

200 20 890 UV  
KNB/REL/WSI

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 14. Juli 2022**

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Furrer  
Gerichtsschreiberin Bischof

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_ AG  
Rechtsanwältin MLaw C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

**Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG**  
Postfach, 8010 Zürich-Mülligen Postzentrum  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2020



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1963 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war seit Juni 1997 beim D. \_\_\_\_\_ als ... tätig und dadurch bei der Berner Allgemeinen Versicherungs-Gesellschaft (nunmehr Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft [Allianz bzw. Beschwerdegegnerin]) obligatorisch unfallversichert. Gemäss Schadenmeldung vom 28. März 2000 wurde sie am 25. Februar 2000 von einer herabfallenden Dachlawine aus Eis und Kompaktschnee am Hinterkopf und Genick getroffen (Akten der Allianz [AB] 1), worauf initial ein zervikozepales Syndrom mit vegetativen, vestibulären und kortikal-kognitiven Folgeerscheinungen (AB 8) bzw. ein Schädel-/Halswirbelsäulen-Trauma mit psychovegetativen Folgeerscheinungen (AB 9) diagnostiziert wurde. Die Allianz anerkannte für dieses Ereignis ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (vgl. u.a. AB 29). Nach einer stationären Rehabilitation nahm sie diverse Abklärungen vor und liess – zusammen mit der IV-Stelle Bern (IVB), bei der sich die Versicherte ebenfalls zum Leistungsbezug angemeldet hatte (vgl. AB 79) – die Versicherte bei der E. \_\_\_\_\_ (MEDAS) polydisziplinär in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Neurologie begutachten. Gestützt auf das entsprechende Gutachten vom 3. Februar 2003 (AB 96 und AB 97) und den unfallversicherungsspezifischen Ergänzungen der Gutachter vom 15. November 2004 (AB 177) sprach die Allianz der Versicherten mit Verfügung vom 25. Februar 2005 (AB 186) eine Integritätsentschädigung bei einem Integritätsschaden von 30 % sowie mit Verfügung vom 25. April 2005 (AB 187) rückwirkend ab dem 1. Januar 2005 eine Invalidenrente (IV-Rente) bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 48 % zu. Während die Verfügung betreffend die Integritätsentschädigung unangefochten blieb, wies die Allianz die Einsprache betreffend den Rentenanspruch ab (AB 191). Die gegen diesen Einspracheentscheid erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 11. April 2007 (VGE UV 65969 [AB 207]) ebenfalls ab. Dieses Urteil blieb unangefochten.

**B.**

Aufgrund einer geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustandes wurde von der IVB erneut eine polydisziplinäre Begutachtung bei der MEDAS in Auftrag gegeben (Gutachten vom 16. Februar 2015 [AB 239]), im Rahmen welcher die Gutachter am 27. März 2015 Zusatzfragen der Allianz beantworteten (AB 240). Gestützt darauf stellte die Allianz mit Verfügung vom 16. November 2015 die bisher ausgerichtete IV-Rente per 31. Dezember 2015 ein (AB 245). Die dagegen erhobene Einsprache (AB 247) wies sie mit Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2020 (AB 258) ab und stellte die Versicherungsleistungen wegen Wegfalls bzw. Verneinung der natürlichen und adäquaten Kausalität per 31. Dezember 2015 ein.

**C.**

Hiergegen erhob die Versicherte – vertreten durch die B.\_\_\_\_\_ AG, Rechtsanwältin C.\_\_\_\_\_ – am 30. November 2020 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei der Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2020 aufzuheben.
2. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin weiterhin eine Invalidenrente nach UVG bei einem Invaliditätsgrad von 48 % auszurichten.
3. Es sei die Beschwerdeführerin durch das Gericht begutachten zu lassen.
4. Eventualiter sei das vorliegende Verfahren zu sistieren.

In der Beschwerdeantwort beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 29. Oktober 2021 wies der Instruktionsrichter den Antrag auf Verfahrenssistierung ab und schloss das Beweisverfahren.

## **Erwägungen:**

### **1.**

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

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der die Verfügung vom 16. November 2015 (AB 245) bestätigende Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2020 (AB 258), mit welcher der UV-Rentenanspruch per 31. Dezember 2015 verneint wurde. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente der Unfallversicherung bei einem IV-Grad von 48 % ab dem 1. Januar 2016 und dabei insbesondere, wie es sich mit der Kausalität zwischen dem Ereignis vom 25. Februar 2000 und den weiterhin bestehenden gesundheitlichen Beschwerden verhält.

