

SO_GERICHTE VSBES.2022.219 vom 21. September 2022

SO Obergericht, 2022-09-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.219

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.219 du 21 septembre 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.219 del 21 settembre 2022

Erwägungen

E. 4

4.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Das Institut der Revision von Invalidenrenten gilt für alle Sozialversicherungen, welche Invalidenrenten ausrichten, und wurde vom Gesetzgeber in Weiterführung der entsprechenden bisherigen Regelungen übernommen. Da somit keine davon abweichende Ordnung beabsichtigt war, ist auch die dazu entwickelte Rechtsprechung grundsätzlich anwendbar (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 und E. 3.5.4).

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 134 V 131 E. 3 S. 131; 125 V 369 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_122/2010 vom 4. Mai 2010 E. 2). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen; 117 V 198 E. 3b S. 199; AHI 1997 S. 288 E. 2b; Urteil des Bundesgerichts 9C_646/2014 vom 17. Dezember 2014 E. 2.1). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend (und allseitig) zu prüfen, wobei keine Bindungen an frühere Beurteilungen bestehen (BGE 141 V 9 E. 2).

4.3 Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteile des Bundesgerichts 9C_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.1, mit Hinweisen; 9C_1025/2008 vom 19. Januar 2009 E. 1.1 mit vielen Hinweisen; 8C_769/2010 vom 12. November 2010 E. 2.1.1). 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 (Urteile des Bundesgerichts 8C_294/2010 vom 30. August 2010 E. 3.1 mit

Hinweisen; 8C_449/2010 vom 30. November 2010 E. 3.1). 4.4 Im Bereich der obligatorischen Unfallversicherung ist die geforderte Erheblichkeit gegeben, wenn sich der Invaliditätsgrad um 5 % verändert (BGE 133 V 545 E. 6.2 S. 547; Urteile des Bundesgerichts 8C_186/2014 vom 8. Mai 2014 E. 4.1; 8C_44/2008 vom 7. Januar 2009 E. 3 und U 142/06 vom 23. Mai 2007 E. 4.3; U 267/05 vom 19. Juli 2006 E. 3.3, mit Hinweisen). Die zeitliche Wirkung einer Rentenrevision ist – anders als in der Invalidenversicherung (Art. 88a und 88 bis IVV) – nicht geregelt. Eine rückwirkende Anpassung scheidet jedoch aus (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_959/2008 vom 14. September 2009 E. 4.2, mit Hinweis; 8C_90/2011 vom 8. August 2011 E. 8.1). 5. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruhen (BGE 133 V 108 S. 110 ff.; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; Urteil des Bundesgerichts 8C_618/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 2.1). 6. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer im Rahmen einer Rentenrevision Anspruch auf höhere Rentenleistungen der Beschwerdegegnerin hat. Es ist daher aufgrund der sinngemäss anwendbaren Rechtsprechung zur Rentenrevision nach IVG zunächst zu untersuchen, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für die Bestimmung des Invaliditätsgrades erheblichen Tatsachen nach Art. 17 ATSG eingetreten ist. Referenzzeitpunkt bildet vorliegend der Sachverhalt der letzten materiellen Prüfung des Rentenanspruchs, somit die rechtskräftige Verfügung vom 10. April 2008 (Suva-Nr. 205), mit welcher dem Beschwerdeführer ab 1. Mai 2008 eine UVG-Invalidenrente auf der Basis einer 28%igen Invalidität zugesprochen wurde. Dieser Sachverhalt ist mit demjenigen im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 21. September 2022 zu vergleichen. 6.1 Die ursprüngliche Rentenverfügung vom 10. April 2008 stützte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. C. ____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, vom 11. Dezember 2007 (Suva-Nr. 250). Die kreisärztliche Untersuchung ergab folgende Ergebnisse: Obere Extremitäten: Die Schulter rechts stehe angedeutet etwas tiefer, diskrete muskuläre Atrophie. Ante-/Retroversion rechts 90-0-40°, links 170-0-40°. Ab-/Adduktion rechts 50-0-30°, links 170-0-40°. Innen-/Aussenrotation am hängenden, 90° flektierten Unterarm rechts 95-5-0°, links 95-0-45°. Nackengriff links mühelos, rechts bis in die seitliche Halsregion, Schürzengriff links bis thoracal 6, rechts bis lumbal 5. Ellenbogengelenke: Flexion/Extension beidseitig identische Ausmasse im vollen Umfange, keine Hyperextension. Handgelenke: Dorsal-/Volarflexion beidseitig 60-0-60°. Pro-/Supination rechts 90-0-80°, links 90-0-90°. Radial-/Ulnaruktion beidseitig identisch in vollem Umfange. Faustschluss beidseitig vollständig, Funktionen erhalten, Faustschlusskraft rechts 23, links 40 kgs, Daumenpresskraft gegen Zeigefinger rechts 10, links 12 kgms. In der rechten Axilla reizlose Narbe, rechter Arm diffus, proximal diskret, gegen distal deutlicher werdende Hyposensibilität, max. Hyposensibilität im Bereich der Finger I und II. Gut kräftiger Pinzettengriff beidseitig, mit der Hand könne die Dreipfundhantel beidseitig gefasst, gehoben und gewendet werden, die 5 kg Hantel könne getragen werden, die 10 kg Hantel könne kurzfristig getragen werden, ein Engagement sei dabei nicht ersichtlich. Untere Extremitäten: Das rechte Bein könne gestreckt mühelos bis 50° ab Unterlage gehoben werden, das linke Bein werde knapp 20° abgehoben. Gut ersichtliche Selbstlimitierung. Seitengleich frei bewegliche Hüft- und Kniegelenke. OSG: Plantar-/Dorsalflexion rechts 45-0-25, links 45-0-5°, seitengleiche Pro-/Supination.

Klinisch kaum ersichtliche Hypotrophie des linken Oberschenkels. Am linken Unterschenkel werde ein Kompressionsstrumpf getragen. Diskret schwächer auslösbare Sehnenreflexe am linken Bein, der Kniehakenversuch werde mit dem rechten Bein sicher, mit dem linken Bein unsicher durchgeführt. Radiologie: Schulter rechts in zwei Ebenen, Ellenbogen rechts in zwei Ebenen 19. Oktober 2007, Radiologie F.____, Befund: Es lägen Voruntersuchungen Ellenbogen rechts vom 17. Oktober 2005 und Schulter rechts vom 9. Februar 2007 zum Vergleich vor. Rechter Ellenbogen: Verdacht auf zunehmende Dislokation nach lateral des Radiusköpfchenfragmentes bei Status nach mittels Schraubenosteosynthesen versorgter Radiusköpfchenfraktur. Kein Materialbruch, Lockerungs- oder Infektzeichen. In erster Linie in Fehlstellung konsolidiert. Schwere degenerative Veränderungen des Ellenbogengelenkes. Rechte Schulter: keine Befundänderung im Vergleich zur Voruntersuchung bei Status nach Humeruskopfnekrose mit vollständiger Kopfdeformität. Stationär intaktes Osteosynthesematerial. Leichtgradig degenerative Veränderungen, stationäre Knochensubstanz. Stationäre Stellungsverhältnisse. Gez. Dr. G.____. In seiner Beurteilung führte der Kreisarzt aus, gegenüber der Kreisarztuntersuchung vom 8. März 2007 sei das Gangbild nochmals etwas sicherer geworden, der Gang insgesamt flüssig ohne Hilfsmittel, gemäss Angabe des Versicherten seien Spaziergänge bis einer halben Stunde Dauer möglich. Die Einschränkungen im rechten Arm (Ellenbogen und Schulter) seien weiterbestehend, der Gebrauch zusätzlich eingeschränkt durch ersichtliche Selbstlimitierung. Radiologisch seien im Bereiche der Schulter unveränderte arthrotische Veränderungen nachgewiesen, im Bereiche des Ellenbogens bestehe Verdacht auf eine leicht zunehmende Dislokation des Radiusköpfchens, das Osteosynthesematerial sei in situ. Trotz dieser Befunde hätten auch mit der linken Hand Gegenstände bis 5 kg besser gefasst und bewegt werden können als bei der Untersuchung im März 2007. Mit den gezeigten heutigen Befunden sei unfallkausal erneut auf die Zumutbarkeit, geäussert im kreisärztlichen Bericht vom 13. September 2006, abzustellen. Demnach seien dem Versicherten sitzende, wechselbelastende Tätigkeiten von leicht bis mittelschwerer Art zumutbar, bis 3 Pfund könnten rechtsseitig bewegt und gehoben werden, 5 kg könnten getragen werden, 10 kg könnten kurzfristig getragen werden. Nicht zumutbar seien dem Versicherten stehende, kauernde oder kniende Tätigkeiten, ferner Tätigkeiten mit der Notwendigkeit von dauerndem Stehen oder Gehen, Tätigkeiten mit andauerndem Tragen, andauerndem Treppensteigen. Tätigkeiten auf Leitern, auf Gerüsten und unebenem Grund seien nicht zumutbar. Bei Beachtung der Zumutbarkeitsgrenzen sei eine zeitlich unbeschränkte Arbeitsplatzpräsenz möglich. 6.2
6.2.1 Im Einspracheentscheid vom 21. September 2022 stellte die Beschwerdegegnerin auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. E.____ vom 1. November 2021 (Suva-Nr. 299) ab. Anlass für die kreisärztliche Beurteilung war die von der IV-Stelle Solothurn initiierte bidisziplinäre orthopädisch / rheumatologische Begutachtung des Beschwerdeführers bei der Begutachtungsstelle D.____, auf deren Grundlage die IV-Stelle dem Beschwerdeführer eine IV-Rente bei einem Invaliditätsgrad von 40 % gewährte (Gutachten vom 14. Juli 2021, Suva-Nr. 292). Die D.____-Gutachter stellten in ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Suva-Nr. 292, S. 1 ff.): - Neu: Schultergelenksarthrose rechts, Pseudarthrose am Humerushals rechts - Bei St. n. Motorradunfall am 19. September 2004 mit - subkapitaler Humerusfraktur rechts - instabiler Beckenring-Fraktur - offener Vorderarmfraktur rechts - Metacarpale-Fraktur links - komplexer Plexusparese links - Kompartmentsyndrom am linken Unterschenkel - in der Folge § Plattenosteosynthese Vorderarm rechts (20. September 2004) § Osteosynthese am

proximalen Numerus rechts (20. September 2004) § Schrauben-Osteosynthese am Becken links (24. September 2004) § Plattenosteosynthese am Metacarpale IV links (28. September 2004) § Faszienpaltung und Thierschung am Unterschenkel links (28. September 2004) § Metallentfernung am Numerus (13. März 2006) § Entwicklung einer Humeruskopf-Nekrose rechts Für die angestammte Tätigkeit als (ungelernter) Maschinist bestehe weiterhin, seit dem Unfall vom 19. September 2004, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für eine angepasste, vorwiegend sitzende Tätigkeit mit Wechselbelastung von leichter bis mittelschwerer Art sei der Explorand seit Anfang 2019 nur noch zu 60 % arbeitsfähig. Bei einer angepassten Arbeit sollte er vorwiegend sitzen können, zwischen hinein aber auch die Möglichkeit haben, umherzugehen. Die Gehstrecke sei auf maximal 20 Minuten eingeschränkt. Das Besteigen von Treppen sei möglich, nicht hingegen von Leitern. Das Gehen auf unebenem Boden sollte vermieden werden, ebenso seien Arbeiten in Zwangshaltungen und ungünstigen Stellungen zu vermeiden. Überkopfarbeiten seien wegen der schweren Arthrose im rechten Schultergelenk nicht möglich, auch der Einsatz der Hand sei vor allem, wenn Umwendbewegungen notwendig seien, wegen der Pseudarthrose am Hals des Radiusköpfchens nur eingeschränkt möglich. Da auch die Geschicklichkeit in der rechten, dominanten Hand vermindert sei, seien manuelle Tätigkeiten, welche eine grosse Geschicklichkeit erfordern, nur eingeschränkt möglich. Schreivarbeiten und Tätigkeiten am Computer seien möglich, allerdings nicht dauerhaft. Die volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Verweistätigkeit seien durch die objektivierbaren Befunde am Bewegungsapparat bedingt.

