

SO_GERICHTE VSBES.2019.208 vom 27. Juni 2019

SO Obergericht, 2019-06-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.208

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.208 du 27 juin 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.208 del 27 giugno 2019

Erwägungen

E. 19

Oktober 2018 (SA 181) zum Schluss, die Beweglichkeit habe sich in den letzten sechs Jahren verbessert. Für leichte Tätigkeiten, überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit der eigen gewählten Positionswechsel, ohne Leitertätigkeiten und ohne Zwangshaltung für die unteren Extremitäten bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Gestützt darauf hob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 11. Januar 2019 (SA 196) die Rente per 28. Februar 2019 auf und stellte die Heilbehandlungen per 22. November 2018 ein. Die dagegen erhobene Einsprache (SA 199) wies sie mit Entscheid vom 27. Juni 2019 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) ab. 3. Gegen diesen Entscheid lässt die Beschwerdeführerin am 29. August 2019 (A.S. 8 ff.) fristgerecht Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn erheben und stellt folgende Rechtsbegehren: 1. Der Einspracheentscheid vom 27. Juni 2019 sei ersatzlos aufzuheben. 2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 4. Mit Beschwerdeantwort vom 19. September 2019 (A.S. 17 ff.) beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. 5. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. II. 1.

Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die – wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt – nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder bedeutende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, s. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann, wobei nur der unfallbedingt, und nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen ist (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 101). Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). 2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181).

3. 3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

3.2 Das Institut der Revision von Invalidenrenten gilt für alle Sozialversicherungen, welche Invalidenrenten ausrichten, und wurde vom Gesetzgeber in Weiterführung der entsprechenden bisherigen Regelungen übernommen. Da somit keine davon abweichende Ordnung beabsichtigt war, ist auch die dazu entwickelte Rechtsprechung grundsätzlich anwendbar (BGE 130 V 350 E. 3.5.2 und 352 E. 3.5.4).

3.3 Anlass zur Rentenrevision gibt nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 369 E. 2). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder Auswirkungen in Bezug auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 349 E. 3.5, 117 V 199 E. 3b; AHI 1997 S. 288 E. 2b).

3.4 Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 372 E. 2b m. H.; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 104 E. 3a). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 115 V 313 E. 4a bb).

4. Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom

3. November 2010 E. 4.2 und 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264, mit Hinweis). 5. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin widersprüchen sich vorliegend zwei erfahrene Gutachter, der eine zugleich behandelnder Spezialarzt der Beschwerdeführerin, in fachlicher Hinsicht diametral. Da die beiden Stellungnahmen aufgrund der beruflichen Tätigkeiten der beiden Mediziner, Dr. D.____F.____, beweisrechtlich gleichwertig seien und ein organisches Leiden zu beurteilen sei, welches objektivierbar sei, sei ein Obergutachten durchzuführen. Die Beschwerdegegnerin verkenne, dass der behandelnde Arzt Dr. med. F.____ nicht lediglich ein behandelnder Arzt, sondern immer wieder auch in derselben Funktion wie der beauftragte Gutachter als Gutachter tätig sei und aufgrund dieser weiteren Funktion kein Interesse daran habe, seiner Patientin im Widerspruch zu seiner Gutachtertätigkeit eine Gefälligkeitsstellungnahme abzugeben. Weiter verkenne die Beschwerdegegnerin auch, dass der Widerspruch in der medizinischen Beurteilung der beiden Ärzte D.____ und F.____ ohne weiteres durch ein Obergutachten geklärt werden könne. Indem die Beschwerdegegnerin die Einsprache ohne Durchführung des beantragten Obergutachtens abweise, ver falle sie in eine Rechtsverweigerung, da sie den rechtserheblichen Sachverhalt nicht hinreichend kläre. Vorliegend werde deshalb der Beweis antrag, es sei ein Obergutachten in Auftrag zu geben, welches sich einlässlich zur Frage äussere, ob nach wie vor ein CRPS Syndrom gemäss den Budapester Kriterien objektivierbar sei, erneuert. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, Dr. med. F.____ sei vorliegend, trotz allfälliger Qualifikationen als Gutachter, der behandelnde Arzt der Beschwerdeführerin und seine Stellungnahme vom 9. Dezember 2018 sei auf der Basis des Behandlungsauftrages erfolgt. Es sei mitzuberücksichtigen, dass Dr. med. F.____ als behandelnde Ärz teperson mitunter im Hinblick auf seine auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten seiner Patienten aussage (BGE 135 V 465 E. 4.5). Deshalb könne der Stellungnahme von Dr. med. F.____ entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin nicht derselbe Stellenwert eingeräumt werden, wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG erstellten Administrativgutachten. Es sei daher festzuhalten, dass das Gutachten der E.____ vom 19. Oktober 2018 für die streitigen Belange umfassend sei, die geklagten Beschwerden berücksichtige, auf allseitigen Untersuchungen beruhe, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden sei, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchte, begründet sei und somit den Anforderungen der Rechtsprechung an ein Gutachten vollumfänglich entspreche (BGE 122 V 160). Aus der Stellungnahme von Dr. med. F.____ vom 9. Dezember 2018 ergäben sich keine entscheiderelevanten Aspekte, die im Rahmen des E.____-Gutachtens vom 19. Oktober 2018 bzw. der Stellungnahme der E.____ vom 27. Dezember 2018 ungewürdigt geblieben wären oder von den Feststellungen im Gutachten abweichen liessen. Deshalb sei für die Beurteilung der Leistungspflicht auf das E.____-Gutachten vom 19. Oktober 2018 abzustellen und in antizipierter Beweiswürdigung von der Erstellung eines Obergutachtens abzusehen. Die Frage, ob nun noch ein CRPS

vorliege, sei sowohl im Gutachten der E.____ vom 19. Oktober 2018 als auch in deren Stellungnahme vom 27. Dezember 2018 begründet verneint worden. Gemäss Gutachten der E.____ vom 19. Oktober 2018 sei die Beweglichkeit des rechten oberen Sprunggelenkes im Vergleich zum Vorgutachten der C.____ vom 14. Dezember 2012 verbessert. Dies habe zur Folge, dass in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Der Sachverhalt habe sich damit nach der Berentung im Jahr 2013 wesentlich geändert. Aufgrund dieser wesentlichen Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen seien die Voraussetzungen für eine Rentenrevision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG erfüllt. Bezüglich der Berechnung des Invaliditätsgrades sei vollumfänglich auf die Verfügung vom 11. Januar 2019 zu verweisen. Demnach resultiere keine Erwerbseinbusse und es bestehe daher kein Rentenanspruch aus der Unfallversicherung. Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die mit Verfügung vom 12. Dezember 2013 (SA 141) zugesprochene Rente von 47 % zu Recht mit Verfügung vom 11. Januar 2019 (SA 196) bzw. Einspracheentscheid vom 27. Juni 2019 (A.S. 1 ff.) aufgehoben und der Anspruch auf weitere Heilbehandlungen zu Recht verneint wurden.

6. 6.1 Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Rentenrevision wird durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 12. Dezember 2013 und demjenigen, wie er zur Zeit des streitigen Revisionsentscheides vom 27. Juni 2019 bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

6.2 Die ursprüngliche Rentenverfügung vom 12. Dezember 2013 stützte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das orthopädische Gutachten von Dr. med. B.____ vom 14. Dezember 2012 (SA 107) ab. Dr. med. B.____ diagnostizierte aus unfallkausalen Sicht einen Status nach OSG-Distorsionstrauma rechts mit posttraumatischem schwerem CRPS I, Stadium drei, und nachfolgend Abheilen in Spitzfuss/Inversionsstellung. Nicht unfallkausal seien die Diagnosen Psoriasis vulgaris mit intermittierend aktiven Psoriasis-Arthritiden, vor allem obere Extremitäten, und St. n. zweimaligem CRPS 1 Handgelenk rechts nach Radiusfraktur und Psoriasis-Arthritis-Schub. Die Beschwerdeführerin habe sich anlässlich des Unfalls vom 25. Oktober 2010 wahrscheinlich nur eine geringfügige Verletzung zugezogen. Ob die von Dr. med. G.____ am 24. Dezember 2010 vermutete undislozierte Malleolarfraktur (Fissur) wirklich bestanden habe oder nicht, bleibe letztendlich für den weiteren Krankheitsverlauf irrelevant. In den neuen Röntgenbildern und in den MRIs bestünden keine Anhaltspunkte für eine durchgemachte Fissur im Bereich der Fibula. Falls eine solche bestanden hätte, wäre sie also folgenlos abgeheilt. Eine Neuroalgodystrophie könne bekannterweise jederzeit auftreten, auch bei einfachen Kontusionierungen. Tatsache sei, dass die Beschwerdeführerin sofort die klassischen Zeichen einer CRPS 1-Erkrankung (Morbus Sudeck) gezeigt habe. Es müsse festgehalten werden, dass der Auslöser der Algodystrophie ausschliesslich der Unfall gewesen sei. Sodann falle bereits im MRI vom 28. Oktober 2011 auf, dass das OSG vor allem auf den seitlichen Aufnahmen sehr trocken sei und sehr wenig Gelenksflüssigkeit zeige. Die üblicherweise ventral und insbesondere dorsal vorhandenen synovialen Auswüchungen fehlten praktisch gänzlich. Dies sei als Indiz zu werten, dass es hier schon früh zu einer massiven Kapselschrumpfung gekommen sei. Dadurch sei die eingeschränkte OSG-Beweglichkeit vor allem in Dorsalextension (fehlende dorsale Auswüchungen) erklärbar. Die MRI-Untersuchung vom 28. Oktober 2011 sowie die neue Untersuchung vom 10. September 2012 belegten, dass die Zeichen einer akuten Algodystrophie abgeheilt seien. Dies entspreche auch dem klinischen Eindruck beim Untersuch. Zeichen einer floriden Algodystrophie seien nicht erkennbar. Die Algodystrophie sei allerdings nicht

