

# **SO\_GERICHTE VSBES.2016.135 vom 8. April 2016**

SO Obergericht, 2016-04-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.135](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.135)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.135 du 8 avril 2016

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.135 del 8 aprile 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Der 1981 geborene A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer) war seit 14. Juni 1999 als Lagerangestellter bei der [...] (nachfolgend: Arbeitgeberin), angestellt und aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva, nachfolgend: Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Am 24. März 2000 meldete die Arbeitgeberin, der Versicherte habe am 17. März 2000 einen Verkehrsunfall erlitten (Suva-Aktenbeleg [Suva-]Nr. 1). Vom 18. bis 27. März 2000 wurde der Beschwerdeführer im Universitätsspital [...], Klinik für Unfallchirurgie, mehrfach operiert (Suva-Nr. 4). Der am 27. April 2000 verfasste Bericht der Chirurgischen Klinik des Kantonsspitals [...], in dem der Beschwerdeführer vom 7. bis 20. April 2000 hospitalisiert war, nennt als Diagnose ein Polytrauma vom 18. März 2000 mit zweitgradig offener Femurfraktur links, geschlossener Femurfraktur rechts, Os ilium-Fraktur links, vorderer Pfeilerfraktur Azetabulum rechts, unterer Schambeinastfraktur rechts, Metatarsale-Frakturen I-IV links, Schädelhirntrauma mit Subarachnoidalblutung hochparietal links, Nasenbeinfraktur, Milz- und Leberkontusion, Thorax-kontusion, LWS-Kontusion mit Processus transversus Fraktur L4/L5 rechts sowie Klavikulafraktur links (Suva-Nr. 3).

1.2 Vom 20. April bis 21. Juni 2000 (Suva-Nr. 6 f.) und erneut vom 3. Januar bis 16. Februar 2001 (Suva-Nr. 29 - 31, 34 f.) hielt sich der Beschwerdeführer zur Behandlung in der Rehaklinik [...] auf. In der Folge liess die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer durch die Kreisärzte Dr. med. B.\_\_\_\_ und Dr. med. C.\_\_\_\_ (Stellvertreter) untersuchen (vgl. Suva-Nr. 41, 51, 79 f., 96). Weiter nahm sie Berichte von Dr. med. D.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zu den Akten (Suva-Nr. 50, 71, 108).

1.3 Die Invalidenversicherungs-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: IV-Stelle) sprach dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 5. März 2003 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 70 % rückwirkend ab 1. März 2001 eine ganze Rente zu (Suva-Nr. 89).

1.4 Mit Verfügung vom 31. Oktober 2003 (Suva-Nr. 114) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab 1. November 2003 eine Invalidenrente entsprechend einem Invaliditätsgrad von 90 % zu.

### **E. 2**

2.1 Am 11. März 2009 informierte die IV-Stelle die Beschwerdegegnerin darüber, dass sie eine polydisziplinäre Begutachtung (internistisch/allgemeinmedizinisch, psychiatrisch und orthopädisch) des Beschwerdeführers durch die Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ veranlassen werde (Suva-Nr. 133). Das Gutachten wurde am 3. Juni 2009 erstattet (Suva-Nr. 137, S. 3 ff.). Am 29. Juni 2009 beantwortete die Begutachtungsstelle in zwei Sätzen eine Rückfrage

der IV-Stelle (IV-Stelle Akten [IV-]Nr. 57). Die Gutachter gelangten zum Ergebnis, der Beschwerdeführer sei in der angestammten sowie in anderen körperlich mittelschweren bis schweren Tätigkeiten bleibend vollständig arbeitsunfähig; hingegen bestehe für körperlich leichte, wechselbelastende und aus orthopädischer Sicht adaptierte Tätigkeiten eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

2.2 Am 17. Juli 2009 erliess die IV-Stelle einen Vorbescheid, worin sie dem Versicherten aufgrund eines neu ermittelten Invaliditätsgrades von nurmehr 10 % die Einstellung der bisher gewährten Invalidenrente in Aussicht stellte (IV-Nr. 58). Der Versicherte liess Einwände erheben (IV-Nr. 64) und ein in seinem Auftrag erstattetes Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, [...], vom 28. Januar 2010 (IV-Nr. 67, S. 5 ff.) einreichen.

2.3 Die IV-Stelle veranlasste daraufhin ein polydisziplinäres (internistisch/allgemeinmedizinisch, psychiatrisch, rheumatologisch und neurologisch) Verlaufsgutachten bei der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ welches am 18. Oktober 2011 erstattet wurde (Suva-Nr. 142, S. 4 ff.). Eine Rückfrage der IV-Stelle beantwortete die Begutachtungsstelle am 31. Januar 2012 (Suva-Nr. 142, S. 1).

2.4 Mit Verfügung vom 8. Mai 2012 hob die IV-Stelle die dem Beschwerdeführer bis dahin ausgerichtete ganze Rente mit Wirkung auf 30. Juni 2012 auf (Suva-Nr. 145). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) mit Urteil vom 25. März 2014 (VSBES.2012.165) ab. Während des kantonalen Beschwerdeverfahrens hatte der Beschwerdeführer eine ergänzende Stellungnahme des von ihm beigezogenen Gutachters Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 4. September 2012 eingereicht (IV-Nr. 111, S. 4 ff.). Der Beschwerdeführer liess den Entscheid des Versicherungsgerichts beim Bundesgericht anfechten, das die Beschwerde mit Urteil vom 19. September 2014 (9C\_312/2014) abwies.

### **E. 3**

3.1 Mit Verfügung vom 11. März 2015 (Suva-Nr. 165) setzte die Beschwerdegegnerin die Invalidenrente des Beschwerdeführers rückwirkend ab 1. Juli 2012 von 90 % auf 27 % herab. Gleichzeitig forderte sie einen Betrag von CHF 55'229.60 zurück.

3.2 Am 10. April 2015 liess der Beschwerdeführer gegen die Verfügung vom 11. März 2015 Einsprache erheben (Suva-Nr. 173). Er beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben, und ihm sei über den 1. Juli 2012 hinaus eine UVG-Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrads von 90 % zu entrichten.

3.3 Mit Einspracheentscheid vom 8. April 2016 (Aktenseiten [A.S.] 1 ff.) hiess die Beschwerdegegnerin die Einsprache insofern teilweise gut, als sie auf die Rückforderung von CHF 55'229.60 verzichtete. Im Übrigen wurde die Einsprache abgewiesen.

### **E. 4**

4.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad 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). Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt, in welchem die Rente rechtskräftig gewährt bzw. materiell bestätigt worden ist, mit dem Sachverhalt im Zeitpunkt der Neu beurteilung (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 350 f.).

4.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). 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 (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_1025/2008 vom 19. Januar 2009, E. 1.1, mit Hinweisen). Für das Vorliegen einer erheblichen Sachverhaltsänderung genügt es nicht, dass der bereits bekannte, im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung gegebene Sachverhalt anders bewertet wird und daraus andere Schlussfolgerungen gezogen werden als im früheren Verfahren. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben; eine einfache Neubeurteilung nach besserem Wissen ist nicht zulässig (Urteil des Bundesgerichts 8C\_294/2010 vom 30. August 2010, E. 3.1, mit Hinweisen).

## **E. 5**

5.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

5.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

5.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 353 E. 3b bb). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 39 E. 7.2.2 S. 110 f.).

5.4 In Revisionsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die von einer früheren abweichenden ärztlichen Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts 9C\_374/2013 vom 12. November 2013 E. 2).

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die dem Beschwerdeführer mit der Verfügung vom 31. Oktober 2003 zugesprochene Rente von 90 % zu Recht mit Wirkung auf 1. Juli 2012 respektive 1. Februar 2015 (vgl. E. II. 2 hiervor) auf eine solche von 27 % herabgesetzt hat; dies beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts bei Erlass der Verfügung vom 31. Oktober 2003 im Zeitpunkt der Herabsetzung per 1. Juli 2012 respektive der tatsächlichen Herabsetzung per 31. Januar 2015. Zur Diskussion steht eine Veränderung im Sinne einer Verbesserung des Gesundheitszustands.

6.1 Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, sein Gesundheitszustand habe sich seit dem Erlass der Verfügung vom 31. Oktober 2003 nicht verändert. Es liege somit kein Revisionsgrund vor. Zudem wäre die Revision erst per 1. April 2015 zulässig, und dies nur in dem durch die IV-Stelle vorgenommenen Mass.

Er sei am 18. März 2000 Opfer eines schweren Autounfalls mit mehrmonatiger Hospitalisation und mehrfachen Operationen geworden. Im Frühjahr 2001 sei er in der Rehaklinik [...] neurologisch, neuropsychologisch und psychosomatisch abgeklärt worden. Im Austrittsbericht vom 3. April 2001 seien somatische, aber keine psychiatrischen Diagnosen gestellt worden. Dem Bericht könne entnommen werden, dass man die

