

SO_GERICHTE VSBES.2017.18 vom 19. Juni 2017

SO Obergericht, 2017-06-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.18_d20170619

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.18 du 19 juin 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.18 del 19 giugno 2017

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 2

2.1 Am 4. März 2005 reichte Dr. med. D.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, [...], der Beschwerdegegnerin ein Arzzeugnis UVG «für Rückfall» ein. Er hielt fest, der Beschwerdeführer befinde sich seit 14. Februar 2005 in psychiatrischer Behandlung. Er sei sehr schwer depressiv und bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Die Depression sei eindeutig Unfallfolge (Suva-Nr. 211). Die Beschwerdegegnerin holte weitere Arztberichte ein, zog die Akten der IV-Stelle bei und veranlasste eine Untersuchung bei ihrem Konsiliarpsychiater Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Februar 2006 (Suva-Nr. 228). In der Folge sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 21. März 2006 (Suva-Nr. 232) ab 1. März 2006 eine Rente aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 100 % zu.

2.2 Am 26. Juli 2005 meldete sich der Beschwerdeführer unter Hinweis auf eine Depression seit 2001 bei der IV-Stelle erneut zum Leistungsbezug an (Suva-Nr. 231). Die IV-Stelle zog die Akten der Beschwerdegegnerin bei. Schliesslich sprach sie dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 18. September 2006 rückwirkend ab 1. Februar 2006 eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % zu (vgl. Suva-Nrn. 233 ff.).

E. 2.2

hiervor) als auch die dieser zeitlich vorangegangene, auf einem Invaliditätsgrad von 100 % basierende Rente der Unfallversicherung gemäss Verfügung vom 21. März 2006 (E. I. 2.1 hiervor) stützten sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf den Untersuchungsbericht von Dr. med. E.____, Konsiliarpsychiater der Beschwerdegegnerin, vom 16. Februar 2006. Diejenigen Beschwerden, welche zur Annahme einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit durch die IV-Stelle führten, wurden auch durch die Beschwerdegegnerin als unfallkausal anerkannt und bei ihrer Anspruchsbeurteilung berücksichtigt. Daher stellt sich auch die Frage nach dem weiteren Verlauf dieser Beschwerden in beiden Versicherungszweigen in gleicher Weise. Das von der IV-Stelle zur Klärung dieser Frage eingeholte Gutachten von Dr. med. F.____ bildet daher prinzipiell auch eine geeignete Grundlage für die unfallversicherungsrechtliche Beurteilung.

5.2 Die Beweiskraft des Gutachtens von Dr. med. F.____, welche der Beschwerdeführer auch im vorliegenden Verfahren bestreiten lässt, bildete bereits Gegenstand des gerichtlichen Beschwerdeverfahrens in der Invalidenversicherung. Das Versicherungsgericht erwog dazu in seinem Urteil vom 3. September 2015 Folgendes (E. II.

7.3-7.6):

« 7.3 Das Gutachten von Dr. med. F.____ vom 15. August 2011 basiert auf der vollständigen Aktenlage und einer eigenen Exploration, welche unter Beizug einer Dolmetscherin durchgeführt wurde. Die Angaben des Beschwerdeführers wurden berücksichtigt. Mit dem Einsatz von Selbstbeurteilungs-Testverfahren wurde gewährleistet, dass die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers zu allen relevanten Fragen vollständig vorlag. Weiter erhob der Gutachter einen Psychostatus und bewertete seine Erkenntnisse anhand der Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS). Er setzte sich mit den relevanten Vorakten auseinander. Auf dieser Grundlage gelangte er zu seiner Beurteilung. Dr. med. F.____ begründet ausführlich, dass und warum er die Kriterien einer depressiven Episode als nicht (mehr) erfüllt ansieht, sondern lediglich noch eine Verstimmung diagnostiziert, welche den Grad einer Dysthymie erreicht. Der Einwand des Beschwerdeführers, diese Diagnose dürfe nicht gestellt werden, weil Dr. med. F.____ die davor liegende Zeit nicht beurteilen könne und deshalb nicht in der Lage sei, den definitionsgemäss erforderlichen zweijährigen Beobachtungszeitraum zu überblicken, überzeugt aus zwei Gründen nicht: Erstens kann der Gutachter unabhängig vom vorgängigen Verlauf den Schweregrad einer depressiven Symptomatik mit dem Begriff der Dysthymie umschreiben. Zweitens erklärte der Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter, er habe die Behandlung bei Dr. med. D.____ (der zeitweise eine schwere Depression diagnostiziert hatte) Mitte 2009 abgeschlossen (IV-Nr. 101.1 S. 6 f.). Vor dem Hintergrund einer behandlungsfreien Phase von zwei Jahren stand der Diagnose einer Dysthymie auch aus einer theoretischen Sicht nichts entgegen. Mit seiner Feststellung, die im Gutachten von Dr. med. E.____ vom 16. Februar 2006 genannten objektiven psychopathologischen Befunde (ausgeprägtes Antriebsdefizit, eingeschränkte Weite des Aufmerksamkeitsfeldes, im Denken gehemmt, thematisch eingeengt, affektiv auffällig, chronische latente Suizidalität) liessen sich nicht mehr objektivieren, legt Dr. med. F.____ auch dar, inwiefern seiner abweichenden Diagnose eine tatsächliche Verbesserung der Befunde zugrunde liegt. Ebenso fällt die Diskussion der Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren überzeugend aus. Die gezogenen Schlussfolgerungen werden nachvollziehbar und plausibel begründet. Das Gutachten vom 15. August 2011 wird damit den Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme in einem Revisionsverfahren vollumfänglich gerecht. Es bildet eine hinreichende Grundlage für die Annahme, im Begutachtungszeitpunkt habe sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich mit der Situation bei Rentenzusprechung (Verfügung vom 18. September 2006) erheblich verbessert und es habe keine krankheitswertige psychische Störung mit erheblichem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr vorgelegen.

7.4 Wie sich dem Überweisungsschreiben von Dr. med. M.____ vom 14. Januar 2012 (IV-Nr. 124 S. 20) und dem Austrittsbericht der J.____ vom 28. März 2012 (E. 6.2.4 hiervor) entnehmen lässt, kam es Mitte Januar 2012 zu einer Dekompensation mit akuter Suizidalität. Die Dekompensation stand gemäss den ärztlichen Feststellungen in unmittelbarem Zusammenhang mit der Einstellung der IV-Rente durch die Verfügung vom 14. Dezember 2011 (IV-Nr. 104). Während des stationären Aufenthalts konnte der Zustand stabilisiert und eine ambulante Weiterbetreuung durch Dr. med. I.____ organisiert werden. Diese Ärztin veranlasste rund zwei Monate später einen erneuten stationären Aufenthalt wegen schwerer depressiver Episode mit latenter Suizidalität. Wie sich dem Austrittsbericht

vom 2. Juli 2012 (IV-Nr. 123) entnehmen lässt, verwies der Beschwerdeführer bei der Beschreibung seiner aktuellen Situation wiederum auf die Streichung seiner IV-Rente und den Umstand, dass er nun seine Familie (Frau und neun Kinder, alle im Kosovo wohnend) nicht mehr finanzieren könne. Im Verlauf des Aufenthalts ergab sich schon nach kurzer Zeit eine erhebliche Verbesserung und bei Austritt am 1. Juni 2012, nach elftägigem Aufenthalt, lautete die Diagnose auf eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, sowie eine Somatisierungsstörung.