6.2.2 Die Beschwerdegegnerin liess den Kreisarzt Dr. med. E. ___ zum oben erwähnten Gutachten Stellung nehmen. Der Kreisarzt erstattete seine Stellungnahme am 1. November 2021 (Suva-Nr. 299). Die Frage der Beschwerdegegnerin, ob sich die Unfallfolgen seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung am 11. Dezember 2007 wesentlich geändert hätten, bejahte der Kreisarzt. So sei es am rechten Schultergelenk bei Humeruskopfnekrose zu einer weiteren Deformation und Abflachung sowie diffuser Sklerose mit möglicher Sequesterbildung gekommen. Im Bereich des Ellbogens fänden sich radiologisch keine wesentlichen Änderungen im Vergleich zur Voruntersuchung von 2007. Entgegen der Beurteilung des Gutachters sei die Radius-Hals-Pseudarthrose nicht als neu zu beurteilen, sondern sei schon 2007 nachweislich vorhanden gewesen. Eine wesentliche Zunahme der bereits damals bestehenden Arthrose sei nicht nachweisbar. Der Versicherte könne offenbar bis zu einer Stunde Spazieren gehen. Die Umwendbewegungen rechts seien mit Pro/Supination 60-0-70° rechts gegenüber 80-0-90° links vermindert. Die Ellbogenbeweglichkeit für Flexion/Extension 140-0-0° sei seitengleich normal. Die Handgelenksbeweglichkeit sei mit 40-0-60° gegenüber 60-0-80° vermindert. Die Umfangmessungen an den Oberarmen zeigten mit 31 cm (15 cm oberhalb Olecranon gemessen) seitengleiche Verhältnisse, der maximale Umfang an den Unterarmen zeige mit 27 cm rechts versus 28 cm links doch einen deutlichen Hinweis auf einen verminderten Gebrauch des rechten Arms im Alltag. Die rohe Kraft werde an beiden Händen als gut beschrieben. Aufgrund der klinischen Angaben im Gutachten könne die Zumutbarkeit gemäss Dr. med. E. ___ wie folgt definiert werden: Zumutbar seien wechselbelastende leichte bis maximal mittelschwere, vorwiegend sitzende Tätigkeiten mit Manipulieren von Gegenständen mit der rechten Hand von 1 – 5 kg. Gewichte bis 5 kg könnten in für den Versicherten günstiger Position getragen werden. Nicht zumutbar seien monotone repetitive Tätigkeiten, insbesondere mit häufig wiederholten Umwendbewegungen im rechten Vorderarm. Nicht zumutbar seien

Tätigkeiten mit Abduktion oder Elevation des rechten Arms über die Horizontale. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Einwirkungen von starken Vibrationen oder Schlägen oder abrupten Bewegungen auf das Schulter- und Ellbogengelenk rechts. Ungünstig seien Tätigkeiten mit Gehen oder Stehen auf unebener Unterlage. Nicht zumutbar seien dem Versicherten Tätigkeiten mit längeren Geh- oder Stehphasen. Ungünstig seien Tätigkeiten mit andauerndem oder häufig wiederholtem Begehen von Treppen. Nicht zumutbar sei das Besteigen von Leitern. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien wären rein unfallbedingt ganztägige Arbeitsplatzpräsenzen zumutbar. Objektive Kriterien für eine Reduktion der zumutbaren Arbeitsplatzpräsenz fehlten. Aufgrund der langen Abwesenheit vom Arbeitsplatz werde eine stufenweise Eingewöhnung empfohlen.

6.3 Anlass für das vorliegende Revisionsverfahren ist, wie gesagt, das von der IV-Stelle Solothurn eingeholte bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D.____, weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist.

6.3.1 Das bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ vom 14. Juli 2021 wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 3.3 hiervor) gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Anamnese erhoben haben. Der Beschwerdeführer wurde je einer ausführlichen orthopädischen und rheumatologischen Exploration unterzogen (vgl. Suva-Nr. 292, S. 17 ff. und 30 ff.). Die geklagten Beschwerden wurden von den jeweiligen Fachärzten ebenfalls berücksichtigt. Wie das Aufführen und Zusammenfassen der Akten in chronologischer Reihenfolge erkennen lässt, wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt (Suva-Nr. 292, S. 11 ff.). Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

6.3.2 Den Einschätzungen des orthopädischen Gutachters (Suva-Nr. 292, S. 17 ff.) liegt eine umfangreiche klinische Untersuchung (vgl. Suva-Nr. 292, S. 21 ff.) zugrunde. Prof. Dr. med. H.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, zog für die Beurteilung den im Rahmen der Begutachtung erstellten Röntgenbericht (Schultergelenk rechts, Ellbogengelenk rechts sowie Becken) vom 31. März 2021 (Suva-Nr. 292, S. 46 f.) bei. Weiter setzte er sich eingehend mit den Vorakten auseinander (Suva-Nr. 292, S. 24 ff.). Der Orthopäde fasste die Ergebnisse seiner Untersuchungen wie folgt zusammen: Aus orthopädischer Sicht sei zur 2006 schon bekannten Humeruskopfnekrose die Pseudarthrose des Radiushalses rechts mit mittelschwerer humero-radialer Arthrose hinzugekommen. Dies führe zu einer Einschränkung der Ellbogenbeweglichkeit rechts sowie zu Schmerzen im Bereich des Radiusköpfchens. Damit sei die Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes zusätzlich eingeschränkt. Die Motorik habe sich allerdings weitgehend erholt. Der Explorand klage über verminderte Sensibilität im Bereich der rechten Hand. Diese könne jedoch keinem Dermatome zugeordnet werden. Die Beschwerden vor allem im Bereich der rechten Schulter und des rechten Ellbogens hätten in den letzten zweieinhalb Jahren subjektiv zugenommen. Am Becken bestünden auf der rechten Seite überlastungsbedingte Beschwerden, während links, wo noch zwei Schrauben in situ lägen, keine Schmerzen angegeben worden seien. Subjektiv gebe der Explorand eine Schwäche im linken Bein an. Diese könne jedoch nicht objektiviert werden, er könne das Bein gut gegen die Schwerkraft anheben und könne auch auf Zehenspitzen gehen. Die Umfangmasse an den Beinen hätten keine wesentlichen Seitenunterschiede gezeigt. Die Trophik im linken Unterschenkel sei deutlich verändert mit starker Pigmentierung vor allem im distalen Bereich und leichter Schwellungstendenz. Der Fuss sei hingegen optisch unauffällig, die Beweglichkeit sei intakt. Der Explorand gebe eine verminderte Sensibilität in der ganzen linken unteren

Extremität an. Auch diese könne nicht einem bestimmten Dermatom zugewiesen werden. Wegen der Schmerzen im Becken rechts sowie der subjektiven Schwäche des linken Beines sei die Gehstrecke des Exploranden auf ca. eine Stunde eingeschränkt. Der Explorand könne auch nicht auf unebenem Boden gehen und er könne keine Leitern besteigen. Wegen der Humeruskopfnekrose rechts könne der Explorand keine Überkopfarbeiten ausführen. Er könne mit der rechten Hand ca. 2 kg tragen, beidhändig könne er bis 10 kg tragen. Arbeiten, welche eine grosse Geschicklichkeit der rechten Hand voraussetzten, seien nicht möglich. Auch häufige Umwendbewegungen der rechten Hand seien wegen der Pseudarthrose des Radiusköpfchens zu vermeiden. Der Explorand sollte abwechselnd sitzen, stehen und umhergehen können. Daraus resultierend kommt der orthopädische Gutachter zum nachvollziehbaren Schluss, dass in der bisherigen Tätigkeit als Maschinist keine Arbeitsfähigkeit bestehe (0 %). Diese Arbeitsunfähigkeit bestehe schon seit dem Unfall vom 19. September 2004. Für eine angepasste, vorliegend sitzende Tätigkeit mit Wechselbelastung von leichter bis mittelschwerer Art sei der Explorand aus orthopädischer Sicht zu 60 % arbeitsfähig. Bei der Arbeit sollte er vorwiegend sitzen können, zwischendurch aber auch die Möglichkeit haben, umherzugehen. Die Gehstrecke sei auf eine Stunde eingeschränkt. Das Besteigen von Treppen sei möglich, nicht hingegen von Leitern. Das Gehen auf unebenem Boden sollte vermieden werden, ebenso seien Arbeiten in Zwangshaltungen und ungünstigen Stellungen zu vermeiden. Überkopfarbeiten seien wegen der schweren Arthrose im rechten Schultergelenk nicht möglich, auch der Einsatz der Hand sei vor allem, wenn Umwendbewegungen notwendig seien, wegen der Pseudarthrose am Hals des Radiusköpfchens nur eingeschränkt möglich. Da auch die Geschicklichkeit in der rechten, dominanten Hand vermindert sei, seien manuelle Tätigkeiten, welche eine grosse Geschicklichkeit erforderten, nur eingeschränkt möglich. Schreibarbeiten und Tätigkeiten am Computer seien möglich, allerdings nicht dauerhaft. Im Bereich der rechten Schulter und im rechten Ellbogen hätten sich die Beschwerden in den letzten zweieinhalb Jahren verschlimmert. Die Pseudarthrose am Hals des Radiusköpfchens sei in den Akten nicht verzeichnet. Die im Jahr 2011 noch gesehene Arbeitsfähigkeit von 100 % in leidensangepasster Tätigkeit habe sich auf 60 % verringert. Auf die konkrete Frage der IV-Stelle Solothurn, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung vom 18. Januar 2011 wesentlich verändert hätten, legte Prof. Dr. med. H. ___ nachvollziehbar dar, dass wegen Zunahme der Beschwerden im Bereich der rechten Schulter und des rechten Ellbogens sich die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit seit der Situation, die der Rentenaufhebung zugrunde gelegen habe, von 100 % auf 60 % verringert habe. Die Schmerzen im Bereich der rechten Schulter wegen der Humeruskopfnekrose seien bei allen Tätigkeiten mit dem rechten Arm vorhanden und sie störten häufig auch die Nachtruhe. Die Schmerzen wegen der Pseudarthrose im Bereich des Radiusköpfchens träten vor allem bei Umwendbewegungen des rechten Vorderarms auf. Wegen dieser Probleme könne der Explorand seine dominante rechte Hand auch nicht mit der nötigen Kraft und der nötigen Geschicklichkeit einsetzen. Auch das Tragen von Lasten sei nur eingeschränkt möglich. Ebenso seien Überkopfarbeiten nicht möglich.

