

200 14 451 IV
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

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

betreffend Verfügung vom 23. April 2014

Sachverhalt:

A.

Die 1962 geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im November 2000 unter Hinweis auf unfallbedingte Schmerzen im dominanten linken Arm bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der Invalidenversicherung [act. II] 1). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht vor, holte die Akten des zuständigen Unfallversicherers, der H._____ (nachfolgend H._____), ein (act. II 10, 56), liess ihren Abklärungsdienst einen Abklärungsbericht Haushalt erstellen (act. II 62) und sprach der Versicherten ab dem 1. August 2002 in Anwendung der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs eine Viertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von 47 % zu (Mitteilung Beschluss vom 26. Mai 2004; act. II 63). Mit Mitteilung vom 3. Oktober 2006 (act. II 77) bestätigte die IVB den bisherigen Rentenanspruch.

B.

Am 13. September 2007 (Posteingang) teilte die Versicherte der IVB mit, dass sie ihre am 1. November 2003 angetretene Arbeitsstelle (act. II 53 S. 2 f.) aus gesundheitlichen Gründen habe aufgeben müssen (act. II 80), woraufhin die IVB ein Revisionsverfahren einleitete (act. II 81). Sie holte wiederum medizinische Unterlagen ein und liess sich von der I._____ (nachfolgend I._____) als Rechtsnachfolgerin der H._____ hinsichtlich deren Aktenstandes aufdatieren (act. II 85). Nach Rücksprache mit ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 109) teilte sie der Versicherten mit, sie beabsichtige, die MEDAS J._____ mit einer interdisziplinären Begutachtung zu beauftragen (act. II 110). Nachdem die IVB trotz Intervention des Rechtsvertreters der Versicherten, Fürsprecher B._____ (act. II 114, 116), an der vorgesehenen Begutachtung festgehalten hatte (act. II 117), zog die Versicherte ihr (implizites) Revisionsge-

such vom 6. Oktober 2007 (act. II 81) zurück (act. II 119, 122). Der Begutachtungsauftrag wurde daraufhin annulliert (act. II 124).

Im Rahmen einer erneuten, im August 2010 von Amtes wegen eingeleiteten Revision (act. II 129) nahm die IVB ein im Auftrag der I. _____ erstelltes psychiatrisches Gutachten des Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 15. Februar 2010 (act. IIA 143.2 S. 16 ff.), einen hierzu vom Rechtsvertreter der Versicherten veranlassten Bericht von Dr. med. D. _____, Facharzt für Chirurgie FMH, vom 14. Oktober 2010 (act. IIA 143.2 S. 1 ff.), eine ebenfalls von der I. _____ in Auftrag gegebene Aktenbeurteilung der MEDAS K. _____ vom 1. April 2011 (act. IIA 148.2 - 148.3) sowie Unterlagen zu einer Beweissicherung vor Ort (act. IIA 173.2) zu den Akten. Sie unterbreitete die Akten dem RAD zur Beurteilung. Dieser kam in seiner Stellungnahme vom 4. August 2011 (act. IIA 153) zum Schluss, dass die Frage nach der versicherungsmedizinischen Relevanz der von der Versicherten geklagten Beschwerden nicht aufgrund einer Aktenbeurteilung beantwortet werden könne. In der Folge liess die IVB in Koordination mit der I. _____ die Versicherte interdisziplinär (Handchirurgie, Neurologie und Psychiatrie) begutachten (Gutachten vom 28. Dezember 2012 [act. IIA 199.1 - 199.2] und 1. Februar 2013 [act. IIB 208.1]). Die I. _____ unterbreitete die Akten daraufhin ihrem beratenden Arzt und stellte dessen Stellungnahme vom 18. April 2013 (act. IIB 214) der IVB zu. Die Gutachter nahmen hierzu ihrerseits mit Schreiben vom 29. August 2013 Stellung (act. IIB 221). Mit Vorbescheid vom 18. Februar 2014 stellte die IVB der Versicherten die Weiterausrichtung der bisherigen Viertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von nunmehr 41 % in Aussicht. Der gegenüber früher tiefere Invaliditätsgrad wurde mit einer Änderung in den Einkommensverhältnissen begründet (act. IIB 238). Dagegen liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter mit Schreiben vom 2. April 2014 Einwand erheben (act. IIB 242). Am 23. April 2014 verfügte die IVB wie im Vorbescheid vorgesehen (act. IIB 244).