Vor dem Hintergrund der Austrittsberichte der J.____ vom 28. März 2012 und vom 2. Juli 2012 (IV-Nr. 123) leuchtet die Einschätzung von Dr. med. F.____ in seiner Stellungnahme vom 10. Dezember 2012 (IV-Nr. 130) ein, wonach die ursprüngliche Zuweisung an eine Anpassungsstörung (nach Einstellung der IV-Rente) denken lässt, während die anschliessend berichteten depressiven Episoden durch angemessene therapeutische und sozialpraktische Unterstützung jeweils erfolgreich behandelt werden konnten. Dr. med. F.____ ist auch zu folgen, wenn er ausführt, es stünden weit überwiegend psychosoziale Belastungen im Vordergrund und eine wesentliche Verschlechterung der Situation im Vergleich zur Begutachtung (29. Juni 2011) könne nicht begründet werden. In der Tat fällt auf, dass die finanzielle Situation in beiden Austrittsberichten an erster Stelle erwähnt wird und dass insbesondere der zweite Aufenthalt sehr rasch zu einer deutlichen Verbesserung führte. Dasselbe Bild ergibt sich bei einer Betrachtung über einen längeren Zeitraum hinweg: Der Beschwerdeführer litt 2005/2006 an einer rezidivierenden depressiven Störung mit mittelschwerer (so Gutachten Dr. med. E.____) oder schwerer (so Dr. med. D.____) Episode. Nach der Zusprechung der IV-Rente durch die Verfügung vom 18. September 2006 mit entsprechender finanzieller Entspannung verbesserte sich die gesundheitliche Situation erheblich. Die Behandlung bei Dr. med. D.____ wurde nach Angaben des Beschwerdeführers Mitte 2009 abgeschlossen (vgl. IV-Nr. 101.1 S. 6 f.), und Dr. med. F.____ stellte anlässlich der Begutachtung vom 29. Juni 2011 eine deutlich verbesserte Situation mit der Diagnose einer Dysthymie fest. Die Einstellung der IV-Rente und die damit verbundenen finanziellen Probleme führten in der Folge als dominierender psychosozialer Faktor zu erneuten psychischen Schwierigkeiten, die Dr. med. F.____ mit einleuchtender Begründung im Rahmen einer Anpassungsstörung interpretiert. Vor diesem Hintergrund muss davon ausgegangen werden, dass die psychische Verfassung entscheidend von der finanziellen Situation abhängt. Zwar darf einer lege artis diagnostizierten psychischen Krankheit der invalidisierende Charakter nicht mit dem blossen Hinweis auf eine bestehende psychosoziale oder soziokulturelle Belastungssituation abgesprochen werden. Je stärker aber psycho-soziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine davon zu unterscheidende fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299). Psychische Störungen, welche durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastungsfaktoren wieder verschwinden, vermögen keine Ansprüche gegenüber der Invalidenversicherung zu begründen (Susanne Bollinger, Der Beweiswert psychiatrischer Gutachten in der Invalidenversicherung, Jusletter 31. Januar 2011, Fn. 22). Gestützt auf die Aktenlage und den dokumentierten Beschwerdeverlauf muss in Bezug auf die Entwicklung ab Anfang 2012 davon ausgegangen werden, dass diese Konstellation hier gegeben ist. Dafür, dass die psychosozialen Faktoren zur Ausbildung einer eigenständigen krankheitswertigen psychischen Störung geführt hätten, bestehen keine hinreichenden Anhaltspunkte. Vielmehr führten die Klinikaufenthalte jeweils relativ rasch zu einer

erheblichen Verbesserung.

Der Bericht von Dr. med. I.____ und Dr. med. H.____ vom 5. November 2012 (IV-Nr. 126), über den Dr. med. F.____ bei der Abfassung seiner Stellungnahme vom 10. Dezember 2012 ebenfalls verfügte (IV-Nr. 130 S. 4 f.), ist nicht geeignet, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen, denn das Verhältnis zwischen der psychosozialen Belastung und dem psychischen Beschwerdebild wird darin nicht thematisiert. Zudem fällt auf, dass die letzte Konsultation am 21. September 2012 erfolgt war, also während mehr als sechs Wochen keine Sitzung stattgefunden hatte. Diese Behandlungsfrequenz lässt sich nur schwer mit der diagnostizierten, gravierenden psychischen Störung (mittelgradige bis schwere Episode einer rezidivierenden depressiven Störung) vereinbaren. Es kann nicht gesagt werden, der Bericht enthalte wichtige ■ und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende ■ Aspekte, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben seien (vgl. E. 5.3 hiervor), oder klare Hinweise auf eine seither entstandene krankheitswertige psychische Störung. Als neues Element wird ein traumatisches Erlebnis aus dem Jahr 2004 erwähnt (der Beschwerdeführer habe gesehen, wie sich ein junges Mädchen vor den Zug geworfen habe). Dieser Vorfall, der in den Vorakten, namentlich auch jenen aus den Jahren 2005 und 2006, nicht erwähnt wird, ist nicht geeignet, eine grundlegende Neubeurteilung der depressiven Symptomatik (oder derjenigen einer Somatisierungsstörung) zu rechtfertigen. Dr. med. F.____ war diese Schilderung ausserdem bekannt, als er seine Stellungnahme vom 10. Dezember 2012 (IV-Nr. 130) verfasste. Andere unerkannte oder ungewürdigte Aspekte sind nicht ersichtlich. Es kommt hinzu, dass der Bericht vom 5. November 2012 keine Aussage zur Arbeitsfähigkeit enthält. Auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht vom 10. Juli 2014 führt zu keiner anderen Beurteilung. Er enthält ■ abgesehen von der nun noch stärkeren Betonung des Ereignisses aus dem Jahr 2004 ■ keine erheblichen neuen Informationen. Auf die Frage, inwiefern gegenüber der Situation im Juni 2011 eine Veränderung eingetreten sei, wird nicht näher eingegangen.

7.5 Im Parteivortrag an der öffentlichen Verhandlung liess der Beschwerdeführer ausführen, in den Berichten der behandelnden Ärzte werde eine Somatisierungsstörung diagnostiziert. Dabei handle es sich um eine Diagnose, die von der neuen Rechtsprechung zu den psychosomatischen Beschwerdebildern (Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015) erfasst werde. Die Sache sei deshalb im Rahmen eines neuen Gutachtens unter diesem Aspekt ergänzend abzuklären.