6.3.3 Dem rheumatologischen Teilgutachten (Suva-Nr. 292, S. 30 ff.) liegt eine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung zugrunde. Für die Beurteilung zog Dr. med. I. ___, Fachärztin für Rheumatologie, zusätzlich zur klinischen Untersuchung (Suva-Nr. 292, S. 36 f.) den Laborbefund (Suva-Nr. 292, S. 44 f.) sowie den Röntgenbericht (Schultergelenk rechts, Ellbogengelenk rechts sowie Becken) vom 31. März 2021 (Suva-Nr. 292, S. 46 f.) bei. Sie beschäftigte sich in

ihrer medizinischen Beurteilung eingehend mit den vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden und den Vorakten. Ihre Schlussfolgerungen sind ausführlich und nachvollziehbar (Suva-Nr. 292, S. 39 ff.): Zum einen stünden über die letzten zehn Jahre zunehmende Schmerzen an der rechten Schulter mit auch Nachtschmerzen im Vordergrund, dies nach subkapitaler Humerusluxationsfraktur rechts im Rahmen des Polytraumas 2004 mit zudem bekannter Humeruskopfnekrose und inkompletter Plexus-parese. In der klinischen Untersuchung habe sich ein stark eingeschränkter Bewegungsumfang mit praktisch fehlender Aussenrotationsfähigkeit, einer eingeschränkten Adduktion und aktiver Anteversion bis 100° und Abduktion bis 60° unter Angabe von Schmerzen gezeigt. Entsprechend dem zu erwartenden Verlauf habe die aktuelle konventionell-radiologische Aufnahme des rechten Schultergelenks im Vergleich zu September 2008 eine progrediente Deformation und Abflachung sowie eine diffuse Sklerose mit möglichem Sequester im Caput humeri bei bekannter posttraumatischer Humeruskopfnekrose gezeigt. Bei formal noch erhaltener Artikulation sei der glenohumerale Gelenkspalt verstrichen zur Darstellung gekommen. Zudem habe der Explorand nach offener Unterarmfraktur rechts leichtere Beschwerden im Bereich des rechten Ellbogens (insb. bei Umwendebewegungen der rechten Hand) bei eingeschränktem Bewegungsumfang beklagt. An der rechten Hand bestehe weiterhin eine eingeschränkte Feinmotorik. Klinisch sei insb. die Flexion des rechten Ellbogens mit 125° eingeschränkt gewesen. Zudem habe sich die Kraft des M. triceps rechts im Seitenvergleich leicht eingeschränkt (M4+) sowie eine deutlich reduzierte Kraft gegen Widerstand bei Daumenabduktion rechts und der Fingerstrecker rechts (M4-) gezeigt. Auch gebe er eine Hypästhesie am gesamten rechten Arm (inkl. Hand) an bei zudem fehlendem Trizepssehnenreflex rechts. Konventionell-radiologisch sei weiterhin eine fehlende Konsolidation mit deutlich abgrenzbarem und randsklerosiertem Frakturspalt am Radiushals im Sinne einer Pseudarthrose aufgefallen. Zudem komme eine mittelgradige Arthrose humero-radial rechts zur Darstellung. Bei noch liegenden Schrauben linksseitig nach stattgehabter, osteosynthetisch versorgter Beckenfraktur und auch nachgewiesenen schweren Denervationszeichen des linken Beinplexus im Jahre 2004 leide der Explorand an starken, bewegungsabhängigen Schmerzen im Bereich des rechten Beckenkammes. Bereits nach 15 – 20 Minuten stehend oder gehend müsse er pausieren oder eine Sitzgelegenheit aufsuchen. In der klinischen Untersuchung habe sich ein breitbeiniges, nicht flüssiges Gangbild mit längerer Standphase des rechten Fusses gezeigt. Beim Zehengang habe sich ein linksseitiges Absinken der Ferse und im linksseitigen Fersengang eine eingeschränkte Dorsalextension am linken Fuss gezeigt. Die Kraft des M. iliopsoas links sei im Seitenvergleich leicht eingeschränkt (M4+) bei Angabe einer Hypästhesie am gesamten linken Fuss und fehlender Sensibilitätswahrnehmung im Bereich des linken Unterschenkels gewesen. Gemäss Akten sei bei der neurologischen Untersuchung im Mai 2007 durch Dr. J.____ links keine sichere Parese der Hüftflexion nachweisbar gewesen, jedoch sei diese auch in der Beurteilung durch Dr. K.____ 02/2012 (L.____) beschrieben worden. Der Patellarsehnenreflex sei links nicht auslösbar, entsprechend dem Befund vom Mai 2007 durch Dr. J.____. Die Beschwerden am rechten Beckenkamm würden als myofasziale Genese resp. im Rahmen von möglichen Ansatzentzündungen der Mm. Obliqui interpretiert. Die neurologischen Defizite seien unklar geblieben. Differenzialdiagnostisch werde primär an residuelle Befunde im Rahmen der im November 2004 diagnostizierten Denervation des linken Beinplexus resp. an schmerzbedingte Pseudoparesen und Dysästhesien gedacht. Bezüglich der linksseitigen Hüftbeugerschwäche wäre durchaus auch ein posttraumatischer Schaden bei im Rahmen des Polytraumas stattgehabtem Psoasabriss links denkbar.

Aufgrund der Humeruskopfnekrose, der Arthrose im Schultergelenk, der Pseudarthrose am rechten Ellbogen und der Arthrose humero-radial rechts seien Überkopfarbeiten nicht möglich. Auch gelte es wiederholte Tätigkeiten, welche das rechte Ellbogengelenk belasteten (wie repetitive Umwendebewegungen der rechten Hand) zu vermeiden. Mit der rechten Hand könnten nur leichte Lasten gehoben werden (max. 5 kg Gewicht). Zudem seien feinmotorische Tätigkeiten mit der dominanten, rechten Hand deutlich eingeschränkt. Das Besteigen von Leitern und Gerüsten sei zudem aufgrund der Sturzgefahr nicht empfohlen. Bei myofaszialen Beschwerden im Bereich des rechten Beckenkammes und persistierenden neurologischen Auffälligkeiten am linken Bein habe sich ein breitbasiges, nicht-flüssiges Gangbild mit deutlich eingeschränkter Gehstrecke von maximal 20 Minuten Dauer gezeigt. Das Gehen auf unebenem Boden sei nur erschwert möglich. Zwangshaltungen gelte es ebenso zu vermeiden. Gestützt auf die obigen Ausführungen erscheint auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar: Für die angestammte Tätigkeit als (ungelernter) Maschinist bestehe weiterhin, seit dem Unfall vom 19. September 2004, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten, hauptsächlich sitzenden Tätigkeit mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung sei der Explorand aus rheumatologischer Sicht zu 60 % arbeitsfähig. Überkopfarbeiten oder Arbeiten, die eine hohe Geschicklichkeit der rechten, dominanten Hand erforderten seien nicht möglich. Ebenso könnten am Stück weder grösseren Gehdistanzen (über 20 Minuten) überwunden noch Arbeiten in der Höhe oder auf einer Leiter ausgeübt werden. Wie bereits der orthopädische Gutachter (vgl. E. II. 6.3.2 hiervor) hielt auch die Rheumatologin eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung im IV-Verfahren vom 18. Januar 2011 fest. So seien die Beschwerden der rechten Schulter aktuell bei jeglicher Bewegung des rechten Arms vorhanden und störten bei schmerzbedingtem Erwachen des Patienten zudem die tägliche Nachtruhe. Im Vergleich hierzu hätten im Jahr 2012 gemäss Akten nur ca. einmal wöchentlich Nachtschmerzen bestanden. Bezüglich Pseudarthrose des Ellenbogens habe die Flexionsfähigkeit zwischenzeitlich von 150° im Januar 2012 (Bericht Schmerzsprechstunde L.____) auf 125° abgenommen. Allein die Befunde am rechten Ellbogen brächten eine Einschränkung der Kraft und der Geschicklichkeit der rechten Hand mit sich. Die Schwäche des Iliopsoas bestehe neu und sei erstmals 2012 dokumentiert worden. Dies sei bereits bei der Beurteilung und Festlegung der Arbeitsfähigkeit mitberücksichtigt worden. 6.3.4 In der Gesamtbeurteilung (Suva-Nr. 292, S. 1 ff.) hielten die beiden Gutachter fest, aus orthopädischer und rheumatologischer Sicht könnten die vom Exploranden beklagten Beschwerden grösstenteils mit den objektivierbaren Befunden erklärt werden. Aus orthopädischer Sicht sei zu der schon seit dem Jahre 2004 bekannten Humeruskopfnekrose eine Pseudarthrose des Radiushalses rechts und eine mittelschwere Humero-Radial-Arthrose hinzugekommen. Dadurch sei die Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes zusätzlich eingeschränkt. Radiologisch hätten sich zudem im Bereich des rechten Schultergelenks im Vergleich zu September 2008 eine progrediente Deformation und Abflachung sowie eine diffuse Sklerose mit möglichem Sequester im Caput humeri bei bekannter posttraumatischer Humeruskopfnekrose gezeigt. Bei noch liegenden Schrauben linksseitig nach stattgehabter, osteosynthetisch versorgter Beckenfraktur und auch nachgewiesenen schweren Denervationszeichen des linken Beinplexus im Jahre 2004 bestünden starke bewegungsabhängige Schmerzen im Bereich des rechten Beckenkammes, welche myofascial resp. im Rahmen von möglichen Ansatzentendinosen der Mm. obliqui bedingt seien. Eine sichere Parese der Hüftflexion sei links jedoch orthopädischerseits nicht

