogenen (act. II A131) bzw. von der AXA daraufhin von Amtes wegen weitergeführten Revision (act. II A133) liess die AXA die Versicherte observieren (Bericht vom 12. Januar 2010; Akten der IV-Stelle Bern [IVB] im parallel geführten Verfahren IV/2014/451 [act. IIA IV] 173.2) und nahm sie diverse medizinische Abklärungen vor. Gestützt auf die Observationsergebnisse und ein Aktengutachten der D. _____ (MEDAS) vom 1. April 2011 (act. IIA M56) sowie unter dem Vorwurf einer Mitwirkungspflichtverletzung (Verweigerung der Begutachtung) verfügte die AXA am 27. Juli 2011 (act. II A168) die Einstellung der Rentenleistungen und Heilungskosten per 31. Mai 2011. Nachdem die Versicherte hiergegen Einsprache hatte erheben lassen (act. II A172), gab die AXA – in Koordination mit der IVB – ein interdisziplinäres

Gutachten in den Fachdisziplinen Handchirurgie, Neurologie und Psychiatrie in Auftrag (Gutachten vom 28. Dezember 2012 [act. IIA M59] und 1. Februar 2013 [act. IIA M60]). Daraufhin unterbreitete sie die Akten ihrem beratenden Arzt zur Beurteilung (Stellungnahme vom 18. April 2013; act. IIA M61). Die Gutachter nahmen hierzu ihrerseits mit Schreiben vom 29. August 2013 Stellung (act. IIA M62). Mit Einspracheentscheid vom 30. Januar 2014 (act. II A208) hiess die AXA die Einsprache teilweise gut und sprach der Versicherten gestützt auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes ab dem 1. Juni 2011 weiterhin eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von nunmehr 37 % zu. Die beantragte Weiterausrichtung von Heilungskosten über den 31. Mai 2011 hinaus sowie die Vergütung von Abklärungskosten im Betrag von Fr. 3'100.-- wurden abgewiesen.

C.

Hiergegen lässt die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, mit Eingabe vom 26. Februar 2014 Beschwerde mit den folgenden Rechtsbegehren führen:

1. Der Einspracheentscheid der AXA Winterthur vom 30. Januar 2014 sowie die Verfügung vom 27. Juli 2011 seien aufzuheben.
 2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, der Beschwerdeführerin seit 1. Juni 2011 eine Invalidenrente auf der Basis einer Invalidität von neu 55 % auszurichten zuzüglich Zins zu 5 % seit 1. Juni 2011.
 3. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, der Beschwerdeführerin weiterhin die Heilungskosten zu bezahlen.
 4. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, die Abklärungskosten von Fr. 3'100.-- zuzüglich Zins zu 5 % ab 1. Juni 2011 zurückzuerstatten.
- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Sie lässt im Wesentlichen vorbringen, hinsichtlich der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts sei auf das interdisziplinäre Gutachten vom 28. Dezember 2012 (act. IIA M59) und 1. Februar 2013 (act. IIA M60) abzustellen. Dieses erfülle – im Gegensatz zur Beurteilung des die Beschwerdegegnerin beratenden Arztes (act. IIA M61) – ausnahmslos die Qualitätsanforderungen gemäss BGE 125 V 351. Die gestützt darauf vorzunehmende Invaliditätsbemessung ergebe einen Invaliditätsgrad von

55 %. Hinsichtlich der Frage nach der Kostenübernahme für Pflegeleistungen sei ebenfalls auf das Gutachten abzustellen, wonach die vorgeschlagenen Behandlungen zweckmässig und sinnvoll seien. Die Voraussetzungen zur weiteren Ausrichtung der entsprechenden Leistungen seien erfüllt.

Mit Beschwerdeantwort vom 18. Juni 2014 beantragt die Beschwerdegegenerin die Abweisung der Beschwerde. Sie macht insbesondere geltend, das heutige Beschwerdebild könne nicht mehr ausschliesslich mit einer unfallkausalen Ätiologie begründet werden. Eine Verbesserung des unfallkausalen Gesundheitsschadens sei erstellt, wofür einerseits die medizinischen Beurteilungen, andererseits auch die Ergebnisse der durchgeführten Observation sprechen würden.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde – soweit sie sich gegen den Einspracheentscheid 30. Januar 2014 (act. II A208) richtet

– einzutreten. Ein Einspracheentscheid tritt an die Stelle der vorgängig erlassenen Verfügung, und zwar auch soweit er diese bloss bestätigt. Anfechtungsgegenstand des nachfolgenden Beschwerdeverfahrens bildet mithin allein der Einspracheentscheid (BGE 119 V 347 E. 1b S. 350; RKUV 1998 U 308 S. 454 E. 2a), weshalb auf die Beschwerde insoweit nicht einzutreten ist, als sie die Verfügung vom 27. Juli 2011 (act. II A168) betrifft.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 30. Januar 2014 (act. II A208). Streitig und zu prüfen ist einerseits der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin und dabei insbesondere die Rechtmässigkeit der Rentenrevision, andererseits der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Vergütung der Heilungskosten betreffend das Ereignis vom 25. Mai 1998 auch nach dem 31. Mai 2011 sowie die Rückerstattung von Abklärungskosten im Betrag von Fr. 3'100.--.

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 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2

2.2.1 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammen-

hang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2.2 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.2.3 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

2.3 Gestützt auf Art. 19 Abs. 1 UVG sowie gemäss konstanter Rechtsprechung hat der Versicherer – sofern allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind – die Heilbehandlung und das Taggeld nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Mit Blick darauf, dass die soziale Unfallversicherung ihrer Konzeption nach auf die erwerbstätigen Personen ausgerichtet ist, wird sich dies namentlich nach Massgabe der zu er-

wartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, bestimmen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes "namhaft" durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115).