**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** Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213).

Vorliegend fand das zur Beurteilung stehende Ereignis am 25. Februar 2000 (AB 1) statt, womit für die Unfallfolgen und die damit zusammenhängenden Leistungen der Beschwerdegegnerin das bis zum 31. Dezember 2002 geltende Recht zur Anwendung gelangte (vgl. rentenzusprechende Verfügung vom 25. April 2005 [AB 187] resp. Einspracheentscheid vom 20. Juni 2005 [AB 191]). Durch die Beschwerdeführerin wurde im Herbst 2009 eine Änderung des Gesundheitszustandes geltend gemacht (vgl. AB 239 S. 2). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung darf zur Prüfung der revisionsrechtlichen Fragen eine seit der Rentenzusprache veränderte Rechtspraxis berücksichtigt werden, sofern die Bejahung der Revisionsvoraussetzungen mit der Änderung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin und nicht mit einer blossen Entwicklung der Rechtspraxis zur Invalidität bei somatoformen Leiden begründet wird (Entscheidung des Bundesgerichts vom 11. Dezember 2014, 8C\_698/2014, E. 4). Sodann ist am 1. Januar 2017 die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten, was sich hier jedoch nicht anspruchsrelevant auswirkt.

**2.2** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). 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).

**2.3** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181).

Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht 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 gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163).

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).

**2.4** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (aArt. 17 Abs. 1 ATSG in der bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung).

**2.4.1** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die IV-Rente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben.

Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung (vgl. BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

**2.4.2** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

**2.4.3** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bzw. des Einspracheentscheids und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung und des bestätigenden Einspracheentscheids 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). Die Rentenherabsetzung oder -aufhebung ist auf den ersten Tag des Monats festzulegen, welcher der Zustellung der Verfügung an die versicherte Person folgt (BGE 140 V 70 E. 4.2 S. 73).

**2.4.4** Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 115 V 308 E. 4a/bb S. 313; BGE 147 V 234, E. 5.2 S. 237).

### **3.**

**3.1** Vorliegend ist zu prüfen, ob zwischen dem Einspracheentscheid vom 20. Juni 2005 (AB 191), der vom Verwaltungsgericht bestätigt worden war (AB 207), und dem Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2020 (AB 258) eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl.

E. 2.4.1 f. hiervor), und ob die Rente – gegebenenfalls – zu Recht per Ende 2015 eingestellt wurde.

**3.2** Die Verfügung vom 25. April 2005 (AB 187) resp. der Einspracheentscheid vom 20. Juni 2005 (AB 191) stützten sich in medizinischer Hinsicht massgebend auf die Einschätzungen aus der polydisziplinären Begutachtung bei der MEDAS vom 3. Februar 2003 (AB 96 und AB 97) und den Ergänzungen der Gutachter vom 15. November 2004 (AB 177). Die Gutachter stellten dabei folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (AB 96 S. 12 f. Ziff. 5.1):

1. Zervikozephaler Symptomenkomplex
  - Mässig bis mittelstark ausgeprägtes, links betontes oberes Zervikalsyndrom (ICD-10: M53.0)
  - Mässig ausgeprägte zervikozepitale Beschwerden mit insbesondere „Migraine cervicale“
  - Vegetative Funktionsstörungen
  - Kognitive Störungen im Rahmen eines organischen Psychosyndroms (ICD-10: F07.2)
  - Leichte vestibuläre Störung
2. Anpassungsstörung (ICD-10: F43.23)
3. Hypersomnie (ICD-10: G47.1)
  - Differenzialdiagnostisch: im Rahmen der Diagnose des zervikozephalen Symptomkomplexes bzw. der Anpassungsstörung oder im Rahmen eines Schlafapnoe-Syndroms
4. Adipositas permagna (BMI 38.5 kg/m<sup>2</sup>; ICD-10: E66.0)
  - Leichte Dyslipidämie (ICD-10: E78.2)

Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei nicht mehr gegeben (S. 14 Ziff. 6.1.2). In einer leidensadaptierten Tätigkeit wurde eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert, wobei die damals aktuell ausgeübte Beschäftigung als selbstständige ... einem solchen Tätigkeitsprofil ebenso entspreche wie sämtliche anderen Tätigkeiten mit wechselnd sitzend bzw. stehender Körperhaltung ohne Kopfwangshaltung und ohne besondere Schultergürtelbelastung (Ziff. 6.1.4). Das bestehende Zervikalsyndrom mit zusätzlicher leichter vestibulärer Störung, aber auch teilweise die kognitiven Störungen seien mit überwiegender Wahrchein-

lichkeit (teilweise) auf den Unfall vom 25. Februar 2000 zurückzuführen (AB 97 S. 2 Ziff. 5 und AB 177 S. 4 Ziff. 6.2 und S. 5 Ziff. 6.5 f.). Die Anpassungsstörung sei in ihrem Ausmass gering (AB 97 S. 5 Ziff. 3) und könne im Verhältnis zum Gesamtbild ohnehin nur als geringer Teil eingestuft werden (S. 6 Ziff. 8).