nachweisbar, die Sensibilitätsstörungen in der ganzen linken unteren Extremität könne keinem spezifischen Dermatome zugeordnet werden. Ein kutaner Lupus erythematoses, welcher im August 2012 beim Exploranden diagnostiziert worden sei, wirke sich nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit des Exploranden aus. Die funktionellen Auswirkungen der Befunde präsentieren sich gemäss den beiden Gutachtern wie folgt: Aufgrund der Humeruskopfnekrose und der Arthrose im Schultergelenk rechts, der Pseudarthrose am rechten Ellbogen und der Arthrose humero-radial rechts seien Überkopfarbeiten nicht möglich. Auch wiederholte Tätigkeiten, welche das rechte Ellbogengelenk belasten (wie repetitive Umwendebewegungen der rechten Hand) seien nicht möglich. Mit der rechten Hand könnten nur leichte Lasten gehoben werden (max. 5 kg Gewicht). Zudem seien feinmotorische Tätigkeiten mit der dominanten, rechten Hand deutlich eingeschränkt. Das Besteigen von Leitern und Gerüsten sei zudem aufgrund der Sturzgefahr nicht empfohlen. Bei myofaszialen Beschwerden im Bereich des rechten Beckenkammes und persistierender subjektiver Schwäche im linken Bein sei die Gehstrecke auf maximal 20 Minuten Dauer eingeschränkt. Das Gehen auf unebenem Boden sei nur erschwert möglich. Zwangshaltungen gelte es zu vermeiden. Prof. Dr. med. H. ___ und Dr. med. I. ___ kommen – übereinstimmend mit ihren jeweiligen Gutachten (vgl. E. II. 6.3.2 und 6.3.3 hiervor) – zum gemeinsamen Schluss, dass für die angestammte Tätigkeit als (ungelernter) Maschinist seit dem Unfall vom 19. September 2004 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Für eine angepasste, vorwiegend sitzende Tätigkeit mit Wechselbelastung von leichter bis mittelschwerer Art sei der Explorand seit anfangs 2019 nur noch zu 60 % arbeitsfähig. Bis zu diesem Zeitpunkt habe in einer angepassten Tätigkeit seit dem Jahre 2006 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Die Verschlechterung sei auf eine Zunahme der Beschwerden im Bereiche der rechten Schulter und eine zunehmende Bewegungseinschränkung des rechten Ellbogens zurückzuführen. Die beiden Gutachter bekräftigten in ihrer Konsensbeurteilung erneut, dass eine wesentliche Veränderung in Form einer Verschlechterung verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung vom 18. Januar 2011 vorliege, da sich inzwischen eine Schultergelenksarthrose mit Pseudarthrose am Humerushals rechts ausgebildet habe. Die Beschwerden der rechten Schulter seien aktuell bei jeglicher Bewegung des rechten Arms vorhanden und störten bei schmerzbedingtem Erwachen des Patienten zudem die tägliche Nachtruhe. Im Vergleich hierzu hätten im Jahr 2012 gemäss Akten nur ca. einmal wöchentlich Nachtschmerzen bestanden. Bezüglich Pseudarthrose des Ellenbogens habe die Flexionsfähigkeit zwischenzeitlich von 150° im Januar 2012 (Bericht Schmerzsprechstunde L. ___) auf 125° abgenommen. Allein die Befunde am rechten Ellbogen brächten eine Einschränkung der Kraft und der Geschicklichkeit der rechten Hand mit sich. Die fragliche Schwäche des Iliopsoas sei erstmals 2012 dokumentiert worden. Dies sei bereits bei der Beurteilung und Festlegung der Arbeitsfähigkeit mitberücksichtigt worden. Seit 2012 bestehe die Diagnose eines Kutanen Lupus erythematoses, die jedoch ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erachtet werde. 6.3.5 Es kann somit festgehalten werden, dass die D. ___-Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Insbesondere konnten die beiden Gutachter überzeugend darlegen, dass verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Aufhebung der IV-Rente im Jahr 2011 – und folglich auch seit dem hier relevanten Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 10. April 2008) – eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Radiologisch zeigte sich im

Röntgenbericht vom 31. März 2021 (Suva-Nr. 292, S. 46 f.), welcher im Rahmen der orthopädisch-rheumatologischen Begutachtung erstattet wurde, im Bereich des rechten Schultergelenks neu eine progrediente Deformation und Abflachung sowie eine diffuse Sklerose mit möglichem Sequester im Caput humeri bei bekannter posttraumatischer Humeruskopfnekrose. Die fortschreitende Humeruskopfnekrose führte gemäss den Gutachtern zu einer deutlich verminderten Schultergelenksbeweglichkeit rechts. So zeigte sich in der klinischen Untersuchung ein stark eingeschränkter Bewegungsumfang mit praktisch fehlender Aussenrotationsfähigkeit, einer eingeschränkten Adduktion und aktiver Anteversion bis 100° und Abduktion bis 60° unter Angabe von Schmerzen, was eine deutliche Verschlechterung gegenüber der Situation zum Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung bei Dr. med. C.____ vom 11. Dezember 2007 (Suva-Nr. 250) darstellt. Hinzu kommt im Bereich des rechten Ellbogens eine Pseudarthrose des Radiushalses rechts und eine mittelschwere Humero-Radial-Arthrose. Wie der Kreisarzt Dr. med. E.____ in seiner Stellungnahme vom 1. November 2021 (Suva-Nr. 299) richtig festhielt, wurde die Pseudarthrose am Radiusköpfchen bereits zum Referenzzeitpunkt (10. April 2008) diagnostiziert. Die Pseudarthrose wurde damals aber noch als straff (Bericht Poliklinik für Schulter- und Ellbogenchirurgie, F.____ vom 2. Mai 2005, Suva-Nr. 34) resp. oligosymptomatisch (Austrittsbericht M.____ vom 14. Februar 2006, Suva-Nr. 86) bezeichnet. Die mittelschwere Humero-Radial-Arthrose findet in den medizinischen Akten im Referenzzeitpunkt hingegen keine Erwähnung. Es wird aber von einer schweren degenerativen Veränderung des Ellbogengelenks berichtet (Bericht von Dr. med. C.____ vom 11. Dezember 2007 mit Verweis auf Bericht der Radiologie F.____ vom 19. Oktober 2007; Suva-Nr. 250). Aufgrund der Pseudarthrose hat sich neu gegenüber der Untersuchung bei Dr. med. C.____ vom 11. Dezember 2007 eine deutliche Verminderung der Ellbogenbeweglichkeit gezeigt, was sich den Ergebnissen der klinischen Untersuchung bei Dr. med. I.____ entnehmen lässt. So hat die Flexionsfähigkeit des rechten Ellbogens auf 125° abgenommen. Zum Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung vom 11. Dezember 2007 war die Flexion / Extension beidseitig identisch und im vollen Umfang möglich (Suva-Nr. 250, S. 7). Zusätzlich haben die Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und des rechten Ellbogens gemäss übereinstimmenden Ausführungen der beiden D.____-Gutachter zugenommen. So seien die Schmerzen im Bereich der rechten Schulter wegen der Humeruskopfnekrose bei allen Tätigkeiten mit dem rechten Arm vorhanden und sie störten häufig auch die tägliche Nachtruhe. Die Schmerzen wegen der Pseudarthrose im Bereich des Radiusköpfchens träten vor allem bei Umwendbewegungen des rechten Vorderarms auf. Wegen dieser Probleme könne der Explorand seine dominante rechte Hand auch nicht mit der nötigen Kraft und der nötigen Geschicklichkeit einsetzen. Auch das Tragen von Lasten sei nur eingeschränkt möglich. Ebenso seien Überkopfarbeiten nicht möglich. Aufgrund des Gesagten kann gut nachvollzogen werden, weshalb das von den D.____-Gutachtern attestierte Zumutbarkeitsprofil gegenüber demjenigen von Dr. med. C.____ weitere Einschränkungen erfährt und sich die Arbeitsfähigkeit aufgrund der genannten Beschwerden von 100 % auf 60 % verringert. 6.4 Im vorliegenden Verfahren hat die Beschwerdegegnerin auf die Stellungnahme von Dr. med. E.____ vom 1. November 2021 (Suva-Nr. 299) abgestellt. Der Kreisarzt geht entgegen den Auffassungen von Prof. Dr. med. H.____ und Dr. med. I.____ davon aus, dass dem Beschwerdeführer im Rahmen der Zumutbarkeitskriterien rein unfallbedingt eine ganztägige Arbeitspräsenz zumutbar sei. Nachfolgend gilt es nun zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zurecht auf die Stellungnahme von Dr. med. E.____ abgestellt hat. Dr. med. E.____ hatte sich aufgrund der