C.

Hiergegen lässt die Versicherte, wiederum vertreten durch Fürsprecher B. _____, mit Eingabe vom 14. Mai 2014 Beschwerde führen. Sie beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer halben Invalidenrente zuzüglich Zins zu 5 % ab bzw. seit dem 1. April 2014. Im Wesentlichen macht sie geltend, im Vergleichszeitraum sei keine revisionsrechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten. Hingegen habe die Beschwerdegegnerin zu Recht einen erwerblichen Revisionstatbestand angenommen. Gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten vom 28. Dezember 2012 bzw. 1. Februar 2013 sei von einer Reserwerbsfähigkeit von 50 % auszugehen, womit sich ein Invaliditätsgrad von mindestens 50 % und damit der Anspruch auf eine halbe Rente ergebe.

Mit Beschwerdeantwort vom 14. August 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie macht namentlich geltend, aufgrund der medizinischen Akten sei von einer zumutbaren Präsenzzeit von sechs Stunden täglich auszugehen. Die notwendigen Pausen seien mit einem statistischen Abzug vom Tabellenlohn von (grosszügigen) 20 % berücksichtigt worden. Die Bemessung des Invalideneinkommens und der dabei ermittelte Invaliditätsgrad würden damit einer Überprüfung standhalten.

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. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 23. April 2014 (act. IIB 244). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung und in diesem Zusammenhang die Rechtmässigkeit der verweigerten Rentenerhöhung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbe-

reich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 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).

2.4 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).

2.5 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).

2.5.1 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).

2.5.2 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).

2.5.3 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 Gesundheitszu-

stands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114).

3.

3.1 Zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der umstrittenen Verweigerung einer Rentenerhöhung. Hierzu ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenzusprache im Mai 2004 (act. II 63) mit demjenigen im Zeitpunkt der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 23. April 2014 (act. IIB 244) 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. 2.5.1 hiavor). 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. 2.5.2 hiavor).

Im Zeitpunkt der damaligen Rentenzusprache war die Beschwerdeführerin zu 60 % als ... in einer ... tätig (act. II 53 S. 2 f., 62 S. 3). Die Invaliditätsbemessung wurde auf Basis des dabei erzielten Lohnes vorgenommen (act. II 62 S. 5). Die entsprechende Stelle hat die Beschwerdeführerin in der Folge aufgegeben und seit Oktober 2011 leitet sie eine Filiale eines ... (act. IIB 208.1 S. 70). Aufgrund des Stellenwechsels und der unterschiedlichen Tätigkeit liegt ein erwerblicher Revisionsgrund vor, was auch von der Beschwerdeführerin anerkannt wird (Beschwerde S. 11 f.). Ob auch ein medizinischer Revisionsgrund im Sinne einer Veränderung des Gesundheitszustandes vorliegt, 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 frei zu prüfen (vgl. E. 2.5.2 hiavor).

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

3.2.1 Im Auftrag der I. _____ wurde die Beschwerdeführerin von der L. _____ in der Zeit vom 22. Dezember 2009 bis zum 11. Januar 2010 observiert. Im diesbezüglichen Observationsbericht vom 12. Januar 2010 (act. IIA 173.2) wurde – soweit vorliegend von Interesse – festgehalten, die Versicherte trage in der linken Hand zuerst den Autoschlüssel, welchen sie in der Jackentasche verstaut, 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. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte im Gutachten vom 15. Februar 2010 (act. IIA 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 Agora-

phobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01), weitgehend remittiert (act. IIA 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 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 143.2 S. 39). Aus den psychischen Störungen (Agoraphobie mit Panikstörung und somatoforme Schmerzstörung) lasse sich keine Arbeitsunfähigkeit ableiten (act. IIA 143.2 S. 45).