**3.3** Dem nunmehr angefochtenen Einspracheentscheid vom 28. Oktober 2020 (AB 258) bzw. der zugrundeliegenden Verfügung vom 16. November 2015 (AB 245) lagen zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Rentenzusprache im Vergleich zur Situation im Zeitpunkt der Renteneinstellung per Ende 2015 massgebend verändert hat, insbesondere folgende Berichte zugrunde:

**3.3.1** Im Gutachten der MEDAS vom 16. Februar 2015 (AB 239) zu Handen der Invalidenversicherung stellten die Fachpersonen gestützt auf eine allgemeininternistische Untersuchung sowie auf jeweils ein Teilgutachten in den Fachrichtungen Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie, Neuropsychologie und Otorhinolaryngologie folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 43 f. Ziff. 5.1):

- Chronisches zervikal und lumbosakral betontes panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.80)
- Chronische belastungsabhängige Knieschmerzen rechts (ICD-10: M25.56)
- Klinischer Verdacht auf leichtgradiges subakromiales Impingement Schulter rechts (ICD-10: M75.4)
- Metabolisches Syndrom
- Intermittierende Schwindelsymptomatik (ICD-10: H82)
- Tinnitus beidseits (ICD-10: H93.1)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 44 Ziff. 5.2):

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)/Somatisierungsstörung
- Dysthymie (ICD-10: F34.1)
- Anamnestisch Hashimoto-Thyreoiditis (ICD-10: E06.3)
- Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10: G47.3)

- Status nach Unfall mit Contusio capitis, axialem Wirbelsäulentrauma (Differentialdiagnose: HWS-Distorsion)
- Leichtgradige Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit links (ICD-10: H90.4)

Die Gutachter hielten nach einer interdisziplinären Konsensbesprechung fest, dass für die angestammte Tätigkeit als ... eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehe (S. 46 Ziff. 6.2). Dagegen bestehe in einer leichten bis mittelschweren angepassten Tätigkeit (in Wechselpositionen, ohne länger dauernde Zwangshaltungen von Nacken, Rumpf und dem rechten Knie, ohne repetitive Überkopfbewegungen der Arme, ohne regelmässiges Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne erhöhten Störlärm, ohne häufige Kopfrotationsbewegungen, ohne sturzgefährdende Tätigkeiten, ohne Arbeiten an gefährlichen Maschinen und an Fahrzeugen, ohne Tätigkeiten in Höhen, auf Leitern oder Treppen sowie ohne Schichtarbeiten) eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeit sei davon auszugehen, dass der Zeitpunkt des Auftretens der otoneurologischen Beschwerdesymptomatik seit einigen Jahren angenommen werden könne (S. 46 Ziff. 6.3). Aus Sicht des Bewegungsapparates könne eine vorübergehende volle Arbeitsunfähigkeit bei Zustand nach Eingriff an der lumbalen Wirbelsäule im April 2013 nachvollzogen werden. Bei dokumentiertem unauffälligem Verlauf sei jedoch spätestens nach sechs Monaten, somit ab November 2013, wieder von oben genanntem Arbeits- und Leistungsprofil auszugehen. Aus rein psychiatrischer Sicht könne keine Zunahme der Arbeitsunfähigkeit im Verlauf bescheinigt werden, im Gegenteil wirke sich die im MEDAS-Gutachten vom 3. Februar 2003 (AB 96) attestierte Anpassungsstörung nicht mehr auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die zur Berentung führende Anpassungsstörung und neuropsychologischen Einschränkungen seien definitiv nicht mehr nachweisbar. Nach wechselndem Verlauf sei die polydisziplinäre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit Sicherheit ab Januar 2015 zu bestätigen.

Im allgemeininternistischen Teilgutachten (S. 14 ff. Ziff. 3) wurde ein metabolisches Syndrom, beinhaltend einen insulinbedürftigen, aktuell ungenügend eingestellten Diabetes Mellitus Typ II, eine Adipositas, eine neu ent-

deckte arterielle Hypertonie wie auch eine Hyperlipidämie, festgestellt, welches zur qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe (S. 18 Ziff. 3.4). So seien aufgrund des vorliegenden Diabetes mellitus Arbeiten an gefährlichen Maschinen und an Fahrzeugen, Tätigkeiten in Höhen, auf Leitern und Treppen sowie Schichtarbeiten nicht mehr zumutbar (S. 19). Unter Beachtung dieser qualitativen Einschränkung sei jedoch für jede körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % gegeben.

Im Teilgutachten zur psychiatrischen Untersuchung vom 27. Oktober 2014 (S. 19 ff. Ziff. 4.1) hielt der Psychiater fest, dass sich aus rein psychiatrischer Sicht keine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit ergebe (S. 24 Ziff. 4.1.5) und dass sich die aktuell festgestellten psychiatrischen Störungen nicht mit dem Unfall vom 25. Februar 2000 in Verbindung bringen liessen (S. 23 unten), da sie erst mit einer Latenz von mehreren Jahren aufgetreten seien.