folgenlos abgeheilt, sondern habe eine Fussfehlstellung zurückgelassen im Sinne einer Spitzfussstellung mit Inversionstendenz des Vorfusses. Aufgrund unfallbedingter Ursachen, namentlich infolge des Spitzfusses bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der beruflichen Tätigkeit als Commise de Service unter Berücksichtigung eines Arbeitspensums von 100 %. Mit korrekter Schuhversorgung würde es der Beschwerdeführerin möglich sein, ohne Stöcke zu gehen und damit auch wieder leidensadaptierte Arbeiten vor allem sitzend durchzuführen. Für solche Tätigkeiten wäre die Beschwerdeführerin theoretisch ca. 50 % arbeitsfähig (zeitlich ca. 6 Std. pro Tag, Leistung ca. 75 %; Leistungseinbusse bedingt durch erschwerte Gehfähigkeit bei Zurücklegung auch kürzerer Distanzen). Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit würdige ausschliesslich den posttraumatischen Zustand am OSG rechts. 6.3 Im Zeitpunkt des Revisionsentscheidendes vom 27. Juni 2019 – worin die Beschwerdegegnerin davon ausging – im Vergleich zu der vorgenannten Beurteilung sei mittlerweile eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten, ist im Wesentlichen folgender medizinischer Sachverhalt von Belang: 6.3.1 In seinem Bericht vom 24. Juli 2019 (SA 168) führte der behandelnde Rheumatologe der Beschwerdeführerin, Dr. med. F.____, aus, die Symptomatologie und alltäglichen Beeinträchtigungen hätten seit der Renten-Sprechung im Herbst 2013 in Art und Ausmass persistiert. Die Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk sei irreversibel deutlich eingeschränkt mit nachteiligen, funktionellen Auswirkungen auf die Gehfähigkeit. Es resultiere ein Ausweichhinken (Fuss-Aussenrotation, Bein-Abduktion), da mit Spitzfuss-Stellung (Flexionsdefizit 10°) ein physiologisches Abrollen über den Fuss nicht möglich sei. Die Fehlstellung werde durch spezifisch angepasste Schuhzurichtung teilweise kompensiert. Wahrscheinlich infolge dieses abnormen Gangmusters hätten sich in den letzten Monaten immer stärkere Schmerzen im rechten Knie entwickelt. Beide Knie wiesen eine statisch belastende Valgus-Fehlstellung auf. Auf der vom Unfall betroffenen rechten Seite kumuliere die Valgus-Fehlstellung des Knies mit der ausweichenden Abduktionsbewegung beim Gehen, was biomechanisch zu einer erheblichen Fehlbelastung der kollateral medialen Strukturen im Bereich des Knies führe. Ein Rehabilitationsversuch (Physiotherapie) über die letzten Monate habe die progrediente Symptomatologie nicht beeinflussen können. Derzeit habe sich die schmerzarm bewältigbare Gehstrecke der Beschwerdeführerin auf 500 – 1'000 m reduziert. Aktuell werde sie orthopädisch hinsichtlich operativer Behandlungsmöglichkeiten abgeklärt. Im Kontext der belastungsabhängigen Schmerzen im rechten Bein träten rezidivierend seitendifferent Schwellungen des Fusses und schmerzhafte Missempfindungen auf. Anlässlich der klinischen Verlaufskontrolle am 23. Juli 2018 um 08:00 Uhr sei folgender, aktueller Zustand zu erheben gewesen: Füsse und Unterschenkel beidseits unauffällig, explizit keine Schwellungen, unterschiedliche Haut-Färbung oder Schweiss-Neigung. Beweglichkeit im oberen Sprung-Gelenk rechts Extension / Flexion 0/10/25, im Seitenvergleich links 12/0/45. Rück-Fuss Eversion seitengleich, Inversion rechts vergleichsweise eingeschränkt. Beinachsen: Valgus-Fehlstellung, stehend Intermalleolar-Abstand 12 cm. Gangbild: Auf der rechten Seite belaste die Beschwerdeführerin betont auf der Aussenkante. Gehen mit Fuss-Aussenrotation und Hüft-Abduktion rechts zur Kompensation des fehlenden Flexionsvermögens (Spitzfuss-Stellung). Die Beschwerden hätten seit 2013 zugenommen. Sie bedürfe zur Erhaltung ihrer verbleibenden Erwerbsfähigkeit (Mobilität zu Fuss) der dauernden Behandlung und Pflege. 6.3.2 Im Sprechstundenbericht des H.____ vom 9. August 2018 (SA 171) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Gonalgien beidseits (rechts mehr als links) mi/bei · Valgischer Beinachse von 2° rechts und 3° links · Konstitutioneller

Hohlfuss mit Metatarsalgie/CRPS Fuss rechts 2. Psoriasis-Arthritis (EM 2001) 3.
Chronifiziertes komplexes, regionales Schmerzsyndrom Arme und Beine (seit 2001) Die Beschwerdeführerin stelle sich in der Sprechstunde vor. Sie berichte, dass sie seit Ende April unter Schmerzen in beiden Kniegelenken, vor allem aber des rechten Kniegelenkes leiden würde. Die Beschwerdeführerin könne aktuell noch eine Gehstrecke von 800 – 1'000 m zurücklegen, bevor sie eine Pause einlegen müsse. Unter der eingeleiteten Physiotherapie (18 Sitzungen) sei es zu keiner Besserung der Beschwerden gekommen. Nachts habe sie aktuell keine Schmerzen. Sie fühle sich durch die Beschwerden mässiggradig in ihrem Alltag eingeschränkt. Befunde Knie rechts: «Kein Erguss. Keine Rötung, keine Schwellung, keine Druckdolenz über dem Gelenkspalt. Leichte Druckdolenz über dem Pes anserinus und dem Patella-Unterpole. Gute Patella-Verschieblichkeit. Negatives Apprehension sign. Flexion/Extension im Kniegelenk 110/0/0°. Steinmann 1- und Steinmann 11-Zeichen leichtgradig positiv für Innen- sowie Aussenmeniscus. Lachmann-Test negativ, ohne vermehrten Vorschub und mit hartem Anschlag. Keine hintere Schublade. PDMS intakt.» Knie links: «Kein Erguss. Keine Rötung, keine Schwellung, keine Druckdolenz über dem Gelenkspalt. Leichte Druckdolenz über dem Pes anserinus und dem Patella-Unterpole. Gute Patella-Verschieblichkeit. Negatives Apprehension sign. Flexion/Extension im Kniegelenk 120/0/0°. Steinmann 1- und Steinmann 11-Zeichen negativ. Lachmann-Test negativ, ohne vermehrten Vorschub und mit hartem Anschlag. Keine hintere Schublade. PDMS intakt.» Bildgebung Röntgen Knie ap/seitlich/Rosenberg und Patella tangential / Orthoradiogramm rechts: Keine Gonarthrose. Leichtgradige Valgus-Fehlstellung der Beinachse von 2°. Röntgen Knie ap/seitlich/Rosenberg und Patella tangential / Orthoradiogramm links: «Leichtgradig vermehrte Valgus-Fehlstellung der Beinachse von 3°. Keine Gonarthrose. Keine Fraktur.»
Procedere/Vorschlag: In der radiologischen Untersuchung zeige sich kein Hinweis für eine Gonarthrose oder eine andere Erklärung des Befundes. Bei der Beschwerdeführerin liege kein Erguss vor und man habe keinen Hinweis für eine Kniegelenksbinnenläsion. Es bestehe aktuell kein Handlungsbedarf und eine chirurgische Therapieoption bestehe derzeit nicht.
6.3.3 Im orthopädischen Gutachten von Dr. med. D. ___ wurde ausgeführt, bei der speziellen Untersuchung der unteren Gliedmassen sei die Beinachse im Sinne einer X-Beinstellung rechts mehr als links verändert. Bei angelegten Oberschenkelinnenseiten betrage der Abstand zwischen den Innenknöcheln 20 cm. Die Fussstellung sei im Seitenvergleich rechts etwas weiter nach aussen aufgestellt bei bequemem Stand zu ebener Erde, die Fussgewölbe rechts etwas mehr als links im Sinne eines mässigen Hohlfusses verändert. Die Zehenstellung sei seitengleich ohne Auffälligkeiten. Die Hautfarbe im Bereich sämtlicher Abschnitte beider unterer Extremitäten sei ohne auffälligen Befund. Der Blutabfluss sei ungestört, keine Verfärbung, keine vermehrte Venenzeichnung, keine Varikosis. Die Fusssohlenbeschwiellung sei altersentsprechend normal ausgebildet, keine isolierte Verhornungstendenz. Im Bereich des rechten Oberschenkels falle im Seitenvergleich ebenso wie im Bereich des rechten Unterschenkels eine geringe Umfangsminderung im Sinne einer Muskelminderung auf. Die Konturen der Muskulatur imponierten im Bereich des rechten Beines geringgradig verschmächtigt. Die Gelenkkonturen sämtlicher Abschnitte beider unterer Extremitäten zeigten keine Auffälligkeiten, keine Gelenkvergrößerungen, die Achillessehnenröhre sei seitengleich ausgebildet, insbesondere rechts, keine sichtbare Gelenkvergrößerung des rechten oberen oder unteren Sprunggelenkes. Bei der fühlenden Untersuchung sei die Haut bezüglich Temperatur, Oberflächenbeschaffenheit und Hautelastizität in sämtlichen Abschnitten