Dr. med. F.____ hat im Rahmen seines Gutachtens die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) diskutiert und mit überzeugender Begründung verneint (IV-Nr. 101.1 S. 18). In der Folge erwähnte Dr. med. G.____ in seinem rheumatologischen Gutachten vom 7. Mai 2012 (IV-Nr. 112.1) ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich des linken Arms und des Kopfes, das nicht ausreichend somatisch abstützbar sei. Sowohl die Austrittsberichte der J.____ (IV-Nr. 123) als auch die Berichte von Dr. med. I.____ und Dr. med. H.____ (IV-Nr. 126; Urkunde 4) nennen als Diagnose neben einer depressiven Störung auch eine Somatisierungsstörung. Im Austrittsbericht der J.____ vom 28. März 2012 (IV-Nr. 123 S. 4 ff.) wird ausgeführt, der Beschwerdeführer habe während der am 15. Januar 2012 begonnenen Hospitalisation über ausgeprägte somatische Symptome in Form von Kopfschmerzen, Schwindel und Körperschwäche geklagt. Er sei deshalb auf die Psychosomatikstation in [...] verlegt

worden. Laut der Definition im Klassifikationssystem ICD-10 ist eine Somatisierungsstörung (F45.0) charakterisiert durch multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die wenigstens zwei Jahre bestehen. Die meisten Patienten haben eine lange und komplizierte Patienten-Karriere hinter sich, sowohl in der Primärversorgung als auch in spezialisierten medizinischen Einrichtungen, mit vielen negativen Untersuchungen und ergebnislosen explorativen Operationen. Die Symptome können sich auf jeden Körperteil oder jedes System des Körpers beziehen. Der Verlauf der Störung ist chronisch und fluktuierend und häufig mit einer langdauernden Störung des sozialen, interpersonalen und familiären Verhaltens verbunden. Dass beim Beschwerdeführer eine derartige Symptomatik vorliegen sollte, ist jedoch nicht erkennbar. Gemäss den erwähnten psychiatrischen Berichten klagte der Beschwerdeführer in erster Linie über Müdigkeit, Kraftlosigkeit und Schlafprobleme, nicht aber über multiple, häufig wechselnde körperliche Symptome (vgl. IV-Nr. 126 S. 3; Bericht vom 10. Juli 2014 [Urkunde 4], S. 1 f.). Laut dem Austrittsbericht vom 2. Juli 2012 (IV-Nr. 123) bestanden bei Eintritt Schwindel sowie Schmerzen in den Beinen, die aber im Verlauf der Hospitalisation verschwanden. Somatisch orientierte Behandlungen sind nicht aktenkundig und werden insbesondere im Bericht von Dr. med. M. ___ vom 19. August 2012 (IV-Nr. 124) nicht erwähnt. Die Voraussetzungen einer Diagnose, auf welche die neue Schmerzrechtsprechung anwendbar wäre, sind daher nicht erfüllt.

7.6 Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin die Beweiskraft des Gutachtens von Dr. med. F. ___ vom 15. August 2011 zu Recht bejaht. Durch dieses Gutachten ist eine erhebliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes gegenüber der Situation bei Rentenzusprechung im September 2006 ausgewiesen. Eine psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist nunmehr zu verneinen. Die anschliessenden Behandlungen und die entsprechenden Berichte sind nicht geeignet, eine erhebliche, länger dauernde Veränderung zu begründen. Die Beschwerdegegnerin hat daher zu Recht für den Zeitraum bis zum Erlass der Verfügung vom 13. Februar 2014 auf das Gutachten von Dr. med. F. ___ abgestellt und ist, was die psychiatrische Seite anbelangt, von voller Arbeitsfähigkeit ausgegangen.»

5.3 Diese Würdigung des Gutachtens von Dr. med. F. ___ wurde im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren durch das Bundesgericht mit Urteil vom 29. Februar 2016 (Suva-Nr. II 106) bestätigt.

5.4 Die in der Beschwerdeschrift vom 16. Januar 2017 vorgebrachten Argumente gegen die grundsätzliche Beweiskraft des Gutachtens von Dr. med. F. ___ wurden im vorstehend zitierten invalidenversicherungsrechtlichen Urteil des Versicherungsgerichts vom 3. September 2015 bereits behandelt. Die diesbezüglichen Fragestellungen sind in beiden Rechtsgebieten dieselben. Neue Aspekte, welche im Urteil vom 3. September 2015 unberücksichtigt geblieben wären, enthält die Beschwerdeschrift - bezogen auf die prinzipielle Beweiskraft des Gutachtens ■ nicht. Berichte über die Behandlung bei Dr. med. I. ___ und Dr. med. H. ___ lagen damals bereits vor.

In zeitlicher Hinsicht unterscheidet sich die Ausgangslage im vorliegenden Verfahren insofern von derjenigen im IV-Verfahren, als sich die gerichtliche Prüfung damals nur auf die Zeit bis zum Erlass der dortigen Revisionsverfügung vom 13. Februar 2014 erstreckte, während hier der Zeitraum bis Erlass des Einspracheentscheids vom 28. November 2016 zu beurteilen ist. Der Umstand, dass das Gutachten von Dr. med. F. ___ damals gut fünf Jahre alt war, böte aber nur dann Anlass zu weiteren Abklärungen, wenn Hinweise auf eine

zwischenzeitlich eingetretene, potenziell anspruchserhebliche Veränderung bestünden. Dies trifft jedoch nicht zu: Im Einspracheverfahren wurde zu dieser Frage einzig der Bericht von Dr. med. H.____ und Dr. med. I.____ vom 10. Juli 2014 (Suva-Nr. II 99) aufgelegt. Dieser datiert zwar nach der Verfügung vom 13. Februar 2014, lag aber dem Versicherungsgericht im IV-Verfahren vor. Er konnte in die damalige Beurteilung einbezogen werden. Wie erwähnt (vgl. die in E. 5.2 hiervor zitierte E. II. 7.4 des Urteils vom 3. September 2015), gelangte das Versicherungsgericht zum Ergebnis, eine erhebliche Verschlechterung sei auch durch diesen Bericht nicht ausgewiesen. An dieser Beurteilung ist festzuhalten, zumal die Abweichung der neueren Berichte von Dr. med. I.____ und Dr. med. H.____ von früheren Stellungnahmen weniger die erhobenen Befunde als Erinnerungen an einen Vorfall aus dem Jahr 2004 betrifft (der Beschwerdeführer habe den Suizid eines Mädchens am Bahnhof [...] gesehen), welcher in den früheren, zeitlich näheren Berichten, namentlich jenen aus den Jahren 2005 und 2006, keine Erwähnung findet. Andere Gründe, welche für eine andere, vom Urteil vom 3. September 2015 abweichende Würdigung der psychiatrischen Aktenlage sprechen würden, werden nicht vorgebracht und sind auch nicht ersichtlich. Analog zur IV-rechtlichen Beurteilung ist daher gestützt auf das Gutachten von Dr. med. F.____ davon auszugehen, der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich zwischen der Zusprechung der Rente von 100 % mit der Verfügung vom 21. März 2006 und der Erstattung des Gutachtens vom 15. August 2011 erheblich verbessert und es liege keine psychische Störung mit erheblichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehr vor. Da keine Anhaltspunkte für eine später eingetretene erhebliche Veränderung bestehen, gilt diese Beurteilung auch für den anschliessenden, hier zu prüfenden Zeitraum bis zum Erlass des Einspracheentscheids vom 28. November 2016.