Im orthopädischen Teilgutachten (S. 25 ff. Ziff. 4.2) hielt der Gutachter zusammenfassend fest, dass sich anlässlich der Untersuchung vom 27. Oktober 2014 Hinweise auf moderate strukturelle Alterationen an Hals- und Lendenwirbelsäule ergäben, wobei der postoperative Zustand nach erfolgter Diskushernien-Resektion als korrekt zu bezeichnen sei (S. 31). Auch am rechten Knie könne durch den Zustand nach erfolgter operativer Rekonstruktion eine etwas verminderte Belastbarkeit begründet werden. An der rechten Schulter könne aufgrund des klinisch zu postulierenden leichtgradigen subakromialen Impingements von einer Einschränkung bei Überkopfbewegungen ausgegangen werden. Das von der Beschwerdeführerin angegebene Beschwerdebild, das nahezu den gesamten Körper betreffe, namentlich auch sämtliche Muskeln und Gelenke, könne auf orthopädischer Ebene nicht plausibel erklärt werden.

In der neurologischen Teilbeurteilung (S. 32 ff. Ziff. 4.3) wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin an einem generalisierten Schmerzsyndrom mit Schmerzen am ganzen Körper leide und über ausgeprägte vegetative Begleitsymptomatik wie Schwindelbeschwerden, Übelkeit, Benommenheit, Schwitzen, Geräusch- und Lichtüberempfindlichkeit und Schlafstörungen berichte (S. 34 Ziff. 4.3.4). Der Verlauf sei für eine maximal leichtgradig einzustufende milde traumatische Hirnverletzung als ungewöhnlich zu be-

zeichnen, da es im Verlauf der letzten Jahre zu einer deutlichen Zunahme der Beschwerden gekommen sei. Aus somatisch-neurologischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (S. 35). Die von der Beschwerdeführerin beschriebene hochgradige Einschränkung der Belastbarkeit mit rascher Erschöpfung und multiplen unspezifischen Symptomen könne aus neurologischer Sicht nicht schlüssig erklärt werden (Ziff. 4.3.5).

Anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung vom 29. Oktober 2014 (S. 36 Ziff. 4.4) konnte weder eine neuropsychologische Diagnose gestellt (S. 39 Ziff. 4.4.3) noch eine Einschränkung im neuropsychologischen Testprofil (Ziff. 4.4.4) oder eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden (Ziff. 4.4.5).

Im otorhinolaryngologischen Teilgutachten (S. 40 ff. Ziff. 4.5) wurde festgehalten, dass im Rahmen der Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit links, der Normakusis rechts und des kompensierten Tinnitus beidseits moderate Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit bestünden, so dass Tätigkeiten unter erhöhtem Störlärm gemieden werden sollten (S. 43 Ziff. 4.5.5). Bezüglich der intermittierenden Schwindelsymptomatik, bei Verdacht auf zervikogen propriozeptiv bedingter Ursache, seien sturzgefährdende Tätigkeiten oder solche mit häufigen Kopffrotationen ungeeignet.

**3.3.2** Mit separatem Schreiben vom 27. März 2015 (AB 240) beantworteten die Gutachter der MEDAS die zusätzlichen unfallspezifischen Fragen der Beschwerdegegerin. Sie verwiesen bezüglich der Diagnosen auf das Gutachten vom 16. Februar 2015 (AB 239) und hielten fest, dass die aktuell feststellbaren Gesundheitsschädigungen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folge des Unfalls vom 25. Februar 2000 anzusehen seien. Wiederholte neuropsychologische Testungen hätten leichte bis mittelschwere Funktionseinschränkungen gezeigt. Anlässlich der neurologischen Teilbegutachtung vom 6. Dezember 2002 (AB 96 S. 18) habe der Gutachter ebenfalls leichte kognitive Störungen festgestellt und deren Ursache als wahrscheinlich multifaktoriell bedingt eingeschätzt. Neben einem Zusammenhang mit dem Unfall vom 25. Februar 2000 sei damals auch eine Beeinflussung durch das Schlafapnoe-Syndrom sowie durch seelische und Schmerzinterferenzen postuliert worden (AB 240 S. 2). Aus heutiger Sicht