Schmerzen als somatisch erklärbar angesehen habe. Der Kreisarzt Dr. med. B.\_\_\_\_ habe am 11. September 2001 erklärt, aus somatischer Sicht bestehe keine Behandlungsmöglichkeit mehr, aber eine psychiatrische Behandlung angeregt. Diese Behandlung sei in der Folge bei Dr. med. D.\_\_\_\_ durchgeführt worden; dieser habe im Bericht vom 31. Oktober 2002 festgehalten, es habe sich in psychiatrischer Hinsicht eine Besserung eingestellt, und sinngemäss weiter erklärt, die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund weiterer Operationen, die zur Verstärkung der Schmerzen geführt hätten, und der somatischen Befunde auf dem gleichen Niveau von 25 - 30 % geblieben. Der Kreisarzt habe nach der Abschlussuntersuchung vom 27. Januar 2003 den Fallabschluss empfohlen. Dabei habe er die Arbeitsfähigkeit nicht beziffert, aber einen Integritätsschaden von 30 % angenommen: 10 % aufgrund der kognitiven Defizite, 10 % aufgrund des chronischen thorako-lumbalen Syndroms und 10 % aufgrund der chronischen Coxalgie mit funktionellen Beschwerden beider Oberschenkel. Die Beschwerden seien insgesamt als erklärbar betrachtet worden. Die Beschwerdegegnerin habe vor dem Fallabschluss noch den Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2003 eingeholt. Anschliessend habe sie dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 31. Oktober 2003 eine Rente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 90 % und eine Integritätsentschädigung nach Massgabe eines Integritätsschadens von 30 % zugesprochen. Die Rente sei aufgrund der somatischen Unfallfolgen zugesprochen worden, einerseits aufgrund der somatisch bedingten Funktionseinschränkungen, andererseits aufgrund des somatisch bedingten Schmerzbildes, nicht aufgrund eines psychiatrischen Leidens; dies sei auch und gerade daraus ersichtlich, dass in der Verfügung der Beschwerdegegnerin kein einziges Wort zur sogenannten Psycho-Adäquanz verloren werde. Da die Beschwerdegegnerin die Rente aufgrund der somatischen Beschwerden und Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers zugesprochen habe, verbiete sich eine Rentenrevision aufgrund einer angeblichen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands; dieser sei nicht Gegenstand der ursprünglichen Rentenzusprache gewesen und könne entsprechend nicht zu einer Revision der Rente führen. Die beiden Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ vermöchten keine Besserung in somatischer Hinsicht zu attestieren; dies gelte sowohl für das erste Gutachten vom 3. Juni 2009 mit dem Zusatz vom 29. Juni 2009 als auch für das zweite Gutachten vom 18. Oktober 2011 mit dem Zusatz vom 31. Januar 2012. Die Gutachter hätten bezogen auf die somatischen Gebrechen lediglich andere (falsche) Schlüsse gezogen. In somatischer Hinsicht präsentiere sich der Status nach Polytrauma als im Wesentlichen stationär. Der Privatgutachter Dr. med. F.\_\_\_\_ erachte den Beschwerdeführer in orthopädischer Hinsicht als zu maximal 25 % restarbeitsfähig in Verweistätigkeiten, dies in Übereinstimmung mit der ursprünglichen Verfügung der Beschwerdegegnerin. Auch in der Verfügung der IV-Stelle vom 8. Mai 2012 werde festgehalten, dass sich der Gesundheitszustand in somatischer (orthopädischer) Hinsicht nicht verändert habe. Weiter seien die Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ inhaltlich unzutreffend, enthielten innere Widersprüche und lägen zeitlich zu lange zurück, um massgebend sein zu können.

Wenn im IV-Verfahren ein Revisionsgrund bejaht worden sei, lasse sich dies nicht auf die Unfallversicherung übertragen. Während im IV-Verfahren die psychische Problematik einbezogen worden sei, sei im UVG-Verfahren eine Veränderung der psychischen Problematik ohne Belang, da die Rente aus somatischen Gründen zugesprochen worden sei. Zudem sei die ursprüngliche Verfügung im IV-Verfahren bereits am 5. März 2003 ergangen, jene im UV-Verfahren dagegen erst am 31. Oktober 2003. Im IV-Verfahren hätten Versicherungsgericht und Bundesgericht den Zeitpunkt des Abschlusses der

Behandlung bei Dr. med. D.\_\_\_\_ im Juli 2003 als entscheidend angesehen und angenommen, bis zu diesem Zeitpunkt hätten noch psychische Beeinträchtigungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestanden. Die rentenzusprechende Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 31. Oktober 2003 sei jedoch erst nach dem Abschluss der Behandlung bei Dr. med. D.\_\_\_\_ ergangen. Zum Zeitpunkt der Verfügung vom 31. Oktober 2003 seien die psychischen Beschwerden, selbst wenn man den Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ und den gerichtlichen Beurteilungen im IV-Verfahren folge, als mindestens derart remittiert zu betrachten, dass sie sich nicht mehr auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt hätten. Entsprechend sei, selbst wenn man die psychische Problematik einbeziehe, im UVG-Verfahren hierin kein Revisionsgrund zu erblicken. Es liege an der Beschwerdegegnerin zu beweisen, dass nach Massgabe der Aktenlage zum Zeitpunkt der Verfügung vom 31. Oktober 2003 noch von einem psychischen Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen gewesen sei.

Da sich der tatsächlich erzielte Verdienst per 1. Januar 2016 auf CHF 1■335.00 pro Monat erhöht habe, ergebe sich ab diesem Zeitpunkt noch ein Invaliditätsgrad von 73 %. Er habe dementsprechend Anspruch auf die bisherige Rente von 90 % bis Ende 2015 und auf eine Rente von 73 % ab 1. Januar 2016. Selbst wenn man (fälschlicherweise) davon ausgehe, dass die Voraussetzungen für eine Rentenrevision aufgrund einer Verbesserung des Gesundheitszustands erfüllt seien, würde sich ein rückwirkendes Einstellen von Leistungen in jedem Fall verbieten und die Herabsetzung der Rente wäre frühestens ab 1. April 2015 zulässig. Die Renten für Februar und März 2015 wären also nachzuzahlen. Schliesslich sei es unzulässig, dass die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad auf 27 %, abweichend vom im IV-Verfahren ermittelten Invaliditätsgrad von 30 %, festgesetzt habe. Selbst im Fall einer ■ bestrittenen ■ Rentenherabsetzung habe er daher Anspruch auf eine Rente von 30 %.

6.2 Die Beschwerdegegnerin lässt ausführen, die dem Beschwerdeführer mit der Verfügung vom 31. Oktober 2003 zugesprochene Invalidenrente von 90 % sei nicht lediglich für die somatischen Unfallfolgen ausgerichtet worden; letzteres wäre aufgrund der verbliebenen Unfallverletzungen a priori undenkbar gewesen, zumal dem Beschwerdeführer in organischer Hinsicht eine leidensangepasste Tätigkeit ganztags wieder zumutbar gewesen sei. Auch Dr. med. D.\_\_\_\_ habe damals erklärt, die Arbeitsfähigkeit sei in Anbetracht der psychischen und somatischen Störungen auf 30 % in einer leichteren Tätigkeit reduziert. Damit sei offensichtlich, dass die Rentenzusprache nicht bloss gestützt auf die somatischen, sondern primär wegen der psychischen Beeinträchtigung erfolgt sei. Die Beweiskraft der Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ sei auch unter Berücksichtigung des zeitlichen Abstands zu bejahen, zumal keine erneute Verschlechterung geltend gemacht werde. Aus dem Gutachten vom 18. Oktober 2011 gehe auch hervor, dass es in der Zwischenzeit zu einer Verbesserung gekommen sei und die ursprüngliche Rentenzusprechung auf der Annahme einer dem psychiatrischen Fachgebiet zuzuordnenden Arbeitsunfähigkeit beruht habe. Der zeitliche Unterschied zwischen der IV-Verfügung vom 5. März 2003 und der UV-Verfügung vom 31. Oktober 2003 sei irrelevant. Die Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. med. D.\_\_\_\_ habe im Zeitpunkt der Suva-Verfügung immer noch gegolten, ansonsten dem Beschwerdeführer nicht ein derart hoher Invaliditätsgrad attestiert worden wäre. Für den Einkommensvergleich relevant sei das Jahr 2012. Der Einkommensvergleich mit den Werten der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012 ergebe einen

Invaliditätsgrad von 27 % ab 2012. Die rückwirkende Rentenreduktion sei zulässig.

7. Beim Erlass der Verfügung vom 31. Oktober 2003 lagen der Beschwerdegegnerin insbesondere die folgenden Informationen und Unterlagen vor:

7.1 Beim Verkehrsunfall vom 18. März 2000 zog sich der Beschwerdeführer mehrere Verletzungen zu. Der Bericht des Kantonsspitals [...], Chirurgische Klinik, vom 27. April 2000 (Suva-Nr. 3) nennt folgende Diagnosen: Zweitgradig offene Femurfraktur links; geschlossene Femurfraktur rechts; Os ilium-Fraktur links; vordere Pfeilerfraktur Azetabulum rechts; untere Schambeinastfraktur rechts; Metatarsalefrakturen I-IV links; Schädelhirntrauma mit Subarachnoidalblutung hochparietal links; Nasenbeinfraktur; Milz- und Leberkontusion; Thoraxkontusion; LWS-Kontusion mit Processus transversus-Fraktur L4/L5 rechts; Klavikulafraktur links. Vom Unfalltag bis 27. März 2000 wurde der Beschwerdeführer im Universitätsspital [...], Klinik für Unfallchirurgie, mehrfach im Bereich der Hüfte / des Beckens operiert (vgl. Suva-Nr. 4).

7.2 Der Beschwerdeführer hielt sich vom 20. April bis 21. Juni 2000 in der Rehaklinik [...] auf (Suva-Nr. 7). Arbeitsversuche scheiterten (vgl. Suva-Nr. 9, 16). Nach einer Untersuchung vom 24. Oktober 2000 erklärte Dr. med. G.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, der Beschwerdeführer sei aufgrund der aktuellen Gesamtsituation arbeitsunfähig, und regte einen erneuten stationären Aufenthalt in der Rehaklinik an (Bericht vom 27. November 2000, Suva-Nr. 18); dieser wurde in der Folge durchgeführt und dauerte vom 3. Januar bis 16. Februar 2001. Im Austrittsbericht vom 3. April 2001 (Suva-Nr. 35) hielten die Ärzte der Klinik fest, es bestünden noch belastungsabhängige Schmerzen betont im Bereich linker Oberschenkel, lumbal und im linken Fuss, welche als Folgen des Unfalls interpretiert würden. Zur Abklärung der lumbalen Rückenschmerzen sei ein MRI der LWS durchgeführt worden. Der MRI-Befund habe eine leichte Chondrose und eine kleine paramediane linksseitige Diskusprotrusion auf Höhe Th10/11 gezeigt. Eine gröbere Pathologie im Bereich der LWS habe jedoch ausgeschlossen werden können. Im Bereich der Hüften hätten sich radiologisch keine Korrelate für die Schmerzen des Patienten gefunden. Die durchgeführte Skelettszintigraphie vom 13. Februar 2001 ergebe als Beurteilung weitgehend fortgeschrittene Frakturheilungen, im Becken praktisch abgeschlossen und im Bereich der Femurknochen mit einer ausgesprochenen Kallusbildung. Die Situation im Bereich des rechten Schenkelhalses mit einer auffallenden Spikulabildung im Sinne einer möglichen Reossitis ossificans sollte weiter beobachtet werden. Die ihm angebotene psychosomatische Hilfestellung habe der Patient nicht wahrnehmen wollen, so dass keine umfassende psychosomatische Beurteilung abgegeben werden könne. Im Gespräch hätten sich Anhaltspunkte für eine Anpassungsstörung gefunden. Während des Aufenthalts in Bellikon wurden ein psychosomatisches Konsilium vom 23. Januar 2001 (Suva-Nr. 29), ein neurologisches Konsilium vom 24. Januar 2001 (Suva-Nr. 31, mit Empfehlung einer neuropsychologischen Abklärung) sowie ein neuropsychologischer Bericht vom 2. Februar 2001 (Suva-Nr. 30) eingeholt; letzterer ergab eine minimale bis leichte Störung nach traumatischer Hirnverletzung, wahrscheinlich ohne gravierende Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit bei zusätzlich bestehender Schmerzproblematik. Zum Leistungsvermögen des Patienten wird im Austrittsbericht vom 3. April 2001 (Suva-Nr. 35) ausgeführt, der Beschwerdeführer sei in seiner Gehstrecke und Gehdauer auf ebenem Grund noch mässiggradig eingeschränkt. Es bestünden Einschränkungen für den Gang in unebenem Gelände sowie für repetitives Treppen- und Leiternsteigen. Längerdauerndes Sitzen sei aktuell noch eingeschränkt. Vorzugsweise sollte

der Beschwerdeführer eine wechselbelastende Tätigkeit ausführen. Das Heben und Tragen von Gewichten über 10 kg sollte aktuell noch vermieden werden.