6. Mit der erheblichen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes liegt ein Revisionsgrund vor, der zu einer Anpassung der Rente gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG führt (vgl. E. II. 2.3 hiervor). Dabei 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).

6.1 Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf die beiden Gutachten von Dr. med. F.____ und Dr. med. G.____ vom 15. August 2011 bzw. 7. Mai 2012 (Suva-Nrn. 253 f.) davon aus, die linke Hand könne aus somatischer Sicht nur noch als Hilfshand zum Gegenhalten und Heben / Stossen sehr leichter Gewichte eingesetzt werden. Aus psychischer Sicht bestehe keine Einschränkung mehr. Diese Beurteilung lässt sich nicht beanstanden. Der Beschwerdeführer lässt denn auch keine Einwände gegen die Umschreibung des Zumutbarkeitsprofils aus somatischer Sicht vorbringen.

Die in der Beschwerdeschrift angeführte Schwindelsymptomatik ist nicht geeignet, das Zumutbarkeitsprofil zu beeinflussen, denn ein Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 25. Dezember 2000 ist äusserst unwahrscheinlich. Nach der Rechtsprechung erlaubt die dynamische Posturographie, welche dem im IV-rechtlichen Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht von Dr. med. Q.____, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, vom 27. Juni 2014 zugrunde liegt, nach der Rechtsprechung keine direkte Aussage zur Ätiologie der Symptomatik (Urteil des Bundesgerichts 9C_412/2011 vom 14. Juli 2011 E. 3.5.1 mit Hinweisen). Hier kommt hinzu, dass das Unfallereignis und insbesondere die dabei erlittene Verletzung an der linken Hand nicht als geeignet erscheinen, eine Gleichgewichtsstörung zu bewirken. In dieselbe Richtung weist der von Dr. med. Q.____ angegebene Verlauf mit einer erst in den Monaten vor seinem

Bericht, also im Jahr 2014, eingetretenen Intensivierung (vgl. E. II. 8.2 des Urteils vom 3. September 2015). In den anderen aktenkundigen Berichten findet Schwindel zwar teilweise Erwähnung, ohne dass ihm jedoch eine erhebliche Bedeutung beigemessen würde. Damit ist eine unfallkausale Schwindelsymptomatik, die sich erheblich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken könnte, auszuschliessen. Ergänzende Abklärungen zu dieser Frage sind nicht notwendig.

6.2 Die Ermittlung des Invaliditätsgrades von 23 % lässt sich nicht beanstanden und ist zu Recht unbestritten geblieben. So ist die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des Valideneinkommens im Jahr 2014 korrekterweise von dem in der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers als Metzger erzielten Lohn aus dem Jahr 2002 von CHF 4'140.00 (x 13; vgl. Suva-Nr. 78) ausgegangen und hat diesen auf das Jahr 2014 hochgerechnet. Das Valideneinkommen beträgt somit CHF 61'775.00. Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens von CHF 47'472.00 ist die Beschwerdegegnerin korrekterweise vom Tabellenlohn ausgegangen und hat den gestützt auf die LSE 2010 (TA1 für Männer, Anforderungsniveau 1) herangezogenen monatlichen Lohn von CHF 4'901.00 auf die durchschnittliche wöchentliche Betriebsarbeitszeit von 41,7 Stunden umgerechnet sowie an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2014 angepasst. Weiter hat sie einen leidensbedingten Abzug von 25 % berücksichtigt. Dies ist aufgrund der somatischen Einschränkungen des Beschwerdeführers an der linken Hand nachvollziehbar. Somit ergibt dies ein Invalideneinkommen von CHF 47'472.00.

6.3 Bei einem Valideneinkommen von CHF 61'775.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 47'472.00 resultiert ein IV-Grad von gerundet 23 % (vgl. E. II. 2.2 hiervor). Damit erweist sich die Berechnung der Beschwerdegegnerin als korrekt. Die von der Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort ■ unter Hinweis auf die Invaliditätsbemessung im IV-Verfahren ■ erwähnte Prüfung einer reformatio in peius rechtfertigt sich nicht, denn eine solche würde voraussetzen, dass der ermittelte Invaliditätsgrad von 23 % als zweifellos unrichtig bezeichnet werden müsste (BGE 142 V 337 E. 3.1 S. 339 f.). Davon kann nicht gesprochen werden.

7. Die Herabsetzung der dem Beschwerdeführer ausgerichteten Invalidenrente von 100 % per 1. März 2014 auf 23 % ist daher nicht zu beanstanden. Folglich ist der Einspracheentscheid vom 28. November 2016 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

E. 3

3.1 Am 16. Februar 2011 leitete die IV-Stelle eine Rentenrevision ein und veranlasste eine psychiatrische und rheumatologische Begutachtung. Der Beschwerdeführer erschien am 29. Juni 2011 zur gutachterlichen Untersuchung bei Dr. med. F. ____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und dieser erstattete sein Gutachten am 15. August 2011 (Suva-Nr. 253). Dem Untersuchungstermin bei Dr. med. G. ____, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, blieb der Beschwerdeführer jedoch trotz entsprechender Aufforderungen fern. Die IV-Stelle stellte daraufhin mit Verfügung vom 14. Dezember 2011 (Suva-Nr. 246) ihre Leistungen per sofort ein. In der Folge konnte die Untersuchung bei Dr. med. G. ____, am 3. Mai 2012 stattfinden. Dessen rheumatologisches Gutachten datiert vom 7. Mai 2012 (Suva-Nr. 254). Mit Verfügung vom 13. Februar 2014 verneinte die IV-Stelle schliesslich einen Rentenanspruch ab dem Zeitpunkt der Renteneinstellung im Dezember 2011 (Suva-Nr. 255).

3.2 Die durch den Beschwerdeführer gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 13. Februar 2014 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) erhobene Beschwerde wurde von diesem mit Urteil vom 3. September 2015 (VSBES.2014.71) in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als der Beschwerdeführer auch während des Zeitraums vom 1. Januar 2012 bis 31. März 2014 Anspruch auf eine ganze Rente habe, während ab 1. April 2014 kein Rentenanspruch mehr bestehe. Dieser Entscheid wurde sodann durch das Bundesgericht mit Urteil 8C_724/2015 vom 29. Februar 2016 bestätigt.