ihm durch die Beschwerdegegnerin vorgelegten Fragestellungen im Wesentlichen dazu zu äussern, ob sich die Unfallfolgen seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung am 11. Dezember 2007 wesentlich verändert haben. Weiter wurde der Kreisarzt um eine Beurteilung der Zumutbarkeit aufgrund des eingegangenen D.____-Gutachtens gebeten. Der Kreisarzt bestätigte eine solche Änderung des Gesundheitszustandes, jedoch nur im Bereich der rechten Schulter. Er verneinte aber eine wesentliche Änderung im Bereich des Ellbogens. Eine solche sei radiologisch im Vergleich zur Voruntersuchung von 2007 nicht nachweisbar. Entgegen der Beurteilung des Gutachters sei die Radius-Hals-Pseudarthrose nicht als neu zu beurteilen, sondern sei schon 2007 nachweislich vorhanden gewesen. Eine wesentliche Zunahme der bereits damals bestehenden Arthrose sei nicht nachweisbar. Wie der Kreisarzt zutreffend festhielt, wurde die Pseudarthrose bereits in früheren Berichten im Referenzzeitpunkt erwähnt (siehe dazu E. II. 6.3.5 hiervor). Weiter bestätigte der Kreisarzt – übereinstimmend mit den D.____-Gutachtern – neu eine Bewegungseinschränkung der rechten Schulter sowie des rechten Handgelenks, nicht hingegen die von den Gutachtern festgestellte Einschränkung der Ellbogenbeweglichkeit. Auf die anlässlich der rheumatologischen Untersuchung festgestellte und in der Konsensbeurteilung bestätigte Abnahme der Flexionsfähigkeit von 150° auf 125° ging der Kreisarzt nicht näher ein. Auch äusserte er sich nicht zu der von den beiden Gutachtern festgestellten Zunahme von bewegungsabhängigen Schmerzen im Bereich des rechten Arms. Diese seien, so die Gutachter, aktuell bei jeglicher Bewegung des rechten Arms vorhanden und störten die tägliche Nachtruhe des Beschwerdeführers bei schmerzbedingtem Erwachen. Dies sei im Vergleich zu früheren Berichten nicht in diesem Ausmass der Fall gewesen (vgl. Suva-Nr. 292, S. 8). Dr. med. E.____ setzte sich nach dem Gesagten nicht umfassend mit den gutachterlich erhobenen Befunden und den daraus resultierenden Beschwerden auseinander. Er äusserte sich auch an keiner Stelle zur anderslautenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten. Dies wiegt vor allem deshalb schwer, weil sich die festgestellte Verschlechterung der Schulter- und Ellbogenproblematik gemäss den beiden Gutachtern erheblich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt (Abnahme der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit seit Anfang 2019 von 100 % auf 60 %). Die Gutachter haben ausdrücklich festgehalten, dass die Verschlechterung auf eine Zunahme der Beschwerden im Bereich der rechten Schulter und eine zunehmende Bewegungseinschränkung des rechten Ellbogens zurückzuführen sei. Der Kreisarzt passte einzig das Zumutbarkeitsprofil an, ging aber ohne nähere Begründung seiner Auffassung und ohne einlässliche Auseinandersetzung mit der anderslautenden Beurteilung der Gutachter davon aus, dass dem Beschwerdeführer weiterhin eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar sei. 6.5 Insgesamt kann somit festgehalten werden, dass die Beurteilung von Prof. Dr. med. H.____ und Dr. med. I.____ auf einer einlässlichen Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten und einer überzeugend begründeten Würdigung basiert. Die Gutachter vermochten überzeugend darzulegen, dass es seit dem 10. April 2008 (Referenzzeitpunkt) zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Bereich der Schulter und des Ellbogens gekommen ist, welche sich auch auf die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt (Abnahme der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit seit Anfang 2019 von 100 % auf 60 %). Das Gutachten vom 14. Juli 2021 erweist sich somit als beweiskräftig. Hingegen kann auf die Stellungnahme von Dr. med. E.____ vom 1. November 2021 nicht abgestellt werden. Der Kreisarzt konnte nicht überzeugend darlegen, weshalb die neu festgestellten Beschwerden im Bereich des rechten Armes keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben. In

diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass, wie die Beschwerdegegnerin zutreffend vorbringt, keine Bindungswirkung rechtskräftiger Invaliditätsbemessungen der Invalidenversicherung für den Unfallversicherer besteht. Im vorliegenden Fall verhält es sich jedoch so, dass die festgestellte Verschlechterung eine Folge des Unfalls vom 19. September 2004 ist. Dies ergibt sich ohne Zweifel aus der gutachterlichen Diagnosestellung und Begründung. Es kann deshalb auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung in dem von der IV-Stelle Solothurn eingeholten D.____-Gutachten abgestellt werden. 7. Es ist auf den Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin (A.S. 5 f.) einzugehen. 7.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Rentenbeginns, hier also am 1. Mai 2008, massgebend (BGE 128 V 174; 129 V 222). 7.2 Das im Einspracheentscheid vom 21. September 2022 errechnete Valideneinkommen von CHF 77'907.90 stützt sich auf die Angaben der Arbeitgeberin (vgl. Suva-Nrn. 198, 199 und 205). Es lässt sich nicht beanstanden und ist auch unbestritten geblieben. 7.3 7.3.1 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist auf die Tabellen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustützen. Massgebend ist die neueste Ausgabe, die bei Erlass des Einspracheentscheids vom 21. September 2022 vorlag (BGE 143 V 295), also jene des Jahres 2020. Gemäss LSE 2020, Tabelle TA1_tirage_skill_level, belief sich der Medianwert des standardisierten Monatslohns der im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Männer auf CHF 5'261.00. Nach Hochrechnung dieses Betrags, der 40 Wochenstunden entspricht, auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden sowie Anpassung an die Lohnentwicklung von 2020 auf 2022 (-0.2 % [2021] und 2 % [2022]; Bundesamt für Statistik, Quartalschätzung der Nominallohnentwicklung) resultiert ein Verdienst von CHF 5'583.00 pro Monat oder CHF 66'997.00 pro Jahr. Angepasst an die Arbeitsfähigkeit von 60 % resultiert ein Jahreseinkommen von CHF 40'198.00. 7.3.2 Wird das Invalideneinkommen – wie vorliegend – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb – cc S. 80). Ihm kommt als Korrekturinstrument bei der Festsetzung eines möglichst konkreten Invalideneinkommens überragende Bedeutung zu (BGE 148 V 174 E. 9.2.2 und E. 9.2.3 S. 190 ff.). Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid einen Abzug von 15 % berücksichtigt, um den unfallbedingten Einschränkungen Rechnung zu tragen (vgl. A.S. 6). Bei der Gewährung des Abzugs ging die Beschwerdegegnerin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit aus. Die D.____-Gutachter formulierten in ihrer Expertise ein Tätigkeitsprofil. Danach sind dem Beschwerdeführer vorwiegend sitzende, leichte bis mittelschwere Arbeiten mit Gewichtsbelastungen für die rechte Hand bis max. 5 kg zumutbar. Die Gehstrecke ist auf maximal 20 Minuten eingeschränkt. Das Besteigen von Treppen ist möglich. Zu vermeiden sind: Das Besteigen von Leitern, das Gehen auf unebenem Boden, ebenso Arbeiten in Zwangshaltungen und ungünstigen Stellungen. Überkopfarbeiten sind wegen der schweren Arthrose im rechten Schultergelenk nicht

möglich, auch der Einsatz der Hand ist vor allem, wenn Umwendbewegungen notwendig sind, wegen der Pseudarthrose am Hals des Radiusköpchens nur eingeschränkt möglich. Da auch die Geschicklichkeit in der rechten, dominanten Hand vermindert ist, sind manuelle Tätigkeiten, welche eine grosse Geschicklichkeit erfordern, nur eingeschränkt möglich. Schreibarbeiten und Tätigkeiten am Computer sind möglich, allerdings nicht dauerhaft (Gutachten S. 7 f., Suva-Nr. 292). Diese Einschränkungen sind nicht derart umfassend, dass bei einer Tätigkeit im Kompetenzniveau 1 von vornherein mit einer Lohneinbusse gerechnet werden müsste. Der verminderten Leistungsfähigkeit wird durch die Arbeitsunfähigkeit von 40 % Rechnung getragen; sie kann deshalb bei der Bemessung des Tabellenlohnabzugs nicht nochmals berücksichtigt werden. Gemäss der Tabelle T18, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater und öffentlicher Sektor zusammen, 2020, verdienen zwar statistisch gesehen Männer ohne Kaderfunktion mit einem Beschäftigungsgrad von 50 – 74 % 4.2 % weniger als solche mit einem Beschäftigungsgrad von 90 % und mehr. Dies stellt jedoch rechtsprechungsgemäss keine überproportionale Lohneinbusse dar (Urteile des Bundesgerichts 8C_151/2020 vom 15. Juli 2020 E. 6.3.2; 9C_223/2020 vom 25. Mai 2020 E. 4.3.2). Die nach dem D. ___-Gutachten vom 14. Juli 2021 dem Beschwerdeführer noch zumutbare Teilzeittätigkeit von 60 % berechtigt mithin zu keinem Abzug. Somit besteht keine Grundlage für einen Tabellenlohnabzug. Das Invalideneinkommen entspricht dem aus der LSE abgeleiteten Betrag von CHF 40'198.00. 7.4 Aus der Gegenüberstellung von Valideneinkommen (CHF 77'907.90) und Invalideneinkommen (CHF 40'198.00) ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 48 %. Der Beschwerdeführer hat ab 1. Oktober 2021 (Zeitpunkt der Gesuchseinreichung; BGE 144 V 245 E. 6.4 und Urteil des Bundesgerichts 8C_878/2018 vom 21. August 2019 E. 4.5) Anspruch auf eine Invalidenrente in dieser Höhe. Die Beschwerde ist in diesem Sinn (Erhöhung des Rentenanspruchs von 28 % auf 48 %) gutzuheissen.

E. 8

8.1 Der Beschwerdeführer obsiegt und hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Seine Vertretung macht mit Kostennote vom 23. November 2022 (A.S. 29 f.) einen Aufwand von 4.8 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 280.00 und Auslagen von insgesamt CHF 30.60 geltend, was zu einer Kostenforderung von insgesamt CHF 1'441.65 führt. Die Höhe dieser Kostenforderung ist nicht zu beanstanden und die entsprechende Entschädigung ist zuzusprechen. 8.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

E. 30

ff.). Die geklagten Beschwerden wurden von den jeweiligen Fachärzten ebenfalls berücksichtigt. Wie das Aufführen und Zusammenfassen der Akten in chronologischer Reihenfolge erkennen lässt, wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt (Suva-Nr. 292, S. 11 ff.). Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

6.3.2 Den Einschätzungen des orthopädischen Gutachters (Suva-Nr. 292, S. 17 ff.) liegt eine umfangreiche klinische Untersuchung (vgl. Suva-Nr. 292, S. 21 ff.) zugrunde. Prof. Dr. med. H. ___, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, zog für die Beurteilung den im Rahmen der Begutachtung erstellten Röntgenbericht (Schultergelenk rechts, Ellbogengelenk rechts sowie Becken) vom 31. März 2021 (Suva-Nr.