beider unterer Extremitäten ohne auffälligen Befund, die arterielle Durchblutung sei intakt, die Schlagaderpulse an typischer Stelle gefüllt tastbar, das arterielle Refill der Zehenkuppen imponiere zeitgerecht. Bei den Funktionsuntersuchungen würden die Stand- und Gangvarianten wie Einbeinstand, Zehenstand bzw. -gang und Hackenstand bzw. -gang mit beiden unteren Extremitäten demonstriert, rechts etwas unsicherer und etwas im Seitenvergleich eingeschränkt. Das Einnehmen der tiefen Hocke werde bis zu einer maximalen Kniegelenksbeugung von 100° gezeigt, etwas frühzeitiger als links hebe die rechte Ferse vom Boden ab. Bei der Untersuchung der Beweglichkeit sei diese für beide Hüftgelenke, beide Kniegelenke und das linke obere und untere Sprunggelenk sowie die Zehengelenke links ohne auffälligen Befund. Die Beweglichkeit des rechten oberen Sprunggelenkes sei mit einem Heben/Senken des Fusses von 0/0/20° im Seitenvergleich für das Heben um 30° und das Senken um 40° eingeschränkt. Die Beweglichkeit des rechten unteren Sprunggelenkes betrage die Hälfte des Wertes der Gegenseite ebenso die Zehengelenksbeweglichkeit rechts. Hinter beiden Kniescheiben finde sich ein altersentsprechend normales Kniegelenkreiben. Ein Gelenkerguss sei in keinem Gelenk der unteren Extremitäten vorhanden. Die Bandführung der jeweiligen Gelenke, insbesondere beider Kniegelenke, sei stabil. Keine vordere oder hintere Schublade, negativer Lachmann-Test rechts und links, negative Rotationsinstabilitäten rechts und links, negatives Pivot-Shift Zeichen des rechten und linken Kniegelenkes, Meniskuszeichen rechts deutlich positiv für den Innenmeniskus. Gestützt auf seine Befunderhebung stellte Dr. med. D. ___ sodann folgende Diagnosen: Unfallrelevante orthopädisch-traumatologische Diagnosen 1. Persistierende Bewegungseinschränkung des rechten oberen und unteren Sprunggelenkes und Belastungseinschränkung nach OSG-Verletzung mit Aussenknöchelfraktur und nachfolgendem CRPS 1 Nicht-unfallrelevante orthopädisch-traumatologische Diagnosen 1. Gonalgie rechts bei Verdacht auf initiale Gonarthrose 2. Rezidivierende Algoneurodystrophien (komplexes regionales Schmerzsyndrom Typ 1) - vor Jahren assoziiert mit einer damals aktiven Psoriasis-Arthritis - Juni 2005 anlässlich einer Distorsion des Daumens am rechten Arm - Juni 2006 im Kontext mit einer distalen Radiustraktur 3. Psoriasis-Arthritis seit 2001 - chronische Oligoarthritis Tendosynovitis und Beschwerden im Bereich der vorderen Thoraxwand sowie Interkurrent akute Schübe 4. Fussstellung im Sinne von beidseits mässigen Hohlfüssen verändert Zur Beurteilung führte Dr. med. D. ___ aus, bei der körperlichen Untersuchung hätten sich klinische Hinweise für eine medial betonte initiale Arthrose des rechten Kniegelenkes bei beidseitig bestehender deutlicher X-Beinstellung gefunden, rechts etwas mehr als links. Die Bemuskulung der rechten unteren Extremität sei nur geringgradig im Seitenvergleich vermindert, die Beweglichkeit des rechten oberen Sprunggelenkes im Seitenvergleich eingeschränkt mit einem Heben und Senken des Fusses von 0/10/20°, das heisse für das Heben um 30° und das Senken um 40° eingeschränkt bei eingeschränkter Beweglichkeit des unteren Sprunggelenkes und der Zehengelenke. Im Vergleich zum Gutachten vom 16. August 2012 vor der letztmaligen Leistungszusprechung seien folgende Veränderungen des Gesundheitszustandes festzustellen: Die Muskulatur des rechten und linken Beines habe sich zwischenzeitlich nahezu vollständig angeglichen als Hinweis für eine verbesserte Belastungs- und Funktionsfähigkeit des rechten Beines. Die Beweglichkeit des rechten oberen Sprunggelenkes sei im Vergleich zum Vorgutachten verbessert, die Versicherte erreiche die Neutralstellung des rechten oberen Sprunggelenkes problemlos. Die zuvor beschriebene Spitzfussstellung sei nicht mehr vorhanden. Keine neurologische Störung. Keine Hinweise für Blutumlaufstörungen. Insgesamt bestünden unter Beachtung der

IASP-Diagnosekriterien keine Hinweise für ein persistierendes CRPS. Keine Hyperalgesie, keine Allodynie, kein Schmerz bei Druck auf Gelenke, Knochen oder Muskeln. Keine Asymmetrie der Hauttemperatur, keine Veränderung der Hautfarbe. Keine Asymmetrie im Schwitzen, zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Ödembildung. Keine Dystonie, kein Tremor, keine Paresen im Sinne von Schwäche und keine Veränderungen von Haar- oder Nagelwachstum der rechten unteren Extremität. Die Schmerzen des rechten Kniegelenkes seien am ehesten als initiale, medial betonte Gonarthrose zu interpretieren und nicht ursächlich auf das in Rede stehende Ereignis vom 25. Oktober 2010 zurückzuführen. Dies zum einen, da seiner Zeit sicher Verletzungen des Kniegelenkes hätten ausgeschlossen werden können, zum anderen seien schon im Rahmen der Berichterstattung über die Funktionseinschränkungen des rechten oberen Sprunggelenkes auch rezidivierenden Gonalgien rechts mitgeteilt worden, die schon zu diesem Zeitpunkt als initiale Gonarthrose vermutet worden seien. Aufgrund der Belastungseinschränkung des rechten Beines aufgrund von Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigung des rechten oberen Sprunggelenkes mit Bewegungseinschränkung und Notwendigkeit des Benutzens von zwei Unterarmgehstützen für längere Gehstrecken sei der Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit als Serviceangestellte nicht mehr zumutbar. Es seien ihr nur leichte Tätigkeiten möglich, überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit der eigen gewählten Positionswechsel. Keine Leitertätigkeiten, keine Zwangshaltung für die unteren Extremitäten. Für solche Tätigkeiten bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. 6.3.4 In seiner Stellungnahme vom 9. Dezember 2018 (SA 188, S. 9) führte Dr. med. F.____ aus, die Differenz der Beweglichkeit im oberen Sprung-Gelenk zwischen der gutachterlichen Untersuchung 2012 und der aktuellen gutachterlichen Untersuchung am 15. Oktober 2018, sechs Jahre später, differiere für die Flexion und die Extension um je 5°. Eine solch geringe Differenz entspreche ohne jeglichen Zweifel der der Methodik inhärenten Ungenauigkeit. Zur Illustration: Die Beweglichkeit eines Gelenkes werde klinisch mit dem Goniometer ermittelt, die beiden Schenkel des Goniometers würden dabei optisch mit blossen Augenmass den mutmasslichen Achsen von Unterschenkel und Fuss angeglichen und damit ein Winkel ermittelt, genauer gesagt, geschätzt. Entsprechend sei im klinischen Alltag denn auch die übliche Zahlen-Angaben in 5-er Schritten (5°, 10°, 15° usw.). Weiter sei zu berücksichtigen, dass die Beweglichkeit eines Gelenkes bei einem Menschen auf Grund unterschiedlicher Faktoren von Tag zu Tag variere. Die Beweglichkeit der Beschwerdeführerin bemesse sich über eine Zeitspanne von mehr als 6 Jahren konsistent für die Extension auf 0° (Neutralstellung) bis 5° (Spitzfuss), für die Flexion auf 20° und 25°. Die Beweglichkeit der (gesunden) Gegenseite bemesse sich auf 30/0/60 Grad, Referenz-Werte. Die gutachterlich versicherungsmedizinische Beurteilung einer offensichtlich verbesserten Beweglichkeit und die Ausführungen, wonach sich die Bewegungseinschränkungen deutlich gebessert hätten, seien medizinisch nachweislich falsch. Anlässlich regelmässiger, rheumatologischer Kontrollen seit dem Unfall am 25. Oktober 2010 hätten wiederholt medizinisch offensichtliche Schwellungen des rechten Fusses und Unterschenkels im Vergleich mit der Gegenseite festgestellt werden können. Die Versicherungsnehmerin habe seitendifferente Ödeme fotografisch dokumentiert. Sudomotorische Fehlfunktionen habe er, Dr. med. F.____, nie beobachten können. Die Haut-Trophik sei nie seitendifferent ausgefallen. Im vorliegenden Fall der Versicherten sei es medizinisch sehr ungewöhnlich zu insgesamt vier Episoden eines komplexen, regionalen Schmerz-Syndroms betreffend verschiedene Extremitäten seit 2001 gekommen. Triggerung des Syndroms klassisch durch Traumatisierungen, aber auch im Kontext massiver Schübe

der Psoriasis-Arthritis (Handgelenk). Vor diesem Hintergrund sei der rechte Rückfuß MR-tomografisch kontrolliert worden, unter etablierter Immunsuppression sei eine Entzündung ausgeschlossen worden. Das komplexe regionale Schmerz-Syndrom im Nachgang zum Unfall am 25. Oktober 2010 mit medizinisch dokumentierten Verletzungen verlaufe seit mehr als sechs Jahren chronifiziert mit medizinisch dokumentiert stationärer Einsteifung des rechten Rückfußes und wechselhaft vasomotorischen Schwellungen sowie subjektiv beklagten Schmerzen mit Beeinträchtigung der Gehfunktion. 6.3.5 Mit Stellungnahme vom 27. Dezember 2018 (SA 192) führte Dr. med. D.____ aus, eine Schwellung des rechten Unterschenkels habe weder klinisch noch messtechnisch bestätigt werden können, ebenso keine Vergrößerung des rechten oberen und unteren Sprunggelenkes. Die Untersuchung habe in den Nachmittagsstunden des 15. Oktober 2018 stattgefunden und wie die Versicherte selber ausgeführt habe, nach entsprechender Anstrengung zum Erreichen des Gutachteninstitutes und längerem Sitzen sowohl im Wartezimmer als auch im Zuge der Exploration. Dennoch hätten keine signifikanten Schwellungen des rechten Beines oder rechten oberen oder unteren Sprunggelenkes verifiziert werden können. Insofern sei auch Punkt 5 des Schreibens vom 28. November 2018 der Beschwerdeführerin zu relativieren, wenn diese ausführe, dass der rechte Fuß bei längerem Sitzen anschwellen und sich rot-bläulich verfärbe. Hierzu habe sie ein Foto beigelegt. Der Unterzeichner habe auf diesem Foto die beschriebene Schwellung und Verfärbung nicht erkennen können, wie auch im Rahmen der Begutachtung eine Verfärbung oder Anschwellung nach längerem Sitzen nicht nachvollzogen werden können. Sodann sei bezüglich des Schreibens von Dr. F.____ vom 9. Dezember 2018 festzuhalten, dass ihm zuzustimmen sei, wenn hier eine gewisse Messungenauigkeit konstatiert werde. Daher würden die Bewegungsmessungen immer mehrfach hintereinander in der gleichen Untersuchungssituation durchgeführt, um hier entsprechende Messungenauigkeiten zu minimieren. Somit werde eine Messungenauigkeit bei einem entsprechend erfahrenen Gutachter (der Unterzeichner führe seit mehr als 25 Jahren Gutachten durch, in einer Gesamtanzahl von mittlerweile mehr als 7'500) sehr relativiert. Dr. med. F.____ stelle fest, dass die im Gutachten festgestellte Verbesserung der Beweglichkeit des rechten OSG falsch sei. Diese Aussage könne nur verwundern. Die wiederholten Messungen der Beweglichkeit des rechten oberen und unteren Sprunggelenkes hätten die im Messbogen des Gutachtens mitgeteilten Bewegungsauslenkungen ergeben, diese seien entsprechend im Gutachten kommentiert. Die Versicherte habe die Neutralstellung im rechten OSG problemlos erreicht. Die in der Vergangenheit beschriebene Spitzfußstellung sei nicht mehr vorhanden gewesen. Inwieweit Dr. med. F.____ nun im Rahmen einer persönlichen Untersuchung am 24. Juli 2018 eine Spitzfußstellung von 10° erhoben habe, könne nicht nachvollzogen werden. Definitiv bestehe bei der Beschwerdeführerin keine Spitzfußstellung mehr. Dr. med. F.____ habe in seinem Schreiben vom 9. Dezember 2018 weiterhin klargestellt, dass er selber motorische Fehlfunktionen nie habe beobachten können. Die Hauttrophik sei nie seitendifferent aufgefallen. In diesem Zusammenhang sei ebenfalls auf das kritisierte Gutachten, speziell auf Seite 26 des Gutachtens, hinzuweisen, wenn dezidiert festgestellt werde, dass keine neurologische Störung und keine Hinweise für Blutumlaufstörungen vorhanden seien. Insgesamt bestünden unter Beachtung der IASP-Diagnosekriterien keine Hinweise für ein persistierendes CRPS. Keine Hyperalgesie, keine Allodynie, kein Schmerz bei Druck auf Gelenke, Knochen oder Muskeln. Keine Asymmetrie der Hauttemperatur, keine Veränderung der Hautfarbe. Keine Asymmetrie im Schwitzen, zum Zeitpunkt der