2.4 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.5 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.6 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.7 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 (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Bei den prozentgenauen Renten (Unfallversicherung nach UVG, Militärversicherung) wird Erheblichkeit einer Änderung angenommen, wenn sich der Invaliditätsgrad um 5 % ändert (BGE 133 V 545 E. 6.2 S. 547).

2.7.1 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. 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 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 25. Juli 2013, 8C_441/2012, E. 3.1.1). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; SVR 2009 IV Nr. 57 S. 178 E. 3.2.1). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil

des Versicherten (BGE 135 V 201 E. 6.4 S. 210, 115 V 308 E. 4a bb S. 313).

2.7.2 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 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

2.7.3 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). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114).

3.

3.1 Zu prüfen ist zunächst die Rechtmässigkeit der umstrittenen Rentenherabsetzung. Hierzu ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenzusprache im Dezember 2003 (act. II K60) mit demjenigen im Zeitpunkt des nunmehr angefochtenen Einspracheentscheids vom 30. Januar 2014 (act. II A208) zu vergleichen und zu prüfen, ob in dieser Zeit eine Änderung in den medizinischen oder erwerblichen Verhältnissen eingetreten ist, welche geeignet ist, den bisherigen Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.7.1 hiervor). Sollte im massgebenden Vergleichszeitraum eine relevante Änderung eingetreten sein, wäre in einem weiteren Schritt zu prüfen, ob sich diese auf den bisherigen Rentenanspruch auswirkt (vgl. E. 2.7.2 hiervor).

Im Zeitpunkt der damaligen Rentenzusprache war die Beschwerdeführerin zu 60 % als ... in einer ... tätig (act. II K55). Die Invaliditätsbemessung wurde auf Basis des dabei erzielten Lohnes vorgenommen (act. II K60 S. 2). Die entsprechende Stelle hat die Beschwerdeführerin in der Folge aufgegeben (act. II K75A, K78) und seit Oktober 2011 arbeitet sie als ... (act. IIA M60 S. 70). Aufgrund des Stellenwechsels und der unterschiedlichen Tätigkeit liegt ein erwerblicher Revisionsgrund vor. Ob auch ein medizinischer Revisionsgrund im Sinne einer Verbesserung des Gesundheitszustandes vorliegt, was die Beschwerdegegnerin mit ausführlicher Begründung geltend macht (E. 2.3.1 - 2.3.4 des angefochtenen Entscheids), kann damit offen bleiben. Auch erübrigen sich Weiterungen bezüglich der Frage zum Beweiswert der medizinischen Akten hinsichtlich eines allfälligen Revisionsgrundes wegen einer Veränderung des Gesundheitszustandes. Aufgrund des erwerblichen Revisionsgrundes ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig neu zu prüfen (vgl. E. 2.7.2 hier vor).

3.2 Zum aktuellen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Im Bericht der E. _____ vom 12. Januar 2010 (act. IIA IV 173.2) bezüglich der zwischen dem 22. Dezember 2009 und dem 11. Januar 2010 durchgeführten Observation wurde – soweit vorliegend von Interesse – festgehalten, die Versicherte trage in der linken Hand zuerst den Autoschlüssel, welchen sie in der Jackentasche verstaue, danach fahre sie sich mit der linken Hand kurz durch die Haare und halte anschliessend mit beiden Händen einen bildähnlichen Gegenstand (22.12.2009; 13:27 Uhr). Um 14:07 Uhr habe sie, noch im Auto sitzend, eine Migros-Einkaufstasche mit der linken Hand hochgehoben. Es sei anlässlich der Observation festgestellt worden, die Versicherte benutze anlässlich ihrer Erledigungen jeweils beide Arme und Hände zum Tragen von Gegenständen oder zum Schliessen der Autotüre. Offensichtliche Einschränkungen seien nicht zu erkennen gewesen. Anlässlich der Observation vom 5. Januar 2010 habe sich feststellen lassen, dass die Versicherte beidhändig die Storenkurbel in ihrer Wohnung an den Fenstern bedient und daraufhin einen Gegenstand mit gestreckten Armen und ebenfalls beidhändig verstellt habe. Am 8. Januar

2010 sei sie vor einem Einkaufsgeschäft aus dem Auto gestiegen, habe rechts ihre schwarze Handtasche angehängt gehabt und dazu eine Einkaufstasche mit Leergut getragen. Mit der linken Hand habe sie den Autoschlüssel getragen, welcher im Gehen in der Manteltasche verstaut worden sei. Bezüglich der Observation am 11. Januar 2010 geht aus dem Bericht hervor, die Versicherte habe auf dem Parkplatz ihren schweren Wintermantel angezogen, am Parkautomat ein Ticket gelöst und dieses ins Auto gelegt. Sie habe die Autotüren geöffnet und geschlossen, Kleidungsstücke angeschaut und ihr Mobiltelefon benutzt. Bei allen Verrichtungen habe sie die linke Hand und den Arm eingesetzt, ohne dass irgendwelche offensichtlichen Einschränkungen zu erkennen gewesen seien.