4. Die Beschwerdegegnerin nahm gestützt auf die der IV-Stelle erstatteten Gutachten von Dr. med. F.____ und Dr. med. G.____ ebenfalls eine Anpassung der Rente vor. Mit Verfügung vom 26. Februar 2014 (Suva-Nr. 256) reduzierte sie die bisher ausgerichtete Rente mit Wirkung ab 1. März 2014 von 100 % auf 23 %. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 28. März 2014 Einsprache erheben (Suva-Nr. 258.1). Diese wurde am 26. September 2014 unter Beilage eines Berichts von Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I.____, Assistenzärztin Psychiatrie, ergänzt (Suva-Nr. II 98, 99). Mit Verfügung vom 7. Oktober 2014 wurde das Einspracheverfahren, wie vom Beschwerdeführer beantragt, mit Blick auf das hängige invalidenversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren sistiert (Suva-Nr. II 101). Nach dessen Abschluss liess der Beschwerdeführer am

E. 6

April 2016 beantragen, es sei ihm Frist zur ergänzenden Einsprachebegründung anzusetzen. Eine solche Frist wurde in der Folge gesetzt und mehrmals verlängert, letztmals bis 18. November 2016 (Suva-Nr. II 120). Nachdem keine ergänzende Einsprachebegründung eingereicht worden war, erliess die Beschwerdegegnerin am 28. November 2016 den Einspracheentscheid (Suva-Nr. II 121; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.). Die Einsprache wurde abgewiesen.

5. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 16. Januar 2017 (A.S. 8 ff.) beim Versicherungsgericht fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

6. Mit Beschwerdeantwort vom 14. Februar 2017 (A.S. 18 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheids vom 28. November 2016.

7. Mit Verfügung vom 23. März 2017 (A.S. 40 ff.) weist der Präsident des Versicherungsgerichts das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege bzw. Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes wegen Aussichtslosigkeit der Beschwerde ab.

8. Mit Eingabe vom 6. April 2017 (A.S. 44) lässt der Beschwerdeführer den Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung nach EMRK zurückziehen.

9. Am 15. Mai 2017 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein (A.S. 48 ff.), die mit Verfügung vom 16. Mai 2017 (A.S. 51) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin geht.

10. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend soweit erforderlich eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die dem Beschwerdeführer ausgerichtete Rente mit Einspracheentscheid vom 28. November 2016 (A.S. 1 ff.) zu Recht ab 1. März 2014 auf 23 % reduziert hat. Streitgegenstand bildet somit einzig die Rente.

2. Gemäss Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung ■ soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt ■ die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist.

2.1 Als Invalidität gilt nach Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.2 Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers oder einer Rentenbezügerin 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). Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist daher nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben oder eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 ff.; Urteil des Bundesgerichts 9C_297/2016 vom 7. April 2017 E. 2.1 [zur Publ. vorgesehen] mit weiteren Hinweisen). 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 weiteren 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 Verwaltungs- und/oder Beschwerdeverfahren. 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 voraussetzungslose Neubeurteilung der invaliditätsmässigen Voraussetzungen genügt nach ständiger Rechtsprechung weder für eine revisions- noch eine wiedererwägungsweise Herabsetzung der Invalidenrente. Die revisionsweise Anpassung setzt Tatsachenänderungen im massgeblichen Vergleichszeitraum voraus; eine einfache Neubeurteilung nach besserem Wissen ist nicht zulässig (Urteil des Bundesgerichts 8C_294/2010 vom 30. August 2010 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.4 Für den Beweiswert einer medizinischen Stellungnahme ist entscheidend, ob sie 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 des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 mit Hinweis).

3. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch ab 1. März 2014. Dieser hängt davon ab, ob die Beschwerdegegnerin die Rente von 100 %, welche dem Beschwerdeführer mit der Verfügung vom 21. März 2006 (Suva-Nr. 232) zugesprochen wurde, zu Recht revisionsweise auf eine solche von 23 % herabgesetzt hat. Umstritten ist namentlich, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausging, der psychische Gesundheitszustand habe sich erheblich verbessert.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid davon aus, gestützt auf die im IV-Verfahren gewonnenen Erkenntnisse, insbesondere das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F.____ vom 15. August 2011, sei davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie seine Arbeits- und Erwerbsfähigkeit im Vergleich zur Situation bei Erlass der Verfügung vom 21. März 2006 (Suva-Nr. 232) erheblich verbessert habe. Eine psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe nicht mehr. Daher seien einzig die somatischen Beeinträchtigungen zu berücksichtigen. Diese begründeten noch einen Rentenanspruch von 23 %.

3.2 Der Beschwerdeführer lässt einwenden, im Verhältnis zwischen Invaliden- und Unfallversicherung bestehe keine Bindungswirkung. Die Beschwerdegegnerin könne daher nicht ohne weiteres die Beurteilung der IV-Stelle übernehmen. Das Gutachten von Dr. med. F.____ vom 15. August 2011 sei im Zeitpunkt des Einspracheentscheids fünf Jahre alt und somit nicht mehr aktuell gewesen. Es sei durch die Berichterstattung von Dr. med. H.____ und Dr. med. I.____ überholt. Ausserdem sei die im IV-Beschwerdeverfahren gerichtlich nicht abschliessend beurteilte Schwindelsymptomatik im UV-Bereich noch klärungsbedürftig. Es fehlten hierzu verbindliche Tatsachenfeststellungen. Schliesslich bestreite der Beschwerdeführer auch im UV-Bereich, dass das Gutachten von Dr. med. F.____ die von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme in Revisionsfällen (Urteil des Bundesgerichts 8C_441/2012 E. 6.1.2) erfülle. Das Gutachten beziehe sich nicht auf das eigentliche Beweisthema (Veränderung des Gesundheitszustandes). Es handle sich im besten Fall um eine Momentaufnahme des Zustands des Beschwerdeführers.

4. Zur in erster Linie strittigen Frage, ob sich der psychische Gesundheitszustand zwischen dem Erlass der Verfügung vom 21. März 2006 (Suva-Nr. 232) und dem Erlass des Einspracheentscheids vom 28. November 2016 erheblich verbessert habe, liegen insbesondere folgende medizinische Unterlagen vor:

4.1 Die (psychiatrische) Aktenlage bei Erlass der Verfügung der IV-Stelle vom 18. September 2006, mit welcher dem Beschwerdeführer wegen vollständiger Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen eine ganze Rente zugesprochen wurde, fasste das Versicherungsgericht in seinem Urteil vom 3. September 2015 wie folgt zusammen (E. II. 6.2):

«6.2 Am 26. Juli 2005 meldete sich der Beschwerdeführer unter Hinweis auf eine Depression erneut zum Leistungsbezug bei der Beschwerdegegnerin an (IV-Nr. 53).

6.2.1 Die J.____ [...] (Dr. med. K.____, Oberarzt; lic. phil. L.____, Psychologin) diagnostizierten im Bericht vom 6. September 2005 [in Suva-Nr. 231] eine längere depressive Episode bei psychosozialer Belastungssituation sowie eine dreifache Fingeramputation an der linken Hand. Seit 14. Februar 2005 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Im Verlaufsbericht vom 25. Januar 2006 [ebenfalls in Suva-Nr. 231] führten Dr. med. K.____, Oberarzt, und Dr. med. I.____, Assistenzärztin, aus, der Gesundheitszustand sei stationär, es bestehe eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2), der Patient sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig.