7.3 Der Kreisarzt Dr. med. B.\_\_\_\_ sah nach der Untersuchung vom 11. September 2001 aus somatischer Sicht keine Behandlungsmöglichkeit mehr, empfahl aber eine psychiatrische Beurteilung (Suva-Nr. 41). Der Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ überwies den Beschwerdeführer daraufhin am 24. September 2001 (Suva-Nr. 42) an Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...].

7.4 Dr. med. D.\_\_\_\_, der den Beschwerdeführer ab 23. November 2001 ambulant behandelte, berichtete am 8. April 2002 (Suva-Nr. 50) über eine permanent bedrückt-depressive, resignative Stimmungslage. Die Emotionalität sei verunsichert, verängstigt, ratlos. Der Beschwerdeführer fühle sich minderwertig, da er nicht wie ein normaler 20-Jähriger auftreten könne. Er könne sich nicht frei bewegen, da er Schmerzen spüre. Er empfinde seinen Invaliden-Status als Kränkung seines Selbstwertgefühls und habe Angst vor der Zukunft. Nachts könne er wegen der Schmerzen nicht schlafen, habe auch häufig Alpträume, in denen er von einem roten Auto gerammt und schwer verletzt werde. Er könne sich nicht richtig freuen und habe immer wieder an Selbstmord gedacht. Der Unfall habe sein Leben verändert. Er ziehe sich immer mehr zurück. Der Patient habe bisher in der Behandlung mitgemacht und offen über seine Schwierigkeiten gesprochen, insbesondere über die Situationen am Arbeitsplatz, wo er oft nicht Nein sagen könne und sich deshalb oft zu Arbeiten verleiten lasse, die ihn dann körperlich überforderten. Im Durchschnitt halte er es dort zirka zwei Stunden täglich aus, je nach Befindlichkeit. Die anamnestischen Daten und das aktuelle somatische und psychopathologische Zustandsbild begründeten die Diagnosestellung einer ausgeprägten Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10: F43.25). Die Arbeitsfähigkeit betrage zirka 25 - 30 %. Die Weiterführung der Therapie könnte dazu beitragen, vorhandene Ressourcen zu stabilisieren und schwere depressive Einbrüche mit akuter Suizidalität rechtzeitig aufzufangen.

7.5 Der Kreisarzt Dr. med. B.\_\_\_\_ führte am 10. April 2002 aus, aufgrund des Berichts von Dr. med. D.\_\_\_\_ bestehe noch eine Behandlungsoption. In der Hoffnung, dass sich der Zustand noch etwas stabilisieren könnte, bitte er deshalb darum, eine Psychotherapie zu veranlassen und dann vom Psychiater in sechs Monaten einen neuen Verlaufsbericht zu verlangen. Zur gleichen Zeit wäre dann auch eine neue Leistungsprüfung durchzuführen. Falls durch die psychiatrische Behandlung bis in sechs Monaten keine wesentliche Leistungssteigerung resultieren sollte, müsste der Fall, so Dr. med. B.\_\_\_\_ weiter, wahrscheinlich doch mit einer Rente von zirka 60 - 70 % abgeschlossen werden (Suva-Nr. 51).

7.6 Die Arbeitgeberin erklärte am 3. Juli 2002 gegenüber der Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer sei theoretisch 4,1 Stunden pro Tag tätig, habe aber extreme Schwankungen. Man sei deshalb einverstanden, dass die Suva ab 15. März 2001 im Durchschnitt von einer Arbeitsunfähigkeit von 70 % ausgehe. Es werde darauf hingewiesen, dass man den jetzigen Arbeitsplatz extra für den Beschwerdeführer eingerichtet habe; dies sei aber nur kurzfristig möglich. Mittel- und langfristig sehe man für den Beschwerdeführer keine Einsatzmöglichkeit mehr (Suva-Nr. 64).

7.7 In seinem kurzen Bericht vom 31. Oktober 2002 (Suva-Nr. 71) führte Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, der Verlauf seit dem Bericht vom 8. April 2002 habe sich wechselhaft gestaltet, geprägt

durch die starke Schmerzproblematik und die damit verbundene schwere depressive Verstimmung. Die Arbeitsfähigkeit sei im Durchschnitt auf dem gleichen Niveau von 25 - 30 % geblieben.

7.8 Der Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. C.\_\_\_\_ diagnostizierte im Anschluss an die ärztliche Abschlussuntersuchung vom 27. Januar 2003 (Suva-Nr. 79) eine minime bis leichte Hirnfunktionsstörung, ein chronisches thoraco-lumbales Syndrom ohne radikuläre Zeichen, eine chronische Coxalgie rechts sowie funktionelle Beschwerden beider Oberschenkel. In der Beurteilung führte Dr. med. C.\_\_\_\_ aus, es bestehe ein minimales bis leichtes neuropsychologisches Syndrom mit Gedächtnisstörungen, leicht eingeschränkter intellektueller Leistungsfähigkeit, leichten sprachlichen Informationserfassungsspannen und einer leichten Störung beim Rechnen. Der Patient habe ein chronisches thoraco-lumbales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Zeichen, eine chronische Coxalgie rechts und funktionelle Beschwerden beider Oberschenkel. Diese Beschwerden seien von der Unfallpathologie her erklärbar. Der Versicherte könne manchmal Gewichte bis 5 kg, gelegentlich solche bis 10 kg, aber nicht über 10 kg bis zur Hüfthöhe heben und tragen. Er könne gelegentlich Gewichte bis 5 kg bis zur Brusthöhe heben. Präzisions- und Montagearbeiten könne er oft, mittelschwere manuelle Arbeiten könne er manchmal, schwere manuelle Arbeiten könne er nicht verrichten. Er könne gelegentlich Arbeiten über dem Kopf durchführen, er könne manchmal in sitzender Stellung und manchmal im Stehen vornübergebeugt arbeiten. Er könne nur noch gelegentlich auf den Knien, resp. mit gebeugten Knien arbeiten. Er könne manchmal eine lange sitzende Stellung und oft eine stehende Stellung einnehmen. Er könne sehr oft bis 50 Meter, oft über 50 Meter und manchmal auch längere Strecken gehen. Er könne manchmal auf unebenem Gelände gehen. Er könne gelegentlich Treppen hinauf- und hinuntergehen und selten auch auf Leitern steigen. Auf Nachfrage der Suva-Administration (Suva-Nr. 95) präziserte der Kreisarzt Dr. med. B.\_\_\_\_ die Abschlussbeurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_ am 7. April 2003 dahingehend, dass die Arbeitszeit unter Berücksichtigung der beschriebenen Schonkriterien nicht zu reduzieren sei (Suva-Nr. 96).

7.9 Am 16. Juni 2003 wandte sich die Beschwerdegegnerin an den behandelnden Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_ mit der Frage, ob von einer weiteren psychiatrischen Behandlung noch eine Verbesserung des Zustands zu erwarten sei. Dr. med. D.\_\_\_\_ antwortete am 10. Juli 2003, durch die Fortsetzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung habe das fragile gesundheitliche Gleichgewicht wiederhergestellt werden können. Die quälenden Albträume hätten an Häufigkeit abgenommen. Seit einigen Wochen hätten keine weiteren Veränderungen mehr erzielt werden können, so dass er sich zum vorläufigen Behandlungsabschluss per 9. Juli 2003 entschlossen habe. Der Beschwerdeführer könne in Anbetracht der psychischen und somatischen Störungen eine leichtere Tätigkeit ausüben, in einem leistungsmässigen Umfang von 30 %. Eine ganztägige Arbeit, allenfalls mit zeitlichen Einbussen, könne von medizinisch-psychiatrischer Sicht her nicht befürwortet werden (Suva-Nr. 108).

7.10 Mit Verfügung vom 31. Oktober 2003 (Suva-Nr. 114) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab 1. November 2003 eine Invalidenrente entsprechend einem Invaliditätsgrad von 90 % zu. Der Invaliditätsgrad wurde durch Vergleich des tatsächlich erzielten Jahresverdienstes von CHF 5'460.00 (13 x CHF 420.00, vgl. Arbeitsvertrag vom 26. Februar 2003 [Suva-Nr. 90]) mit dem mutmasslich entgangenen Lohn ohne Unfall von CHF 52'000.00 (13 x CHF 4'000.00, vgl. Angaben der

Arbeitgeberin vom 26. März 2003 [Suva-Nr. 93]) ermittelt.

8. Über den weiteren Verlauf enthalten die Akten insbesondere die folgenden Angaben:

8.1 Der Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ erklärte am 8. Juni 2006 (Suva-Nr. 129), der Beschwerdeführer arbeite wenige Stunden (etwa zwei pro Tag) bei seinem früheren Arbeitgeber. Mehr könne er nicht leisten. Er beklage tägliche Schmerzen an beiden Oberschenkeln, und er könne sich nicht lange auf den Beinen halten. Klinisch und radiologisch (vgl. Suva-Nr. 130) zeige sich ein stabiler Zustand. Die massiven Verkalkungen um die rechte Hüfte hinderten die Beweglichkeit erstaunlich wenig. Vom linken Fuss her habe der Beschwerdeführer kaum Beschwerden, wenig Schmerzen. Die Hyposensibilität der Zehe II störe ihn dort noch am meisten. Therapeutisch komme der Beschwerdeführer nur noch selten bei ihm, Dr. med. H.\_\_\_\_, vorbei. Er benötige zurzeit keine Physiotherapie.

