



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 15. Oktober 2020 (725 19 188/242)

Unfallversicherung

Revision der Rente erfolgte zu Recht

_____ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Margit Campell

_____ Parteien A._____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Stephan Bläsi, Advokat, Birsigstrasse 34, 4054 Basel

gegen

Basler Versicherung AG, Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Matthias Steiner, Rechtsanwalt, Steinentorstrasse 13, Postfach 223, 4010 Basel

_____ Betreff Leistungen

A.1 Die 1981 geborene A.____ arbeitete bis 31. Oktober 2009 als Kleinkinderzieherin in einem Kindertagesheim in X.____ und vom 1. November 2009 bis 7. Dezember 2009 in einem solchen in Y.____. Am 16. September 2008 erlitt sie einen Unfall, als sie mit dem Velo mit einem Roller zusammensties. Dabei erlitt sie eine Verletzung am linken Knie. Die Basler Versicherungen AG (Basler) als obligatorische Unfallversicherung kam für die entstandenen Kosten (Taggeld/Heilbehandlung) auf. Gestützt auf die Ergebnisse im bidisziplinären Gutachten von PD

Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. C.____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, vom 21. Dezember 2011, welches von der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) in Auftrag gegeben worden war, sprach die Basler der Versicherten mit Verfügung vom 19. März 2014 mit Wirkung ab 1. Januar 2012 eine Invalidenrente von 40 % und für die verbleibenden Beeinträchtigungen aus dem Unfall vom 16. September 2008 eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Einbusse in der Integrität von 10 % zu. Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft.

A.2.1 Bereits am 4. Juli 2010 hatte sich A.____ unter Hinweis auf den beim Unfall erlittenen Körperschaden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet. Die IV-Stelle klärte in der Folge die gesundheitlichen und die erwerblichen Verhältnisse ab. Sie sprach der Versicherten gestützt auf die Ausführungen im bidisziplinären Gutachten von PD Dr. B.____ und Dr. C.____ vom 21. Dezember 2011 mit Verfügung vom 14. September 2012 – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren – mit Wirkung ab 1. Januar 2011 basierend auf einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Viertelsrente zu. Die dagegen durch die Versicherte, vertreten durch Advokat Peter Bürkli, am 15. Oktober 2012 beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), erhobene Beschwerde wurde mit Urteil vom 4. Juli 2013 rechtskräftig abgewiesen.

A.2.2 Die IV-Stelle leitete am 1. Dezember 2015 von Amtes wegen eine Revision des Rentenanspruchs ein. Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liess sie A.____ erneut durch die Dres. B.____ und C.____ begutachten. Gestützt auf die Ergebnisse des bidisziplinären Gutachtens vom 8./9. Dezember 2016 hielt die IV-Stelle – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren – in ihrer Verfügung vom 21. November 2017 bei einem Invaliditätsgrad von 42 % am Anspruch auf eine Viertelsrente fest. Die dagegen durch die Versicherte, vertreten durch Advokat Peter Bürkli, erhobene Beschwerde hiess das Kantonsgericht mit Urteil vom 17. Mai 2018 gut und wies die Angelegenheit an die IV-Stelle zurück, damit diese bei PD Dr. B.____ eine Beurteilung zur Frage einhole, inwiefern sich die Phasen der schweren depressiven Episoden konkret auf die Arbeitsfähigkeit und deren Verwertbarkeit auswirken würden. Gestützt auf die in der Folge getätigten Abklärungen (vgl. Bericht PD Dr. B.____ vom 17. Oktober 2019) sprach die IV-Stelle der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 1. März 2020 rückwirkend ab 1. März 2017 eine ganze Rente zu.

A.3 Nach der Zusprache der Invalidenrente von 40 % am 19. März 2014 verfügte die Basler am 23. April 2018 deren Aufhebung per Ende Dezember 2017. Unter Hinweis auf die seit dem Erlass der Rentenverfügung ergangenen medizinischen Berichte hielt sie fest, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten verbessert habe. Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. D.____, Facharzt Rheumatologie und Physikalische Medizin/Rehabilitation sowie Allgemeine Innere Medizin, vom 26. Dezember 2017 und dessen Stellungnahme vom 18. April 2018 stehe fest, dass von einer Verbesserung der objektivierbaren Befunde auszugehen sei. Daran hielt sie auch auf Einsprache der Versicherten hin mit Entscheid vom 16. April 2019 fest.

B. Hiergegen erhob A._____, weiterhin vertreten durch Advokat Peter Bürkli, am 28. Mai 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht. Sie beantragte unter o/e-Kostenfolge, der Einspracheentscheid vom 16. April 2019 sei aufzuheben und es sei die Basler zu verpflichten, ihr ab dem 1. Januar 2018 die gesetzlichen Leistungen weiterhin auszurichten. Zudem sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Kosten für die Erhaltungstherapie zu tragen. Eventualiter sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 16. April 2019 aufzuheben und die Sache zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen, wobei der Sachverhalt vollständig festzustellen sei. Eventualiter sei die Begutachtung zu wiederholen, wobei sie hinsichtlich der somatischen Beschwerden durch einen Orthopäden (z.B. PD Dr. med. E.____, Spital F.____) oder einen Traumatologen zu untersuchen sei. Allenfalls könne die Begutachtung durch einen Schmerzspezialisten (z.B. Prof. Dr. med. Dr. h. c. G.____ oder Dr. med. H.____ oder durch das Klinikum I.____) durchgeführt werden. Eventualiter sei eine psychiatrische Begutachtung hinsichtlich der Folgen des "Complex Regional Pain Syndrome" (komplexes regionales Schmerzsyndrom, CRPS) auf ihre psychische Gesundheit durchzuführen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte die Versicherte um die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen Verbeiständung mit Advokat Peter Bürkli als Rechtsvertreter. Zur Begründung wurde im Wesentlichen vorgebracht, die Vorinstanz habe die Verschlechterung des Gesundheitszustands ungenügend gewürdigt und stelle ihren Entscheid auf unzureichende medizinische Unterlagen ab.