292, S. 46 f.) bei. Weiter setzte er sich eingehend mit den Vorakten auseinander (Suva-Nr. 292, S. 24 ff.). Der Orthopäde fasste die Ergebnisse seiner Untersuchungen wie folgt zusammen: Aus orthopädischer Sicht sei zur 2006 schon bekannten Humeruskopfnekrose die Pseudarthrose des Radiushalses rechts mit mittelschwerer humero-radialer Arthrose hinzugekommen. Dies führe zu einer Einschränkung der Ellbogenbeweglichkeit rechts sowie zu Schmerzen im Bereich des Radiusköpfchens. Damit sei die Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes zusätzlich eingeschränkt. Die Motorik habe sich allerdings weitgehend erholt. Der Explorand klagte über verminderte Sensibilität im Bereich der rechten Hand. Diese könne jedoch keinem Dermatome zugeordnet werden. Die Beschwerden vor allem im Bereich der rechten Schulter und des rechten Ellbogens hätten in den letzten zweieinhalb Jahren subjektiv zugenommen. Am Becken bestünden auf der rechten Seite überlastungsbedingte Beschwerden, während links, wo noch zwei Schrauben in situ lägen, keine Schmerzen angegeben worden seien. Subjektiv gebe der Explorand eine Schwäche im linken Bein an. Diese könne jedoch nicht objektiviert werden, er könne das Bein gut gegen die Schwerkraft anheben und könne auch auf Zehenspitzen gehen. Die Umfangmasse an den Beinen hätten keine wesentlichen Seitenunterschiede gezeigt. Die Trochanter im linken Unterschenkel sei deutlich verändert mit starker Pigmentierung vor allem im distalen Bereich und leichter Schwellungstendenz. Der Fuss sei hingegen optisch unauffällig, die Beweglichkeit sei intakt. Der Explorand gebe eine verminderte Sensibilität in der ganzen linken unteren Extremität an. Auch diese könne nicht einem bestimmten Dermatome zugewiesen werden. Wegen der Schmerzen im Becken rechts sowie der subjektiven Schwäche des linken Beines sei die Gehstrecke des Exploranden auf ca. eine Stunde eingeschränkt. Der Explorand könne auch nicht auf unebenem Boden gehen und er könne keine Leitern besteigen. Wegen der Humeruskopfnekrose rechts könne der Explorand keine Überkopfarbeiten ausführen. Er könne mit der rechten Hand ca. 2 kg tragen, beidhändig könne er bis 10 kg tragen. Arbeiten, welche eine grosse Geschicklichkeit der rechten Hand voraussetzten, seien nicht möglich. Auch häufige Umwändbewegungen der rechten Hand seien wegen der Pseudarthrose des Radiusköpfchens zu vermeiden. Der Explorand sollte abwechselnd sitzen, stehen und umhergehen können.

Daraus resultierend kommt der orthopädische Gutachter zum nachvollziehbaren Schluss, dass in der bisherigen Tätigkeit als Maschinist keine Arbeitsfähigkeit bestehe (0 %). Diese Arbeitsunfähigkeit bestehe schon seit dem Unfall vom 19. September 2004. Für eine angepasste, vorliegend sitzende Tätigkeit mit Wechselbelastung von leichter bis mittelschwerer Art sei der Explorand aus orthopädischer Sicht zu 60 % arbeitsfähig. Bei der Arbeit sollte er vorwiegend sitzen können, zwischendurch aber auch die Möglichkeit haben, umherzugehen. Die Gehstrecke sei auf eine Stunde eingeschränkt. Das Besteigen von Treppen sei möglich, nicht hingegen von Leitern. Das Gehen auf unebenem Boden sollte vermieden werden, ebenso seien Arbeiten in Zwangshaltungen und ungünstigen Stellungen zu vermeiden. Überkopfarbeiten seien wegen der schweren Arthrose im rechten Schultergelenk nicht möglich, auch der Einsatz der Hand sei vor allem, wenn Umwändbewegungen notwendig seien, wegen der Pseudarthrose am Hals des Radiusköpfchens nur eingeschränkt möglich. Da auch die Geschicklichkeit in der rechten, dominanten Hand vermindert sei, seien manuelle Tätigkeiten, welche eine grosse Geschicklichkeit erforderten, nur eingeschränkt möglich. Schreibarbeiten und Tätigkeiten am Computer seien möglich, allerdings nicht dauerhaft. Im Bereich der rechten Schulter und im rechten Ellbogen hätten sich die Beschwerden in den letzten zweieinhalb Jahren verschlimmert. Die Pseudarthrose am Hals des Radiusköpfchens sei in den Akten nicht

verzeichnet. Die im Jahr 2011 noch gesehene Arbeitsfähigkeit von 100 % in leidensangepasster Tätigkeit habe sich auf 60 % verringert.

Auf die konkrete Frage der IV-Stelle Solothurn, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung vom 18. Januar 2011 wesentlich verändert hätten, legte Prof. Dr. med. H. ___ nachvollziehbar dar, dass wegen Zunahme der Beschwerden im Bereich der rechten Schulter und des rechten Ellbogens sich die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit seit der Situation, die der Rentenaufhebung zugrunde gelegen habe, von 100 % auf 60 % verringert habe. Die Schmerzen im Bereich der rechten Schulter wegen der Humeruskopfnekrose seien bei allen Tätigkeiten mit dem rechten Arm vorhanden und sie störten häufig auch die Nachtruhe. Die Schmerzen wegen der Pseudarthrose im Bereich des Radiusköpfchens träten vor allem bei Umwendbewegungen des rechten Vorderarms auf. Wegen dieser Probleme könne der Explorand seine dominante rechte Hand auch nicht mit der nötigen Kraft und der nötigen Geschicklichkeit einsetzen. Auch das Tragen von Lasten sei nur eingeschränkt möglich. Ebenso seien Überkopfarbeiten nicht möglich.

6.3.3 Dem rheumatologischen Teilgutachten (Suva-Nr. 292, S. 30 ff.) liegt eine umfangreiche Befund- und Anamneseerhebung zugrunde. Für die Beurteilung zog Dr. med. I. ___, Fachärztin für Rheumatologie, zusätzlich zur klinischen Untersuchung (Suva-Nr. 292, S. 36 f.) den Laborbefund (Suva-Nr. 292, S. 44 f.) sowie den Röntgenbericht (Schultergelenk rechts, Ellbogengelenk rechts sowie Becken) vom 31. März 2021 (Suva-Nr. 292, S. 46 f.) bei. Sie beschäftigte sich in ihrer medizinischen Beurteilung eingehend mit den vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden und den Vorakten. Ihre Schlussfolgerungen sind ausführlich und nachvollziehbar (Suva-Nr. 292, S. 39 ff.): Zum einen stünden über die letzten zehn Jahre zunehmende Schmerzen an der rechten Schulter mit auch Nachtschmerzen im Vordergrund, dies nach subkapitaler Humerusluxationsfraktur rechts im Rahmen des Polytraumas 2004 mit zudem bekannter Humeruskopfnekrose und inkompletter Plexusparese. In der klinischen Untersuchung habe sich ein stark eingeschränkter Bewegungsumfang mit praktisch fehlender Aussenrotationsfähigkeit, einer eingeschränkten Adduktion und aktiver Anteversion bis 100° und Abduktion bis 60° unter Angabe von Schmerzen gezeigt. Entsprechend dem zu erwartenden Verlauf habe die aktuelle konventionell-radiologische Aufnahme des rechten Schultergelenks im Vergleich zu September 2008 eine progrediente Deformation und Abflachung sowie eine diffuse Sklerose mit möglichem Sequester im Caput humeri bei bekannter posttraumatischer Humeruskopfnekrose gezeigt. Bei formal noch erhaltener Artikulation sei der glenohumerale Gelenkspalt verstrichen zur Darstellung gekommen. Zudem habe der Explorand nach offener Unterarmfraktur rechts leichtere Beschwerden im Bereich des rechten Ellbogens (insb. bei Umwendbewegungen der rechten Hand) bei eingeschränktem Bewegungsumfang beklagt. An der rechten Hand bestehe weiterhin eine eingeschränkte Feinmotorik. Klinisch sei insb. die Flexion des rechten Ellbogens mit 125° eingeschränkt gewesen. Zudem habe sich die Kraft des M. triceps rechts im Seitenvergleich leicht eingeschränkt (M4+) sowie eine deutlich reduzierte Kraft gegen Widerstand bei Daumenabduktion rechts und der Fingerstrecker rechts (M4-) gezeigt. Auch gebe er eine Hypästhesie am gesamten rechten Arm (inkl. Hand) an bei zudem fehlendem Trizepssehnenreflex rechts. Konventionell-radiologisch sei weiterhin eine fehlende Konsolidation mit deutlich abgrenzbarem und randsklerosiertem Frakturspalt am Radius Hals im Sinne einer Pseudarthrose aufgefallen. Zudem komme eine mittelgradige

Arthrose humero-radial rechts zur Darstellung. Bei noch liegenden Schrauben linksseitig nach stattgehabter, osteosynthetisch versorgter Beckenfraktur und auch nachgewiesenen schweren Denervationszeichen des linken Beinplexus im Jahre 2004 leide der Explorand an starken, bewegungsabhängigen Schmerzen im Bereich des rechten Beckenkammes. Bereits nach 15 ■ 20 Minuten stehend oder gehend müsse er pausieren oder eine Sitzgelegenheit aufsuchen. In der klinischen Untersuchung habe sich ein breitbeiniges, nicht flüssiges Gangbild mit längerer Standphase des rechten Fusses gezeigt. Beim Zehengang habe sich ein linksseitiges Absinken der Ferse und im linksseitigen Fersengang eine eingeschränkte Dorsalextension am linken Fuss gezeigt. Die Kraft des M. iliopsoas links sei im Seitenvergleich leicht eingeschränkt (M4+) bei Angabe einer Hypästhesie am gesamten linken Fuss und fehlender Sensibilitätswahrnehmung im Bereich des linken Unterschenkels gewesen. Gemäss Akten sei bei der neurologischen Untersuchung im Mai 2007 durch Dr. J.____ links keine sichere Parese der Hüftflexion nachweisbar gewesen, jedoch sei diese auch in der Beurteilung durch Dr. K.____ 02/2012 (L.____) beschrieben worden. Der Patellarsehnenreflex sei links nicht auslösbar, entsprechend dem Befund vom Mai 2007 durch Dr. J.____. Die Beschwerden am rechten Beckenkamm würden als myofasziale Genese resp. im Rahmen von möglichen Ansatzentzündungen der Mm. Obliqui interpretiert. Die neurologischen Defizite seien unklar geblieben. Differenzialdiagnostisch werde primär an residuelle Befunde im Rahmen der im November 2004 diagnostizierten Denervation des linken Beinplexus resp. an schmerzbedingte Pseudoparesen und Dysästhesien gedacht. Bezüglich der linksseitigen Hüftbeugerschwäche wäre durchaus auch ein posttraumatischer Schaden bei im Rahmen des Polytraumas stattgehabtem Psoasabriss links denkbar. Aufgrund der Humeruskopfnekrose, der Arthrose im Schultergelenk, der Pseudarthrose am rechten Ellbogen und der Arthrose humero-radial rechts seien Überkopfarbeiten nicht möglich. Auch gelte es wiederholte Tätigkeiten, welche das rechte Ellbogengelenk belasteten (wie repetitive Umwendebewegungen der rechten Hand) zu vermeiden. Mit der rechten Hand könnten nur leichte Lasten gehoben werden (max. 5 kg Gewicht). Zudem seien feinmotorische Tätigkeiten mit der dominanten, rechten Hand deutlich eingeschränkt. Das Besteigen von Leitern und Gerüsten sei zudem aufgrund der Sturzgefahr nicht empfohlen. Bei myofaszialen Beschwerden im Bereich des rechten Beckenkammes und persistierenden neurologischen Auffälligkeiten am linken Bein habe sich ein breitbasiges, nicht-flüssiges Gangbild mit deutlich eingeschränkter Gehstrecke von maximal 20 Minuten Dauer gezeigt. Das Gehen auf unebenem Boden sei nur erschwert möglich. Zwangshaltungen gelte es ebenso zu vermeiden.