8.2 Im Auftrag der IV-Stelle verfasste die Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ am 3. Juni 2009 ein interdisziplinäres (internistisch/allgemeinmedizinisch, psychiatrisch, orthopädisch) Gutachten (Suva-Nr. 41.2). Die Experten nennen folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Chronische bilaterale Hüft- und Oberschenkelschmerzen (ICD-10 M79.65)

- Status nach offener Reposition mit Schrauben- und Plattenosteosynthese am 20. März 2000 bei Beckenringfraktur Typ C mit iliosakraler Luxationsfraktur links

- Status nach konservativ behandelten Frakturen Azetabulumvorderpfeiler rechts sowie oberer und unterer Schambeinast rechts

- Status nach Fixateur externe am 18. März 2000, Status nach offener Reposition und Plattenosteosynthese am 20. März 2000, Status nach Spongiosaplastik vom rechten Beckenkamm und Thiersch-Lappenplastik lateraler Oberschenkel am 23. März 2000 sowie Status nach Osteosynthesematerial-Entfernung bei offener Femurfraktur links

- Status nach Fixateur externe am 18. März 2000, Status nach geschlossener Reposition und Marknagel-Osteosynthese am 23. März 2000 sowie Status nach Osteosynthesematerial-Entfernung bei Femurfraktur rechts

- Status nach Verkehrsunfall mit Polytrauma am 18. März 2000

2. chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik

- Status nach konservativ behandelten Frakturen der Processus transversi L4 und L5 rechts nach Polytrauma vom 18. März 2000

- Beckentiefstand rechts von 15 mm bei Status nach operativ behandelten bilateralen Femurfrakturen

3. chronische Vorderfusschmerzen links

- Status nach perkutaner Spickdraht-Osteosynthese und Logenspaltung Fussrücken am 18. März 2000, Status nach Schraubenosteosynthese Metatarsale I am 27. März 2000 und Status nach Osteosynthesematerial-Entfernung

- Status nach Metatarsalefrakturen I ■ IV nach Polytrauma am 18. März 2000

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit werden namentlich eine Schmerzverarbeitungsstörung, anamnestisch Knieschmerzen beidseits sowie ein Status

nach konservativ behandelter Klavikulafraktur erwähnt. Zur Arbeitsfähigkeit halten die Gutachter fest, aus orthopädischer Sicht wirke sich die verminderte Belastbarkeit des Bewegungsapparates im Rahmen mehrerer struktureller Alterationen nach schwerem Polytrauma aus. Die angestammte Tätigkeit als Staplerfahrer sowie andere, nicht adaptierte, körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten seien dem Exploranden bleibend nicht mehr zumutbar. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit regelmässigen sitzenden Anteilen, wo eine Hebe- und Tragelimit von 5 kg nur ausnahmsweise überschritten wird, bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit, entsprechend einer 100%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Weder aus psychiatrischer noch aus allgemein-internistischer oder anderweitig somatischer Sicht lägen Befunde oder Diagnosen vor, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten.

Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit des Exploranden seit Rentenzusprache eingeschränkt sei. Die aus somatischer Sicht dargelegte Situation sei spätestens zwei Jahre nach dem letzten orthopädischen Eingriff (Metallentfernung Metatarsale links am 2. Oktober 2000), also ab Oktober 2002, eingetreten. Zu diesem Zeitpunkt habe der Beschwerdeführer jedoch unter psychischen Problemen gelitten, die sich laut dem damals behandelnden Psychiater, Dr. med. D.\_\_\_\_, auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt hätten. Die Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_, wonach zum damaligen Zeitpunkt eine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe, werde von den Gutachtern geteilt. Die Psychotherapie bei Dr. med. D.\_\_\_\_ habe bis 2003 gedauert. Seither habe der Explorand keine neue Psychotherapie mehr aufgenommen. Man gehe deshalb davon aus, dass wahrscheinlich ab 2004 keine die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Psychopathologien mehr vorgelegen hätten. Mit Sicherheit könne dies ab Mai 2009 bestätigt werden.

8.3 Auf Zuweisung des neuen Hausarztes Dr. med. I.\_\_\_\_ fand am 3. September 2009 ein Erstgespräch bei den Psychiatrischen Diensten [...], Dr. med. J.\_\_\_\_, Oberarzt, statt. Er nannte als Diagnose einen Verdacht auf eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.01), bei Status nach Polytrauma mit persistierenden Schmerzen (IV-Nr. 63, S. 19 ff.).

8.4 Der Beschwerdeführer liess am 14. September 2009 eine Stellungnahme einreichen, in der unter anderem auf das erlittene Schädelhirntrauma und die seinerzeit festgestellten neuropsychologischen Defizite hingewiesen wurde. Weiter liess er geltend machen, er leide nicht an einem psychiatrischen, sondern an einem somatisch begründeten Gesundheitsschaden (IV-Nr. 63).

8.5 Am 28. Januar 2010 erstattete Dr. med. F.\_\_\_\_ im Auftrag des Beschwerdeführers ein Gutachten (IV-Nr. 68, S. 5 ff.). Als Befunde hält Dr. med. F.\_\_\_\_ fest, die neue Aufnahme des Beckens vom 19. Oktober 2009 zeige im Vergleich zur Voraufnahme von 2006 auf der rechten Seite eine Asymmetrie und Verschmälerung sowie Sklerosierung des Gelenkspalts im Sinne einer beginnenden Coxarthrose. Im Vergleich zu den Voraufnahmen ergebe sich doch eine deutliche Gelenkspaltverschmälerung rechts im Hüftgelenk. Die Aufnahmen der Knie vom gleichen Datum zeigten rechts eine beginnende Gonarthrose mit Verschmälerung des Gelenkspalts. Zusammenfassend finde man radiologisch im Zeitraum von 2002 die zunehmenden periartikulären Ossifikationen an der rechten Hüfte, das Auftreten von degenerativen Zeichen am rechten Hüftgelenk augenscheinlich und am linken mässig, die Dokumentation der Vorfussfrakturen sowie die Dokumentation der Verkürzung im rechten

Femur mit Ausbildung einer funktionellen Skoliose in der LWS sowie die Dokumentation eines Sakrum akutum. Was die klinischen Befunde anbelangt, führte Dr. med. F.\_\_\_\_ aus, für die rechte Hüfte finde sich eine eingeschränkte Flexion mit endphasigen Schmerzen, eine schmerzhafte Innenrotation, die mit Load bei 90° präzise im Hüftgelenk angegeben werde. Ebenfalls werde beim Wieder-Hinlegen des rechten Oberschenkels ein dumpfes Knacken verspürt, typisch für das Springen des Kopfes über ein degenerativ verändertes Labrum. Sämtliche klinischen Zeichen an der rechten Hüfte sprächen für eine deutliche Coxarthrose rechts. Analog seien die Befunde an der linken Hüfte; dort finde sich ein bilderbuchmässiges Drehmann-Zeichen, d.h. der Oberschenkel gehe bei zunehmender Beugung in die Aussenrotation, was hier ab 70° geschehe. Das Drehmann-Zeichen sei typisch für eine Coxarthrose. Die coxarthrotischen Beschwerden würden in die Knie ausstrahlen, ohne dass das Knie fassbare klinische Zeichen haben müsse. Wenn der Orthopäde der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ dies nicht begreife, habe er «ein intellektuelles Problem» (IV-Nr. 68, S. 25). Im Vergleich zur Beurteilung durch den Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2003 (IV-Nr. 22, S. 6; E. II.7.9 hiervor), welcher im Prinzip beizupflichten sei, habe die Symptomatik am Rücken sowie an beiden Hüftgelenken stark zugenommen. Es sei eine Binsenwahrheit, dass sämtliche posttraumatischen Beschwerden im Laufe der Zeit zunehmen, was sich nun gut zehn Jahre nach dem Trauma klinisch und radiologisch bestätige. Aus orthopädischer Sicht seien keine medizinischen Massnahmen notwendig.

Bezüglich eines orthopädischen Arbeitsprofils gehe er, Dr. med. F.\_\_\_\_, mit der Beurteilung durch Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2003 einig. Der Versicherte könne demnach manchmal Gewichte bis 5 kg, gelegentlich solche bis 10 kg bis zur Hüfte heben und Tragen, nicht dagegen solche über 10 kg. Gewichte bis zu 5 kg könne er gelegentlich über die Brusthöhe heben. Er könne oft Präzisions- und Montagearbeiten, manchmal mittelschwere manuelle Arbeiten, aber keine schweren manuellen Arbeiten verrichten. Er könne gelegentlich Arbeiten über dem Kopf durchführen, manchmal in sitzender Stellung und manchmal im Stehen vorn übergeneigt arbeiten. Auf den Knien resp. mit gebeugten Knien könne er nur noch gelegentlich arbeiten. Er könne manchmal eine lange sitzende Stellung und oft eine stehende Stellung ausüben. Gehen könne er sehr oft bis 50 Meter, oft über 50 Meter und manchmal auch längere Strecken. Er könne manchmal auf unebenem Gelände gehen. Er könne gelegentlich Treppen hinauf- und hinuntergehen und selten auch auf Leitern steigen. Aus heutiger Sicht sei gegenüber diesem von Dr. med. C.\_\_\_\_ formulierten Profil einschränkend festzuhalten, dass dem Exploranden mit seinen ISG-Beschwerden auf der rechten Seite eine lange sitzende Stellung eigentlich nicht mehr zugemutet werden könne. Stehen/Gehen wäre schon eher möglich.

Zusammenfassend führte Dr. med. F.\_\_\_\_ aus, aufgrund dieser Beurteilung bzw. dieses Arbeitsprofils bzw. dieser Activity Limitations von 2003 wäre dem Exploranden heute für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit, wo er zwischendurch sitzen und aufstehen könne, eigentlich ein Teilpensum von 25 % zuzumuten. Zum jetzigen Zeitpunkt werde die Einsatzfähigkeit des Exploranden durch die weiterhin persistierende Dominanz der Beschwerden bzw. durch die ungünstige depressive Situation/posttraumatische Verarbeitungsstörung so verstärkt, dass ihm nur die jetzt geleistete knapp zweieinhalb-, zweieinviertelstündige Tätigkeit zugemutet werden könne.