C. Am 25. Juni 2019 bewilligte das Kantonsgericht der Beschwerdeführerin für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Peter Bürkli als Rechtsvertreter.

D. In ihrer Beschwerdeantwort vom 19. August 2019 beantragte die Basler die Abweisung der Beschwerde.

E. Mit Schreiben vom 23. September 2019 teilte Advokat Stephan Bläsi mit, dass er die Interessen der Beschwerdeführerin vertrete, nachdem der bisherige Rechtsvertreter sein Mandat niedergelegt habe (vgl. Schreiben von Advokat Peter Bürkli vom 23. Juli 2019). In seiner Replik vom 5. Dezember 2019 hielt er an den bereits durch Advokat Peter Bürkli in der Beschwerde vom 28. Mai 2019 gestellten Anträgen fest. Auch Advokat Stephan Bläsi ersuchte in verfahrensrechtlicher Hinsicht um die Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung. Diese wurde ihm mit Verfügung vom 6. Dezember 2019 gewährt.

F. Mit Duplik vom 4. Februar 2020 nahm die Beschwerdegegnerin zur Replik der Beschwerdeführerin vom 5. Dezember 2019 Stellung und hielt am bereits gestellten Abweisungsantrag fest. Dazu reichte Advokat Stephan Bläsi am 8. April 2020 eine weitere Stellungnahme ein.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung

(UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in Z.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 28. Mai 2019 ist demnach einzutreten.

2. Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG in Kraft getreten. Laut Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 werden jedoch Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen zugetragen haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird.

3.1 Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Wird die versicherte Person infolge eines 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). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung 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).

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt als Erstes voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). 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, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis

und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Im Falle der Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus, die aus dem unbewiesenen gebliebenen natürlichen Kausalzusammenhang als anspruchsbegründender Tatsache Rechte ableiten wollte (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

3.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem versicherten Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. 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 181 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2007, U 56/06, E. 6.2.2 am Ende; BGE 112 V 33 E. 1b).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange um-

fassend 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). Laut diesen Richtlinien ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

5. Strittig ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Rente der Beschwerdeführerin per Ende Dezember 2017 revisionsweise aufhob. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 16. April 2019 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbezugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2).

6.1 Die Revision einer Invalidenrente der Unfallversicherung richtet sich nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. Art 1 Abs. 1 UVG). Gemäss dieser Norm wird die Rente dann von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur revisionsweisen Anpassung der Rente gibt jede tatsächliche Änderung, die sich auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Umfang des Anspruchs auswirkt (vgl. BGE 134 V 131 E. 3). Ein Revisionsgrund in diesem Sinne betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person, wozu namentlich der Gesundheitszustand gehört. Dabei kommt es weniger auf die Diagnose, sondern darauf an, welche Auswirkungen eine Gesundheitsbeeinträchtigung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden. Umgekehrt ist – bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand – eine Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung, welche zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führt, revisionsrechtlich von Bedeutung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.1 mit zahlreichen Hinweisen). Darüber hinaus ist die Rente auch revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen).

6.2 Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrads der Störungen geführt haben (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.2 mit Hinweis).

6.3 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 75 ff. E. 3.2.3). Zu prüfen ist somit, ob sich gegenüber der ursprünglichen Rentenzusprache vom 19. März 2014 im Zeitpunkt des streitigen Einspracheentscheids vom 16. April 2019 eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ergeben und sich dadurch der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert hat.

7.1 Bei der Rentenzusprache vom 19. März 2014 stützte sich die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf das von der Invalidenversicherung in Auftrag gegebene bidisziplinäre Gutachten der Dres. B._____ und C._____ vom 21. Dezember 2011. In ihrer Konsensbesprechung kamen die beiden Fachärzte zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein CRPS des linken Beins zu diagnostizieren sei, klinisch den Oberschenkel, das Knie und den Unterschenkel betreffend, mit/bei Status nach Kniearthroskopie und arthroskopisch medialer Meniskektomie am 15. Dezember 2009 infolge einer offenen Knieverletzung am 16. September 2008. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden mögliche akzentuierte Persönlichkeitszüge genannt. Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Kleinkinderzieherin nicht mehr zumutbar. In Bezug auf die Zusatzausbildung als Fitness- und Bewegungsinstruktorin sei – obwohl kein genaues Belastungsbild von dieser Tätigkeit vorliege – davon auszugehen, dass auch in dieser Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Das Belastungsprofil einer Verweistätigkeit umfasse eine Arbeit, bei welcher die Beschwerdeführerin nicht über 7,5 kg heben, stossen oder ziehen und nicht dauernd nur sitzen, nur am Ort stehen oder gehen müsse. Die Gehstrecke sei auf eine halbe Stunde am Stück beschränkt und es wäre günstig, wenn sie eine vorwiegend sitzende Tätigkeit ausüben könnte. Weiter sei zu beachten, dass sie nicht auf Leitern und Gerüste und nicht nur Treppen steigen dürfe sowie nicht kauern, kniend oder in der Hocke arbeiten könne. Für eine Tätigkeit mit diesem Belastungsprofil sei aus rheumatologischer Sicht eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein

Ganztagespensum zu attestieren. Die Einschränkung von 30 % begründe sich aufgrund des organischen Kniebefunds durch den vermehrten Pausenbedarf, der zu einer Einschränkung im Rahmen dieses Rendements führe.