3.2.2 Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Gutachten vom 15. Februar 2010 (act. IIA IV 143.2 S. 16 ff.) ein Complex Regional Pain Syndrom (CRPS) Typ II und Komponenten eines CRPS Typ I bei Linkshändigkeit mit unfallbedingter erheblicher Gebrauchsverminderung des linken Arms mit nachfolgender Ausweitung der Schmerzsymptomatik (Differentialdiagnose: im Rahmen des CRPS; anhaltende somatoforme Schmerzstörung ICD-10: F45.4) und eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01), weitgehend remittiert (act. IIA IV 143.2 S. 36). Er hielt fest, anlässlich der psychiatrischen Untersuchungen hätten sich keine psychopathologischen Befunde erheben lassen. Als einzige Auffälligkeit liege eine gewisse "belle indifférence" bei der Schilderung der Schmerzbeschwerden vor. Anamnestisch ergäben sich Hinweise auf rigide und leicht zwanghafte Persönlichkeitszüge mit hohen Selbstanforderungen. Die Versicherte sei sich dieser Züge aber heute bewusst und erkläre, diesbezüglich grosszügiger mit sich geworden zu sein. Daneben lägen deutliche histrionisch-dissoziative Züge vor. So weise die "belle indifférence" bei der Schilderung der Schmerzbeschwerden und ein dissoziativ anmutendes Abwehrverhalten bezüglich der Konfrontation mit der Kindheit und der Ehe auf eine gewisse histrionische Verarbeitung hin (act. IIA IV 143.2 S. 35). Ob die nach dem Jahre 2002 aufgetretene Schmerzausweitung psychisch oder somatisch bedingt gewesen sei (Differentialdiagnosen: im Rahmen des CRPS oder anhaltende somatoforme Schmerzstörung), könne nur interdisziplinär fundiert beurteilt werden (act. IIA IV 143.2 S. 39). Hinsichtlich der Kausalität entscheide letztlich die Dia-

gnose über den kausalen Zusammenhang der Schmerzausweitung mit dem Unfallereignis. Die von Dr. med. C. _____ im Jahre 2002 beschriebene Symptomatik sei gemäss seiner nachvollziehbaren Beurteilung unfallkausal. Werde nun die später hinzugekommene Schmerzausweitung diagnostisch als Ausbreitung des CRPS gefasst, müsse diese ebenfalls als unfallkausal gelten. Werde hingegen die Symptomausweitung als psychische Störung diagnostiziert, sei der Zusammenhang mit dem Unfall nur möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich, da im Wesentlichen unfallfremde Faktoren (Belastung durch Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes, vorbestehende Persönlichkeitsstruktur) als ursächlich anzunehmen seien (act. IIA IV 143.2 S. 41 f.). Aus den psychischen Störungen (Agoraphobie mit Panikstörung und somatoforme Schmerzstörung) lasse sich keine Arbeitsunfähigkeit ableiten (act. IIA IV 143.2 S. 45).

3.2.3 Dr. med. C. _____ nahm im Schreiben vom 14. Oktober 2010 (act. IIA M52) Stellung zum psychiatrischen Gutachten von Dr. med. F. _____ (act. IIA IV 143.2 S. 16 ff.) sowie zur durchgeführten Observation. Er führte aus, die Vermutung einer psychiatrisch bedingten Ausweitung der Beschwerden der Versicherten könne er aufgrund der mehrfachen klinischen Untersuchungen, gestützt auf objektivierbare Fakten und Symptome und basierend auf einer international anerkannten Nomenklatur und Definition des CRPS nicht stützen und nachvollziehen. Er sei der klaren Auffassung, dass die Ausweitung eindeutig physisch begründet sei, jederzeit nachvollzogen werden könne und entsprechend die Gebrauchsminde- rung des linken Arms, einschliesslich des Schultergürtels, und die beste- hende Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausreichend erkläre. Eine stark ver- minderte Rest-Gebrauchsfähigkeit werde nicht bestritten. Aus den Obser- vationen sei weder eine verbindliche Aussage zu machen zur Qualität der gezeigten Belastungen und Bewegungen (ob schwer und wie schwer) noch bezüglich Quantität der Belastungen (Ausdauer). Auch kämen keine repeti- tiven oder monotonen Bewegungen oder Griffe zur Darstellung. Der Film zeige keine ausserordentliche oder überdurchschnittliche Belastung der linken Hand, sondern nur leichte Routine-Tätigkeiten, welche weder die Fein- noch die Grobmotorik zur Darstellung brächten. Überwiegend werde die rechte Hand eingesetzt.

3.2.4 Im Aktengutachten der MEDAS vom 1. April 2011 (act. IIA M56) wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein CRPS Typ II nach möglicher, aber bei unauffälliger ENG vom 7. Mai 2011 (richtig: 2001; act. II 22 S. 5) nach Neurolyse eher unwahrscheinlicher Läsion des Nervus ulnaris diagnostiziert. Die Gutachter äusserten sowohl aus rheumatologischer als auch aus neurologischer Sicht Zweifel an dieser Diagnose. Ohne Untersuchung der Versicherten und eingehende neurologische Diagnostik lasse sich ein CRPS II jedoch auch nicht zuverlässig ausschliessen. Es müsse die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt werden. Auch wenn Dr. med. C._____ das Vorliegen einer Symptomausweitung des CRPS II postuliere, so sei die Entwicklung von Schmerzen in der kontralateralen Körperhälfte nicht mit den typischen Merkmalen eines CRPS zu erklären. Die objektive neurologische Befunderhebung dokumentiere – entgegen der Aussage von Dr. med. C._____ – keine wegweisenden neurologischen Ausfälle. Die Angabe sensibler Beeinträchtigungen sei zudem nicht durch weitere neurotechnische Untersuchungen objektiviert. Ohne eingehende Untersuchung lasse sich kein Zumutbarkeitsprofil erstellen. Hinsichtlich der Observationsergebnisse führten die Gutachter aus, diese offenbare keine massgebliche Einschränkung der Funktionsfähigkeit der linken Hand. Es sei an eine Selbstlimitierung im Zuge der somatoformen Schmerzstörung mit sekundärer Symptomausweitung zu denken. Diese Vermutung lasse sich jedoch ohne eingehende Untersuchung der Versicherten nicht erhärten oder gar beweisen. Dasselbe gelte für die Beantwortung der Frage nach dem Bestehen von nach wie vor behandlungsbedürftigen Unfallfolgen.