8.6 Im Auftrag von Dr. med. F.\_\_\_\_ führten Prof. Dr. phil. K.\_\_\_\_, Neuropsychologin, und Dr. med. L.\_\_\_\_, Neurologie FMH, [...], am 16. November 2009 eine neuropsychologische

Abklärung durch. Gemäss ihrem Bericht vom 19. November 2009 (IV-Nr. 67, S. 3) ergab diese Abklärung eine leichte Einschränkung, die die Arbeitsfähigkeit um zirka 10 - 20 % vermindere, dies ohne Einbezug der somatischen Symptome.

8.7 Am 9. Februar 2010 erstattete Dr. med. J.\_\_\_\_, Oberarzt Psychiatrische Dienste [...], der IV-Stelle erneut Bericht (IV-Nr. 68; vgl. E. II. 8.3 hiervor). Er führte aus, die Behandlung habe am 3. September 2009 begonnen und sei am 15. Januar 2010 abgeschlossen worden. Durch eine erfolgreiche Therapie der Schlafstörungen habe sich der affektive Zustand verbessert. Aus psychiatrischer Sicht liege eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01) vor. Die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Lagermitarbeiter und Staplerfahrer sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt. Inwiefern die körperliche Situation die Arbeitsfähigkeit tangiere, könne er, Dr. med. J.\_\_\_\_, nicht beurteilen.

8.8 Das Verlaufsgutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2011 (IV-Nr. 91.1) umfasste eine internistisch-allgemeinmedizinische, eine psychiatrische, eine rheumatologische und eine neurologische Untersuchung. Die Experten nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Status nach offener Reposition mit Schrauben- und Plattenosteosynthese am 20. März 2000 bei Beckenringfraktur Typ C mit iliosakraler Luxationsfraktur links (ICD-10 Z98.8/T91.2)
  - Status nach konservativ behandelten Frakturen Azetabulumvorderpfeiler rechts sowie oberer und unterer Schambeinast rechts (ICD-10 T91.2)
  - Status nach Fixateur externe am 18. März 2000, Status nach offener Reposition und Plattenosteosynthese am 20. März 2000, Status nach Spongiosaplastik vom rechten Beckenkamm und Thiersch-Lappenplastik lateraler Oberschenkel am 23. März 2000 sowie Status nach Osteosynthesematerial-Entfernung bei offener Femurfraktur links (ICD-10 Z98.8/Z47.0/T93.1)
  - Status nach Fixateur externe am 18. März 2000, Status nach geschlossener Reposition und Marknagel-Osteosynthese am 23. März 2000 sowie Status nach Osteo-synthesematerial-Entfernung bei Femurfraktur rechts (ICD-10 Z98.8/Z47.0/ T93.1)
  - Status nach Verkehrsunfall mit Polytrauma am 18. März 2000 (ICD-10 T02.8)
4. chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.5)
- Status nach konservativ behandelten Frakturen der Processus transversi L4 und L5 rechts nach Polytrauma vom 18. März 2000 (ICD-10 T91.1)
  - Beckentiefstand rechts von 15 mm bei Status nach operativ behandelten bilateralen Femurfrakturen (ICD-10 M21.75)
5. chronische Vorfussschmerzen links (ICD-10 M79.67)
- Status nach perkutaner Spickdraht-Osteosynthese und Logenspaltung Fussrücken am 18. März 2000, Status nach Schraubenosteosynthese Metatarsale I am 27. März 2000 und Status nach Osteosynthesematerial-Entfernung (ICD-10 Z98.8/Z47.0)
  - Status nach Metatarsalefrakturen I ■ IV nach Polytrauma am 18. März 2000 (ICD-10 Z98.8/T93.2)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt: ein Status nach leichter depressiver Episode (ICD-10 F32.0), eine Dysthymie (ICD-10 F34.1), eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54), anamnestisch Knieschmerzen beidseits, klinisch ohne klar fassbares Korrelat (ICD-10 M79.66), sowie ein Status nach konservativ behandelte Claviculafraktur links vom 18. März 2000, derzeit mit geringer Restsymptomatik (ICD-10 T92.1). Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, aus Sicht des Bewegungsapparats seien dem Exploranden aufgrund mehrerer struktureller Alterationen nach schwerem Polytrauma körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten, wie die des Staplerfahrers, bleibend nicht mehr zuzumuten. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit regelmässigen sitzenden Anteilen, wo eine Hebe- und Tragelimit von 5 kg nur ausnahmsweise überschritten werde, bestehe eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aufgrund von persistierenden leichten neuropsychologischen Defiziten nach Schädelhirntrauma mit Subarachnoidalblutung bestehe auch in angepassten Tätigkeiten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Aus psychiatrischer, allgemein-internistischer oder anderweitig somatischer Sicht könnten keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Diagnosen gestellt werden. Zusammengefasst sei der Explorand aus polydisziplinärer Sicht für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten zu 80 % arbeits- und leistungsfähig, vollschichtig realisierbar mit leicht reduziertem Rendement. Die angestammte Tätigkeit als Staplerfahrer sei nicht mehr, die aktuell ausgeübte Tätigkeit mit einem 50 %-Pensum zumutbar.

8.9 Der Privatgutachter Dr. med. F.\_\_\_\_ äusserte sich im Auftrag des Beschwerdeführers am 4. September 2012 nochmals, wobei er sich auf die Akten stützte (IV-Nr. 111, S. 4 ff.). Er kritisierte, der psychiatrische Gutachter der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_, Dr. med. M.\_\_\_\_, habe bei der Beschreibung der Befunde eine uneingeschränkte Auffassungsgabe und Konzentrationsfähigkeit festgehalten und keine Hinweise auf Merkfähigkeits- oder Gedächtnisstörungen gefunden, was den Ergebnissen der neuropsychologischen Untersuchung durch Prof. Dr. phil. K.\_\_\_\_ widerspreche. Generell gehe der psychiatrische Gutachter nicht auf die Befunde der Neuropsychologin ein. Zur rheumatologischen Untersuchung wurde ausgeführt, gemäss seinen, Dr. med. F.\_\_\_\_s, Feststellungen sei das Sitzen stark gestört gewesen (Schmerzen rechts gluteal) und das von der Gutachterin der Begutachtungsstelle beschriebene Einnehmen der tiefen Hocke sei aufgrund der Befunde in seinem Gutachten vom 28. Januar 2010 nicht vorstellbar. Die rheumatologischen Befunde seien geschönt worden. Weiter lese die Rheumatologin der Begutachtungsstelle aus den neu angefertigten Röntgenbildern vom 17. August 2011 (Becken und Knie) keine Veränderung des Befundes im Vergleich zu den Voraufnahmen vom 31. Mai 2006, 5. Mai 2009 und 19. Oktober 2009 heraus. Er, Dr. med. F.\_\_\_\_, habe jedoch bei der Beschreibung des Beckenbilds vom 19. Oktober 2009 in seinem Gutachten festgehalten, es finde sich auf der rechten Seite eine Asymmetrie und eine Verschmälerung sowie eine Sklerosierung des Gelenkspalts im Sinne einer beginnenden Coxarthrose. Für die Gutachterin fänden jedoch die bereits 2009 beschriebenen Coxarthrosen nicht statt. Dasselbe gelte in Bezug auf die Knie bezüglich der von ihm im Gutachten vom 28. Januar 2010 beschriebenen beginnenden Gonarthrose rechts. Da somit die objektivierbaren Befunde des Exploranden konsequent beschönigt würden, seien die gestellten Diagnosen nicht verwertbar. So werde auch die Bedeutung der festgestellten Muskelatrophie auf der linken Seite (Differenz des Oberschenkelumfangs von 6 cm) negiert. Das Muskeldefizit am linken Oberschenkel und Unterschenkel sei klar Ausdruck der bereits 2003 durch den Suva-Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. C.\_\_\_\_ beschriebenen eingeschränkten Hüftbeweglichkeit links. Die Behauptung,

die von ihm, Dr. med. F.\_\_\_\_, in seinem Privatgutachten gestellten Diagnosen wichen nicht vom orthopädischen Teil des ersten E.\_\_\_\_-Gutachtens (Dr. med. N.\_\_\_\_) und vom rheumatologischen Teil des zweiten E.\_\_\_\_-Gutachtens (Dr. med. O.\_\_\_\_) ab, sei unzutreffend. Insbesondere werde der von ihm diagnostizierte Beschwerdekomples thorakolumbal und sakral ausgelassen. Er, Dr. med. F.\_\_\_\_, habe in seinem Gutachten zwar ausgeführt, dass Dr. med. C.\_\_\_\_ bereits im Jahr 2003 eine eingeschränkte Flexion der rechten und linken Hüfte dokumentiert habe, aber keinesfalls erklärt, er teile die Aussagen von Dr. med. C.\_\_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit.

9. Die Beschwerdegegnerin hat in medizinischer Hinsicht die Beurteilung der IV-Stelle übernommen. Sie stützt sich damit insbesondere auf das Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2011 (Suva-Nr. 142, S. 3 ff.; IV-Nr. 91.1). Das Versicherungsgericht hat sich bereits in seinem die Invalidenversicherung betreffenden Urteil VSBES.2012.165 vom 25. März 2014 (IV-Nr. 122) mit der Beweiskraft dieses Gutachtens befasst und diese vollumfänglich bejaht (Urteil VSBES.2012.165, S. 20 -25, E. II. 10.1 - 11.2). Es fasste das Ergebnis wie folgt zusammen (E. II. 11.3):

«11.3 Zusammenfassend ist auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit im Gutachten des E.\_\_\_\_ vom 18. Oktober 2011 abzustellen. Beim Beschwerdeführer besteht demnach für die angestammte sowie für andere körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten eine bleibende, 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten besteht eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit, die sich vollschichtig realisieren lässt. Die rheumatologischen Befunde bewirken eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit regelmässigen sitzenden Anteilen, wo eine Hebe- und Tragelimit von 5 kg nur ausnahmsweise überschritten wird. Die Reduktion des Leistungsvermögens auf 80 % (bei vollem Pensum) ergibt sich aus den persistierenden leichten neuropsychologischen Defiziten.»

Das Bundesgericht hat die dagegen erhobene Beschwerde mit Urteil 9C\_312/2014 vom 19. September 2014 abgewiesen und den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ bestätigt. Auch im vorliegenden Verfahren sind dessen Ergebnisse der Beurteilung zugrunde zu legen.

## **E. 10**

10.1 Was die Zulässigkeit einer revisionsweisen Überprüfung anbelangt, ist zunächst umstritten, ob die mit der Verfügung vom 31. Oktober 2003 erfolgte Zusprache einer Rente von 90 % ausschliesslich somatische oder auch psychische Beschwerden betraf. Der Beschwerdeführer geht von ausschliesslich somatisch begründeten Beschwerden aus, während die Beschwerdegegnerin die Auffassung vertritt, es seien auch psychische Beschwerden berücksichtigt worden.