7.2.1 Im Zusammenhang mit der Revision der Rentenverfügung vom 19. März 2014 und dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 16. April 2019 sind im Wesentlichen nachfolgende Berichte zu berücksichtigen:

7.2.2 Dr. med. J.____, FMH Neurologie, liess am 25. März 2015 verlauten, dass im Zeitpunkt seiner Untersuchung das Gangbild auf ebenem Boden flüssig und nur ein minimales Schonhinken mit dem linken Bein sichtbar gewesen sei. Es hätten keine Hautauffälligkeiten wie z.B. eine Schwellung, eine Rötung, eine Erwärmung (insbesondere in der Nähe des linken Knies), trophischen Zeichen oder eine Behaarung und keine Atrophie in der Beinmuskulatur bestanden. Er bestätigte das Vorliegen einer taktilen Dysästhesie im ganzen linken Bein mit deutlicher Betonung im Versorgungsgebiet des Nervus femoralis (innerer Ober- und Unterschenkel). Dabei zeige sich eine Art Remote-Effekt, bei welchem nach der Berührung weiterhin während einigen Sekunden Schmerzen vorhanden seien. Die übrigen Befunde seien unauffällig. Insbesondere bestünden eine allseits erhaltene Kraft und regelrechte Koordinationsprüfungen. In seiner Beurteilung hielt Dr. J.____ fest, dass bei seiner Untersuchung keine eindeutigen Zeichen für die Erfüllung der Kriterien eines CRPS vorhanden seien. Die beschriebenen Beschwerden mit ausgeprägter Alldynie mit Remote-Effekt bei Fortsetzen der Schmerzen nach Berührung seien als typisches Residuum nach einem CRPS zu interpretieren. Zudem seien momentan keine weiteren trophischen Veränderungen zu beobachten. Zum sicheren Ausschluss einer relevanten peripheren Nervenläsion habe er eine Neurografie von drei verschiedenen Nerven im linken Bein durchgeführt, welche aber einen unauffälligen Befund ergeben habe.

7.2.3 Weiter ist auf das von der IV-Stelle eingeholte bidisziplinäre Gutachten der Dres. C.____ und B.____ vom 8./9. Dezember 2016 hinzuweisen. Dr. C.____ diagnostizierte in seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 8. Dezember 2016 ein CRPS des linken Beins, welches klinisch den Oberschenkel, das Knie und den Unterschenkel betreffe, mit/bei Status nach Kniearthroskopie und arthroskopisch medialer Menishektomie am 15. Dezember 2009 infolge offener Knieverletzung am 16. September 2008. Die Beschwerdeführerin sei deshalb in der angestammten Tätigkeit als Kleinkinderzieherin und als Fitnessinstructorin nicht mehr arbeitsfähig. In einer adaptierten Verweistätigkeit, bei welcher sie nicht über 7,5 kg heben, stossen oder ziehen, nicht dauernd nur sitzen, stehen oder gehen müsse, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. In der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass sich der Zustand des linken Beins in den letzten 5 Jahren nicht verändert habe. Die Schmerzen im rechten Knie hätten im Jahr 2010 ihren Anfang genommen. Im Jahr 2015 sei eine MRT-Untersuchung durchgeführt worden, welche einen Knorpeldefekt gezeigt habe. Im Rücken habe sie keine Schmerzen, aber Blockaden. Aufgrund seiner Untersuchung kam Dr. C.____ zum Schluss, dass die Versicherte weiterhin an einem CRPS leide. Der Gesundheitszustand habe sich im Vergleich zur Untersuchung im Jahr 2011 aus somatischer Sicht insgesamt nicht wesentlich verändert. Neu hinzugekommen sei jedoch eine Retropatellararthrose rechts, welche degenerativer Natur sei. PD Dr. B.____ diagnostizierte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 9. Dezember 2016 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, leichte (ICD-10 F33.0) bis mitunter

mittelgradige (ICD-10 F33.1) depressive Episode, anamnestisch bisweilen schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden mögliche akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1). In ihrer Konsensbesprechung kamen die Dres. C.____ und B.____ zum Schluss, dass die aus den einzelnen Fachgebieten fliessenden Arbeitsunfähigkeiten nicht zu addieren seien. Zusammengefasst gehe die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit im Fachgebiet Psychiatrie nicht über jene im Bereich Rheumatologie hinaus. Es werde daher eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit attestiert.