Gestützt auf die obigen Ausführungen erscheint auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar: Für die angestammte Tätigkeit als (ungelernter) Maschinist bestehe weiterhin, seit dem Unfall vom 19. September 2004, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten, hauptsächlich sitzenden Tätigkeit mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung sei der Explorand aus rheumatologischer Sicht zu 60 % arbeitsfähig. Überkopfarbeiten oder Arbeiten, die eine hohe Geschicklichkeit der rechten, dominanten Hand erforderten seien nicht möglich. Ebenso könnten am Stück weder grösseren Gehdistanzen (über 20 Minuten) überwunden noch Arbeiten in der Höhe oder auf einer Leiter ausgeübt werden.

Wie bereits der orthopädische Gutachter (vgl. E. II. 6.3.2 hiervor) hielt auch die Rheumatologin eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung im

IV-Verfahren vom 18. Januar 2011 fest. So seien die Beschwerden der rechten Schulter aktuell bei jeglicher Bewegung des rechten Arms vorhanden und störten bei schmerzbedingtem Erweichen des Patienten zudem die tägliche Nachtruhe. Im Vergleich hierzu hätten im Jahr 2012 gemäss Akten nur ca. einmal wöchentlich Nachtschmerzen bestanden. Bezüglich Pseudarthrose des Ellenbogens habe die Flexionsfähigkeit zwischenzeitlich von 150° im Januar 2012 (Bericht Schmerzsprechstunde L.____) auf 125° abgenommen. Allein die Befunde am rechten Ellbogen brächten eine Einschränkung der Kraft und der Geschicklichkeit der rechten Hand mit sich. Die Schwäche des Iliopsoas bestehe neu und sei erstmals 2012 dokumentiert worden. Dies sei bereits bei der Beurteilung und Festlegung der Arbeitsfähigkeit mitberücksichtigt worden.

6.3.4 In der Gesamtbeurteilung(Suva-Nr. 292, S. 1 ff.)hielten die beiden Gutachter fest, aus orthopädischer und rheumatologischer Sicht könnten die vom Exploranden beklagten Beschwerden grösstenteils mit den objektivierbaren Befunden erklärt werden. Aus orthopädischer Sicht sei zu der schon seit dem Jahre 2004 bekannten Humeruskopfnekrose eine Pseudarthrose des Radiushalses rechts und eine mittelschwere Humero-Radial-Arthrose hinzugekommen. Dadurch sei die Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes zusätzlich eingeschränkt. Radiologisch hätten sich zudem im Bereich des rechten Schultergelenks im Vergleich zu September 2008 eine progrediente Deformation und Abflachung sowie eine diffuse Sklerose mit möglichem Sequester im Caput humeri bei bekannter posttraumatischer Humeruskopfnekrose gezeigt. Bei noch liegenden Schrauben linksseitig nach stattgehabter, osteosynthetisch versorgter Beckenfraktur und auch nachgewiesenen schweren Denervationszeichen des linken Beinplexus im Jahre 2004 bestünden starke bewegungsabhängige Schmerzen im Bereich des rechten Beckenkammes, welche myofascial resp. im Rahmen von möglichen Ansatzentzündungen der Mm. obliqui bedingt seien. Eine sichere Parese der Hüftflexion sei links jedoch orthopädischerseits nicht nachweisbar, die Sensibilitätsstörungen in der ganzen linken unteren Extremität könne keinem spezifischen Dermatome zugeordnet werden. Ein kutaner Lupus erythematosus, welcher im August 2012 beim Exploranden diagnostiziert worden sei, wirke sich nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit des Exploranden aus.

Die funktionellen Auswirkungen der Befunden präsentieren sich gemäss den beiden Gutachtern wie folgt: Aufgrund der Humeruskopfnekrose und der Arthrose im Schultergelenk rechts, der Pseudarthrose am rechten Ellbogen und der Arthrose humero-radial rechts seien Überkopfarbeiten nicht möglich. Auch wiederholte Tätigkeiten, welche das rechte Ellbogengelenk belasten (wie repetitive Umwendebewegungen der rechten Hand) seien nicht möglich. Mit der rechten Hand könnten nur leichte Lasten gehoben werden (max. 5 kg Gewicht). Zudem seien feinmotorische Tätigkeiten mit der dominanten, rechten Hand deutlich eingeschränkt. Das Besteigen von Leitern und Gerüsten sei zudem aufgrund der Sturzgefahr nicht empfohlen. Bei myofaszialen Beschwerden im Bereich des rechten Beckenkammes und persistierender subjektiver Schwäche im linken Bein sei die Gehstrecke auf maximal 20 Minuten Dauer eingeschränkt. Das Gehen auf unebenem Boden sei nur erschwert möglich. Zwangshaltungen gelte es zu vermeiden.

Prof. Dr. med. H.____ und Dr. med. I.____ kommen ■ übereinstimmend mit ihren jeweiligen Gutachten (vgl. E. II. 6.3.2 und 6.3.3 hiervor) ■ zum gemeinsamen Schluss, dass für die angestammte Tätigkeit als (ungelernter) Maschinist seit dem Unfall vom 19. September 2004 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Für eine angepasste, vorwiegend sitzende Tätigkeit mit Wechselbelastung von leichter bis mittelschwerer Art sei der Explorand seit

anfangs 2019 nur noch zu 60 % arbeitsfähig. Bis zu diesem Zeitpunkt habe in einer angepassten Tätigkeit seit dem Jahre 2006 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Die Verschlechterung sei auf eine Zunahme der Beschwerden im Bereiche der rechten Schulter und eine zunehmende Bewegungseinschränkung des rechten Ellbogens zurückzuführen.

Die beiden Gutachter bekräftigten in ihrer Konsensbeurteilung erneut, dass eine wesentliche Veränderung in Form einer Verschlechterung verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung vom 18. Januar 2011 vorliege, da sich inzwischen eine Schultergelenksarthrose mit Pseudarthrose am Humerushals rechts ausgebildet habe. Die Beschwerden der rechten Schulter seien aktuell bei jeglicher Bewegung des rechten Arms vorhanden und störten bei schmerzbedingtem Erwachen des Patienten zudem die tägliche Nachtruhe. Im Vergleich hierzu hätten im Jahr 2012 gemäss Akten nur ca. einmal wöchentlich Nachtschmerzen bestanden. Bezüglich Pseudarthrose des Ellenbogens habe die Flexionsfähigkeit zwischenzeitlich von 150° im Januar 2012 (Bericht Schmerzsprechstunde L.____) auf 125° abgenommen. Allein die Befunde am rechten Ellbogen brächten eine Einschränkung der Kraft und der Geschicklichkeit der rechten Hand mit sich. Die fragliche Schwäche des Iliopsoas sei erstmals 2012 dokumentiert worden. Dies sei bereits bei der Beurteilung und Festlegung der Arbeitsfähigkeit mitberücksichtigt worden. Seit 2012 bestehe die Diagnose eines Kutanen Lupus erythematodes, die jedoch ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erachtet werde.

6.3.5 Es kann somit festgehalten werden, dass die D.____-Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Insbesondere konnten die beiden Gutachter überzeugend darlegen, dass verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Aufhebung der IV-Rente im Jahr 2011 ■ und folglich auch seit dem hier relevanten Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 10. April 2008) ■ eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Radiologisch zeigte sich im Röntgenbericht vom 31. März 2021 (Suva-Nr. 292, S. 46 f.), welcher im Rahmen der orthopädisch-rheumatologischen Begutachtung erstattet wurde, im Bereich des rechten Schultergelenks neu eine progrediente Deformation und Abflachung sowie eine diffuse Sklerose mit möglichem Sequester im Caput humeri bei bekannter posttraumatischer Humeruskopfnekrose. Die fortschreitende Humeruskopfnekrose führte gemäss den Gutachtern zu einer deutlich verminderten Schultergelenksbeweglichkeit rechts. So zeigte sich in der klinischen Untersuchung ein stark eingeschränkter Bewegungsumfang mit praktisch fehlender Aussenrotationsfähigkeit, einer eingeschränkten Adduktion und aktiver Anteversion bis 100° und Abduktion bis 60° unter Angabe von Schmerzen, was eine deutliche Verschlechterung gegenüber der Situation zum Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung bei Dr. med. C.____ vom 11. Dezember 2007 (Suva-Nr. 250) darstellt. Hinzu kommt im Bereich des rechten Ellbogens eine Pseudarthrose des Radiushalses rechts und eine mittelschwere Humero-Radial-Arthrose. Wie der Kreisarzt Dr. med. E.____ in seiner Stellungnahme vom 1. November 2021 (Suva-Nr. 299) richtig festhielt, wurde die Pseudarthrose am Radiusköpfchen bereits zum Referenzzeitpunkt (10. April 2008) diagnostiziert. Die Pseudarthrose wurde damals aber noch als straff (Bericht Poliklinik für Schulter- und Ellbogenchirurgie, F.____ vom 2. Mai 2005, Suva-Nr. 34) resp. oligosymptomatisch (Austrittsbericht M.____ vom 14. Februar 2006, Suva-Nr. 86) bezeichnet. Die mittelschwere Humero-Radial-Arthrose findet in den medizinischen Akten im Referenzzeitpunkt hingegen keine Erwähnung. Es wird aber von

einer schweren degenerativen Veränderung des Ellbogengelenks berichtet (Bericht von Dr. med. C. ___ vom 11. Dezember 2007 mit Verweis auf Bericht der Radiologie F. ___ vom 19. Oktober 2007; Suva-Nr. 250). Aufgrund der Pseudarthrose hat sich neu gegenüber der Untersuchung bei Dr. med. C. ___ vom 11. Dezember 2007 eine deutliche Verminderung der Ellbogenbeweglichkeit gezeigt, was sich den Ergebnissen der klinischen Untersuchung bei Dr. med. I. ___ entnehmen lässt. So hat die Flexionsfähigkeit des rechten Ellbogens auf 125° abgenommen. Zum Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung vom 11. Dezember 2007 war die Flexion / Extension beidseitig identisch und im vollen Umfang möglich (Suva-Nr. 250, S. 7). Zusätzlich haben die Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und des rechten Ellbogens gemäss übereinstimmenden Ausführungen der beiden D. ___-Gutachter zugenommen. So seien die Schmerzen im Bereich der rechten Schulter wegen der Humeruskopfnekrose bei allen Tätigkeiten mit dem rechten Arm vorhanden und sie störten häufig auch die tägliche Nachtruhe. Die Schmerzen wegen der Pseudarthrose im Bereich des Radiusköpfchens träten vor allem bei Umwendbewegungen des rechten Vorderarms auf. Wegen dieser Probleme könne der Explorand seine dominante rechte Hand auch nicht mit der nötigen Kraft und der nötigen Geschicklichkeit einsetzen. Auch das Tragen von Lasten sei nur eingeschränkt möglich. Ebenso seien Überkopfarbeiten nicht möglich. Aufgrund des Gesagten kann gut nachvollzogen werden, weshalb das von den D. ___-Gutachtern attestierte Zumutbarkeitsprofil gegenüber demjenigen von Dr. med. C. ___ weitere Einschränkungen erfährt und sich die Arbeitsfähigkeit aufgrund der genannten Beschwerden von 100 % auf 60 % verringert.