10.2 Wie sich dem vorstehend zusammengefassten (vgl. E. II. 7.3 ff.) aktenmässigen Verlauf entnehmen lässt, sah der Kreisarzt Dr. med. B.\_\_\_\_ nach seiner Untersuchung vom 11. September 2001 aus somatischer Sicht keine Behandlungsmöglichkeit mehr. Er nahm aber bezüglich der psychiatrischen Situation an, dass der Beschwerdeführer von einer entsprechenden Therapie profitieren könnte (Suva-Nr. 41, S. 4). In der Folge wurde die psychiatrische Behandlung bei Dr. med. D.\_\_\_\_ aufgenommen; dieser führte in seinem Bericht vom 8. April 2002 (Suva-Nr. 50) aus, die anamnestischen Daten und das aktuelle somatische und psychopathologische Zustandsbild begründeten die Diagnosestellung einer

ausgeprägten Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25). Die Arbeitsfähigkeit betrage zirka 25 - 30 %. Die Weiterführung der Therapie könnte dazu beitragen, vorhandene Ressourcen zu stabilisieren und schwere depressive Einbrüche mit akuter Suizidalität rechtzeitig aufzufangen. Am 31. Oktober 2002 erklärte Dr. med. D.\_\_\_\_ (Suva-Nr. 71), der Verlauf seit dem Bericht vom 8. April 2002 habe sich wechselhaft gestaltet, geprägt durch die starke Schmerzproblematik und die damit verbundene schwere depressive Verstimmung. Die Arbeitsfähigkeit sei im Durchschnitt auf dem gleichen Niveau von 25 - 30 % geblieben. Am 16. Juni 2003 unterbreitete die Beschwerdegegnerin dem behandelnden Psychiater eine Reihe von Fragen (Suva-Nr. 104). Auf die Frage, ob von einer weiteren psychiatrischen Behandlung noch eine Verbesserung des Zustands zu erwarten sei, antwortete Dr. med. D.\_\_\_\_ am 10. Juli 2003 (Suva-Nr. 108), durch die Fortsetzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung habe das fragile gesundheitliche Gleichgewicht weiter gestärkt werden können. Die quälenden Albträume hätten an Häufigkeit abgenommen. Seit einigen Wochen hätten keine weiteren Veränderungen erzielt werden können, so dass er, Dr. med. D.\_\_\_\_, sich für einen vorläufigen Therapieabschluss per 9. Juli 2003 entschieden habe. Auf die Frage, welche Tätigkeiten und Verrichtungen der Beschwerdeführer in Anbetracht der psychischen Störung zumutbarerweise noch ausüben könne, und in welchem leistungsmässigen Umfang (Suva-Nr. 104), antwortete Dr. med. D.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer könne «in Anbetracht der psychischen und somatischen Störungen» eine leichtere Tätigkeit ausüben, in einem leistungsmässigen Umfang von 30 % (Suva-Nr. 108). Auf die Frage, ob noch ganztags gearbeitet werden könne bzw. ob allenfalls eine zeitliche Einbusse bestehe (Suva-Nr. 104), antwortete er, eine ganztägige Arbeit, allenfalls mit zeitlichen Einbussen, könne von medizinisch-psychiatrischer Sicht her nicht befürwortet werden (Suva-Nr. 108).

Im Zeitraum, als die Behandlung bei Dr. med. D.\_\_\_\_ lief, fand die Abschlussuntersuchung durch den Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. C.\_\_\_\_ statt; dieser formulierte in seinem Bericht vom 27. Januar 2003 (Suva-Nr. 79) aus somatischer Sicht ein detailliertes Zumutbarkeitsprofil und nahm eine Beurteilung des Integritätsschadens vor (Suva-Nr. 80). Auf eine entsprechende Rückfrage der Beschwerdegegnerin vom 2. April 2003 (Suva-Nr. 95) antwortete der Kreisarzt Dr. med. B.\_\_\_\_ am 7. April 2003, die Arbeitszeit sei unter Berücksichtigung der von Dr. med. C.\_\_\_\_ formulierten Schonkriterien nicht zu reduzieren (Suva-Nr. 96).

10.3 Als die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit der Verfügung vom 31. Oktober 2003 (Suva-Nr. 114) eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 90 % zusprach, stützte sie sich insbesondere auf die erwähnten Stellungnahmen des behandelnden Psychiaters Dr. med. D.\_\_\_\_ und der Kreisärzte Dr. med. C.\_\_\_\_ (Stellvertreter) und Dr. med. B.\_\_\_\_ (vgl. die Auszählung dieser Akten in der «Zusammenfassung der Entscheidungsgrundlagen», Suva-Nr. 113, S. 2 oben). Daraus ergab sich aus einer rein somatischen Sicht die ganztägige Zumutbarkeit einer angepassten, den von Dr. med. C.\_\_\_\_ formulierten Kriterien entsprechenden Tätigkeit. Die erhebliche zeitliche Einschränkung ergab sich dagegen aus dem Schreiben von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2003 (Suva-Nr. 108), der «in Anbetracht der psychischen und somatischen Störungen» nur noch eine leichtere Tätigkeit in einem leistungsmässigen Umfang von 30 % als möglich bezeichnete und ausserdem festhielt, eine ganztägige Arbeit, allenfalls mit zeitlichen Einbussen, könne von medizinisch-psychiatrischer Seite her nicht befürwortet werden. Vor diesem Hintergrund steht ausser Frage, dass die Rentenzusprache auch und sogar in erster Linie auf

der Annahme beruhte, die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei wegen einer psychischen Störung erheblich eingeschränkt. Während die Kreisärzte aus Sicht des Bewegungsapparates eine angepasste Tätigkeit für vollzeitlich zumutbar erachteten, schloss dies der behandelnde Psychiater aus medizinisch-psychiatrischer Sicht aus. Wenn die Beschwerdegegnerin zum Ergebnis gelangte, der im Rahmen einer Präsenzzeit von rund zwei Stunden pro Tag tatsächlich erzielte Lohn entspreche dem zumutbarerweise realisierbaren Einkommen, liess sich dies einzig auf die psychiatrische Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_ abstützen. Der Argumentation des Beschwerdeführers, die Zusprache einer Rente von 90 % mit der Verfügung vom 31. Oktober 2003 habe ausschliesslich auf den somatischen Befunden beruht, kann nicht beigepflichtet werden. Wohl wäre der Fallabschluss (im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG) auch möglich gewesen, ohne die Ergebnisse der psychiatrischen Behandlung abzuwarten (vgl. BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116; Urteil des Bundesgerichts 8C\_362/2014 vom 25. Juni 2014 E. 3.3). Auch überrascht es, dass eine Rentenzusprache für psychische Beschwerden erfolgte, ohne dass eine separate Adäquanzprüfung (vgl. BGE 115 V 133) stattgefunden hatte. Diese Umstände können Zweifel daran wecken, ob das damalige Vorgehen korrekt war, und allenfalls gar einen Grund für eine Wiedererwägung (im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG) bilden (vgl. zur unterlassenen Adäquanzprüfung: Urteil des Bundesgerichts 8C\_193/2016 vom 26. Oktober 2016 E. 4.2 und 4.3). Sie ändern aber nichts daran, dass die Rentenzusprache auch und vorwiegend für psychische Beschwerden erfolgte.

11. Nach dem Gesagten steht fest, dass die Rentenzusprache durch die Verfügung vom 31. Oktober 2003 auch und sogar in erster Linie aufgrund einer psychischen Störung erfolgte. Damit steht die Frage im Vordergrund, ob sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in der Folge verbessert hat.

11.1 Im ersten Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ vom 3. Juni 2009 (Suva-Nr. 137, S. 3 ff.; IV-Nr. 54.2) führte der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. P.\_\_\_\_ aus, der den Beschwerdeführer damals behandelnde Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_ habe 2002 eine Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von Gefühlen und Sozialverhalten nach schwerem Polytrauma diagnostiziert und sei von einer Restarbeitsfähigkeit von 25 bis 30 % ausgegangen. Die Diagnose könne zwar rückwirkend beurteilt bestätigt werden. Aufgrund der aktuellen Untersuchung lasse sich aber aus rein psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründen (IV-Nr. 54.2, S. 13). Der Gutachter ging somit von einer Verbesserung aus. Auf die entsprechende Nachfrage der IV-Stelle antworteten die Gutachter am 29. Juni 2009, in Verweistätigkeiten bestehe sicher ab Mai 2009, wahrscheinlich ab 2004 eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Die ursprünglich zur Berentung führende, damals vom behandelnden Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_ erwähnte ausgeprägte Anpassungsstörung sei nicht mehr feststellbar (IV-Nr. 55). Im Verlaufsgutachten derselben Begutachtungsstelle vom 18. Oktober 2011 (Suva-Nr. 142, S. 4 ff.; IV-Nr. 91.1) wirkte als psychiatrischer Teilgutachter Dr. med. M.\_\_\_\_ mit. Er gelangte zum Ergebnis, aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die in den Akten erwähnte leichte depressive Episode sei remittiert (Gutachten S. 17). Weiter führte Dr. med. M.\_\_\_\_ aus, es bestünden keine Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer während längerer Zeit an einer mittelgradigen oder schweren depressiven Störung gelitten hätte. Auch rückwirkend könne aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (Gutachten S. 18). Auf die ihr durch die IV-Stelle unterbreitete Frage nach einer Veränderung (IV-Nr. 95) antworteten die Gutachter am

31. Januar 2012, beim Gutachten vom 18. Oktober 2011 habe es sich um ein Revisionsgutachten zum ersten Gutachten vom 3. Juni 2009 gehandelt. Zur Situation ab 2003 sei bereits in diesem ersten Gutachten Stellung genommen worden. Der Beschwerdeführer sei im Jahr 2002 bzw. 2003 psychiatrisch hochgradig in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt eingeschätzt worden, dies aufgrund einer Anpassungsstörung, einer depressiven Störung ausgeprägten Ausmasses mit Beeinträchtigung von Gefühlen und Sozialverhalten; dies habe damals zu einer Arbeitsunfähigkeit von 70 - 75 % geführt. Zwischenzeitlich habe sich diese affektive Störung remittiert, wie bereits im Gutachten von 2009 dargelegt worden sei. Tatsächlich sei der Beschwerdeführer nur bis ins Jahr 2003 bei einem Psychiater in Behandlung gewesen, so dass wahrscheinlich bereits in den folgenden Jahren die Arbeitsfähigkeit psychiatrisch nicht mehr hochgradig eingeschränkt gewesen sei. Die Gutachter hätten dies jedoch erst mit Sicherheit ab Mai 2009 bestätigen können; dies sei auch die heute noch gültige Sachlage (Suva-Nr. 142, S. 1; IV-Nr. 96).