3.2.3 Dr. med. D. _____ nahm im Schreiben vom 14. Oktober 2010 (act. IIA 143.2 S. 1 ff.) Stellung zum psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C. _____ (act. IIA 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 Gebrauchsminderung des linken Arms, einschliesslich des Schultergürtels, und die bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausreichend erkläre. Eine stark verminderte Rest-Gebrauchsfähigkeit werde nicht bestritten. Aus den Observationen 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

repetitiven 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 K. _____ vom 1. April 2011 (act. IIA 148.2) 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 Typ II jedoch auch nicht zuverlässig ausschliessen. Es müsse die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt werden. Auch wenn Dr. med. D. _____ das Vorliegen einer Symptomausweitung des CRPS Typ 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. D. _____ – 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.

3.2.5 In der Stellungnahme vom 31. Mai 2011 (act. IIA 175.2 S. 1 ff.) zum Gutachten der MEDAS K. _____ hält Dr. med. D. _____ 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 be-

weisenden 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 somatoformen 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 Die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____, Fachärztin für Innere Medizin FMH, empfahl im Bericht vom 4. August 2011 (act. IIA 153) eine MEDAS-Begutachtung, da ansonsten die Frage nach der versicherungsmedizinischen Relevanz der Beschwerden nicht geklärt werden könne. Eine reine Aktenbeurteilung reiche dazu nicht aus.

3.2.7 Im handchirurgisch-neurologischen Gutachten des Spitals J. _____ vom 28. Dezember 2012 (act. IIA 199.1) 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 199.1 S. 19).

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 199.1 S. 20 f.).

3.2.8 Dr. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Gutachten vom 1. Februar 2013 (act. IIB 208.1) 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. IIB 208.1 S. 81). Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich vorrangig aus der Beeinträchtigung durch das im handchirurgisch-neurologischen Gutachten (act. IIA 199.1) 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. IIB 208.1 S. 88 f.); sie erscheine als eine sehr adäquat angepasste Tätigkeit (act. IIB 208.1 S. 91).

3.2.9 Mit Bericht vom 18. April 2013 (act. IIB 214 S. 2 ff.) nahm der die I. _____ beratende Dr. med. G. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumaerkrankungen FMH, Stellung zum handchirurgisch-neurologischen Gutachten vom 28. Dezember 2012 (act. IIA 199.1). 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 gestützt. 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 hinzugeetreten seien. Betreffend des CRPS Typ II seien in quantitativer Hinsicht Änderungen 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.

3.2.10 Die RAD-Ärztin Dr. med. E._____ führte in der Aktennotiz vom 10. Juli 2013 (act. IIB 215) hinsichtlich der Gutachten sowie der Stellungnahme von Dr. med. G._____ 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 zeigen würden.

3.2.11 Mit Schreiben vom 29. August 2013 (act. IIB 221) nahmen die Gutachter des Spitals J._____ Stellung zum Bericht von Dr. med. G._____. Seit der Begutachtung von Dr. med. D._____ 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. 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 Kennt-

nis 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 199.1) und dem psychiatrischen Gutachten vom 1. Februar 2013 (act. IIB 208.1) erfüllt die von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen an den Beweiswert von ärztlichen Berichten und Gutachten (vgl. E. 3.3 hiervoor): 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.