6.2.2 Dr. med. D.____ [] erklärte in seinem Bericht vom 7. September 2005 (IV-Nr. 65), der Beschwerdeführer sei «ganz arbeitsunfähig». Es bestehe eine sehr schwere chronische Depression bei Status nach Unfall und folgender Arbeitsunfähigkeit. Die Behandlung dauere seit 14. Februar 2005, die letzte Untersuchung habe am 23. Mai 2005 stattgefunden. Seit 30. Mai 2005 weile der Beschwerdeführer wegen der schweren und behandlungsbedürftigen chronischen Depression freiwillig in der [...]. Eine Arbeitsfähigkeit sei nicht mehr zu erreichen.

6.2.3 Der Konsiliarpsychiater der Suva, Dr. med. E.____, hielt in seiner Beurteilung vom 16. Februar 2006 (IV-Nr. 71), welche sich auf die Vorakten, drei Untersuchungsgespräche und fremdanamnestische Angaben stützte, fest, der Beschwerdeführer leide seines Erachtens unter einer anhaltenden mittelgradig depressiven Störung mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11). Diese Störung sehe er, Dr. med. E.____, nur teilweise als direkte Folge des Unfalls vom 25. Dezember 2000. Gegenwärtig sei der Beschwerdeführer aufgrund seiner krankheitsbedingten depressiven Störung als zu 100 % arbeitsunfähig anzusehen. Sein Erleben der Schmerzhaftigkeit der linken Hand dürfte durch den depressiven Wahrnehmungsmodus zusätzlich akzentuiert sein, während die Kopfschmerzen als teils depressiv bedingt und teils als Spannungskopfschmerzen gedeutet würden. Eine Wiederaufnahme der Arbeit in sukzessiver Rückführung in den Arbeitsprozess erachte er, Dr. med. E.____, nicht als unmöglich, nicht jedoch ohne eine fachärztliche Behandlung und anfänglich möglicherweise in geschützten Arbeitsverhältnissen. In Anbetracht der langen, fünfjährigen Absenz vom Arbeitsprozess sei es derzeit nicht möglich, konkrete Empfehlungen oder prognostisch quantitative Angaben zur weiteren Rehabilitation und Arbeitsfähigkeit zu machen.»

Der Beschwerdegegnerin lagen im Wesentlichen ebenfalls diese Unterlagen vor, als sie dem Beschwerdeführer mit der Verfügung vom 21. März 2006 (Suva-Nr. 232) eine Rente

von 100 % zusprach. In erster Linie stützte sie sich auf das Gutachten respektive den Untersuchungsbericht ihres Konsiliarpsychiaters Dr. med. E.____ vom 16. Februar 2006 (Suva-Nr. 228).

4.2 Zur Aktenlage im Zeitpunkt der Revisionsverfügung, welche die IV-Stelle am 13. Februar 2014 erliess, führte das Versicherungsgericht in seinem zitierten Urteil vom 3. September 2015 aus (E. II. 6.3; Ergänzungen in eckigen Klammern eingefügt):

« 6.3.1 Dr. med. M.____ [Hausarzt] erklärte am 1. März 2011, der Beschwerdeführer habe ihn in den letzten Jahren nur sporadisch aufgesucht, zuletzt am 14. März 2008 wegen eines viralen Infekts, am 25. November 2008 wegen Halsschmerzen und am 25. Mai 2010 wegen einer Warze am rechten Fuss und einer chronischen Sinusitis maxillaris beidseits. Psychisch wirke der Patient leicht bedrückt, aber ansonsten adäquat. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei ihm, dem Hausarzt, nicht möglich, er wisse auch nicht, ob der Patient in psychiatrischer Behandlung sei. Er schlage eine Begutachtung vor (IV-Nr. 89).

6.3.2 Dr. med. F.____ stützte sich in seinem Gutachten vom 15. August 2011 (IV-Nr. 101.1) auf die vollständigen Vorakten sowie eine persönliche Exploration, welche mithilfe einer Dolmetscherin (albanisch) durchgeführt wurde. Das Gutachten gibt zunächst die Anamnese (gemäss Angaben des Beschwerdeführers) wieder und enthält anschliessend Ausführungen zur Krankheitsentwicklung, unterteilt in einen mündlichen Bericht des Beschwerdeführers und die Ergebnisse der Selbstbeurteilungsfragebögen (SCL-90-R; BDI; SOMS-7T). Es folgt eine Beschreibung der objektiven Befunde, dies anhand des Psychostatus, des Fremdbeurteilungsverfahrens MADRS und einer kommentierten Zusammenfassung der aus psychiatrischer Sicht relevanten Vorakten. Als Diagnosen nennt der Gutachter eine Dysthymia (ICD-10: F34.1), bei depressiver Episode 2005/2006, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F32.4), mit Status nach Suizidversuch mit Chloralose am 8. September 2005, sowie bei Status nach Explosionsunfall mit Fingeramputationen im Dezember 2000. In der Beurteilung führt Dr. med. F.____ aus, die Kriterien für eine depressive Episode nach ICD-10 seien bei der aktuellen Untersuchung nicht (mehr) erfüllt. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass. Es bestünden auch keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere bzw. Länge, um eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Die dysthyme Verstimmung, welche sich aus dem Psychostatus, der MADRS und den subjektiven Angaben ableiten lasse, erkläre sich vollständig als Folge der psychosozialen Faktoren (wie finanzielle Sorgen, persönliche Lebenssituation und Erwerbslosigkeit). Sie begründe für sich allein nicht ausreichend eine depressive Störung gemäss ICD-10. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei eine Dysthymia (ICD-10: F34.1) zu diagnostizieren, die in der Folge einer depressiven Episode und als Reaktion auf die vorhandenen psychosozialen Faktoren einzustufen sei. Die im Gutachten von Dr. med. E.____ vom 14. Februar 2006 genannten objektiven psychopathologischen Befunde (ausgeprägtes Antriebsdefizit, eingeschränkte Weite des Aufmerksamkeitsfeldes, im Denken gehemmt, thematisch eingeengt, affektiv auffällig, chronische latente Suizidalität) seien anlässlich der aktuellen Untersuchung nicht mehr zu objektivieren. Eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes im Vergleich zu den Untersuchungen durch Dr. med. E.____ im November 2005 könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab Juni 2011 angenommen werden. Eine Beurteilung für den Zeitraum zwischen 2006 und 2011 sei aufgrund fehlender hinreichender objektiver Angaben nicht zuverlässig möglich. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren liege nicht vor.

Sowohl die bisherige als auch andere Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht bei vollem Pensum ohne Leistungsreduktion zumutbar.