könne festgestellt werden, dass der Verlauf für eine maximal leichtgradig einzustufende milde traumatische Hirnverletzung als ungewöhnlich zu bezeichnen sei. Grundsätzlich könne bei derartigen Verletzungen von einem günstigen Verlauf ausgegangen werden. Aus neurologischer Sicht ergäben sich aktuell Hinweise auf eine leichte sensible Ausfallsymptomatik im Dermatome L5 links, die wahrscheinlich einen residuellen Folgezustand nach lumbaler Diskushernien-Operation darstelle. Diese Beschwerden seien in grösserem zeitlichen Abstand zum Unfall vom 25. Februar 2000 aufgetreten. Nach der Einschätzung der MEDAS-Gutachter könnten somit die damals festgestellten Gesundheitsschädigungen und Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht einmal als teilkausal in Zusammenhang mit dem Unfall vom 25. Februar 2000 angesehen werden. Als Vorzustand zu diesem Unfall habe ein 1998 erlittenes komplexes Knie Trauma rechts vorgelegen (Ziff. 2.2). Auf die Frage, ob seit dem Unfall im Februar 2000 weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen aufgetreten seien, die heute das Beschwerdebild mitbestimmen und nicht als Unfallfolgen anzusehen seien (Ziff. 2.5), führten die Gutachter aus, dass das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom nicht in kausalem Zusammenhang mit dem hier massgeblichen Unfall stehe (S. 3). Zudem sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung/Somatisierungsstörung und eine Dysthymie festzuhalten, welche sich nicht mit dem Unfall vom 25. Februar 2000 in Verbindung bringen liessen, da sie mit einer Latenz von mehreren Jahren aufgetreten und im Zusammenhang mit unfallfremden psychosozialen Belastungsfaktoren zu sehen seien. Im Weiteren bestehe ein metabolisches Syndrom mit einer Adipositas, einem Insulin-bedürftigen Diabetes mellitus Typ II (aktuell ungenügend eingestellt), einer arteriellen Hypertonie sowie einer Hyperlipidämie, aufgrund dessen unfallfremd qualitative Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit bestünden (Ziff. 2.6). Das Ereignis vom 25. Februar 2000 habe die vorstehend erwähnten unfallfremden Faktoren nicht in erkennbarer Weise beeinflusst (Ziff. 2.7). Als Folge des Ereignisses vom 25. Februar 2000 sei schon seit langem ein Status quo sine erreicht, so dass auch die künftige Prognose als günstig anzusehen sei (S. 4 Ziff. 4.1).

**3.3.3** In einem weiteren Gutachten vom 27. August 2018 (AB 256) zu Händen der Invalidenversicherung nannten die Fachärzte der MEDAS auf der Grundlage von vier Untersuchungen (allgemeininternistisch, psychia-

trisch, neurologisch sowie orthopädisch) und nach interdisziplinärer Gesamtbeurteilung die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9 Ziff. 4.2.1):

- Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.80/Z98.8)
- Chronische Knieschmerzen rechts (ICD-10: M79.66/Z98.8)
- Metabolisches Syndrom (ICD-10: 88.9).

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 10 Ziff. 4.2.2) seien:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)
- Zustand nach SHT (ICD-10: S06.9) 2000 mit wahrscheinlicher Commotio cerebri (ICD-10: S06.0) und HWS-Distorsionstrauma (ICD-10: S13.4)
- Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10: G47.3)
- Anamnestisch leichtgradiges CTS beidseits (ICD-10: G56.0)
- Tinnitus beidseits (ICD-10: H93.1)
- Hämorrhoidalleiden (ICD-10: K64.9)
- Hephrolithiasis beidseits (ICD-10: F20.0)
- Leberwerterhöhung (ICD-10: R74.8)
- Dysthymie (ICD-10: F34.1)
- Hashimoto-Thyreoiditis (ICD-10: E06.3)

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu acht Stunden pro Tag arbeitsfähig, wobei ein erhöhter Pausenbedarf mit leichter Reduktion der Leistung bestehe (S. 11 Ziff. 4.6). Bezogen auf ein 100 %-Pensum bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Ab dem Gutachten vom 16. Februar 2015 könne von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ausgegangen werden, wobei die Arbeitsfähigkeit ab August 2017 bis Juli 2018 aufgehoben gewesen sei und ab August 2018 eine 80 %-ige Arbeitsfähigkeit gegeben war. Seit dem Gutachten vom Februar 2015 sei es zu einer leichten Verschlechterung mit neu einer Schmerzstörung und leichten depressiven Episode und nicht nur einer Dysthymia gekommen, der Gesund-

heitszustand und die Arbeitsfähigkeit habe sich jedoch nicht erheblich verändert (S. 12 Ziff. 4.11).

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

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

**3.4.2** Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevisi- on erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sach- verhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvoll- ziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung

nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 und 4.2.1).

**3.5** Die Beschwerdegegnerin hat im hier angefochtenen Einspracheentscheid massgeblich auf das MEDAS-Gutachten vom 16. Februar 2015 (AB 239) und die unfallspezifischen Ergänzungen vom 27. März 2015 (AB 240) abgestellt. Diese medizinische Expertise der Sachverständigen ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf sechs einlässlichen klinischen Explorationen in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin (S. 14 ff. Ziff. 3), Psychiatrie (S. 19 ff. Ziff. 4.1), Orthopädie (S. 25 ff. Ziff. 4.2), Neurologie (S. 32 ff. Ziff. 4.3), Neuropsychologie (S. 36 ff. Ziff. 4.4) und Otorhinolaryngologie (S. 40 ff. Ziff. 4.5) sowie auf verschiedenen neuropsychologischen Testungen (S. 37 f.). Sie wurde in Kenntnis der – für das unfallversicherungsrechtliche Verfahren relevanten – Vorakten (AB 239 S. 4 ff. Ziff. 2) sowie in Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. Die Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge, die Beurteilung der medizinischen Situation und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet und nehmen grundsätzlich zur Unfallkausalität betreffend das Ereignis vom 25. Februar 2000 sowie vergleichend zum Zustand bzw. der Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Jahr 2005 überzeugend Stellung.