11.2 Die Frage, ob sich aus den erwähnten gutachterlichen Aussagen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ableiten lässt, der psychische Gesundheitszustand habe sich zwischen den Stellungnahmen von Dr. med. D.\_\_\_\_ in den Jahren 2002 und 2003 (E. II. 7.4, 7.7 und 7.9 hiervor) und den Untersuchungen durch die Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ in den Jahren 2009 und 2011 erheblich verbessert, oder ob stattdessen von einer abweichenden Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts auszugehen ist, hat sich das Bundesgericht in seinem die Invalidenversicherung betreffenden Urteil 9C\_312/2014 vom 19. September 2014 E. 4.2.1 und 4.2.2 geäußert. Es hielt nach eingehender Auseinandersetzung mit den zitierten Aussagen der Gutachter fest, es bestünden keine Anhaltspunkte dafür, dass der Psychiater der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ retrospektiv die Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_ als unzutreffend erachte. Die gutachterlichen Stellungnahmen seien dahingehend zu verstehen, dass die damals vorliegende affektive Störung inzwischen remittiert sei. Von diesen Feststellungen ist auch im vorliegenden Verfahren auszugehen.

Dieses Ergebnis wird durch einen Vergleich der geschilderten Befunde bestätigt: Dr. med. D.\_\_\_\_ berichtete am 8. April 2002 über eine permanent bedrückt-depressive, resignierte Stimmungslage, eine verunsicherte, verängstigte und ratlose Emotionalität sowie Albträume und Suizidgedanken (Suva-Nr. 50, S. 2). Im Bericht vom 31. Oktober 2002 schilderte Dr. med. D.\_\_\_\_ einen wechselhaften Verlauf, der durch die starke Schmerzproblematik und die damit verbundenen schweren depressiven Verstimmungen geprägt sei. Die hoffnungslos-resignierte Grundstimmung und die suizidalen Impulse hätten verarbeitet und das Selbstwertgefühl einigermaßen stabilisiert werden können. Die Arbeitsfähigkeit bleibe auf einem Niveau von 25 - 30 % (Suva-Nr. 71). Laut dem Bericht vom 10. Juli 2003 konnte durch die Fortsetzung der psychiatrischen Behandlung das fragile gesundheitliche Gleichgewicht weiter gestärkt werden und die quälenden Albträume nahmen an Häufigkeit ab (Suva-Nr. 108). Der Beschwerdeführer litt demnach weiterhin an einer erheblichen depressiven Symptomatik. Auch Albträume kamen weiterhin vor. Demgegenüber erhob Dr. med. J.\_\_\_\_, der den Beschwerdeführer von September 2009 bis Januar 2010 behandelte, nur noch eher diskrete Befunde, die sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (Bericht vom 9. Februar 2010, IV-Nr. 68). Der Gutachter Dr. med. M.\_\_\_\_ fand eine chronische Missstimmung und Gereiztheit, entsprechend einer Dysthymie, beurteilte den Beschwerdeführer aber nicht als eigentlich depressiv. Schlaf-, Antriebs- und

Konzentrationsstörungen sowie einen sozialen Rückzug verneinte er (IV-Nr. 91.1, Gutachten S. 17 f.). Auch ein Vergleich der Befunde ergibt somit, dass eine erhebliche Verbesserung eingetreten ist.

11.3 Zu prüfen bleibt, wann es zu dieser Verbesserung gekommen ist. Der Beschwerdeführer weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 31. Oktober 2003 nicht nur nach der IV-Verfügung vom 5. März 2003, sondern auch nach dem Abschluss der Behandlung bei Dr. med. D.\_\_\_\_ am 9. Juli 2003 erging. Er macht geltend, eine (allfällige) Verbesserung seines psychischen Gesundheitszustandes sei, wenn schon, vor dem Erlass der Verfügung vom 31. Oktober 2003 eingetreten. Für diese Annahme fehlen aber jegliche Anhaltspunkte. Dr. med. D.\_\_\_\_ ging in seinem Bericht vom 10. Juli 2003 (Suva-Nr. 108) noch von einer erheblichen durch eine psychische Störung bedingten Einschränkung und Arbeitsunfähigkeit aus. Den am Vortag erfolgten Abbruch der Behandlung begründete er nicht mit der Genesung des Beschwerdeführers, sondern im Gegenteil damit, dass seit einigen Wochen keine weitere Verbesserung habe erzielt werden können. Es bestehen keine Hinweise darauf, dass eine solche weitere Verbesserung, wie sie durch die psychiatrische Behandlung nicht erreicht wurde, nach deren Beendigung innerhalb des relativ kurzen Zeitraums bis 31. Oktober 2003 eingetreten wäre. In den diesbezüglichen Ausführungen der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ wird erklärt, «wahrscheinlich ab 2004», mit Sicherheit ab Mai 2009 hätten keine die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Psychopathologien mehr bestanden (Gutachten vom 3. Juni 2009, S. 23; Antwort vom 29. Juni 2009) respektive die Arbeitsfähigkeit sei «wahrscheinlich bereits in den folgenden Jahren» (nach 2003) psychiatrisch nicht mehr hochgradig eingeschränkt gewesen (Stellungnahme vom 31. Januar 2012, IV-Nr. 96). Da keine anderslautenden psychiatrischen Stellungnahmen vorliegen, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, die erhebliche Verbesserung der psychischen Situation und der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit sei frühestens im Jahr 2004 eingetreten. Die Ausführungen des Versicherungsgerichts und des Bundesgerichts im IV-rechtlichen Beschwerdeverfahren widersprechen dieser Feststellung nicht: Wenn damals festgehalten wurde, die Verbesserung sei nicht vor dem Abschluss der Behandlung bei Dr. med. D.\_\_\_\_ eingetreten, bedeutet dies nicht, dass ein späterer Zeitpunkt ausgeschlossen wurde.

11.4 Zusammenfassend ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach dem Erlass der Verfügung vom 31. Oktober 2003 erheblich verbessert hat, und die damals noch bestehende erhebliche, psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit spätestens im Jahr 2009 weggefallen war. Damit liegt ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vor. Unter diesen Umständen kann offenbleiben, ob die objektive Beweislast für eine Verbesserung, welche die Beschwerdegegnerin trifft (vgl. E. II. 5.4 hiervor), entsprechend der Argumentation des Beschwerdeführers auch den negativen Nachweis umfasst, dass eine nachgewiesene erhebliche Verbesserung nicht bereits vor dem Erlass der ursprünglichen Verfügung erreicht wurde. Mit Blick auf den allgemeinen Grundsatz, wonach derjenige das Vorhandensein einer behaupteten Tatsache zu beweisen hat, der aus ihr Rechte ableitet (Art. 8 Schweizerisches Zivilgesetzbuch [ZGB, SR 210]), dürfte einiges für den gegenteiligen Standpunkt sprechen, wobei die Frage aber, wie dargelegt, nicht näher zu prüfen ist. Offenbleiben kann auch, ob die Tatsache, dass die Beschwerdegegnerin bei der seinerzeitigen Rentenzusprache keine Adäquanzprüfung vornahm, unter den konkreten

Umständen einen Wiedererwägungsgrund bildet (vgl. E. II. 10.3 hiervor; Urteil des Bundesgerichts 8C\_193/2016 vom 26. Oktober 2016 E. 4.2 und 4.3), so dass ein Revisionsgrund im Sinne einer erheblichen Veränderung entbehrlich wäre.

12. Da ein Revisionsgrund vorliegt, ist der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (BGE 141 V 9 E. 6.1 S. 13). Es hat eine Invaliditätsbemessung stattzufinden, die im Revisionsfall auf den Zeitpunkt der Rentenanpassung zu beziehen ist (vgl. E. II. 3.2 hiervor).

12.1 Bevor der Einkommensvergleich stattfinden kann, ist somit der Zeitpunkt der Rentenanpassung zu bestimmen. Mit der Verfügung vom 11. März 2015 (Suva-Nr. 165) setzte die Beschwerdegegnerin die Invalidenrente des Beschwerdeführers rückwirkend ab 1. Juli 2012 von 90 % auf 27 % herab. Gleichzeitig forderte sie einen Betrag von CHF 55'229.60 zurück. Diese Summe entspricht den geleisteten Rentenzahlungen für die Zeit bis 31. Januar 2015. Im Einspracheentscheid wurde die Einsprache insofern teilweise gutgeheissen, als die Beschwerdegegnerin «auf die Einforderung des Rückerstattungsbetrages von CHF 55'229.60 verzichtet». Gleichzeitig wies die Beschwerdegegnerin darauf hin, dass keine Komplementärrente ausgerichtet worden sei, und liess den Revisionszeitpunkt ausdrücklich offen. Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, eine rückwirkende revisionsweise Rentenherabsetzung sei unzulässig. Die Rente könne daher frühestens auf den 1. April 2015 reduziert werden.

12.2 Mit der teilweisen Gutheissung der Einsprache und dem «Verzicht» auf die Einforderung des Rückforderungsbetrags von CHF 55'229.60», entsprechend den Rentenzahlungen bis Ende Januar 2015, hat die Beschwerdegegnerin die Rente faktisch erst auf diesen Zeitpunkt hin von 90 % auf 27 % herabgesetzt. Dieser Moment bildet daher den Revisionszeitpunkt und bestimmt den für den Einkommensvergleich massgebenden Zeitpunkt. Der Einkommensvergleich hat sich demnach auf das Jahr 2015 zu beziehen, unabhängig davon, ob die Rentenanpassung per 1. Februar 2015 oder, wie der Beschwerdeführer geltend machen lässt ■ und nachfolgend noch zu prüfen sein wird ■ erst per 1. April 2015 stattzufinden hat.