Untersuchung keine Ödembildung. Des Weiteren keine Dystonie, kein Tremor, keine Paresen im Sinne von Schwäche und keine Veränderungen von Haar- und Nagelwachstum der rechten unteren Extremität. Insofern sei die von Dr. med. F.____ wiederholt vorgetragene Diagnose eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms nicht nachzuvollziehen, insbesondere nicht, wenn er ausführe, dass ungewöhnlicherweise insgesamt vier Episoden eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms betreffend verschiedene Extremitäten seit 2001 bestanden hätten. Richtigerweise führe Dr. med. F.____ den Kontext massiver Schübe der Psoriasisarthritis an, eine entsprechende Diskussion dieser konkurrierenden Erkrankung erfolge jedoch bezüglich der Unfallursächlichkeit in seinem Schreiben nicht. Im letzten Absatz dieses Schreibens führe Dr. med. F.____ an, dass das komplexe regionale Schmerzsyndrom seit mehr als sechs Jahren chronifiziert mit stationärer Einsteifung des rechten Rückfusses und wechselhaft vasomotorischen Schwellungen verlaufe. Dies habe, wiederholend ausgeführt, anlässlich der in Rede stehenden Begutachtung jedoch nicht nachvollzogen werden können. Im Vordergrund stünden, wie Dr. med. F.____ im letzten Absatz seines Schreibens selber anführe, subjektiv beklagte Beschwerden und Beeinträchtigungen der Gehfunktion. Diese hätten jedoch anlässlich der vorliegenden Begutachtung nicht objektiviert und verifiziert werden können. 7. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das orthopädische Gutachten von Dr. med. D.____ vom 19. Oktober 2018, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Das Gutachten von Dr. med. D.____ erfüllt grundsätzlich die Beweisanforderungen, welche die Rechtsprechung an ein Gutachten stellt. So ist dieses für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen des Experten begründet (BGE 125 V 352). Dr. med. D.____ zeigt in seinem Gutachten überzeugend auf, dass es seit der letzten Rentenverfügung bzw. der letzten Begutachtung durch Dr. med. B.____ vom 14. Dezember 2012 zu einer relevanten Verbesserung der unfallkausalen Beeinträchtigungen am rechten Bein gekommen ist. So habe sich die Muskulatur des rechten und linken Beines zwischenzeitlich nahezu vollständig angeglichen, was als Hinweis für eine verbesserte Belastungs- und Funktionsfähigkeit des rechten Beines gelte. Zudem sei die Beweglichkeit des rechten oberen Sprunggelenkes im Vergleich zum Vorgutachten verbessert, die Versicherte erreiche die Neutralstellung des rechten oberen Sprunggelenkes problemlos. Die zuvor beschriebene Spitzfussstellung sei nicht mehr vorhanden. Keine neurologische Störung. Keine Hinweise für Blutumlaufstörungen. Des Weiteren zeigt Dr. med. D.____ nachvollziehbar auf, dass unter Beachtung der IASP-Diagnosekriterien keine Hinweise für ein persistierendes CRPS mehr bestehen. Beim CRPS handelt es sich um eine zusammenfassende Bezeichnung für die Extremitäten betreffende Krankheitsbilder, die sich nach einem schädigenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden Schmerz mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik gekennzeichnet sind. Das CRPS I (sympathische Algodystrophie, Sudeck-Syndrom; früher sympathische Reflexdystrophie) stellt eine Erkrankung der Extremität dar, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma und ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Es kommt am häufigsten nach distaler Radiusfraktur bei wiederholten Repositionsmanövern, einengenden Gipsverbänden und ohne nachvollziehbare Ursache vor. Das CRPS II (früher Kausalgie) bezeichnet brennende Schmerzen und Störungen des sympathischen Nervensystems als Folge einer

definierten peripheren Nervenläsion (häufig Hyperkompression). Klinische Symptome des CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) zusammen mit autonomen (Ödeme, Temperatur- und Schweißsekretionsstörung, eventuell trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum), sensiblen und motorischen Störungen. Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose und Funktionsverlust kommen. Das CRPS gehört zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen und stellt mithin einen organischen beziehungsweise körperlichen Gesundheitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts 8C_955/2008 vom 29. April 2009, E. 6 mit Hinweisen). Wie vorgehend festgehalten, ist gestützt auf die Ausführungen von Dr. med. D.____ das Vorliegen eines CRPS aus diagnostischer Sicht nicht (mehr) mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. So führte Dr. med. D.____ diesbezüglich aus, es bestünden keine Hyperalgesie, keine Allodynie, kein Schmerz bei Druck auf Gelenke, Knochen oder Muskeln. Keine Asymmetrie der Hauttemperatur, keine Veränderung der Hautfarbe. Keine Asymmetrie im Schwitzen, zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Ödembildung. Keine Dystonie, kein Tremor, keine Paresen im Sinne von Schwäche und keine Veränderungen von Haar- oder Nagelwachstum der rechten unteren Extremität. Damit erscheint es einleuchtend, wenn Dr. D.____ das Vorliegen eines CRPS I im Zeitpunkt der Begutachtung verneint. Sodann legt Dr. med. D.____ einleuchtend dar, dass die Schmerzen des rechten Kniegelenkes am ehesten als initiale, medial betonte Gonarthrose zu interpretieren und nicht ursächlich auf das in Rede stehende Ereignis vom 25. Oktober 2010 zurückzuführen seien. Dies zum einen, da seinerzeit sicher Verletzungen des Kniegelenkes hätten ausgeschlossen werden können, zum anderen seien schon im Rahmen der Berichterstattung über die Funktionseinschränkungen des rechten oberen Sprunggelenkes auch rezidivierende Gonalgien rechts mitgeteilt worden, die schon zu diesem Zeitpunkt als initiale Gonarthrose vermutet worden seien. Schliesslich vermögen an der überzeugenden Befund- und Diagnoseerhebung von Dr. med. D.____ auch die vorgenannten Einwände von Dr. med. F.____ (s. E. II. 6.3.4 hiervor) nichts zu ändern. Wie Dr. med. D.____ hierzu in seiner Stellungnahme vom 27. Dezember 2018 überzeugend darlegt, sei er sich der von Dr. med. F.____ genannten Messungenauigkeiten durchaus bewusst. Daher würden die Bewegungsmessungen immer mehrfach hintereinander in der gleichen Untersuchungssituation durchgeführt, um hier entsprechende Messungenauigkeiten zu minimieren. Somit werde eine Messungenauigkeit bei einem entsprechend erfahrenen Gutachter (der Unterzeichner führe seit mehr als 25 Jahren Gutachten durch in einer Gesamtanzahl von mittlerweile mehr als 7'500) sehr relativiert. Wie sodann bereits dargelegt, vermochte Dr. med. D.____ – entgegen der Diagnosestellung von Dr. med. F.____ – ein CRPS unter Prüfung der bekannten IASP-Diagnosekriterien wohlbegründet zu verneinen. Des Weiteren ist anzufügen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1). Dies ist vorliegend zu verneinen. Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. F.____ zwar selbst als