3.2.5 In der Stellungnahme vom 31. Mai 2011 (act. IIA IV 175.2 S. 1 ff.) zum Gutachten der MEDAS hält Dr. med. C._____ an seiner Diagnose eines CRPS fest. Daran sei nicht zu zweifeln. Die Gutachter würden veraltete Begriffe verwenden und das unauffällig gebliebene Elektro-Neurogramm vom 7. Mai 2001 zu Unrecht als Argument gegen die von ihm postulierte Diagnose anführen. Die Elektro-Neurographie habe weder beweisenden noch ausschliessenden Stellenwert in der Diagnostik, sondern diene lediglich der Quantifizierung eines neurogenen Schadens und gleichsam zur Typisierung des CRPS in Typ I ohne periphere Nervenschädigung und Typ II mit einer solchen. Die Diagnose einer anhaltenden somatofor-

men Schmerzstörung sei abzulehnen. Bei der Versicherten fänden sich nachweislich zahlreiche körperliche Störungen, welche sich unter dem Begriff CRPS zu einem Gesamtbild zusammenfügen würden. Psychiatrische Ausweichdiagnosen seien nicht notwendig.

3.2.6 Im handchirurgisch-neurologischen Gutachten des Spitals G._____ vom 28. Dezember 2012 (act. IIA M59) wurde das Folgende diagnostiziert:

1. Chronic regional pain syndrome (CRPS) Typ II der linken oberen Extremität:
 - ausgelöst durch Quetschtrauma des proximalen Vorderarms am 25. Mai 1998
 - mit lokaler Verletzung von Hautnervenästen am proximalen Vorderarm links, jedoch ohne sicheren Nachweis einer Läsion des Nervus ulnaris links
 - Status nach Dekompression und subkutaner Vorverlagerung des Nervus ulnaris links am 12. Januar 2001
 - mit typischer kutaner vasomotorischer Dysregulation im Bereich der linken oberen Extremität
 - mit Allodynie im Bereiche des proximalen Vorderarmes
 - mit belastungsabhängigen Schmerzen des linken Armes und der linken Hand.
2. Generalisierte Körperschmerzen (unter Aussparung einer Gesichtshälfte), handchirurgisch / neurologisch nicht erklärbar.

Zusammengefasst könne das Postulat eines CRPS Typ II (mit lokaler Nervenverletzung am proximalen Vorderarm), welches Beschwerden am linken Arm verursache, unterstützt werden. Im Rahmen des CRPS liege ein neuropathischer Schmerz von lokalen Hautästen des Nervus cutaneus brachii medialis links vor. Die Beobachtungen in den Video-Überwachungen, welche eine gewisse Schonung der linken Hand zu zeigen schienen, seien mit lokalen Schmerzen vereinbar. Das Ausmass dieser lokalen Schmerzen könne objektiv nicht bestimmt oder gemessen werden. Eine Nervenverletzung des Nervus ulnaris lasse sich heute weder klinisch noch elektrophysiologisch nachweisen, ein solcher Nachweis sei auch früher nie erbracht worden. Die Ausbreitung der Beschwerden auf praktisch den ganzen Körper lasse sich nicht durch eine neurologische Krankheit erklären. Insbesondere sei es unwahrscheinlich, dass hier eine Schmerzausbreitung im Rahmen eines CRPS vorliege. Die Möglichkeit einer Symptomausweitung auf dem Boden nicht-organischer Vorgänge scheine aus neurologischer Sicht weit wahrscheinlicher (act. IIA M59 S. 19).

Es liege ein CRPS Typ II der linken oberen Extremität mit einer chronischen Schmerzsymptomatik vor, das in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis stehe. Es bestünden generalisierte Körperschmerzen, welche neurologisch und handchirurgisch nicht erklärt werden könnten, und bei welchen der natürliche Kausalzusammenhang mit dem Unfall nicht wahrscheinlich sei (act. IIA M59 S. 20).

Als ... oder im ... sei die Versicherte nicht mehr einsetzbar. Dauerbelastungen mit Kraftanstrengung und repetitiver Grob- und Feinmotorik könnten mit den Beschwerden nicht durchgeführt werden. Die Belastbarkeit der linken Hand sei für mittelschwere und schwere Tätigkeiten nicht mehr gegeben. Sofern nur leichte manuelle Tätigkeiten vorkämen und eine Wechselbelastung sowie selbst einteilbare Pausen möglich seien, sei eine maximal 50 %-ige Arbeitsfähigkeit möglich. An reiner Arbeitstätigkeit seien vier Stunden pro Tag zumutbar, jedoch könne die Präsenz auf sechs Stunden pro Tag ausgeweitet werden. Unter Berücksichtigung der notwendigen Pausen resultiere insgesamt eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Alle Tätigkeiten, bei welchen auf eine manuelle Tätigkeit links verzichtet werden könne, wären geeignet, was wahrscheinlich auf die gegenwärtige Tätigkeit als ... in einem ... zutrefte (act. IIA M59 S. 20 f.).

3.2.7 Dr. med. H. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Gutachten vom 1. Februar 2013 (act. IIA M60) eine Agoraphobie ohne Panikstörung (ICD-10: F40.00) und einen Verdacht auf eine sonstige depressive Episode (ICD-10: F32.8); als Differentialdiagnosen hielt sie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen fest (ICD-10: F68.0). Alle Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. IIA M60 S. 81). Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich vorrangig aus der Beeinträchtigung durch das im handchirurgisch-neurologischen Gutachten (act. IIA M59) beschriebene CRPS Typ II. Aus psychiatrischer Sicht hätten sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer abgrenzbaren psychischen Störung ergeben, durch welche die Arbeitsfähigkeit darüber hinaus anhaltend und erheblich verringert wäre. Die derzeit ausgeübte Tätigkeit ermögliche eine weitgehend freie Einteilung der Arbeitsaufgaben entsprechend der jeweiligen Belastbarkeit (act.