7.2.4 Zum Gutachten der Dres. C.____ und B.____ vom 8./9. Dezember 2016 liess sich Dr. med. K.____, FMH Allgemein- und Unfallchirurgie, am 26. Juli 2017 im Rahmen eines Aktengutachtens zuhanden der Beschwerdegegnerin verlauten. Er hielt unter anderem fest, dass das rheumatologische Gutachten von Dr. C.____ nicht in allen Teilen schlüssig sei. So fände sich keine Stellungnahme betreffend die offensichtliche Opiatabhängigkeit und die attestierte Arbeitsfähigkeit in einer kneeadaptierten Tätigkeit sei nicht nachvollziehbar begründet. Vor allem fehle eine klare Beurteilung in Bezug auf den versicherungsrelevanten Befund einer allfälligen unfallkausalen CRPS-Symptomatik.

7.2.5 Die Beschwerdeführerin wurde sodann im Auftrag der Beschwerdegegnerin am 15. Dezember 2017 durch Dr. D.____ untersucht. In seinem Gutachten vom 26. Dezember 2017 diagnostizierte er ein chronisches Schmerzsyndrom der linken unteren Extremität, vorwiegend Schmerzen des linken Knies und Brennen des linken Fusses bei Status nach Velounfall am 16. September 2008, nach MRT-Untersuchungen des linken Knies am 22. Dezember 2008 und 10. September 2009, nach Arthroskopie und medialer Meniskusnaht sowie Resektion einer kleineren Plica infrapatellaris am linken Knie am 15. Dezember 2009, nach aktenkundig klinisch postoperativem CRPS I der linken unteren Extremität ohne Hinweise in den bildgebenden Verfahren, nach MRT-Untersuchung des linken Knies am 28. April 2010, nach Begutachtung durch Dr. med. L.____, FMH Chirurgie, am 31. Mai 2011 ohne Diagnose eines CRPS I, nach MRT-Untersuchung des linken Knies am 24. November 2011, nach bidisziplinärem Gutachten der Dres. C.____ und B.____ vom 21. Dezember 2011 mit Diagnose eines CRPS I, nach MRT-Untersuchungen des linken Knies am 24. Februar 2015 und am 17. November 2015, nach bidisziplinärem Gutachten der Dres. C.____ und B.____ vom 12. Dezember 2016 (recte: 8./9. Dezember 2016), nach Aktengutachten von Dr. K.____ vom 26. Juli 2017, nach MRT-Untersuchung des linken Knies am 27. Oktober 2017, bei Schmerzangabe gemäss Visueller Analogskala (VAS) 9 von 10 trotz Durogesic-Pflaster (100 µg/h) und Neurontin 3600 mg täglich sowie bei klinisch unauffälligen Befunden. Weiter nannte Dr. D.____ eine kontinuierliche psychiatrische Behandlung seit ca. Anfang 2008. In seiner Beurteilung hielt er fest, dass in Bezug auf die Körperfunktionen und -strukturen klinisch-rheumatologisch keine Hinweise auf pathologische Befunde oder Einschränkungen hinsichtlich des Bewegungsapparats erhoben werden könnten. Die Versicherte sei aus rheumatologischer Sicht für die üblichen Aktivitäten nicht eingeschränkt. Zusammengefasst handle es sich um einen stagnierenden Verlauf eines Schmerzsyndroms an der linken unteren Extremität, dessen Ursache nie eindeutig habe geklärt werden können. Das eigenartige und schwierig zu erklärende Schmerzsyndrom am linken Bein sei sodann vom behandelnden Schmerztherapeuten, Dr. med. M.____, FMH Anästhesiologie, als CRPS I gedeutet worden (vgl. Bericht vom

2. September 2010), was sicher berechtigt gewesen sei. Auch die heutige Schmerzschilderung weise auf eine Allodynie hin. Dr. C._____ habe die "Budapest-Kriterien" für die Beurteilung des Vorliegens eines CRPS I erwähnt und habe diese in seinem Gutachten vom Dezember 2011 als erfüllt angesehen. Im Gutachten vom 8. Dezember 2016 habe er aber aufgrund seiner eigenen Aufstellung nur noch das Vorliegen eines von zwei notwendigen objektiven Kriterien bestätigen können. Dr. D._____ hielt weiter fest, dass ein ausgeprägtes und über Jahre bestehendes CRPS I in jedem Fall zu einer Veränderung der lokalen Knochenstruktur führe, was jedoch mit spezialisierten Untersuchungen (Röntgenbilder, repetitive MRT-Untersuchungen) nie habe gezeigt werden können. Die Angabe von Schmerz, auch wenn sie Ähnlichkeit mit einer Allodynie habe, reiche allein nicht aus für die Diagnose eines CRPS I. Angebliche anamnestische Blauverfärbungen und verstärktes Schwitzen könnten ein Zeichen eines CRPS I sein, doch müsse auch die Hautstruktur bei der Untersuchung verändert und seitendifferent sein, was aber weder in früheren gutachterlichen Untersuchungen noch aktuell feststellbar sei. Hinzu komme, dass im ganzen Verlauf keine Muskelatrophie erwähnt worden sei, welche bei einem jahrelangen Verlauf eines CRPS I jedenfalls zu erwarten wäre. Zum Verlauf der ärztlichen Einschätzungen hielt Dr. D._____ fest, dass das Klinikum N._____ am 18. Dezember 2014 bzw. 11. Februar 2015 festgehalten habe, dass bei der Beschwerdeführerin ein Zustand nach CRPS I vorliege. Diese Aussage habe Dr. J._____ in seiner Beurteilung vom 25. März 2015 bestätigt (vgl. oben E. 7.2.2). Zudem erwähne Dr. M._____ in seinem Schreiben vom 14. Januar 2016, dass sich die klinischen Symptome – insbesondere das CRPS – geändert hätten und nicht mehr so ausgeprägt seien, wie von Dr. C._____ beschrieben. Schliesslich halte Prof. Dr. med. O._____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, am 26. Januar 2016 fest, dass sich bei der Untersuchung orthopädisch klinisch reizlose Kniegelenke gezeigt hätten. In diesem Sinn könne insbesondere gestützt auf den Verlauf, die repetitiven unauffälligen bildgebenden Verfahren und das Fehlen einer objektiven Haut- oder Muskelbeteiligung zusammengefasst die Diagnose eines CRPS I nicht gestützt werden. Dr. D._____ führte weiter aus, dass keine anderen rheumatologischen, strukturellen Befunde für dieses eigenartige Symptomenbild hinsichtlich des linken Beins aktenkundig seien. Therapeutisch hätten sich in den letzten sechs Jahren nach Angabe der Versicherten keine Ansätze gezeigt, welche irgendeine Veränderung bewirkt hätten, sodass er davon ausgehe, dass die wöchentliche psychiatrische Betreuung entscheidend sei, nicht aber rheumatologische Behandlungsansätze. Dr. D._____ kam gesamthaft zum Schluss, dass aus rheumatologischer Sicht keine klinischen oder bildgebenden Befunde erhoben werden könnten, welche eine Tätigkeit der Beschwerdeführerin einschränken würden.