12.3 Bei der Invaliditätsbemessung ist von demjenigen Zumutbarkeitsprofil auszugehen, welches das Versicherungsgericht im IV-Verfahren formuliert hat. Das Gericht ging gestützt auf das Gutachten der Begutachtungsstelle E. \_\_\_ vom 18. Oktober 2011 davon aus, beim Beschwerdeführer bestehe für die angestammte sowie für andere körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten eine bleibende, 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit, die sich vollschichtig realisieren lasse. Die rheumatologischen Befunde bewirkten eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit regelmässigen sitzenden Anteilen, wo eine Hebe- und Tragelimit von 5 kg nur ausnahmsweise überschritten wird. Die Reduktion des Leistungsvermögens auf 80 % (bei vollem Pensum) ergebe sich aus den persistierenden leichten neuropsychologischen Defiziten (Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2012.165 vom 25. März 2014 E. II. 11.3).

## **E. 13**

13.1 Bei der Bestimmung des Valideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das soeben erwähnte Urteil des Versicherungsgerichts im IV-Verfahren. Das Gericht

ging von den Angaben im Arbeitgeberbericht der Q.\_\_\_\_ AG vom 4. Mai 2004 (IV-Nr. 36) und den ergänzenden Angaben der Arbeitgeberin vom 28. Januar 2009 (IV-Nr. 46) aus. Laut diesen letzteren Auskünften hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2009 als Lagerist CHF 4'530.00 pro Monat (x 13), plus Zulagen von CHF 310.00 pro Monat, verdient, was einem Jahreslohn von CHF 62'610.00 entspricht. Die Beschwerdegegnerin hat diesen Betrag in der Verfügung vom 11. März 2015 (Suva-Nr. 165) an die Lohnentwicklung bis 2012 angepasst; dies ist grundsätzlich korrekt. Da die Einsprache teilweise gutgeheissen und die Rente erst auf den 1. Februar 2015 herabgesetzt wurde, ist die Berechnung nunmehr jedoch auf das Jahr 2015 zu beziehen. Die entsprechende Anpassung (Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, Tabelle T1.93, Männer, 2009: 122.5, 2015: 127,7) führt zu einem Valideneinkommen von CHF 65'268.00.

## **E. 13.2**

13.2.1 Das Invalideneinkommen ist unbestrittenermassen auf der Basis statistischer Werte zu bestimmen, wobei die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) heranzuziehen ist. Die Beschwerdegegnerin hat auf die LSE 2012 abgestellt, während der Beschwerdeführer geltend macht, massgebend sei, wie im IV-Verfahren, die LSE 2010. Das Bundesgericht hat sich in BGE 143 V 295 zur Anwendung der neuen, auf einem gegenüber den Fassungen bis 2010 veränderten Konzept basierenden LSE 2012 in der obligatorischen Unfallversicherung geäussert. Es bejahte in Analogie zum die Invalidenversicherung betreffenden Urteil BGE 142 V 178 die Anwendbarkeit der neuen Tabellen auch im Rentenrevisionsverfahren für den Fall, dass ein (anderweitiger) Revisionsgrund vorliegt (BGE 143 V 295 E. 4.2.2 S. 302 f. mit Hinweisen). Anwendbar ist diejenige Fassung der LSE, die vorlag, als der Einspracheentscheid erlassen wurde (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 und 4.1.4 S. 300).

13.2.2 Bei Erlass des Einspracheentscheids vom 8. April 2016 war die LSE 2012 die aktuellste verfügbare Fassung der Lohnstrukturerhebung. Da ein anderweitiger Revisionsgrund ■ in Form des verbesserten Gesundheitszustandes ■ gegeben war, steht ihrer Anwendung nach der zitierten Rechtsprechung nichts entgegen. Die Beschwerdegegnerin hat daher das Invalideneinkommen zu Recht auf dieser Grundlage bestimmt. Anwendbar ist die Tabelle A1 (vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2 S. 303). Abzustellen ist auf den Zentralwert der im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Männer, der sich gemäss LSE 2012 auf CHF 5'210.00 pro Monat oder CHF 62'520.00 pro Jahr belief. Wird dieser auf 40 Wochenstunden basierende Betrag auf die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2015 von 41,7 Stunden hochgerechnet und an die allgemeine Lohnentwicklung angepasst (Bundesamt für Statistik, a.a.O., 2012: 125,5; 2015: 127,7), resultiert ein Bruttoverdienst von CHF 66'320.00 bei einer vollen Arbeitsfähigkeit und von CHF 53'056.00 bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 %.

13.2.3 Beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, ist von sämtlichen vorgenannten persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls abhängig.

Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481 mit Hinweisen; BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301).

Gemäss der beweiskräftigen Beurteilung durch das E. \_\_\_ vom 18. Oktober 2011 kann der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit nicht mehr ausüben. Das Feld der zumutbaren Arbeiten beschränkt sich auf leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit einer Hebe- und Tragelimiten, die nur selten 5 kg übersteigt. Diesem Umstand ist durch einen angemessenen Abzug Rechnung zu tragen. Der Beschwerdeführer kann jedoch mit einer auf 80 % reduzierten Leistung vollschichtig arbeiten, was einen Abzug unter dem Titel «Teilzeit» ausschliesst (Urteil des Bundesgerichts 8C\_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2 und 3.3). Der 1981 geborene Beschwerdeführer, portugiesischer Staatsangehöriger, lebt seit 1993 in der Schweiz und verfügt über die Niederlassungsbewilligung. Er muss weder aufgrund seines Alters noch mit Blick auf Nationalität und Aufenthaltsstatus mit einer zusätzlichen Lohneinbusse rechnen. Auch die Zahl der Dienstjahre ist im Anforderungsniveau 4 nicht geeignet, einen Abzug zu rechtfertigen, da derartige Tätigkeiten weder Berufserfahrung noch eine lange Einarbeitungszeit verlangen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_887/2008 vom 24. Juni 2009 E. 5.4). Dementsprechend wirkt sich auch der fehlende Berufsabschluss nicht lohnmindernd aus. Insgesamt erscheint der Abzug von 10 %, den die Beschwerdegegnerin vorgenommen hat, als angemessen (zur Angemessenheitsprüfung vgl. BGE 137 V 71 E. 5.2 am Ende S. 74 f.).

13.2.4 Mit dem Abzug von 10 % reduziert sich das Invalideneinkommen von CHF 53'056.00 auf CHF 47'750.00. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 65'268.00 resultiert ein Invaliditätsgrad von 27 %. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Invaliditätsbemessung ist demnach korrekt.

13.3 Nach dem Gesagten lässt sich die durch die Beschwerdegegnerin vorgenommene Invaliditätsbemessung nicht beanstanden. Die Beschwerdegegnerin hat die laufende Rente zu Recht auf eine solche von 27 % herabgesetzt.

## **E. 14**

14.1 Zu prüfen bleibt der Zeitpunkt der Herabsetzung. Der Beschwerdeführer beanstandet, dass die Reduktion auf einen vor der Verfügung vom 11. März 2015 liegenden Zeitpunkt erfolgt ist. Die Beschwerdegegnerin ist diesem Argument im Einspracheentscheid sinngemäss insoweit gefolgt, als sie den Herabsetzungszeitpunkt per 1. Februar 2015 verlegt und auf die Rückforderung der bis dahin ausgerichteten Renten verzichtet hat. Auch darin liegt allerdings eine (wenn auch vergleichsweise geringfügige) Rückwirkung.

14.2 Die revisionsweise Abänderung einer laufenden Rente der obligatorischen Unfallversicherung richtet sich ■ vom Spezialfall des Art. 22 UVG abgesehen ■ nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_373/2012 vom 25. Oktober 2012 E. 3.1). Diese Norm sieht eine Erhöhung, Reduktion oder Aufhebung lediglich für die Zukunft vor (vgl. E. II. 4.1 hiervor). Nach der Rechtsprechung ist bei der Festlegung der zeitlichen Wirkung einer revisionsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Rente auf den Verfügungszeitpunkt abzustellen, wenn feststeht, dass bereits an diesem Tag die Revisionsvoraussetzungen materiell erfüllt sind (BGE 140 V 70 E. 4.2 S. 73). Eine darüber hinausgehende, rückwirkende Reduktion kommt allenfalls dann in Betracht, wenn die versicherte Person ihre Meldepflicht gemäss Art. 31 Abs. 1 ATSG verletzt hat (vgl. dazu

Urteil des Bundesgerichts 8C\_883//2015 vom 21. Oktober 2016 E. 7.3.1 mit Hinweisen). Eine solche Meldepflichtverletzung steht hier nicht zur Diskussion. Die Rente ist daher erst auf den Beginn des Monats, welcher der Zustellung der Verfügung folgt, herabzusetzen (BGE 140 V 70 E. 4.2 S. 73). Die Herabsetzung der Rente von 90 % auf 27 % hat somit erst per 1. April 2015 zu erfolgen. Für die Monate Februar 2015 und März 2015 hat der Beschwerdeführer noch Anspruch auf die Rente von 90 %. Die Beschwerde ist in diesem (geringen) Umfang teilweise gutzuheissen. Im Übrigen ist sie abzuweisen.

## **E. 15**

15.1 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g Satz 1 ATSG). Der Beschwerdeführer obsiegt jedoch in einem derart geringen Umfang, dass sich eine Ausscheidung der Parteikosten nicht rechtfertigt. Die Frage, ob der Beschwerdeführer für die relativ kurze Zeit vom 1. Februar bis 31. März 2015 noch Anspruch auf die bisherige Rente von 90 % habe, hat den Aufwand des Rechtsvertreters nicht spürbar beeinflusst.

15.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (E. I. 4.1 hiavor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwalt Zenari macht in der Kostennote vom 18. November 2016 (A.S. 66 f.) einen Aufwand von 9,68 Stunden geltend. Hiervon sind diejenigen Positionen in Abzug zu bringen, die praxismässig als Kanzleiaufwand gelten, der im Stundenansatz eines Rechtsanwalts inbegriffen ist; dies betrifft fünf Orientierungskopien an die Klientschaft vom 9. Juni 2016, 13. Juli 2016, 7. September 2016, 14. Oktober 2016 und 11. November 2016 zu je 0,17 Stunden und das Fristerstreckungsgesuch vom 2. September 2016 (0,25 Stunden), total somit 1,1 Stunden. Der verbleibende Aufwand von 8,58 Stunden ergibt mit dem Stundenansatz von CHF 180.00 (§ 161 Abs. 1 in Verbindung mit § 160 Abs. 3 kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11]), den Auslagen von CHF 124.50 und der Mehrwertsteuer von 8 % eine Entschädigung von CHF 1'802.40. Dieser Betrag ist Rechtsanwalt Zenari durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn auszubezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 463.30 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 ermittelten Honorar), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

15.3 Das Beschwerdeverfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

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

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Häfliger

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