IIA M60 S. 88); sie erscheine als eine sehr adäquat angepasste Tätigkeit (act. IIA M60 S. 90).

3.2.8 Mit Bericht vom 18. April 2013 (act. IIA M61) nahm der die Beschwerdegegnerin beratende Dr. med. I. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumaerkrankungen FMH, Stellung zum handchirurgisch-neurologischen Gutachten vom 28. Dezember 2012 (act. IIA M59). Er hielt fest, dieses sei aus medizinischer Sicht nach Würdigung sämtlicher medizinischer Akten, Vorgutachten und der unfallnahen medizinischen Berichterstattung sowohl in Bezug auf die Einschätzung der somatischen Befunde wie teilweise auch der Arbeitsfähigkeit in den meisten Abschnitten vollständig, schlüssig und nachvollziehbar. Die akkurat erhobenen Feststellungen seien mit den Kriterien eines CRPS Typ II vereinbar, allerdings bestehe – wie dies die Gutachter selber festgestellt hätten – eine Diskrepanz zwischen der gutachterlich beobachteten enormen Ausprägung der Schmerzen und den doch eher diskreten Befunden. Hiermit hätten sich die Gutachter zu wenig auseinandergesetzt und sich zu sehr auf die subjektiven Angaben der Versicherten abgestützt. Dies insbesondere unter Berücksichtigung, dass das Video-Überwachungsmaterial den Eindruck hinterlasse, die Versicherte sei zumindest im routinemässigen Alltag wenig bis gar nicht beeinträchtigt. Aus dem Gutachten gehe hervor, dass im Vergleich zum Jahr 2002 zum CRPS Typ II neu handchirurgisch-neurologisch nicht erklärbare generalisierte Körperschmerzen hinzugetreten seien. Betreffend des CRPS Typ II seien in quantitativer Hinsicht Änderungen festzustellen. Qualitativ sei – soweit es das CRPS Typ II betreffe – keine Änderung des somatischen unfallbedingten Sachverhalts festzustellen. Er gehe mit den Gutachtern einig, dass eine anhaltende manuelle Tätigkeit im Sinne von sich repetierenden Arbeitsgängen während maximal vier Stunden zumutbar sei. Dagegen schätze er die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als ... oder als ... in einem ... höher ein, nämlich auf 70 % bzw. sechs Stunden pro Tag; dies ohne relevante Leistungseinbusse.

3.2.9 Dr. med. J. _____, Fachärztin für Innere Medizin FMH und Ärztin beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn, führte in der Aktennotiz vom 10. Juli 2013 (act.

IIA M63) hinsichtlich der Gutachten sowie der Stellungnahme von Dr. med. I. _____ aus, da die Gutachter die Versicherte persönlich gesehen sowie ausführlich untersucht hätten und das Gutachten insgesamt sorgfältig erhoben, schlüssig und nachvollziehbar sei, bestehe kein Grund, die zugemuteten Tätigkeiten zu hinterfragen, auch wenn immer ein gewisser Ermessensspielraum bleibe. Die Überwachungsvideos könnten keinesfalls als Beweis dafür dienen, dass die Versicherte ihren linken dominanten Arm vollständig einsetzen könne, da diese nur kurze Sequenzen enthalten und keine wesentliche Belastung des Arms zeigten.

3.2.10 Mit Schreiben vom 29. August 2013 (act. IIA M62) nahmen die Gutachter des Spitals G. _____ Stellung zum Bericht von Dr. med. I. _____. Seit der Begutachtung von Dr. med. C. _____ im Jahr 2002 sei eine Beruhigung im Rahmen des typischen evolutionären Verlaufs des CRPS eingetreten. Zusätzlich habe die Explorandin Strategien für einen besseren Umgang mit den Schmerzen entwickelt. Obwohl die Akutzeichen des CRPS Typ II abgeklungen seien, bestünden trotz Gewöhnung nach wie vor körperliche Einschränkungen. Diese hätten in den drei Untersuchungen der ergotherapeutischen Abklärung dargestellt werden können. Die Beruhigung des CRPS Typ II gehe leider nicht mit einer Steigerung der Leistungsfähigkeit einher. Die Explorandin habe zwar Strategien für einen besseren Umgang mit den Schmerzen entwickelt, dies bedeute aber, dass sie ihre Leistung eben nicht steigern könne, da dies sonst linear mit verstärkter Schmerzauslösung gekoppelt sei. Diese wiederholte Erfahrung zwingt die Explorandin, ihren Alltag auf die Art und Weise wie im Gutachten dargestellt einzuteilen. Jegliche Leistungssteigerung habe ebenfalls nach Testung in der Ergotherapie mit verstärkten Kopfschmerzen und Schmerzausweitung beobachtet werden können. Inwiefern sich das heutige Beschwerdebild nicht mehr nur mit der unfallkausalen Ätiologie begründen lassen solle, könne ihrerseits nicht nachvollzogen werden. Der Unfall habe ein CRPS Typ II ausgelöst. Aus diesem sei eine Schmerzkrankung entstanden, deren Ausmass in der Literatur sehr wohl mit dem CRPS in Einklang gebracht werden könne. Zusammenfassend zeige sich seit der Rentenzusprechung zwar eine Beruhigung der Akutsymptome, nicht aber der daraus resultierenden Schmerzen. Letztere würden lediglich durch gelernte Strategien besser gehandhabt.