7.2.6 Zur Kritik an seinem Gutachten vom 26. Dezember 2017 durch Advokat Peter Bürkli führte Dr. D._____ am 18. April 2018 aus, dass das CRPS I in der Schweiz – falls nicht interdisziplinär – beim konservativen Bewegungsapparatspezialisten (Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation) angesiedelt sei. Auch Dr. C._____, welcher im vorliegenden Fall die Diagnose begründet habe, sei Rheumatologe. Gegen die Vergabe des Gutachtens an ihn (FMH Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Allgemeine Innere Medizin) seien denn auch keine Einwände erhoben worden. Weiter hielt Dr. D._____ fest, dass die Traumatologie in der Schweiz eine vorwiegend operative Disziplin sei, weshalb die Annahme, das CRPS I sei eine traumatologische Erkrankung, gut begründet werden müsse. Zudem habe

er im Gutachten die Aktenlage eingehend beschrieben und die Details in der Beurteilung eingehend diskutiert und begründet.

8.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 16. April 2019 bei der Beurteilung des aktuellen medizinischen Sachverhalts und beim – damit einhergehenden – Entscheid über die Frage, ob seit der ursprünglichen Rentenzusprache eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin eingetreten ist, auf das Gutachten von Dr. D.____ vom 26. Dezember 2017 und seine Stellungnahme vom 18. April 2018. Dabei gelangte sie zum Ergebnis, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten im Vergleich zur Situation im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache vom 19. März 2014 insofern wesentlich verbessert habe, als das CRPS I von Dr. D.____ nicht bestätigt werde und nunmehr von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Das Gutachten von Dr. D.____ vom 26. Dezember 2017 weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.2 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein und setzt sich mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander. Es wird deutlich, dass im Rahmen der aktuellen Untersuchung keine unfallkausale somatische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr gestellt werden konnte. Damit ist eine massgebliche Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin mit erheblicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – und damit das Vorliegen eines Revisionsgrunds nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – im entscheidewesentlichen Zeitraum zwischen der ursprünglichen Rentenverfügung vom 19. März 2014 und dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 16. April 2019 grundsätzlich zu bejahen. Es ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Ausführungen von Dr. D.____ die gesetzlichen Leistungen per Ende Dezember 2017 einstellte.

8.2.1 Daran vermögen die Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Entgegen ihrer Auffassung ist das Gutachten von Dr. D.____ vom 26. Dezember 2017 – wie bereits vorstehend in Erwägung 8.1 dargelegt – vollständig nachvollziehbar und auch seine Schlussfolgerungen leuchten ein. So verfügte er über sämtliche Akten und damit auch über den Operationsbericht der Klinik P.____ vom 15. Dezember 2009, den er mehrfach erwähnte. Dass er nicht sämtliche Berichte systematisch aufgeführt hat, erklärte er bereits am Anfang seines Gutachtens (vgl. Ziffer 1, Seite 2/28). Daraus kann aber nicht abgeleitet werden, dass sein Gutachten unvollständig oder mangelhaft sei. Soweit Dr. D.____ darauf hinweist, dass es sich bei den geklagten Beschwerden um den stagnierenden Verlauf eines Schmerzsyndroms handle, dessen Ursache nicht eindeutig geklärt worden sei, ist aber festzustellen, dass Dr. M.____ und Dr. C.____ am 2. September 2010 bzw. am 21. Dezember 2011 ein unfallkausales CRPS nannten und die Beschwerdegegnerin

selbst gestützt auf diese Beurteilungen der Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2012 eine Invalidenrente von 40 % zusprach. Es besteht im Rahmen des vorliegenden Verfahrens kein Anlass, die ursprüngliche Diagnose des unfallkausalen CRPS in Frage zu stellen.