6.3.3 Dr. med. G. ___ nennt in seinem Gutachten vom 7. Mai 2012 (IV-Nr. 112.1) als Diagnose mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit posttraumatische Läsionen an der linken Hand. An den oberen Extremitäten imponierten die Läsionen im Bereich der linken Hand, die Folge des Unfalls vom 25. Dezember 2000 seien. Amputationen seien auf Höhe des IP-Gelenks des linken Daumens, der Mittelphalanx des linken Mittelfingers und auf Höhe des PIP-Gelenks des Ringfingers links vorgenommen worden. Zudem könne der Gutachter Bewegungseinschränkungen im Zeigefinger links objektivieren, die das PIP- und das DIP-Gelenk betreffen und zu einem erhöhten Fingerkuppen-Palma-Abstand von 2,5 cm führen würden. Der Beschwerdeführer müsse sich gut an die resultierenden funktionellen Einschränkungen gewöhnt haben, weil im Bereich der Unterarme keine Muskelhypotrophien, bei symmetrischen Umfängen, objektivierbar seien. Das heisse konkret, dass er die verbleibenden Finger der linken Hand kraftvoll einsetzen können müsse. Andernfalls hätte sich zwingend eine Muskelhypotrophie der Unterarmmuskulatur links im Vergleich zur rechten Seite entwickeln müssen. Aufgrund der eingetretenen Unfallfolgen hätte er, der Gutachter, umschriebene Sensibilitätsstörungen im Bereich der linken Hand erwartet. Die vom Versicherten geschilderten diffusen Sensibilitätsstörungen, die sich ausschliesslich auf taktile Reize beschränkten, liessen an vordergründig nicht-somatisch abstützbare Sensibilitätsstörungen denken. Dies gelte auch für die vom Beschwerdeführer geschilderte nicht-dermatombezogene Hyposensibilität (ausschliesslich für taktile Reize) der gesamten linken Körperhälfte. Die vom Beschwerdeführer bei der klinischen Untersuchung geschilderte ungerichtete Steh- und Gehunsicherheit könne der Gutachter nicht objektivieren. Es sei kein pathologischer Nystagmus nachweisbar. Dasselbe gelte in Bezug auf somatisch-pathologische Befunde, welche die geschilderten Schlafstörungen und die angegebene Müdigkeit erklären würden. Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die vom Beschwerdeführer bisher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten seit dem Unfall vom 25. Dezember 2000 nicht mehr gegeben. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne seit dem Ende der posttraumatischen Rehabilitationsphase, spätestens Ende 2001, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr angenommen werden. Die angepasste Verweistätigkeit liege in einem temperierten (Raumluft) Raum, beschränke sich auf leichtgradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln, zu. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert. Die linke Hand könne ausschliesslich als Hilfs- hand zum Gegenhalten und zum Heben und Stossen leichtgradiger Gewichte eingesetzt werden. Feinmotorische Tätigkeiten mit der linken Hand seien nicht mehr möglich. Nicht mehr zumutbar sei das Besteigen von Leitern und Gerüsten.

6.3.4 Mit Schreiben vom 14. Januar 2012 (IV-Nr. 124 S. 20) wies Dr. med. M. ___ den Beschwerdeführer der [...], für eine ambulante [psychiatrische] Behandlung zu. Er führte aus, bei psychosozialer Belastungssituation (IV-Rente gestrichen per 28. Oktober 2011 [gemeint wohl: 14. Dezember 2011], allein wohnend in der Schweiz, Familie mit neun Kindern im Kosovo, soziale Desintegration) sei es zu einer psychischen Dekompensation gekommen.

Dem Austrittsbericht der J.____ vom 28. März 2012 (IV-Nr. 123 S. 4, über den Aufenthalt vom 15. Januar bis 12. März 2012; Dr. med. N.____, Oberärztin, und med. pract. O.____, Assistenzärztin) lässt sich entnehmen, der Beschwerdeführer sei am 15. Januar 2012 wegen akuter Suizidalität auf die geschlossene Station in [...] aufgenommen worden (er habe sich mit einem Seil an einem Baum erhängen wollen). Die Dekompensation sei damit verknüpft, dass der Beschwerdeführer seit Januar 2012 keine IV-Rente mehr erhalte. Am 16. Februar 2012, nach glaubhafter Distanzierung von Suizidalität, sei er auf die Psychosomatikstation in [...] verlegt worden, dies wegen somatischer Symptome (Schwindel, Kopfschmerzen). Er sei in ein multimodales und milieutherapeutisches Therapieprogramm aufgenommen worden. Aufgrund geringer Deutschkenntnisse hätten vor allem psychoedukativ ausgerichtete Gespräche stattgefunden. Diagnostiziert werden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), und eine Somatisierungsstörung. Der Psychostatus bei Austritt am 12. März 2012 zeige eine Verbesserung der Stimmung, wobei die Hoffnungslosigkeit immer noch bestehend sei. Der Antrieb sei verbessert, die Einschlafstörungen hätten sich verbessert, jedoch bestünden weiterhin Durchschlafstörungen. Der Beschwerdeführer könne sich klar von Suizidalität distanzieren. Es habe eine ambulante psychiatrische Betreuung bei Dr. med. I.____, [...] (albanisch sprechend) organisiert werden können.

6.3.5 Der Austrittsbericht der J.____ vom 2. Juli 2012 (über den Aufenthalt vom 21. Mai bis 1. Juni 2012; Dr. med. K.____, Oberarzt, und Dr. med. P.____, Assistenzärztin) nennt als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0), und eine Somatisierungsstörung. Der Beschwerdeführer sei durch Dr. med. I.____ wegen einer schweren depressiven Episode mit latenter Suizidalität eingewiesen worden. Er berichte, dass er seit dem Austritt vor ca. zwei Monaten wieder Schwierigkeiten habe. Er leide unter Kraftlosigkeit, Schwindel und täglichen Suizidgedanken ohne konkrete Pläne. Durch den Verlust seiner IV-Rente im Jahr 2012 könne er nicht einmal mehr seine Familie (Frau und neun Kinder, die im Kosovo wohnen) finanzieren. Er verbringe seine Tage meistens zu Hause, weil er keine langen Strecken mehr gehen könne, habe dadurch keine Tagesstruktur und fast keine sozialen Kontakte. Am Eintrittstag habe ein stark niedergestimmtes und hoffnungsloses Zustandsbild imponiert. Bereits am Folgetag habe sich der Zustand des Beschwerdeführers deutlich gebessert. Er habe sich schnell auf der Abteilung eingelebt, stets durchgeschlafen, sei im Kontakt freundlich gewesen und habe sich auch selbständig gut beschäftigen können. In den Gesprächen habe er zwar weiterhin über Schwindel und starke Müdigkeit geklagt, dies sei aber im Stationsalltag nie zum Ausdruck gelangt und habe seine Leistung in der Arbeits- und Bewegungstherapie nicht beeinträchtigt. Auch die anfänglich erwähnten Suizidgedanken und Schmerzen seien im Verlauf der Hospitalisation verschwunden. Auffallend gewesen seien nur ein etwas unkontrolliertes Essverhalten und die Tatsache, dass der Beschwerdeführer ein paar Mal auf die gewünschten Umgangsformen hingewiesen werden müssen, was er jedoch gut habe annehmen können. Für eine bessere Tagesstruktur sollte eventuell ein Beschäftigungsprogramm von der Sozialhilfe in Betracht gezogen werden. Der Beschwerdeführer sei am 1. Juni 2012 in deutlich gebessertem Zustand in die vorbestehenden Verhältnisse entlassen worden.