Nichts daran zu ändern vermögen die Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach dem MEDAS-Gutachten vom 16. Februar 2015 (AB 239) im vorliegenden Verfahren kein ausreichender Beweiswert zukommen könne, da das angerufene Gericht im IV-Verfahren mit Urteil vom 15. September 2016, VGE IV/2015/981, dem Gutachten den Beweiswert aufgrund einer unzureichenden Aktenlage abgesprochen habe (Beschwerde vom 30. November 2020, S. 4 ff. Ziff. 8 ff.). In diesem Urteil war festgehalten worden, dass der Beweiswert des MEDAS-Gutachtens vom 16. Februar 2015 aufgrund der fehlenden medizinischen Dokumente betreffend eine offenbar attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit von sechs Monaten im Jahr 2013 geschmälert sei (VGE IV/2015/981 E. 3.5.2 und E. 3.5.4). Diesbezüglich ist festzustellen, dass im Urteil VGE IV/2015/981 medizinische Dokumente als

fehlend bezeichnet wurden, die allein Behandlungen des lumbalen Wirbelsäulenleidens betroffen haben. Diese haben bei der Leistungszusprache der hier zur Diskussion stehenden UV-Rente im Jahr 2005 noch gar nicht bestanden und sind erst im Frühjahr 2013 aufgetreten (AB 239 S. 29 unten). Anlässlich der Beantwortung der Ergänzungsfragen (AB 240) haben sich die MEDAS-Gutachter explizit mit den unfallversicherungsrechtlichen Fragen auseinandergesetzt und diese klar und schlüssig beantwortet. So haben sie insbesondere ausgeführt, dass die Hinweise auf eine leichte sensible Ausfallsymptomatik im Dermatome L5 links wahrscheinlich ein residueller Folgezustand nach lumbaler Diskushernienoperation darstellten, welcher jedoch mit grösserem zeitlichen Abstand zum Unfall vom 25. Februar 2000 aufgetreten sei und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht im Zusammenhang mit dem Unfall vom 25. Februar 2000 stehe, d.h. nicht einmal teilkausal zu diesem Ereignis sei (AB 240 S. 2). Entsprechend hielten die Gutachter das Erreichen eines status quo sine fest (S. 4). Damit können die im Urteil VGE IV/2015/981 als für die IV-Belange fehlend bezeichneten Akten keinen Einfluss auf die Beweiskraft des Gutachtens hinsichtlich der unfallversicherungsrechtlich relevanten Fragen haben. Zusammen mit dem unfallversicherungsrechtlichen Ergänzungsgutachten vom 27. März 2015 (AB 240) erfüllt das MEDAS-Gutachten vom 16. Februar 2015 (AB 239) für den UV-Bereich die Anforderungen der bundesgerichtlichen Rechtsprechung an eine solche Expertise (vgl. E. 3.4 hiervor) und es kommt ihm grundsätzlich Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

### **3.6**

**3.6.1** In somatischer Hinsicht ist gestützt auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 16. Februar 2015 (AB 239) das Vorliegen der folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erstellt (S. 43 Ziff. 5, vgl. E. 3.5 hiervor): chronisches zervikal und lumbosakral betontes panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.80), chronische belastungsabhängige Knieschmerzen rechts (ICD-10: M25.56), ein klinischer Verdacht auf leichtgradiges subakromiales Impingement der Schulter rechts (ICD-10: M75.4), ein metabolisches Syndrom, eine intermittierende Schwindelsymptomatik (ICD-10: H82) sowie ein Tinnitus beidseits (ICD-10: H93.1). In