Gutachter tätig ist, gegenüber der Beschwerdeführerin aber einzig einen Behandlungsauftrag hat. Somit ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass ein behandelnder Arzt mitunter im Hinblick auf seine auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten seiner Patienten aussagt (BGE 135 V 465 E. 4.5). Demnach kann schon aus diesem Grund nicht gesagt werden, das Gutachten von Dr. med. D.____ und die Arztberichte von Dr. med. F.____ seien gleichwertig und es sei deshalb ein Obergutachten notwendig. Gestützt auf das vorliegende Beweisresultat ist es denn auch nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin kein weiteres Gutachten eingeholt hat, wie von der Beschwerdeführerin verlangt wurde. Es liegt somit weder eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes noch des rechtlichen Gehörs vor. Schliesslich vermag im Lichte der beweiswertigen Befunderhebung und Diagnosestellung von Dr. med. D.____ auch dessen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen, wonach der Beschwerdeführerin nur leichte Tätigkeiten möglich seien, überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit der eigenen gewählten Positionswechsel. Keine Leitertätigkeiten, keine Zwangshaltung für die unteren Extremitäten. Für solche Tätigkeiten bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. 8. 8.1 Für die Ermittlung des Einkommens, welches die versicherte Person ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was sie im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Da die Beschwerdeführerin ihre letzte Tätigkeit als Serviceangestellte aus gesundheitlichen Gründen hat aufgeben müssen, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf den dort zuletzt erzielten Lohn abgestellt und diesen auf das Jahr 2018 aufgerechnet, was ein Valideneinkommen von CHF 52'477.61 ergibt (vgl. Verfügung vom 11. Januar 2019; SA 196). Dies wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten. 8.2 Ebenfalls nicht bestritten und auch nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin – da die Beschwerdeführerin aktuell keiner Erwerbstätigkeit in dem ihr zumutbaren Pensum nachgeht – das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE-Tabellen des Bundesamtes für Statistik, Tabelle TA 1, 2016, Frauen, Total, Kompetenzniveau 1 errechnet und diesen Betrag auf die branchenüblichen Wochenstunden und die Teuerung bis zum Jahr 2018 aufgerechnet hat. Dies ergibt (unter Vorbehalt eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn; vgl. E. II. 8.2.1 hiernach) ein Invalideneinkommen von CHF 55'018.64 (vgl. Verfügung vom 11. Januar 2019; SA 196). 8.2.1 Des Weiteren ist es praxisgemäss zulässig, vom nach Tabellenwerten ermittelten Durchschnittslohn Abzüge von bis zu 25 % vorzunehmen, um besonderen beruflichen oder persönlichen Umständen einer versicherten Person wie leidensbedingte Einschränkung, Alter, Nationalität oder Beschäftigungsgrad Rechnung zu tragen, welche sich erfahrungsgemäss auf die Lohnhöhe auswirken können (BGE 126 V 75 E. 5a/cc und 5b). Was die Höhe des Abzugs angeht, so ist nicht für jedes in Betracht fallende Merkmal separat eine Reduktion vorzunehmen, weil damit Wechselwirkungen ausgeblendet würden; vielmehr ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Bei der Gewährung oder Verweigerung des Abzugs handelt es sich um eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72; Urteil des Bundesgerichts 9C_199/2013 vom 4. Februar 2014 E. 3.4.2). Anders als bei der Bemessung eines gewährten Abzugs ist das Gericht daher nicht gehalten, bei seiner Überprüfung eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen. Der Beschwerdeführerin ist eine angepasste Tätigkeit in einem Vollzeitpensum zumutbar, weshalb wegen Teilzeittätigkeit kein Abzug vorzunehmen ist. Ebenso gebietet das Alter der Beschwerdeführerin keinen Abzug. So wäre das Alter im Zusammenhang mit dem

Leidensabzug nur soweit zu berücksichtigen, als es die Erwerbssaussichten in Verbindung mit dem versicherten Gesundheitsschaden zusätzlich schmälert. Dies geht auch aus der Unterteilung der LSE-Tabelle TA17 in drei Kategorien (bis 29 Jahre/30 bis 49 Jahre/50 Jahre und älter) mit je steigenden Verdienstmöglichkeiten hervor. Denn wäre statistisch tatsächlich eine Tendenz zu erkennen, dass – gesunde – Mitarbeiter kurz vor dem Pensionsalter eine Lohneinbusse in Kauf nehmen müssten, so hätte das Bundesamt für Statistik für diese Erscheinung eine weitere Kategorie bilden müssen. Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor grundsätzlich unberücksichtigt bleiben (Urteile des Bundesgerichts 8C_312/2017 vom 22. November 2017 E. 3.3.2; 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3). Hingegen wäre vorliegend gestützt auf das gutachterlich statuierte Leistungsprofil aufgrund der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung ein Abzug von 5 – 10 % gerechtfertigt gewesen. Einen solchen hat die Beschwerdegegnerin jedoch nicht vorgenommen. Die genaue Bezifferung eines leidensbedingten Abzuges kann aber offen bleiben, da selbst bei der Vornahme eines Abzuges von 10 % kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad von mindestens 10 % resultieren würde. 9. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf Zusprechung einer Parteientschädigung. Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

E. 47

% zu Recht mit Verfügung vom 11. Januar 2019 (SA 196) bzw. Einspracheentscheid vom 27. Juni 2019 (A.S. 1 ff.) aufgehoben und der Anspruch auf weitere Heilbehandlungen zu Recht verneint wurden.

6.

6.1 Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Rentenrevision wird durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 12. Dezember 2013 und demjenigen, wie er zur Zeit des streitigen Revisionsentscheides vom 27. Juni 2019 bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHJ 1999 S. 84 E. 1b).

6.2 Die ursprüngliche Rentenverfügung vom 12. Dezember 2013 stützte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das orthopädische Gutachten von Dr. med. B.____ vom 14. Dezember 2012 (SA 107) ab. Dr. med. B.____ diagnostizierte aus unfallkausalen Sicht einen Status nach OSG-Distorsionsstrauma rechts mit posttraumatischem schwerem CRPS I, Stadium drei, und nachfolgend Abheilen in Spitzfuss/Inversionsstellung. Nicht unfallkausal seien die Diagnosen Psoriasis vulgaris mit intermittierend aktiven Psoriasis-Arthritiden, vor allem obere Extremitäten, und St. n. zweimaligem CRPS 1 Handgelenk rechts nach Radiusfraktur und Psoriasis-Arthritis-Schub. Die Beschwerdeführerin habe sich anlässlich des Unfalls vom 25. Oktober 2010 wahrscheinlich nur eine geringfügige Verletzung zugezogen. Ob die von Dr. med. G.____ am 24. Dezember 2010 vermutete undislozierte Malleolarfraktur (Fissur) wirklich bestanden habe oder nicht, bleibe letztendlich für den weiteren Krankheitsverlauf irrelevant. In den neuen Röntgenbildern und in den MRIs bestünden keine Anhaltspunkte für eine durchgemachte Fissur im Bereich der Fibula. Falls eine solche bestanden hätte, wäre sie also folgenlos abgeheilt. Eine Neuroalgodystrophie könne bekannterweise jederzeit auftreten, auch bei einfachen Kontusionierungen. Tatsache sei, dass die Beschwerdeführerin sofort die

klassischen Zeichen einer CRPS 1-Erkrankung (Morbus Sudeck) gezeigt habe. Es müsse festgehalten werden, dass der Auslöser der Algodystrophie ausschliesslich der Unfall gewesen sei. Sodann falle bereits im MRI vom 28. Oktober 2011 auf, dass das OSG vor allem auf den seitlichen Aufnahmen sehr trocken sei und sehr wenig Gelenksflüssigkeit zeige. Die üblicherweise ventral und insbesondere dorsal vorhandenen synovialen Auswüchungen fehlten praktisch gänzlich. Dies sei als Indiz zu werten, dass es hier schon früh zu einer massiven Kapselschrumpfung gekommen sei. Dadurch sei die eingeschränkte OSG-Beweglichkeit vor allem in Dorsalextension (fehlende dorsale Auswüchungen) erklärbar. Die MRI-Untersuchung vom 28. Oktober 2011 sowie die neue Untersuchung vom 10. September 2012 belegten, dass die Zeichen einer akuten Algodystrophie abgeheilt seien. Dies entspreche auch dem klinischen Eindruck beim Untersuch. Zeichen einer floriden Algodystrophie seien nicht erkennbar. Die Algodystrophie sei allerdings nicht folgenlos abgeheilt, sondern habe eine Fussfehlstellung zurückgelassen im Sinne einer Spitzfussstellung mit Inversionstendenz des Vorfusses. Aufgrund unfallbedingter Ursachen, namentlich infolge des Spitzfusses bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der beruflichen Tätigkeit als Commise de Service unter Berücksichtigung eines Arbeitspensums von 100 %. Mit korrekter Schuhversorgung würde es der Beschwerdeführerin möglich sein, ohne Stöcke zu gehen und damit auch wieder leidensadaptierte Arbeiten vor allem sitzend durchzuführen. Für solche Tätigkeiten wäre die Beschwerdeführerin theoretisch ca. 50 % arbeitsfähig (zeitlich ca. 6 Std. pro Tag, Leistung ca. 75 %; Leistungseinbusse bedingt durch erschwerte Gehfähigkeit bei Zurücklegung auch kürzerer Distanzen). Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit würdige ausschliesslich den posttraumatischen Zustand am OSG rechts.

6.3 Im Zeitpunkt des Revisionsentscheides vom 27. Juni 2019 ■ worin die Beschwerdegegnerin davon ausging ■ im Vergleich zu der vorgenannten Beurteilung sei mittlerweile eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten, ist im Wesentlichen folgender medizinischer Sachverhalt von Belang:

6.3.1 In seinem Bericht vom 24. Juli 2019 (SA 168) führte der behandelnde Rheumatologe der Beschwerdeführerin, Dr. med. F. ____, aus, die Symptomatologie und alltäglichen Beeinträchtigungen hätten seit der Renten-Sprechung im Herbst 2013 in Art und Ausmass persistiert. Die Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk sei irreversibel deutlich eingeschränkt mit nachteiligen, funktionellen Auswirkungen auf die Gehfähigkeit. Es resultiere ein Ausweichhinken (Fuss-Aussenrotation, Bein-Abduktion), da mit Spitzfuss-Stellung (Flexionsdefizit 10°) ein physiologisches Abrollen über den Fuss nicht möglich sei. Die Fehlstellung werde durch spezifisch angepasste Schuhzurichtung teilweise kompensiert. Wahrscheinlich infolge dieses abnormen Gangmusters hätten sich in den letzten Monaten immer stärkere Schmerzen im rechten Knie entwickelt. Beide Knie wiesen eine statisch belastende Valgus-Fehlstellung auf. Auf der vom Unfall betroffenen rechten Seite kumuliere die Valgus-Fehlstellung des Knies mit der ausweichenden Abduktionsbewegung beim Gehen, was biomechanisch zu einer erheblichen Fehlbelastung der kollateral medialen Strukturen im Bereich des Knies führe. Ein Rehabilitationsversuch (Physiotherapie) über die letzten Monate habe die progrediente Symptomatologie nicht beeinflussen können. Derzeit habe sich die schmerzarm bewältigbare Gehstrecke der Beschwerdeführerin auf 500 ■ 1■000 m reduziert. Aktuell werde sie orthopädisch hinsichtlich operativer Behandlungsmöglichkeiten abgeklärt. Im Kontext der belastungsabhängigen Schmerzen im rechten Bein träten rezidivierend seitendifferent

Schwellungen des Fusses und schmerzhaftes Missempfindungen auf. Anlässlich der klinischen Verlaufskontrolle am 23. Juli 2018 um 08:00 Uhr sei folgender, aktueller Zustand zu erheben gewesen: Füsse und Unterschenkel beidseits unauffällig, explizit keine Schwellungen, unterschiedliche Haut-Färbung oder Schweiß-Neigung. Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk rechts Extension / Flexion 0/10/25, im Seitenvergleich links 12/0/45. Rück-Fuss Eversion seitengleich, Inversion rechts vergleichsweise eingeschränkt. Beinachsen: Valgus-Fehlstellung, stehend Intermalleolar-Abstand 12 cm. Gangbild: Auf der rechten Seite belaste die Beschwerdeführerin betont auf der Aussenkante. Gehen mit Fuss-Aussenrotation und Hüft-Abduktion rechts zur Kompensation des fehlenden Flexionsvermögens (Spitzfuss-Stellung). Die Beschwerden hätten seit 2013 zugenommen. Sie bedürfe zur Erhaltung ihrer verbleibenden Erwerbsfähigkeit (Mobilität zu Fuss) der dauernden Behandlung und Pflege.