6.3.6 Dr. med. M.____ erklärte im Arztbericht vom 19. August 2012 (IV-Nr. 124), der Patient sei nach seiner Beurteilung in der Erwerbsfähigkeit weiterhin dauerhaft eingeschränkt, wobei dies aus hausärztlicher Sicht schwierig zu beurteilen sei und er eine

psychiatrische Beurteilung zwecks Festlegung des Invaliditätsgrades empfehle. Als Diagnosen nennt der Arzt eine rezidivierende depressive Störung (mehrere Episoden ohne psychotische Symptome mit Hospitalisation in der [...] 2005/2006 sowie von Januar bis März 2012 und von Mai bis Anfang Juni 2012) sowie einen Status nach schwerer depressiver Episode mit latenter Suizidalität und psychosozialer Belastungssituation. Im Sinne von Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine Hypertonie, rezidivierende Kopfschmerzen, eine Fettstoffwechselstörung, ein Status nach multiplen Amputationen im Finger und Daumenbereich der linken Hand nach Feuerwerksverletzung im September 2004 (gemeint wohl: Dezember 2000), eine chronische Gastritis mit Reflux und eine chronisch behinderte Nasenatmung sowie ausgeprägte Schleimbildung im Rachen und Räusperzwang. Die letzte Untersuchung habe am 10. Juli 2012 stattgefunden.

6.3.7 Dr. med. H. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I. ____, Assistenzärztin Psychiatrie, [...], führen in ihrem Bericht vom 5. November 2012 (IV-Nr. 126) aus, sie behandelten den Beschwerdeführer seit dem 14. März 2012. Die letzte Untersuchung habe am 21. September 2012 stattgefunden. Der Beschwerdeführer gebe an, er leide an Müdigkeit, Kraftlosigkeit, Bedrücktheit, Schwindelgefühlen und Schlafstörungen. Neben dem Unfall von 2000 erwähne er einen Vorfall aus dem Jahr 2004, als er gesehen habe, wie sich ein junges Mädchen suizidiert habe. Bei der Beschreibung der Befunde legt Dr. med. I. ____, Konzentrationsfähigkeit und Kurzzeitgedächtnis seien vermindert. Im formalen Denken sei der Beschwerdeführer über seine psychosoziale Situation grübelnd, darauf eingeengt, leicht verlangsamt, umständlich. Aktuell zeigten sich keine Befürchtungen und Zwänge, Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Ein affektiver Rapport lasse sich zwar herstellen, jedoch zeige sich der Affekt abgeflacht, die Stimmung deutlich depressiv, hoffnungslos. Des Weiteren bestünden eine innere Unruhe, verminderte Gefühle der Lust, Freude und Interesse, Gereiztheit, Ängstlichkeit. Der Antrieb zeige sich vermindert. Sozial habe sich der Beschwerdeführer zurückgezogen. Diagnostiziert werden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode, und eine Somatisierungsstörung.

6.3.8 Dr. med. F. ____, nahm auf Einladung der Beschwerdegegnerin am 10. Dezember 2012 zu den neuen Unterlagen (Berichte der J. ____, sowie von Dr. med. H. ____, und Dr. med. I. ____,) Stellung (IV-Nr. 130). Er führte aus, die neuen Berichte gäben keinen Anlass, seine Beurteilung (Gutachten vom 15. August 2011, IV-Nr. 101.1) zu ändern. In den Berichten werde eine depressive Reaktion auf den Entscheid der Beschwerdegegnerin beschrieben. Angemessene therapeutische und sozialpraktische Unterstützungen hätten jeweils zu einer deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes geführt. Aus der Vorgeschichte sei eine depressive Episode bekannt, weshalb formal eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33) attestiert werde. Damit könne aber keine wesentliche Verschlechterung der medizinischen Situation im Vergleich zu Juni 2011 begründet werden. Es stünden weit überwiegend psychosoziale Belastungen im Vordergrund. Die in Folge dieser psychosozialen Belastungen im Januar 2012 aufgetretene akute Suizidalität sei rasch abgeklungen. Vermehrte Gedanken an Tod und Sterben seien im Fall des Beschwerdeführers Ausdruck der subjektiv als bedrängend erlebten finanziellen und sozialen Lebenssituation. Diese Gedanken empfinde der Beschwerdeführer unabhängig von einer eigenständigen depressiven Episode als belastend.

6.3.9 Im Beschwerdeverfahren wurde ein Bericht von Dr. med. I. ____, und Dr. med. H. ____, vom 10. Juli 2014 (Urkunde 4 des Beschwerdeführers) eingereicht. Danach finden in der

Regel Sitzungen im zwei- bis dreiwöchentlichen Rhythmus statt. Der Beschwerdeführer beklage Kraftlosigkeit, Müdigkeit, bedrückte Stimmung sowie Schwindelgefühle und Schlafstörungen. Auch bestünden persistierende Schmerzen sowie ein brennendes Gefühl an der linken Hand. Er sehe ständig die Bilder des Mädchens, das sich 2004 am Bahnhof [...] suizidiert habe, und wache schweissgebadet auf. Diagnostiziert werden weiterhin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode, sowie eine Somatisierungsstörung. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führen Dr. med. I. ___ und Dr. med. H. ___ aus, aufgrund ihrer bisherigen Erfahrungen mit dem Patienten sowie der Tatsache, dass er seit Längerem keiner Arbeitstätigkeit mehr habe nachgehen können, sei aus ihrer Sicht keine Arbeitstätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt zumutbar. Der Patient wäre auch kaum auf dem Arbeitsmarkt vermittelbar. Bei ihm wäre es empfehlenswert, eine langsame schrittweise angepasste Tätigkeit auszuüben. »

5.

5.1 Der Beschwerdeführer weist zu Recht darauf hin, dass die Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung gegenüber dem Unfallversicherer rechtsprechungsgemäss keine Bindungswirkung entfaltet (BGE 133 V 549 E. 6.2 S. 554, 131 V 362 E. 2.2 S. 366 f.; Urteile des Bundesgerichts 8C_665/2016 vom 24. November 2016 E. 5.2, 8C_780/2016 vom 24. März 2017 E. 7.6). Die Beschwerdegegnerin durfte daher im vorliegenden Verfahren nicht unbesehen auf die Ergebnisse des IV-Verfahrens abstellen. Sie war aber aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes gehalten, diese Informationen in ihre Beurteilung einzubeziehen, soweit sie Fragen betreffen, die sich in beiden Verfahren stellen. Die dortige Beurteilung kann herangezogen und, nach entsprechender Würdigung, gegebenenfalls übernommen werden. Vorliegend bestand zwischen dem IV- und dem UV-Verfahren eine ausgeprägte Parallelität, denn sowohl die ganze Rente der Invalidenversicherung gemäss Verfügung vom 18. September 2006 (E. I.

E. 8

8.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

8.2 Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

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

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Jäggi

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