3.3 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.4 Das interdisziplinäre Gutachten bestehend aus dem handchirurgisch-neurologischen Gutachten vom 28. Dezember 2012 (act. IIA M59) und dem psychiatrischen Gutachten vom 1. Februar 2013 (act. IIA M60) erfüllt die von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an den Beweiswert von ärztlichen Berichten und Gutachten (vgl. E. 3.3 hiavor): Die gestellten Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind nachvollziehbar begründet und leuchten ein. Das Gutachten wurde in Kenntnis der umfangreichen Vorakten erstellt, beruht auf allseitigen interdisziplinären Untersuchungen bzw. Abklärungen und ist für die streitigen Belange umfassend. Die geklagten Beschwerden wurden wiedergegeben und es fand eine Auseinandersetzung damit statt. Dem Gutachten kommt somit voller Beweiswert zu.

Dr. med. I. _____ – auf dessen Einschätzung die Beschwerdegegnerin ihren Entscheid massgeblich gestützt hat – erachtet das Gutachten

grundsätzlich als vollständig, schlüssig und nachvollziehbar (act. IIA M61 S. 4). In diagnostischer Hinsicht geht dieser wie die Gutachter von einem CRPS Typ II aus, was zwischen den Parteien denn auch unbestritten ist. Das CRPS ist eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden (Entscheid des BGer vom 27. September 2012, 8C_232/2012, E. 5.3.1). Soweit die Beschwerdegegnerin eine Adäquanzprüfung nach der sogenannten Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) vornehmen will (act. II A208 S. 12, Beschwerdeantwort S. 11), kann ihr nicht gefolgt werden. Da aus psychischen Gründen ohnehin kein limitierender Gesundheitsschaden besteht und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten einzig aufgrund des CRPS Typ II gegeben ist (vgl. E. 3.2.7 hiervor), erübrigt sich die entsprechende Adäquanzprüfung. Daran ändert der Hinweis der Beschwerdegegnerin auf den Entscheid des BGer vom 4. April 2012, 8C_729/2012, nichts, ist doch die Krankengeschichte, die jenem Urteil zu Grunde lag, nicht mit jener der Beschwerdeführerin zu vergleichen, da dort ein CRPS zum Zeitpunkt des Rentenentscheids von den beurteilenden Ärzten nicht (mehr) diagnostiziert werden konnte (vgl. insbesondere E. 3.2 des zitierten Urteils).

Was den natürlichen Kausalzusammenhang betrifft, ist zu dessen Bejahung nicht erforderlich, dass der Unfall die unmittelbare Ursache der gesundheitlichen Störung ist; vielmehr ist die Kausalität praxisgemäss auch dann zu bejahen, wenn der Schaden nur mittelbare Folge des Unfalls ist (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, Entscheid des BGer vom 29. Januar 2014, 8C_629/2013, E. 4). Für die Bejahung der Kausalität genügt es demzufolge, dass das CRPS Folge der unfallkausalen Gesundheitsschädigung ist. Dies wird auch vom Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. I._____, ausdrücklich bestätigt, indem er ausführt, das Trauma habe mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Läsion von Nervenästen geführt, was das nachfolgende Beschwerdebild in Zusammenhang mit dem CRPS Typ II plausibel zu erklären vermöge (act. IIA M61 S. 5). Er bestätigt in diesem Sinne die Angaben der Gutachter des Spitals G._____, welche einen natürlichen Kausalzusammenhang explizit bejahen (act. IIA M59 S. 22, Antwort zu Ergänzungsfrage 1). Auf diese Einschätzungen ist abzustellen.

3.5 Soweit Dr. med. I. _____ in Abweichung zum interdisziplinären Gutachten von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer angepassten Tätigkeit ausgeht (act. IIA M61 S. 8), kann ihm nicht gefolgt werden. Zunächst mangelt es seiner diesbezüglichen Einschätzung an einer zuvor durchgeführten persönlichen klinischen Untersuchung der Beschwerdeführerin. Im Weiteren haben die Gutachter des Spitals G. _____ im Schreiben vom 29. August 2013 (act. IIA M62) die von Dr. med. I. _____ geäußerte Kritik am Gutachten nachvollziehbar entkräftet und schlüssig dargestellt, weshalb sie trotz einer Beruhigung des CRPS Typ II nicht von einer damit einhergehenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit ausgehen. Dabei haben sie sich auch hinsichtlich der Observationsergebnisse geäußert und festgehalten, dass sich anlässlich der drei ausführlichen ergotherapeutischen Abklärungen diverse körperliche Einschränkungen gezeigt hätten.

Es besteht nach dem Gesagten kein Anlass, von der Einschätzung der Gutachter des Spitals G. _____ abzuweichen. Gestützt auf das von ihnen definierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.2.6 hiervor) ist nachfolgend der Invaliditätsgrad zu bestimmen.

4.

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 134 V 322 E. 4.1 S. 325, 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224).

4.1.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 110 E. 4.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbs-

tätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder Lohnangaben aus der Dokumentation von Arbeitsplätzen (DAP) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

4.2 Für den Einkommensvergleich sind grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt der allfälligen Rentenrevision massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 12. Februar 2004, I 607/03, E. 7.2.1). Da die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 27. Juli 2011 (act. II A168) die bisherige Rente im Umfang von 50 % per 31. Mai 2011 eingestellt bzw. mit dem vorliegend angefochtenen Entscheid auf 37 % reduziert hat, ist der Einkommensvergleich auf diesen Zeitpunkt hin vorzunehmen (BGE 129 V 222 E. 4.1 S. 223).