6.3.2 Im Sprechstundenbericht des H. ___ vom 9. August 2018 (SA 171) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Die Beschwerdeführerin stelle sich in der Sprechstunde vor. Sie berichte, dass sie seit Ende April unter Schmerzen in beiden Kniegelenken, vor allem aber des rechten Kniegelenkes leiden würde. Die Beschwerdeführerin könne aktuell noch eine Gehstrecke von 800 ■ 1'000 m zurücklegen, bevor sie eine Pause einlegen müsse. Unter der eingeleiteten Physiotherapie (18 Sitzungen) sei es zu keiner Besserung der Beschwerden gekommen. Nachts habe sie aktuell keine Schmerzen. Sie fühle sich durch die Beschwerden mässiggradig in ihrem Alltag eingeschränkt. Befunde Knie rechts: «Kein Erguss. Keine Rötung, keine Schwellung, keine Druckdolenz über dem Gelenkspalt. Leichte Druckdolenz über dem Pes anserinus und dem Patella-Unterpole. Gute Patella-Verschieblichkeit. Negatives Apprehension sign. Flexion/Extension im Kniegelenk 110/0/0°. Steinmann 1- und Steinmann 11-Zeichen leichtgradig positiv für Innen- sowie Aussenmeniscus. Lachmann-Test negativ, ohne vermehrten Vorschub und mit hartem Anschlag. Keine hintere Schublade. PDMS intakt.» Knie links: «Kein Erguss. Keine Rötung, keine Schwellung, keine Druckdolenz über dem Gelenkspalt. Leichte Druckdolenz über dem Pes anserinus und dem Patella-Unterpole. Gute Patella-Verschieblichkeit. Negatives Apprehension sign. Flexion/Extension im Kniegelenk 120/0/0°. Steinmann 1- und Steinmann 11-Zeichen negativ. Lachmann-Test negativ, ohne vermehrten Vorschub und mit hartem Anschlag. Keine hintere Schublade. PDMS intakt.» Bildgebung Röntgen Knie ap/seitlich/Rosenberg und Patella tangential / Orthoradiogramm rechts: Keine Gonarthrose. Leichtgradige Valgus-Fehlstellung der Beinachse von 2°.» Röntgen Knie ap/seitlich/Rosenberg und Patella tangential / Orthoradiogramm links: «Leichtgradig vermehrte Valgus-Fehlstellung der Beinachse von 3°. Keine Gonarthrose. Keine Fraktur.» Procedere/Vorschlag: In der radiologischen Untersuchung zeige sich kein Hinweis für eine Gonarthrose oder eine andere Erklärung des Befundes. Bei der Beschwerdeführerin liege kein Erguss vor und man habe keinen Hinweis für eine Kniegelenksbinnenläsion. Es bestehe aktuell kein Handlungsbedarf und eine chirurgische Therapieoption bestehe derzeit nicht.

6.3.3 Im orthopädischen Gutachten von Dr. med. D. ___ wurde ausgeführt, bei der speziellen Untersuchung der unteren Gliedmassen sei die Beinachse im Sinne einer X-Beinstellung rechts mehr als links verändert. Bei angelegten Oberschenkelinnenseiten betrage der Abstand zwischen den Innenknöcheln 20 cm. Die Fussstellung sei im Seitenvergleich rechts etwas weiter nach aussen aufgestellt bei bequemem Stand zu ebener

Erde, die Fussgewölbe rechts etwas mehr als links im Sinne eines mässigen Hohlfusses verändert. Die Zehenstellung sei seitengleich ohne Auffälligkeiten. Die Hautfarbe im Bereich sämtlicher Abschnitte beider unterer Extremitäten sei ohne auffälligen Befund. Der Blutabfluss sei ungestört, keine Verfärbung, keine vermehrte Venenzeichnung, keine Varikosis. Die Fusssohlenbeschwiellung sei altersentsprechend normal ausgebildet, keine isolierte Verhornungstendenz. Im Bereich des rechten Oberschenkels falle im Seitenvergleich ebenso wie im Bereich des rechten Unterschenkels eine geringe Umfangsminderung im Sinne einer Muskelminderung auf. Die Konturen der Muskulatur imponierten im Bereich des rechten Beines geringgradig verschmächtigt. Die Gelenkkonturen sämtlicher Abschnitte beider unterer Extremitäten zeigten keine Auffälligkeiten, keine Gelenkvergrößerungen, die Achillessehnenrube sei seitengleich ausgebildet, insbesondere rechts, keine sichtbare Gelenkvergrößerung des rechten oberen oder unteren Sprunggelenkes. Bei der fühlenden Untersuchung sei die Haut bezüglich Temperatur, Oberflächenbeschaffenheit und Hautelastizität in sämtlichen Abschnitten beider unterer Extremitäten ohne auffälligen Befund, die arterielle Durchblutung sei intakt, die Schlagaderpulse an typischer Stelle gefüllt tastbar, das arterielle Refill der Zehenkuppen imponiere zeitgerecht. Bei den Funktionsuntersuchungen würden die Stand- und Gangvarianten wie Einbeinstand, Zehenstand bzw. -gang und Hackenstand bzw. ■gang mit beiden unteren Extremitäten demonstriert, rechts etwas unsicherer und etwas im Seitenvergleich eingeschränkt. Das Einnehmen der tiefen Hocke werde bis zu einer maximalen Kniegelenksbeugung von 100° gezeigt, etwas frühzeitiger als links hebe die rechte Ferse vom Boden ab. Bei der Untersuchung der Beweglichkeit sei diese für beide Hüftgelenke, beide Kniegelenke und das linke obere und untere Sprunggelenk sowie die Zehengelenke links ohne auffälligen Befund. Die Beweglichkeit des rechten oberen Sprunggelenkes sei mit einem Heben/Senken des Fusses von $0/0/20^\circ$ im Seitenvergleich für das Heben um 30° und das Senken um 40° eingeschränkt. Die Beweglichkeit des rechten unteren Sprunggelenkes betrage die Hälfte des Wertes der Gegenseite ebenso die Zehengelenksbeweglichkeit rechts. Hinter beiden Kniescheiben finde sich ein altersentsprechend normales Kniegelenkreiben. Ein Gelenkerguss sei in keinem Gelenk der unteren Extremitäten vorhanden. Die Bandführung der jeweiligen Gelenke, insbesondere beider Kniegelenke, sei stabil. Keine vordere oder hintere Schublade, negativer Lachmann-Test rechts und links, negative Rotationsinstabilitäten rechts und links, negatives Pivot-Shift Zeichen des rechten und linken Kniegelenkes, Meniskuszeichen rechts deutlich positiv für den Innenmeniskus.

Gestützt auf seine Befunderhebung stellte Dr. med. D.____ sodann folgende Diagnosen:

Unfallrelevante orthopädisch-traumatologische Diagnosen

Nicht-unfallrelevante orthopädisch-traumatologische Diagnosen

Zur Beurteilung führte Dr. med. D.____ aus, bei der körperlichen Untersuchung hätten sich klinisch Hinweise für eine medial betonte initiale Arthrose des rechten Kniegelenkes bei beidseitig bestehender deutlicher X-Beinstellung gefunden, rechts etwas mehr als links. Die Bemuskulung der rechten unteren Extremität sei nur geringgradig im Seitenvergleich vermindert, die Beweglichkeit des rechten oberen Sprunggelenkes im Seitenvergleich eingeschränkt mit einem Heben und Senken des Fusses von $0/10/20^\circ$, das heisse für das Heben um 30° und das Senken um 40° eingeschränkt bei eingeschränkter Beweglichkeit des unteren Sprunggelenkes und der Zehengelenke. Im Vergleich zum Gutachten vom 16. August 2012 vor der letztmaligen Leistungszusprechung seien folgende Veränderungen des

Gesundheitszustandes festzustellen: Die Muskulatur des rechten und linken Beines habe sich zwischenzeitlich nahezu vollständig angeglichen als Hinweis für eine verbesserte Belastungs- und Funktionsfähigkeit des rechten Beines. Die Beweglichkeit des rechten oberen Sprunggelenkes sei im Vergleich zum Vorgutachten verbessert, die Versicherte erreiche die Neutralstellung des rechten oberen Sprunggelenkes problemlos. Die zuvor beschriebene Spitzfussstellung sei nicht mehr vorhanden. Keine neurologische Störung. Keine Hinweise für Blutumlaufstörungen. Insgesamt bestünden unter Beachtung der IASP-Diagnosekriterien keine Hinweise für ein persistierendes CRPS. Keine Hyperalgesie, keine Allodynie, kein Schmerz bei Druck auf Gelenke, Knochen oder Muskeln. Keine Asymmetrie der Hauttemperatur, keine Veränderung der Hautfarbe. Keine Asymmetrie im Schwitzen, zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Ödembildung. Keine Dystonie, kein Tremor, keine Paresen im Sinne von Schwäche und keine Veränderungen von Haar- oder Nagelwachstum der rechten unteren Extremität. Die Schmerzen des rechten Kniegelenkes seien am ehesten als initiale, medial betonte Gonarthrose zu interpretieren und nicht ursächlich auf das in Rede stehende Ereignis vom 25. Oktober 2010 zurückzuführen. Dies zum einen, da seiner Zeit sicher Verletzungen des Kniegelenkes hätten ausgeschlossen werden können, zum anderen seien schon im Rahmen der Berichterstattung über die Funktionseinschränkungen des rechten oberen Sprunggelenkes auch rezidivierenden Gonalgien rechts mitgeteilt worden, die schon zu diesem Zeitpunkt als initiale Gonarthrose vermutet worden seien. Aufgrund der Belastungseinschränkung des rechten Beines aufgrund von Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigung des rechten oberen Sprunggelenkes mit Bewegungseinschränkung und Notwendigkeit des Benutzens von zwei Unterarmgehstützen für längere Gehstrecken sei der Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit als Serviceangestellte nicht mehr zumutbar. Es seien ihr nur leichte Tätigkeiten möglich, überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit der eigen gewählten Positionswechsel. Keine Leitertätigkeiten, keine Zwangshaltung für die unteren Extremitäten. Für solche Tätigkeiten bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