8.2.2 Die Beschwerdeführerin moniert weiter, dass entgegen der Auffassung von Dr. D.____ ein CRPS nicht zwingend zu einer Veränderung der lokalen Knochenstruktur führen müsse. Dazu ist festzustellen, dass Dr. D.____ das Vorliegen des CRPS nicht nur davon abhängig machte, dass ein ossärer Befund vorlag. Er wies aber wohl zu Recht darauf hin, dass ein CRPS auch Einfluss auf die knöchernen Struktur haben könne. Diese Auffassung vertrat auch Dr. Q.____ 2011. Er hielt dazu fest, dass er keine veränderte Knochentextur erkannt habe, weshalb nach seiner Auffassung kein CRPS vorgelegen habe. Zu beachten ist ferner, dass Dr. Weber das CRPS im Zeitpunkt seiner Untersuchung nicht nur mangels der fehlenden veränderten Knochenstruktur ausschloss, sondern auch weil er keine Hautveränderungen oder -verfärbungen oder vermehrtes Schwitzen als Zeichen eines CRPS I feststellen konnte. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin lag zudem keine ausgeprägte Muskelatrophie an den Beinen vor, sondern nur eine solche von sehr geringem Ausmass von 0.5 cm bis 1 cm. Diese Feststellungen von Dr. D.____ stimmen mit den Angaben von Dr. C.____ überein, der auch keine grösseren Umfangunterschiede an den Beinen der Beschwerdeführerin erheben konnte (vgl. Gutachten Dr. C.____ vom 8. Dezember 2016, Seite 45 unten). Zudem erfüllt die Beschwerdeführerin auch die sogenannten Budapest-Kriterien für die Bestätigung eines CRPS entgegen ihrer Auffassung nicht mehr. Gestützt auf die von Dr. C.____ im Gutachten vom 8. Dezember 2016 in tabellarischer Form aufgeführten Kriterien wird deutlich, dass sie keine Veränderung der Haut aufweist und eine reduzierte Beweglichkeit, eine Dystonie, ein Tremor, Paresen im Sinne von Schwäche, Veränderungen von Haar- und Nagelwachstum ausgeschlossen werden mussten. Damit erfüllt sie nicht mehr alle erforderlichen objektiven Merkmale der Budapest-Kriterien, weshalb auch unter diesem Aspekt die Diagnose eines CRPS zu Recht nicht mehr gestellt werden konnte. Dass Dr. C.____ dennoch weiterhin ein CRPS diagnostizierte, ist nicht plausibel. Dr. K.____ führte dazu in seinem Bericht vom 26. Juli 2017 aus, dass die Beurteilung von Dr. C.____ nicht ganz schlüssig sei, was wohl nicht von der Hand zu weisen ist. An dieser Stelle ist aber festzustellen, dass sich weitergehende Ausführungen zur Kritik der Beschwerdeführerin am Bericht von Dr. K.____ vom 26. Juli 2017 erübrigen, nachdem die Beschwerdegegnerin selbst den angefochtenen Einspracheentscheid im Wesentlichen nicht auf dessen Beurteilung, sondern auf die überzeugenden Feststellungen von Dr. D.____ stützte.

8.2.3 Die Beschwerdeführerin stellt sich weiter auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin habe den Sachverhalt unvollständig erhoben und stütze sich auf diverse falsche und/oder unvollständige Sachverhaltselemente. So habe es die Beschwerdegegnerin unter anderem unterlassen zu erwähnen, dass in den Berichten des Klinikums N.____, vom 15. Februar 2015, und von Dr. J.____ vom 25. März 2015 eine Allodynie als zusätzliches Zeichen für das Vorliegen eines CRPS erwähnt worden sei. Zwar hat das Klinikum N.____ die Allodynie als Diagnose aufgeführt. In der Beurteilung wurde aber festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin ein Zustand nach einem CRPS vorliege. Dr. J.____ interpretierte in seinem Bericht vom 25. März 2015 die Allodynie als typisches Residuum nach einem CRPS. Er machte deutlich, dass bei seiner Untersuchung keine eindeutigen Zeichen zur Erfüllung der Kriterien eines CRPS vorhanden gewesen seien und auch weitere Nervenschädigungen im linken Bein hätten ausgeschlossen werden können (vgl. oben

E. 7.2.2). Aus dieser Argumentation kann die Beschwerdeführerin daher nichts zu ihren Gunsten ableiten.

8.2.4 Der Beschwerdeführerin kann ausserdem nicht gefolgt werden, wenn sie sich auf den Standpunkt stellt, dass das CRPS keine rheumatologische, sondern eine traumatologische Erkrankungsform sei. Es fällt dabei zunächst auf, dass die Beschwerdeführerin ihre Argumentation betreffend das Vorliegen eines CRPS in erster Linie auf die Gutachten des Rheumatologen Dr. C.____ stützte und dabei dessen rheumatologische Facharztausbildung nicht als unzureichend für die Erhebung dieser Diagnose erachtete. Auch die von ihr zur Untermauerung ihres Standpunkts eingereichte Informationsbroschüre der Rheumaliga Schweiz zum Schwerpunktthema CRPS (vgl. Beilage 4 zur Beschwerde), in welcher sich wiederum vorwiegend Ärzte der Fachrichtung Rheumatologie äussern, ändert daran nichts. Es besteht jedenfalls unter diesem Aspekt kein Anlass, den einleuchtenden Ausführungen des Rheumatologen Dr. D.____ keine Folge zu leisten.