somatisch-neurologischer Hinsicht hat der MEDAS-Gutachter Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, in seiner Expertise vom 16. Februar 2015 (AB 239 S. 32 ff. Ziff. 4.3) das Vorliegen von Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verneint und ausgeführt, dass die beschriebene hochgradige Einschränkung in der Belastbarkeit mit rascher Erschöpfung und multiplen unspezifischen Symptomen aus neurologischer Sicht nicht schlüssig erklärt werden kann (S. 35 Ziff. 4.3.5). Unter Berücksichtigung der objektivierbaren Befunde wurde jedoch klar festgehalten, dass sich die Situation seit der Vorbegutachtung von 2002 nicht relevant verändert hat (Ziff. 4.3.6). Damals sei die Beschwerdeführerin zwar als nur 50 % arbeitsfähig in einer angepassten Tätigkeit und vollständig arbeitsunfähig in der angestammten Tätigkeit als ... beurteilt worden. Jedoch seien schon aus dem Bericht des damaligen Gutachters Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, keine objektivierbaren Befunde ersichtlich, welche die damals attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermocht hätten. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ erklärte im Gutachten vom 16. Februar 2015 diese Diskrepanz der ursprünglichen Beurteilung zu seiner aktuellen Einschätzung rückblickend damit, dass Dr. med. G.\_\_\_\_\_ das gesamte Beschwerdebild mit chronischen Schmerzen, seelischen Problemen, Schlafapnoe-Syndrom und möglicher milder traumatischer Hirnverletzung zusammengefasst beurteilt habe. Zudem seien damals die leichten kognitiven Störungen als Verletzungsfolgen viel grosszügiger interpretiert worden, weshalb die Beurteilung vom Jahr 2002 rückblickend nachvollziehbar sei (S. 36). Inwieweit jedoch eine effektive gesundheitliche Veränderung im Sinne einer deutlichen Verbesserung vorliegen soll, wurde von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ nicht dargelegt oder begründet. Eine den Kriterien der Rechtsprechung genügende Begründung einer erheblichen Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt damit nicht vor (vgl. E. 3.4.2 vorstehend), selbst wenn anlässlich des Gutachtens von 16. Februar 2015 von einer verbesserten Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur Beurteilung vom 3. Februar 2003 (AB 96 und AB 97) ausgegangen wurde. Vielmehr handelt es sich bei den gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts, welche revisionsrechtlich unerheblich ist (vgl. E. 2.4.4 hiervor).

**3.6.2** Die im Rahmen des im Jahr 2003 diagnostizierten Zervikalsyndroms aufgetretenen Genickschmerzen, Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden sowie die Gaumensegelparese konnten bereits damals mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einem organischen Substrat zugeordnet werden, was auch für die geltend gemachten leichten kognitiven Störungen gelte (AB 97 S. 2 Ziff.4). Dabei seien Unfallfolgen die Ursachen des Zervikalsyndroms, der zervicozephalen Beschwerden sowie der leichten vestibulären Störung, aber auch teilweise der kognitiven Störungen (Ziff. 5). In der ergänzenden Stellungnahme vom 15. November 2004 (AB 177) nahmen die Gutachter weiter an, dass die Schwindelbeschwerden und neuropsychologischen Defizite dauernd bestehen bleiben würden (S. 12). Diese Prognose hat sich insofern bewahrheitet, als sowohl anlässlich der Begutachtung im Jahr 2014 (MEDAS-Expertise vom 16. Februar 2015 [AB 239 S. 43 Ziff. 5.1) als auch im MEDAS-Gutachten vom 17. August 2018 (AB 256 S. 9 Ziff. 4.2.1) ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde. Dass sich dieses im hier massgeblichen Vergleichszeitraum in erheblichem Masse verbessert hätte, wird jedoch nicht dargelegt. Insgesamt vermögen die MEDAS-Gutachter in ihrer Expertise vom 16. Februar 2015 (AB 239) keine revisionsrechtlich relevante Veränderung zu begründen. Auch hier ist von einer anderen Einschätzung bzw. neuen Diagnosestellung bei einem im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalt auszugehen (vgl. E. 2.4.4 hiavor). Schliesslich lassen sich auch dem MEDAS-Gutachten vom 27. August 2018 (AB 256) keine unfallversicherungsrechtlichen Revisionsgründe entnehmen. Vielmehr hielten die Experten fest, dass seit dem MEDAS-Gutachten vom 16. Februar 2015 – abgesehen von einer neunmonatigen vollständigen Arbeitsunfähigkeit jeweils im Anschluss an die lumbalen Eingriffe im August 2016 (transpedikuläre Stabilisation LWK3 bis SWK1 und Mikrodekompression LWK3/4/5 rechts) und im November 2017 zur Entfernung des Expendium LWK3 bis LWK5, Spine-Shape mit Verlängerung nach SWK1 und Korrektur der degenerativen Skoliose LWK4/5 rechts mittels Cage [vgl. AB 256 S. 66 Ziff. 6.1]) – konstant von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Die Arbeitsunfähigkeiten infolge der damals durchgeführten Eingriffe an der Wirbelsäule vermögen genau wie die sensible Ausfallsymptomatik im Dermatome L5 links bzw. die daraus folgende sechsmonatige vollständige Ar-

beitsunfähigkeit infolge der lumbalen Diskushernien-Operation im Frühjahr 2013 – wie vorstehend ausgeführt (vgl. E. 3.5 hiervor) – keinen Revisionsgrund im hier interessierenden UV-Verfahren darzustellen, da sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht im Zusammenhang mit dem Unfall vom 25. Februar 2000 stehen und damit nicht einmal teilkausal zu diesem Ereignis sind (AB 240 S. 2).