6.3.4 In seiner Stellungnahme vom 9. Dezember 2018 (SA 188, S. 9) führte Dr. med. F.____ aus, die Differenz der Beweglichkeit im oberen Sprung-Gelenk zwischen der gutachterlichen Untersuchung 2012 und der aktuellen gutachterlichen Untersuchung am 15. Oktober 2018, sechs Jahre später, differiere für die Flexion und die Extension um je 5°. Eine solch geringe Differenz entspreche ohne jeglichen Zweifel der der Methodik inhärenten Ungenauigkeit. Zur Illustration: Die Beweglichkeit eines Gelenkes werde klinisch mit dem Goniometer ermittelt, die beiden Schenkel des Goniometers würden dabei optisch mit blossen Augenmass den mutmasslichen Achsen von Unterschenkel und Fuss angeglichen und damit ein Winkel ermittelt, genauer gesagt, geschätzt. Entsprechend sei im klinischen Alltag denn auch die übliche Zahlen-Angaben in 5-er Schritten (5°, 10°, 15° usw.). Weiter sei zu berücksichtigen, dass die Beweglichkeit eines Gelenkes bei einem Menschen auf Grund unterschiedlicher Faktoren von Tag zu Tag variere. Die Beweglichkeit der Beschwerdeführerin bemesse sich über eine Zeitspanne von mehr als 6 Jahren konsistent für die Extension auf 0° (Neutralstellung) bis 5° (Spitzfuss), für die Flexion auf 20° und 25°. Die Beweglichkeit der (gesunden) Gegenseite bemesse sich auf 30/0/60 Grad, Referenz-Werte. Die gutachterlich versicherungsmedizinische Beurteilung einer offensichtlich verbesserten Beweglichkeit und die Ausführungen, wonach sich die Bewegungseinschränkungen deutlich gebessert hätten, seien medizinisch nachweislich falsch. Anlässlich regelmässiger, rheumatologischer Kontrollen seit dem Unfall am 25. Oktober 2010 hätten wiederholt medizinisch offensichtliche Schwellungen des rechten

Fusses und Unterschenkels im Vergleich mit der Gegenseite festgestellt werden können. Die Versicherungsnehmerin habe seitendifferente Ödeme fotografisch dokumentiert. Sedomotorische Fehlfunktionen habe er, Dr. med. F.____, nie beobachten können. Die Haut-Trophik sei nie seitendifferent ausgefallen. Im vorliegenden Fall der Versicherten sei es medizinisch sehr ungewöhnlich zu insgesamt vier Episoden eines komplexen, regionalen Schmerz-Syndroms betreffend verschiedene Extremitäten seit 2001 gekommen. Triggerung des Syndroms klassisch durch Traumatisierungen, aber auch im Kontext massiver Schübe der Psoriasis-Arthritis (Handgelenk). Vor diesem Hintergrund sei der rechte Rückfuss MR-tomografisch kontrolliert worden, unter etablierter Immunsuppression sei eine Entzündung ausgeschlossen worden. Das komplexe regionale Schmerz-Syndrom im Nachgang zum Unfall am 25. Oktober 2010 mit medizinisch dokumentierten Verletzungen verlaufe seit mehr als sechs Jahren chronifiziert mit medizinisch dokumentiert stationärer Einsteifung des rechten Rückfusses und wechselhaft vasomotorischen Schwellungen sowie subjektiv beklagten Schmerzen mit Beeinträchtigung der Gehfunktion.

6.3.5 Mit Stellungnahme vom 27. Dezember 2018 (SA 192) führte Dr. med. D.____ aus, eine Schwellung des rechten Unterschenkels habe weder klinisch noch messtechnisch bestätigt werden können, ebenso keine Vergrößerung des rechten oberen und unteren Sprunggelenkes. Die Untersuchung habe in den Nachmittagsstunden des 15. Oktober 2018 stattgefunden und wie die Versicherte selber ausgeführt habe, nach entsprechender Anstrengung zum Erreichen des Gutachteninstitutes und längerem Sitzen sowohl im Wartezimmer als auch im Zuge der Exploration. Dennoch hätten keine signifikanten Schwellungen des rechten Beines oder rechten oberen oder unteren Sprunggelenkes verifiziert werden können. Insofern sei auch Punkt 5 des Schreibens vom 28. November 2018 der Beschwerdeführerin zu relativieren, wenn diese ausführe, dass der rechte Fuss bei längerem Sitzen anschwellen und sich rot-bläulich verfärbe. Hierzu habe sie ein Foto beigelegt. Der Unterzeichner habe auf diesem Foto die beschriebene Schwellung und Verfärbung nicht erkennen können, wie auch im Rahmen der Begutachtung eine Verfärbung oder Anschwellung nach längerem Sitzen nicht habe nachvollzogen werden können. Sodann sei bezüglich des Schreibens von Dr. F.____ vom 9. Dezember 2018 festzuhalten, dass ihm zuzustimmen sei, wenn hier eine gewisse Messungenauigkeit konstatiert werde. Daher würden die Bewegungsmessungen immer mehrfach hintereinander in der gleichen Untersuchungssituation durchgeführt, um hier entsprechende Messungenauigkeiten zu minimieren. Somit werde eine Messungenauigkeit bei einem entsprechend erfahrenen Gutachter (der Unterzeichner führe seit mehr als 25 Jahren Gutachten durch, in einer Gesamtanzahl von mittlerweile mehr als 7■500) sehr relativiert. Dr. med. F.____ stelle fest, dass die im Gutachten festgestellte Verbesserung der Beweglichkeit des rechten OSG falsch sei. Diese Aussage könne nur verwundern. Die wiederholten Messungen der Beweglichkeit des rechten oberen und unteren Sprunggelenkes hätten die im Messbogen des Gutachtens mitgeteilten Bewegungsauslenkungen ergeben, diese seien entsprechend im Gutachten kommentiert. Die Versicherte habe die Neutralstellung im rechten OSG problemlos erreicht. Die in der Vergangenheit beschriebene Spitzfussstellung sei nicht mehr vorhanden gewesen. Inwieweit Dr. med. F.____ nun im Rahmen einer persönlichen Untersuchung am 24. Juli 2018 eine Spitzfussstellung von 10° erhoben habe, könne nicht nachvollzogen werden. Definitiv bestehe bei der Beschwerdeführerin keine Spitzfussstellung mehr. Dr. med. F.____ habe in seinem Schreiben vom 9. Dezember 2018 weiterhin klargestellt, dass er selber motorische Fehlfunktionen nie habe beobachten können. Die Hauttrophik sei nie

seitendifferent aufgefallen. In diesem Zusammenhang sei ebenfalls auf das kritisierte Gutachten, speziell auf Seite 26 des Gutachtens, hinzuweisen, wenn dezidiert festgestellt werde, dass keine neurologische Störung und keine Hinweise für Blutumlaufstörungen vorhanden seien. Insgesamt bestünden unter Beachtung der IASP-Diagnosekriterien keine Hinweise für ein persistierendes CRPS. Keine Hyperalgesie, keine Allodynie, kein Schmerz bei Druck auf Gelenke, Knochen oder Muskeln. Keine Asymmetrie der Hauttemperatur, keine Veränderung der Hautfarbe. Keine Asymmetrie im Schwitzen, zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Ödembildung. Des Weiteren keine Dystonie, kein Tremor, keine Paresen im Sinne von Schwäche und keine Veränderungen von Haar- und Nagelwachstum der rechten unteren Extremität. Insofern sei die von Dr. med. F.____ wiederholt vorgetragene Diagnose eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms nicht nachzuvollziehen, insbesondere nicht, wenn er ausführe, dass ungewöhnlicherweise insgesamt vier Episoden eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms betreffend verschiedene Extremitäten seit 2001 bestanden hätten. Richtigerweise führe Dr. med. F.____ den Kontext massiver Schübe der Psoriasisarthritis an, eine entsprechende Diskussion dieser konkurrierenden Erkrankung erfolge jedoch bezüglich der Unfallursächlichkeit in seinem Schreiben nicht. Im letzten Absatz dieses Schreibens führe Dr. med. F.____ an, dass das komplexe regionale Schmerzsyndrom seit mehr als sechs Jahren chronifiziert mit stationärer Einsteifung des rechten Rückfusses und wechselhaft vasomotorischen Schwellungen verlaufe. Dies habe, wiederholend ausgeführt, anlässlich der in Rede stehenden Begutachtung jedoch nicht nachvollzogen werden können. Im Vordergrund stünden, wie Dr. med. F.____ im letzten Absatz seines Schreibens selber anführe, subjektiv beklagte Beschwerden und Beeinträchtigungen der Gehfunktion. Diese hätten jedoch anlässlich der vorliegenden Begutachtung nicht objektiviert und verifiziert werden können.

7. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das orthopädische Gutachten von Dr. med. D.____ vom 19. Oktober 2018, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist.