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat zur Bestimmung des Valideneinkommens das der Rentenzusprache im Dezember 2003 zu Grunde liegende

Einkommen in der Höhe von Fr. 49'680.-- (act. II K60 S. 2) herangezogen und dieses anhand der Nominallohnentwicklung auf das Jahr 2011 indexiert (act. II A208/A), was nicht zu beanstanden ist und von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht gerügt wird. Auszugehen ist somit von einem Valideneinkommen von Fr. 55'427.-- (Fr. 49'680.-- / 2'334 x 2'604 [BFS, Tabelle T 39, Nominallohnindex Frauen 2003 bzw. 2011]).

4.4 Zur Bestimmung des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin das von der Beschwerdeführerin im Jahr 2003 als ... in einer ... erzielte Einkommen herangezogen und dieses auf das Jahr 2011 indexiert (act. II A208 S. 17). Diese Vorgehensweise ist nicht korrekt, da die Beschwerdeführerin diese Stelle aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben hat (act. II K75A). Auch wenn die Beschwerdegegnerin damals ausgeführt hat, beim Kündigungsgrund habe es sich um eine Krankheit und nicht um eine Unfallfolge gehandelt (act. II K78), ändert dies nichts daran, dass die Beschwerdeführerin die entsprechende Arbeitsstelle nicht mehr bekleidet. Das Invalideneinkommen ist damit anhand von LSE-Tabellenlöhnen zu bestimmen. Unter Berücksichtigung der Tabelle TA1, "Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftsabteilungen, Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes und Geschlecht, Privater Sektor", Niveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten), Frauen, Total, ergibt sich unter Berücksichtigung einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50 % ein Jahreseinkommen von Fr. 26'692.-- (Fr. 4'225.-- x 12 Monate / 40 Wochenstunden x 41.7 Wochenstunden [BUA, Total, 2011] / 100 x 101 [Tabelle T1.2.10, Total, Frauen, 2011] x 0.5).

Gründe für einen Abzug vom Tabellenlohn sind keine ersichtlich. So wird den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin bereits durch das eingeschränkte Zumutbarkeitsprofil Rechnung getragen. Im Weiteren sind bei der im Vergleichszeitpunkt 49-jährigen Beschwerdeführerin mit schweizerischer Staatsbürgerschaft keine Abzüge mit der Begründung des fortgeschrittenen Alters bzw. unter dem Titel "Nationalität/Aufenthaltskategorie" gerechtfertigt. Schliesslich ergibt sich auch aus der lediglich teilzeitlich verwertbaren Restarbeitsfähigkeit keine Notwendigkeit eines Abzuges, fällt dies doch bei Frauen bezüglich der Entlöhnung von vornherein kaum ins Gewicht (Entscheid des BGer vom 26. August

2011, 8C_379/2011, E. 4.2.2.2). Die Beschwerdeführerin macht in der Beschwerde denn auch nichts anderes geltend.

4.5 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 55'427.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 26'692.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 28'735.-- bzw. ein Invaliditätsgrad von gerundet 52 % ($(\text{Fr. } 55'427.-- - \text{Fr. } 26'692.--) / \text{Fr. } 55'427.-- \times 100$). Angesichts der Differenz des Invaliditätsgrades von weniger als 5 % gegenüber der ursprünglichen Rentenverfügung vom 12. Dezember 2003 (Invaliditätsgrad von 50 %; act. II K60) kann die Änderung nicht als erheblich betrachtet werden, weshalb die Voraussetzungen für eine revisionsweise Neufestsetzung der Rente nicht erfüllt sind (vgl. E. 2.7 hiervor). Die Beschwerdeführerin hat damit über den 31. Mai 2011 hinaus (vgl. act. II A208 S. 20) weiterhin Anspruch auf die bis zu diesem Zeitpunkt ausgerichtete Rente der Unfallversicherung.

4.6 Hinsichtlich der ab dem 1. Juni 2011 beantragten Verzugszinsen in der Höhe von 5 % gilt das Folgende:

4.6.1 Sofern die versicherte Person ihrer Mitwirkungspflicht vollumfänglich nachgekommen ist, werden die Sozialversicherungen für ihre Leistungen nach Ablauf von 24 Monaten nach der Entstehung des Anspruchs, frühestens aber 12 Monate nach dessen Geltendmachung, verzugszinspflichtig (Art. 26 Abs. 2 ATSG). Dabei beginnt die Verzugszinspflicht zwei Jahre nach Beginn der Rentenberechtigung als solcher und nicht erst jeweils zwei Jahre nach Fälligkeit jeder einzelnen Monatsrente (BGE 133 V 9 E. 3.6 S. 13). Der Satz für den Verzugszins beträgt 5 % im Jahr (Art. 7 Abs. 1 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 11. September 2002 [ATSV; SR 830.11]).

4.6.2 Eine Verletzung der Mitwirkungspflicht ist der Beschwerdeführerin nicht vorzuwerfen. Zwar erhob die Beschwerdegegnerin mit Blick auf die von der Beschwerdeführerin abgesagten Untersuchungstermine bei der MEDAS (act. II A146) den entsprechenden Vorwurf (act. IIA A147), liess diesen jedoch fallen, nachdem der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin die Absage mit Terminkollisionen begründet hatte (act. II A150, A152). Etwas anderes wird von der Beschwerdegegnerin denn auch weder im Einsprache- noch im Beschwerdeverfahren vorgebracht.

4.6.3 Die Frist von 24 Monaten gemäss Art. 26 Abs. 2 ATSG beginnt spätestens bei Einleitung des Revisionsverfahrens (zur Publikation vorgehener Entscheid des BGer vom 1. Dezember 2014, 9C_461/2014, E. 3.4), was im vorliegend zu beurteilenden Fall mit dem Revisionsgesuch vom 5. August 2009 (act. II A111) erfolgte. Zwar hat die Beschwerdeführerin das Gesuch nachträglich zurückgezogen (act. II A131), was von der Beschwerdegegnerin jedoch nicht akzeptiert wurde, hatte sie doch in der Zwischenzeit bereits Abklärungen – insbesondere eine Observation – vorgenommen (act. II A132 f.). Folglich besteht ab dem 1. August 2011 eine Verzugszinspflicht (Art. 7 Abs. 2 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 11. September 2002 [ATSV; SR 830.11]).