Die Ausführungen der Gutachter sowie das von diesen formulierte Zumutbarkeitsprofil werden von der RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ ausdrücklich bestätigt (act. IIB 215). Ebenso überzeugt die gutachterliche Stellungnahme vom 29. August 2013 (act. IIB 221) zum Bericht von Dr. med. G. _____ vom 18. April 2013 (act. IIB 214 S. 2 ff.). Nichts anderes

macht die Beschwerdeführerin geltend (Beschwerde S. 10 lit. ee). Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angepasster Tätigkeit ist demnach einzig aufgrund des CRPS Typ II gegeben, während in psychischer Hinsicht kein limitierender Gesundheitsschaden besteht. Der Sachverhalt ist rechtsgenügend abgeklärt. Auf weitere Beweismassnahmen kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

Gestützt auf das von den Gutachtern definierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.2.7 hiervor) ist nachfolgend der Invaliditätsgrad zu bestimmen.

4.

4.1 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).

4.2 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 Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; SVR 2010 IV Nr. 52 S. 162 E. 4.3.1).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit ei-

nem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat zur Bestimmung des Valideneinkommens das der Rentenzusprache im Mai 2004 (act. II 63) zugrunde liegende Einkommen in der Höhe von Fr. 47'450.-- (act. II 62 S. 5) herangezogen und dieses anhand der Nominallohnentwicklung auf das Jahr 2013 indexiert, was nicht zu beanstanden ist und von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht gerügt wird. Auszugehen ist somit von einem Valideneinkommen von Fr. 53'241.-- (Fr. 47'450.-- / 2'360 x 2'648 [BFS, Tabelle T 39, Nominallohnindex Frauen 2004 bzw. 2013]).

4.4 Zur Bestimmung des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin auf einen hypothetischen Tabellenlohn der LSE abgestellt, mit der Begründung, die Beschwerdeführerin erreiche in ihrer Tätigkeit im ... die ihr zumutbare Arbeitszeit nicht (act. IIB 244). Ob dies in Anbetracht der Ausführungen im psychiatrischen Gutachten, wonach die Versicherte zwischen Dienstag und Freitag von 12:00 Uhr bis 19:00 Uhr und am Samstag von 10:00 Uhr bis 16:00 Uhr arbeite (act. IIB 208.1 S. 70), korrekt ist, bleibt fraglich. Dies kann jedoch offen bleiben, da an derselben Stelle ausgeführt wird, die Beschwerdeführerin befinde sich noch in der Investitionsphase und erwirtschaftete keinen Gewinn. Das Abstellen auf einen LSE-Tabellenlohn ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden, was von der Beschwerdeführerin denn auch ausdrücklich anerkannt wird (Beschwerde S. 12). 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 Berücksichti-

gung einer gutachterlich festgestellten zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50 % ein Jahreseinkommen von Fr. 27'114.-- (Fr. 4'225.-- x 12 Monate / 40 Wochenstunden x 41.7 Wochenstunden [BUA, Total, 2013] / 100 x 102.6 [Tabelle T1.2.10, Total, Frauen, 2013] 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 52-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 Entlohnung von vornherein kaum ins Gewicht (Entscheid des BGer vom 26. August 2011, 8C_379/2011, E. 4.2.2.2). Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung (act. IIB 244 S. 2) sowie in der Beschwerdeantwort (S. 3) ist auch kein Abzug in der Höhe von 20 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs bei einer Präsenzzeit von 6 Stunden täglich zu gewähren. Dieser ist in der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 50 % – auf welche abzustellen ist (E. 3.4 hiervor) – bereits berücksichtigt (act. IIA 199.1 S. 20 Ziff. 3).

4.5 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 53'241.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 27'114.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 26'127.-- bzw. ein Invaliditätsgrad von 49% ([Fr. 53'241.-- - Fr. 27'114.--] / Fr. 53'241.-- x 100), womit weiterhin ein Anspruch auf eine Viertelsrente besteht (vgl. E. 2.2 hiervor) und die Beschwerdegegnerin eine Rentenerhöhung zu Recht abgewiesen hat. Die angefochtene Verfügung vom 23. April 2014 (act. IIB 244) erweist sich damit im Ergebnis als korrekt. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und somit abzuweisen.

5.

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder

Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.