**3.7** In psychischer Hinsicht konnten die MEDAS-Psychiater weder anlässlich der Untersuchung vom 27. Oktober 2014 (AB 239 S. 19 ff. Ziff. 4.1) noch anlässlich derjenigen vom 5. Juni 2018 (AB 256 S. 43 ff.) die im Gutachten vom 3. Februar 2003 (AB 96 S. 10 f.) gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.23 [vgl. auch S. 12 f. Ziff. 5.1]) erheben. Diese Anpassungsstörung war bereits im Jahr 2003 als im Ausmass gering beurteilt worden (AB 97 S. 5 Ziff. 3), so dass sie im Verhältnis zum Gesamtbild ohnehin nur einen geringen Teil darstellte (S. 5 Ziff. 8). Der Wegfall dieser Diagnose ist somit revisionsrechtlich unbeachtlich, d.h. fällt als Revisionsgrund ausser Betracht.

Im neuropsychologischen Teilgutachten zum MEDAS-Gutachten vom 16. Februar 2015 konnte der Experte im Vergleich zur neuropsychologischen Untersuchung vom September 2000 (AB 22) zwar eine wesentlich bessere Leistung festhalten (AB 239 S. 39 Ziff. 4.4.7). Diese verbesserten Resultate reichen indes vorliegend ebenfalls nicht für die Annahme eines Revisionsgrundes aus, da es zu berücksichtigen gilt, dass es sich bei der Neuropsychologie um keine medizinische Disziplin handelt, sondern dass die Neuropsychologie ein Teilgebiet der Psychologie darstellt, welches sich mit den Auswirkungen von biologischen Prozessen auf die Psyche und Wechselwirkungen zwischen Gehirn und Verhalten im weiteren Sinn befasst (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Auflage, S. 1260). Mit anderen Worten reichen neuropsychologische Testresultate allein nicht aus, um Diagnosen zu stellen und die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen; die entsprechenden Untersuchungsergebnisse sind denn auch im Rahmen einer gesamthaften Beweiswürdigung nur insoweit bedeutsam, als sie überprüf- und nachvollziehbar sind und sich in die anderen (interdisziplinären) Abklärungsergebnisse schlüssig einfügen (Entscheid des Bun-

desgerichts [BGer] vom 7. August 2009, 8C\_261/2009, E. 5.2 mit Hinweisen).

**3.8** Nach dem Dargelegten erweist sich der medizinische Sachverhalt insgesamt als vollständig abgeklärt, so dass in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2) auf weitere Beweismassnahmen verzichtet werden kann. Mit Blick auf die vorstehenden Ausführungen fehlt es im vorliegenden UV-Bereich an einem medizinischen Revisionsgrund, da seit der letzten materiellen Überprüfung (20. Juni 2005 [AB 191]) keine revisionsrechtlich relevante gesundheitliche Veränderung betreffend die unfallbedingten Beschwerden erstellt ist (vgl. E. 2.4.1 hier vor).

**3.9** Die Beschwerdeführerin hat schliesslich gemäss eigenen Angaben ihre Arbeitstätigkeit im Mai 2012 aufgegeben (vgl. AB 239 S. 16). Sie wertet damit ihre Restarbeitsfähigkeit – obwohl ihr dies zumutbar wäre – nicht mehr. Das Invalideneinkommen ist bzw. wäre demnach aufgrund statistischer Daten festzulegen. Da auch bereits in der Verfügung vom 25. April 2005 (AB 187 S. 3 f.) das herangezogene Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne nach den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen berechnet wurde, kann die Aufgabe der bisherigen Tätigkeit keinen erwerblichen Revisionsgrund darstellen, da das Invalideneinkommen auf der selben Grundlage zu ermitteln ist bzw. wäre (vgl. THOMAS ACKERMANN, Die Bemessung des Invaliditätsgrades, in: KIESER/LENDFERS [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2012, S. 34 e contrario). Ein Revisionsgrund in erwerblicher Hinsicht wird denn auch nicht geltend gemacht.

#### **4.**

Zusammenfassend erfolgte die Rentenaufhebung per Ende Dezember 2015 mangels Vorliegens eines Revisionsgrundes zu Unrecht. Folglich ist in Aufhebung des Einspracheentscheids vom 28. Oktober 2020 (AB 258) die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, als die Beschwerdeführerin ab

1. Januar 2016 weiterhin Anspruch auf eine UV-Rente aufgrund eines IV-Grades von unverändert 48 % hat.

## **5.**

**5.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**5.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

Entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwältin C. \_\_\_\_\_ vom 16. November 2021 wird die Parteientschädigung auf Fr. 3'361.20 festgesetzt (Aufwand von 10.10 Stunden à Fr. 300.– zuzüglich einer Auslagenpauschale von Fr. 90.90 sowie Mehrwertsteuer von Fr. 240.30). Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Allianz vom 28. Oktober 2020 aufgehoben und diese verpflichtet, der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Januar 2016 weiterhin eine Invalidenrente der Unfallversicherung auf der Basis eines IV-Grades von 48 % auszurichten.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'361.20 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.



4. Zu eröffnen (R):

- B. \_\_\_\_\_ AG z.H. der Beschwerdeführerin
- Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG
- Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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