8.2.5 Nichts zu ihren Gunsten ableiten kann die Beschwerdeführerin sodann, wenn sie moniert, dass Dr. D.____ in Frage kommende Differentialdiagnosen nicht explizit diskutiert oder ausgeschlossen habe. In diesem Zusammenhang ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass in keinem der vorliegenden Gutachten eine Differenzialdiagnose genannt wurde. Offenbar haben alle anderen involvierten Ärzte auch keine Differentialdiagnosen erheben können. Unter diesen Umständen ist nicht ersichtlich, welche Erkenntnisse aus einer Auseinandersetzung mit einer Differentialdiagnose gezogen werden können.

8.2.6 Soweit sich die Beschwerdeführerin auf die Beurteilungen der behandelnden Ärzte (vgl. Berichte von Dr. med. R.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. Mai 2019 und Dr. M.____ vom 3. Juni 2019) beruft, ist in Erinnerung zu rufen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachperson einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) ohnehin nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Weiter ist zu beachten, dass eine Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet den Gutachtern praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern die Gutachter – wie hier – lege artis vorgegangen sind. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2018, 8C_874/2017, E. 5.2.2). Die Beschwerdeführerin legt nicht substantiiert dar und es ist auch nicht ersichtlich, dass aus den vorliegenden Berichten der behandelnden Ärzte Gesichtspunkte hervorgingen, die nicht auch im Rahmen des Gutachtens von Dr. D.____ vom 26. Dezember 2017 berücksichtigt worden wären oder die auf eine zwischenzeitliche Verschlechterung des Gesundheitszustands schliessen lassen würden. Vor diesem Hintergrund kann nicht gesagt werden, die Beurteilung des Gesundheitszustands und der Zumutbarkeit im Gutachten von Dr. D.____ basiere auf einem unzutreffenden Sachverhalt.

8.3 Lässt die vorhandene Aktenlage nach dem Gesagten eine zuverlässige Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts zu, so besteht kein Anlass, dem in der Beschwerde vom 28. Mai 2019 gestellten Antrag der Beschwerdeführerin zu entsprechen, wonach ein orthopädisches oder traumatologisches bzw. schmerzspezifisches Gutachten anzuordnen sei. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst zwar das Recht, Beweisanträge zu stellen, und - als Korrelat - die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Gelangt das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, dass die vorhandenen Unterlagen ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhalts ergeben und dieser demnach hinreichend abgeklärt ist, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. Die damit verbundene antizipierte Beweiswürdigung ist nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung zulässig (BGE 141 I 60 E. 3.3, 122 V 157 E. 1d).

9.1 Nachdem aufgrund der vorstehenden Ausführungen feststeht, dass die Beschwerdeführerin spätestens ab Ende Dezember 2017 kein CRPS mehr aufwies, ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 16. September 2008 und den weiterhin geklagten Beschwerden am linken Knie zu verneinen. Unter diesen Umständen erübrigt sich eine Prüfung des für die Bejahung der Leistungspflicht ebenfalls erforderlichen adäquaten Kausalzusammenhangs (vgl. E. 3.3).

9.2.1 Selbst wenn eine solche Prüfung durchgeführt würde, könnte die Beschwerdeführerin daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Dabei ist zu beachten, dass im vorliegenden Fall die Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden – in Übereinstimmung mit den Ausführungen der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid – nach den in BGE 115 V 133 ff. entwickelten Kriterien zu erfolgen hätte (sog. Psycho-Praxis; vgl. zu den Anforderungen an die Objektivierbarkeit von organischen Leiden: nicht publizierte E. 2 des Urteils BGE 135 V 465, in: SVR 2010 UV Nr. 6 S. 25 [8C_216/2009]). Demnach ist für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (vgl. BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

9.2.2 Bei banalen Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (vgl. BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6a). Bei schweren

Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit hingegen in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (vgl. BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 E. 3b).

9.2.3 Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/aa).

9.2.4 Für die Bejahung der Adäquanz ist der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung nicht in jedem Fall erforderlich (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der – wie vorliegend – dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

9.2.5 Die Prüfung der Adäquanz ist bei Anwendung der Psycho-Praxis in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann (vgl. BGE 134 V 106 E. 6.1). Da der Fallabschluss zu Recht auf den 31. Dezember 2017 erfolgt, ist die Adäquanzprüfung auf diesen Zeitpunkt vorzunehmen.