Das Gutachten von Dr. med. D.____ erfüllt grundsätzlich die Beweisanforderungen, welche die Rechtsprechung an ein Gutachten stellt. So ist dieses für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen des Experten begründet (BGE 125 V 352). Dr. med. D.____ zeigt in seinem Gutachten überzeugend auf, dass es seit der letzten Rentenverfügung bzw. der letzten Begutachtung durch Dr. med. B.____ vom 14. Dezember 2012 zu einer relevanten Verbesserung der unfallkausalen Beeinträchtigungen am rechten Bein gekommen ist. So habe sich die Muskulatur des rechten und linken Beines zwischenzeitlich nahezu vollständig angeglichen, was als Hinweis für eine verbesserte Belastungs- und Funktionsfähigkeit des rechten Beines gelte. Zudem sei die Beweglichkeit des rechten oberen Sprunggelenkes im Vergleich zum Vorgutachten verbessert, die Versicherte erreiche die Neutralstellung des rechten oberen Sprunggelenkes problemlos. Die zuvor beschriebene Spitzfussstellung sei nicht mehr vorhanden. Keine neurologische Störung. Keine Hinweise für Blutumlaufstörungen. Des Weiteren zeigt Dr. med. D.____ nachvollziehbar auf, dass unter Beachtung der IASP-Diagnosekriterien keine Hinweise für ein persistierendes CRPS mehr bestehen. Beim CRPS handelt es sich um eine zusammenfassende Bezeichnung für die Extremitäten

betreffende Krankheitsbilder, die sich nach einem schädigenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden Schmerz mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik gekennzeichnet sind. Das CRPS I (sympathische Algodystrophie, Sudeck-Syndrom; früher sympathische Reflexdystrophie) stellt eine Erkrankung der Extremität dar, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma und ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Es kommt am häufigsten nach distaler Radiusfraktur bei wiederholten Repositionsmanövern, einengenden Gipsverbänden und ohne nachvollziehbare Ursache vor. Das CRPS II (früher Kausalgie) bezeichnet brennende Schmerzen und Störungen des sympathischen Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion (häufig Hyperkompression). Klinische Symptome des CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) zusammen mit autonomen (Ödeme, Temperatur- und Schweißsekretionsstörung, eventuell trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum), sensiblen und motorischen Störungen. Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose und Funktionsverlust kommen. Das CRPS gehört zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen und stellt mithin einen organischen beziehungsweise körperlichen Gesundheitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts 8C_955/2008 vom 29. April 2009, E. 6 mit Hinweisen). Wie vorgehend festgehalten, ist gestützt auf die Ausführungen von Dr. med. D.____ das Vorliegen eines CRPS aus diagnostischer Sicht nicht (mehr) mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. So führte Dr. med. D.____ diesbezüglich aus, es bestünden keine Hyperalgesie, keine Allodynie, kein Schmerz bei Druck auf Gelenke, Knochen oder Muskeln. Keine Asymmetrie der Hauttemperatur, keine Veränderung der Hautfarbe. Keine Asymmetrie im Schwitzen, zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Ödembildung. Keine Dystonie, kein Tremor, keine Paresen im Sinne von Schwäche und keine Veränderungen von Haar- oder Nagelwachstum der rechten unteren Extremität. Damit erscheint es einleuchtend, wenn Dr. D.____ das Vorliegen eines CRPS I im Zeitpunkt der Begutachtung verneint. Sodann legt Dr. med. D.____ einleuchtend dar, dass die Schmerzen des rechten Kniegelenkes am ehesten als initiale, medial betonte Gonarthrose zu interpretieren und nicht ursächlich auf das in Rede stehende Ereignis vom 25. Oktober 2010 zurückzuführen seien. Dies zum einen, da seinerzeit sicher Verletzungen des Kniegelenkes hätten ausgeschlossen werden können, zum anderen seien schon im Rahmen der Berichterstattung über die Funktionseinschränkungen des rechten oberen Sprunggelenkes auch rezidivierende Gonalgien rechts mitgeteilt worden, die schon zu diesem Zeitpunkt als initiale Gonarthrose vermutet worden seien.

Schliesslich vermögen an der überzeugenden Befund- und Diagnoseerhebung von Dr. med. D.____ auch die vorgenannten Einwände von Dr. med. F.____ (s. E. II. 6.3.4 hiervor) nichts zu ändern. Wie Dr. med. D.____ hierzu in seiner Stellungnahme vom 27. Dezember 2018 überzeugend darlegt, sei er sich der von Dr. med. F.____ genannten Messungenauigkeiten durchaus bewusst. Daher würden die Bewegungsmessungen immer mehrfach hintereinander in der gleichen Untersuchungssituation durchgeführt, um hier entsprechende Messungenauigkeiten zu minimieren. Somit werde eine Messungenauigkeit bei einem entsprechend erfahrenen Gutachter (der Unterzeichner führe seit mehr als 25 Jahren Gutachten durch in einer Gesamtanzahl von mittlerweile mehr als 7■500) sehr relativiert. Wie sodann bereits dargelegt, vermochte Dr. med. D.____ ■ entgegen der Diagnosestellung von Dr. med. F.____ ■ ein CRPS unter Prüfung der bekannten IASP-Diagnosekriterien wohlbegründet zu verneinen. Des Weiteren ist anzufügen, dass es die unterschiedliche

Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1). Dies ist vorliegend zu verneinen. Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. F. ___ zwar selbst als Gutachter tätig ist, gegenüber der Beschwerdeführerin aber einzig einen Behandlungsauftrag hat. Somit ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, dass ein behandelnder Arzt mitunter im Hinblick auf seine auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten seiner Patienten aussagt (BGE 135 V 465 E. 4.5). Demnach kann schon aus diesem Grund nicht gesagt werden, das Gutachten von Dr. med. D. ___ und die Arztberichte von Dr. med. F. ___ seien gleichwertig und es sei deshalb ein Obergutachten notwendig. Gestützt auf das vorliegende Beweisresultat ist es denn auch nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin kein weiteres Gutachten eingeholt hat, wie von der Beschwerdeführerin verlangt wurde. Es liegt somit weder eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes noch des rechtlichen Gehörs vor. Schliesslich vermag im Lichte der beweiswertigen Befunderhebung und Diagnosestellung von Dr. med. D. ___ auch dessen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen, wonach der Beschwerdeführerin nur leichte Tätigkeiten möglich seien, überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit der eigenen gewählten Positionswechsel. Keine Leitertätigkeiten, keine Zwangshaltung für die unteren Extremitäten. Für solche Tätigkeiten bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

8.

8.1 Für die Ermittlung des Einkommens, welches die versicherte Person ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was sie im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Da die Beschwerdeführerin ihre letzte Tätigkeit als Serviceangestellte aus gesundheitlichen Gründen hat aufgeben müssen, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf den dort zuletzt erzielten Lohn abgestellt und diesen auf das Jahr 2018 aufgerechnet, was ein Valideneinkommen von CHF 52'477.61 ergibt (vgl. Verfügung vom 11. Januar 2019; SA 196). Dies wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten.

8.2 Ebenfalls nicht bestritten und auch nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin ■ da die Beschwerdeführerin aktuell keiner Erwerbstätigkeit in dem ihr zumutbaren Pensum nachgeht ■ das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE-Tabellen des Bundesamtes für Statistik, Tabelle TA 1, 2016, Frauen, Total, Kompetenzniveau 1 errechnet und diesen Betrag auf die branchenüblichen Wochenstunden und die Teuerung bis zum Jahr 2018 aufgerechnet hat. Dies ergibt (unter Vorbehalt eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn; vgl. E. II. 8.2.1 hiernach) ein Invalideneinkommen von CHF 55'018.64 (vgl. Verfügung vom 11. Januar 2019; SA 196).

8.2.1 Des Weiteren ist es praxisgemäss zulässig, vom nach Tabellenwerten ermittelten Durchschnittslohn Abzüge von bis zu 25 % vorzunehmen, um besonderen beruflichen oder persönlichen Umständen einer versicherten Person wie leidensbedingte Einschränkung, Alter, Nationalität oder Beschäftigungsgrad Rechnung zu tragen, welche sich

erfahrungsgemäss auf die Lohnhöhe auswirken können (BGE 126 V 75 E. 5a/cc und 5b). Was die Höhe des Abzugs angeht, so ist nicht für jedes in Betracht fallende Merkmal separat eine Reduktion vorzunehmen, weil damit Wechselwirkungen ausgeblendet würden; vielmehr ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Bei der Gewährung oder Verweigerung des Abzugs handelt es sich um eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72; Urteil des Bundesgerichts 9C_199/2013 vom 4. Februar 2014 E. 3.4.2). Anders als bei der Bemessung eines gewährten Abzugs ist das Gericht daher nicht gehalten, bei seiner Überprüfung eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen.

Der Beschwerdeführerin ist eine angepasste Tätigkeit in einem Vollzeitpensum zumutbar, weshalb wegen Teilzeittätigkeit kein Abzug vorzunehmen ist. Ebenso gebietet das Alter der Beschwerdeführerin keinen Abzug. So wäre das Alter im Zusammenhang mit dem Leidensabzug nur soweit zu berücksichtigen, als es die Erwerbsaussichten in Verbindung mit dem versicherten Gesundheitsschaden zusätzlich schmälert. Dies geht auch aus der Unterteilung der LSE-Tabelle TA17 in drei Kategorien (bis 29 Jahre/30 bis 49 Jahre/50 Jahre und älter) mit je steigenden Verdienstmöglichkeiten hervor. Denn wäre statistisch tatsächlich eine Tendenz zu erkennen, dass ■ gesunde ■ Mitarbeiter kurz vor dem Pensionsalter eine Lohneinbusse in Kauf nehmen müssten, so hätte das Bundesamt für Statistik für diese Erscheinung eine weitere Kategorie bilden müssen. Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor grundsätzlich unberücksichtigt bleiben (Urteile des Bundesgerichts 8C_312/2017 vom 22. November 2017 E. 3.3.2; 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3). Hingegen wäre vorliegend gestützt auf das gutachterlich statuierte Leistungsprofil aufgrund der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung ein Abzug von 5 ■ 10 % gerechtfertigt gewesen. Einen solchen hat die Beschwerdegegnerin jedoch nicht vorgenommen. Die genaue Bezifferung eines leidensbedingten Abzuges kann aber offen bleiben, da selbst bei der Vornahme eines Abzuges von 10 % kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad von mindestens 10 % resultieren würde.

9. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf Zusprechung einer Parteientschädigung.

Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Isch

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.