5.

5.1 Die Beschwerdeführerin beantragt im Weiteren gestützt auf Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG die Weiterausrichtung von Pflegeleistungen über den 31. Mai 2011 hinaus (Beschwerde S. 20 Art. 10). Gemäss dieser Bestimmung werden einem Bezüger einer Rente nach deren Festsetzung die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen (Art. 10 - 13 UVG) gewährt, wenn er zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf.

Dieser Antrag ist abzuweisen: Auch wenn sich Dr. med. I. _____ der Einschätzung der Gutachter des Spitals G. _____ anschliesst, wonach weitere medizinische Massnahmen zweckmässig und sinnvoll seien, gehen doch die Ärzte darin einig, dass von den empfohlenen Therapien keine namhafte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erwartet werden könne (act. IIA M59 S. 21 und M61 S. 8). Dass die Beschwerdeführerin zur Erhaltung ihrer verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedürfte, wird sodann weder von ihr näher begründet noch finden sich dazu in den medizinischen Akten irgendwelche Hinweise, womit die Berufung auf Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG fehl geht. Ebenso wenig sind die übrigen Anspruchsvoraussetzungen des genannten Artikels (Art. 21 Abs. 1 lit. a, b oder d UVG) erfüllt, was denn auch zu Recht nicht vorgebracht wird. Die

Einstellung der Gewährung von Heilungskosten per 31. Mai 2011 ist damit nicht zu beanstanden.

5.2 Prozessual beantragt die Beschwerdeführerin schliesslich, der Beschwerdegegnerin seien die Abklärungskosten in der Höhe von Fr. 3'100.-- zuzüglich Zins zu 5 % ab dem 1. Juni 2011 aufzuerlegen.

5.2.1 Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 1 ATSG).

5.2.2 Die von der Beschwerdeführerin veranlassten Abklärungen waren für den Ausgang des Verfahrens nicht unerlässlich. Die Tatsache allein, dass die entsprechenden Berichte Eingang in die Beurteilung der Gutachter des Spitals G._____ fanden (Beschwerde S. 21 Art. 11), bedeutet nicht bereits, dass diese unerlässlich waren. Vielmehr gehört es gerade auch zur Aufgabe der Gutachter, alle medizinischen Unterlagen zu sichten und ihre Beurteilung in Kenntnis der Vorakten abzugeben (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Die der Beschwerdeführerin entstandenen Kosten sind daher von der Beschwerdegegnerin nicht zu entschädigen.

6.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde insoweit teilweise gutzuheissen und der angefochtene Einspracheentscheid abzuändern, als die Beschwerdeführerin über den 31. Mai 2011 hinaus Anspruch auf die bis zu diesem Zeitpunkt ausgerichtete Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 50 % hat. Die von der Beschwerdegegnerin nachzuzahlenden Rentenbeträge sind beginnend mit dem 1. August 2011 ab jeweiliger Fälligkeit zu 5 % zu verzinsen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

7.

7.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

7.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung hat sie bei teilweisem Obsiegen mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1). Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine "Überklagung" eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat. Bei Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente darf die Parteientschädigung daher nicht allein deswegen reduziert werden, weil der Beschwerde führenden Person nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Es besteht grundsätzlich kein Anlass zu einer anderen Betrachtungsweise, wenn statt einer unbefristeten oder länger dauernden Rente ein befristeter Anspruch oder ein solcher für eine kürzere als die beantragte Dauer zugesprochen wird. Ebenso wie die Höhe des Anspruches betrifft dessen zeitliche Dimension das Quantitativ. Indessen kommt die Zusprechung einer vollen Parteientschädigung bei teilweisem Obsiegen nur in Frage, wenn die Beschwerde führende Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt (Entscheid des BGer vom 16. November 2010, 9C_580/2010, E. 4.1).

Unter Berücksichtigung des teilweisen Obsiegens hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung zu bezahlen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Fürsprecher B._____, macht mit Kostennote vom 17. Juli 2014 für das vorliegende Verfahren einen Aufwand von 29 Stunden à Fr. 250.-- zu Fr. 7'250.-- bzw. – unter Berücksichtigung von Auslagen und Mehrwertsteuer – ein Honorar von Fr. 8'225.15 geltend. Dies erscheint unter Berücksichtigung, dass lediglich ein einfacher Schriftenwechsel durchgeführt wurde, der Rechtsvertreter schon lange vor dem vorliegenden Beschwerdeverfahren mit dem Fall sowie den Akten vertraut war und er die Beschwerdeführerin auch im parallel geführten IV-Verfahren vertritt, als zu hoch. In Anbetracht dessen, dass das "Überkla-

gen" im Rentenpunkt den Prozessaufwand nicht beeinflusst hat, dieser Punkt den Verfahrensgegenstand mehrheitlich bestimmt und die Beschwerdeführerin diesbezüglich mehrheitlich obsiegt, wird die Parteien-schädigung mit Blick auf vergleichbare Fälle gerichtlich auf pauschal Fr. 4'000.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG vom 30. Januar 2014 dahingehend abgeändert, als der Beschwerdeführerin über den 31. Mai 2011 hinaus eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 50 % sowie ein Verzugszins von 5 % beginnend mit dem 1. August 2011 ab jeweiliger Fälligkeit der Rentenbetreffnisse zugesprochen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin einen Beitrag an die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'000.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer), zu bezahlen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - AXA Versicherungen AG
 - Bundesamt für Gesundheit

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.