9.3 Den Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf

mit den sich dabei entwickelnden Kräften (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. Mai 2012, 8C_498/2011, E. 6.2.1). Die Beschwerdeführerin erlitt am 16. September 2008 als Velofahrerin eine Kollision mit einem Rollerfahrer und zog sich beim Sturz Schürfungen am linken Knie zu. Eine angemessene ärztliche Behandlung erforderte diese Verletzung nicht und fand erst mehr als ein Jahr später, im September 2009, statt. Zudem ging die Beschwerdeführerin weiterhin ihrer Tätigkeit als Kleinkinderzieherin nach. Es ist daher fraglich, ob es sich vorliegend nicht um ein banales Unfallereignis handelt, bei welchem der adäquate Kausalzusammenhang ohnehin zu verneinen ist. Diese Frage kann offenbleiben, denn auch wenn man mit der Beschwerdegegnerin das Unfallereignis als mittelschwer an der Grenze zu den leichten Fällen qualifiziert, kann die Adäquanz – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin – mangels Erfüllung der erforderlichen Kriterien nicht bejaht werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juni 2017, 8C_833/2016, E. 6.1 mit Hinweis; RUMO-JUNGO ALEXANDRA, HOLZER ANDRÉ PIERRE, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 64). So ist das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls bereits aufgrund der Ereignishergangs zu verneinen (vgl. RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 69). Auch das Kriterium der Schwere oder der besonderen Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, ist vorliegend nicht erfüllt. Die Beschwerdeführerin zog sich beim Unfall nur Schürfungen am linken Knie zu, welche sie selbst verarzten konnte und welche nicht geeignet waren, eine psychische Störung hervorzurufen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 26. Juni 2009, 8C_116/2009, E. 4.3). Die Kriterien der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung und der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert haben, sind entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ebenso wenig erfüllt wie jenes des schwierigen Heilungsverlaufs und erheblicher Komplikationen. Beim zuletzt genannte Kriterium ist insbesondere zu beachten, dass nur Gründe berücksichtigt werden können, welche die Heilung als solche beeinträchtigen. Dazu zählen aber weder die Einnahme vieler Medikamente noch die Durchführung verschiedener Therapien. Gleiches gilt für den Umstand, dass – wie vorliegend – trotz regelmässiger Therapie keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Juni 2009, 8C_116/2009, E. 4.5). Bezüglich des Kriteriums der körperlichen Dauerschmerzen ist massgebend, ob über den gesamten Zeitraum andauernden Beschwerden vorlagen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juni 2018, 8C_803/2017, E. 3.5.1 mit Hinweisen). Ob dieses Kriterium vorliegend erfüllt ist, kann letztlich ebenso offenbleiben wie jenes des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit, weil vorliegend ohnehin keine vier der von der Rechtsprechung für die Bejahung der Adäquanz verlangten Kriterien erfüllt sind.

10. Zusammenfassend steht fest, dass vorliegend sowohl der natürliche als auch der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 16. September 2008 und den über Ende Dezember 2017 hinaus geklagten Beschwerden zu verneinen ist. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. April 2019 ist daher nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist deshalb als unbegründet abzuweisen.

11.1 Abschliessend bleibt über die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu befinden. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

11.2 Ein Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht bei diesem Prozessausgang nicht. Da der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 25. Juni 2019 die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Peter Bürkli und mit Verfügung vom 6. Dezember 2019 die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Stephan Bläsi bewilligt worden ist, sind diese für ihre Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Advokat Peter Bürkli, der die Beschwerdeführerin im Zeitraum vom 29. April 2019 bis 12. September 2019 vertreten hat, hat in seiner Honorarnote vom 12. September 2019 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 14 Stunden geltend gemacht, was in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Nicht zu bemängeln sind die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 248.80. Advokat Peter Bürkli ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'283.60 (14 Stunden à Fr. 200.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 234.80 plus 7.7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entrichten. Advokat Stephan Bläsi, welcher die Beschwerdeführerin ab 23. September 2019 vertreten hat, macht in seiner Honorarnote vom 20. April 2020 einen Aufwand von insgesamt 19.6 Stunden geltend. Dieser Aufwand ist im Vergleich zu gleichgelagerten Fällen zu hoch. Dabei ist zu beachten, dass es sich vorliegend entgegen der Auffassung von Advokat Stephan Bläsi nicht um einen schwierigen, sondern um einen durchschnittlichen Fall handelt. Zwar musste er sich im vorliegenden Verfahren neu einarbeiten. In diesem Zusammenhang ist aber daran zu erinnern, dass ein durch einen Anwaltswechsel entstandener Mehraufwand nicht zu entschädigen ist. Zudem lag bereits eine umfassende Beschwerdebeurteilung durch Advokat Peter Bürkli vor und in der Replik musste nur noch zu den in der Vernehmlassung genannten neuen Fragen Stellung genommen werden. Somit erscheint im Quervergleich zu anderen durchschnittlichen Beschwerdeverfahren eine Reduktion des geltend gemachten Stundenaufwands von insgesamt 19.6 Stunden auf 10 Stunden als begründet. Dies rechtfertigt sich auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Advokat Stephan Bläsi in seiner Honorarnote auch Aufwendungen aufführt, welche offensichtlich nicht mit dem vorliegenden Verfahren im Zusammenhang stehen (vgl. zum Beispiel Aufwendungen vom 10. Februar 2020 betr. Rückzahlung IV etc. und vom 13. Februar 2020 betr. Schreiben Allianz etc.). Dieser Aufwand von 10 Stunden ist mit einem Stundenansatz von Fr. 200.-- zu vergüten. Nicht zu beanstanden sind die geltend gemachten Auslagen in Höhe von Fr. 319.--. Advokat Stephan Bläsi ist deshalb ein reduziertes Honorar von Fr. 2'497.55 (10 Stunden à Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 319.-- zuzüglich 7.7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird Advokat Peter Bürkli ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'283.60 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird Advokat Stephan Bläsi ein reduziertes Honorar in der Höhe von Fr. 2'497.55 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

Gegen diesen Entscheid wurde von der Beschwerdeführerin am 22.2.2021 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: [8C 173/2021](#)) erhoben.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>