6.4 Im vorliegenden Verfahren hat die Beschwerdegegnerin auf die Stellungnahme von Dr. med. E. ___ vom 1. November 2021 (Suva-Nr. 299) abgestellt. Der Kreisarzt geht entgegen den Auffassungen von Prof. Dr. med. H. ___ und Dr. med. I. ___ davon aus, dass dem Beschwerdeführer im Rahmen der Zumutbarkeitskriterien rein unfallbedingt eine ganztägige Arbeitspräsenz zumutbar sei. Nachfolgend gilt es nun zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zurecht auf die Stellungnahme von Dr. med. E. ___ abgestellt hat.

Dr. med. E. ___ hatte sich aufgrund der ihm durch die Beschwerdegegnerin vorgelegten Fragestellungen im Wesentlichen dazu zu äussern, ob sich die Unfallfolgen seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung am 11. Dezember 2007 wesentlich verändert haben. Weiter wurde der Kreisarzt um eine Beurteilung der Zumutbarkeit aufgrund des eingegangenen D. ___-Gutachtens gebeten. Der Kreisarzt bestätigte eine solche Änderung des Gesundheitszustandes, jedoch nur im Bereich der rechten Schulter. Er verneinte aber eine wesentliche Änderung im Bereich des Ellbogens. Eine solche sei radiologisch im Vergleich zur Voruntersuchung von 2007 nicht nachweisbar. Entgegen der Beurteilung des Gutachters sei die Radius-Hals-Pseudarthrose nicht als neu zu beurteilen, sondern sei schon 2007 nachweislich vorhanden gewesen. Eine wesentliche Zunahme der bereits damals bestehenden Arthrose sei nicht nachweisbar. Wie der Kreisarzt zutreffend festhielt, wurde die Pseudarthrose bereits in früheren Berichten im Referenzzeitpunkt erwähnt (siehe dazu E. II. 6.3.5 hiervor). Weiter bestätigte der Kreisarzt ■ übereinstimmend mit den D. ___-Gutachtern ■ neu eine Bewegungseinschränkung der rechten Schulter sowie des rechten Handgelenks, nicht hingegen die von den Gutachtern festgestellte Einschränkung der Ellbogenbeweglichkeit. Auf die anlässlich der rheumatologischen Untersuchung festgestellte und in der Konsensbeurteilung bestätigte Abnahme der Flexionsfähigkeit von 150° auf 125° ging der Kreisarzt nicht näher ein. Auch äusserte er sich nicht zu der von den beiden Gutachtern festgestellten Zunahme von bewegungsabhängigen Schmerzen im

Bereich des rechten Arms. Diese seien, so die Gutachter, aktuell bei jeglicher Bewegung des rechten Arms vorhanden und störten die tägliche Nachtruhe des Beschwerdeführers bei schmerzbedingtem Erwachen. Dies sei im Vergleich zu früheren Berichten nicht in diesem Ausmass der Fall gewesen (vgl. Suva-Nr. 292, S. 8).

Dr. med. E. ___ setzte sich nach dem Gesagten nicht umfassend mit den gutachterlich erhobenen Befunden und den daraus resultierenden Beschwerden auseinander. Er äusserte sich auch an keiner Stelle zur anderslautenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten. Dies wiegt vor allem deshalb schwer, weil sich die festgestellte Verschlechterung der Schulter- und Ellbogenproblematik gemäss den beiden Gutachtern erheblich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt (Abnahme der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit seit Anfang 2019 von 100 % auf 60 %). Die Gutachter haben ausdrücklich festgehalten, dass die Verschlechterung auf eine Zunahme der Beschwerden im Bereich der rechten Schulter und eine zunehmende Bewegungseinschränkung des rechten Ellbogens zurückzuführen sei. Der Kreisarzt passte einzig das Zumutbarkeitsprofil an, ging aber ohne nähere Begründung seiner Auffassung und ohne einlässliche Auseinandersetzung mit der anderslautenden Beurteilung der Gutachter davon aus, dass dem Beschwerdeführer weiterhin eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar sei.

6.5 Insgesamt kann somit festgehalten werden, dass die Beurteilung von Prof. Dr. med. H. ___ und Dr. med. I. ___ auf einer einlässlichen Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten und einer überzeugend begründeten Würdigung basiert. Die Gutachter vermochten überzeugend darzulegen, dass es seit dem 10. April 2008 (Referenzzeitpunkt) zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Bereich der Schulter und des Ellbogens gekommen ist, welche sich auch auf die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt (Abnahme der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit seit Anfang 2019 von 100 % auf 60 %). Das Gutachten vom 14. Juli 2021 erweist sich somit als beweiskräftig. Hingegen kann auf die Stellungnahme von Dr. med. E. ___ vom 1. November 2021 nicht abgestellt werden. Der Kreisarzt konnte nicht überzeugend darlegen, weshalb die neu festgestellten Beschwerden im Bereich des rechten Armes keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass, wie die Beschwerdegegnerin zutreffend vorbringt, keine Bindungswirkung rechtskräftiger Invaliditätsbemessungen der Invalidenversicherung für den Unfallversicherer besteht. Im vorliegenden Fall verhält es sich jedoch so, dass die festgestellte Verschlechterung eine Folge des Unfalls vom 19. September 2004 ist. Dies ergibt sich ohne Zweifel aus der gutachterlichen Diagnosestellung und Begründung. Es kann deshalb auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung in dem von der IV-Stelle Solothurn eingeholten D. ___-Gutachten abgestellt werden.

7. Es ist auf den Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin (A.S. 5 f.) einzugehen.

7.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Rentenbeginns, hier also am 1. Mai 2008, massgebend (BGE 128 V 174; 129 V 222).

7.2 Das im Einspracheentscheid vom 21. September 2022 errechnete Valideneinkommen von CHF 77'907.90 stützt sich auf die Angaben der Arbeitgeberin (vgl. Suva-Nrn. 198, 199 und 205). Es lässt sich nicht beanstanden und ist auch unbestritten geblieben.

7.3

7.3.1 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist auf die Tabellen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustützen. Massgebend ist die neueste Ausgabe, die bei Erlass des Einspracheentscheids vom 21. September 2022 vorlag (BGE 143 V 295), also jene des Jahres 2020. Gemäss LSE 2020, Tabelle TA1_tirage_skill_level, belief sich der Medianwert des standardisierten Monatslohns der im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Männer auf CHF 5'261.00. Nach Hochrechnung dieses Betrags, der 40 Wochenstunden entspricht, auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden sowie Anpassung an die Lohnentwicklung von 2020 auf 2022 (-0.2 % [2021] und 2 % [2022]; Bundesamt für Statistik, Quartalschätzung der Nominallohnentwicklung) resultiert ein Verdienst von CHF 5'583.00 pro Monat oder CHF 66'997.00 pro Jahr. Angepasst an die Arbeitsfähigkeit von 60 % resultiert ein Jahreseinkommen von CHF 40'198.00.

7.3.2 Wird das Invalideneinkommen ■ wie vorliegend ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb ■ cc S. 80). Ihm kommt als Korrekturinstrument bei der Festsetzung eines möglichst konkreten Invalideneinkommens überragende Bedeutung zu (BGE 148 V 174 E. 9.2.2 und E. 9.2.3 S. 190 ff.).

Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Einspracheentscheid einen Abzug von 15 % berücksichtigt, um den unfallbedingten Einschränkungen Rechnung zu tragen (vgl. A.S. 6). Bei der Gewährung des Abzugs ging die Beschwerdegegnerin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit aus.

Die D.____-Gutachter formulierten in ihrer Expertise ein Tätigkeitsprofil. Danach sind dem Beschwerdeführer vorwiegend sitzende, leichte bis mittelschwere Arbeiten mit Gewichtsbelastungen für die rechte Hand bis max. 5 kg zumutbar. Die Gehstrecke ist auf maximal 20 Minuten eingeschränkt. Das Besteigen von Treppen ist möglich. Zu vermeiden sind: Das Besteigen von Leitern, das Gehen auf unebenem Boden, ebenso Arbeiten in Zwangshaltungen und ungünstigen Stellungen. Überkopfarbeiten sind wegen der schweren Arthrose im rechten Schultergelenk nicht möglich, auch der Einsatz der Hand ist vor allem, wenn Umwendbewegungen notwendig sind, wegen der Pseudarthrose am Hals des Radiusköpchens nur eingeschränkt möglich. Da auch die Geschicklichkeit in der rechten, dominanten Hand vermindert ist, sind manuelle Tätigkeiten, welche eine grosse Geschicklichkeit erfordern, nur eingeschränkt möglich. Schreibaarbeiten und Tätigkeiten am Computer sind möglich, allerdings nicht dauerhaft (Gutachten S. 7 f., Suva-Nr. 292). Diese Einschränkungen sind nicht derart umfassend, dass bei einer Tätigkeit im Kompetenzniveau 1 von vornherein mit einer Lohneinbusse gerechnet werden müsste. Der verminderten Leistungsfähigkeit wird durch die Arbeitsunfähigkeit von 40 % Rechnung getragen; sie kann deshalb bei der Bemessung des Tabellenlohnabzugs nicht nochmals berücksichtigt

werden. Gemäss der Tabelle T18, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater und öffentlicher Sektor zusammen, 2020, verdienen zwar statistisch gesehen Männer ohne Kaderfunktion mit einem Beschäftigungsgrad von 50 % 74 % 4.2 % weniger als solche mit einem Beschäftigungsgrad von 90 % und mehr. Dies stellt jedoch rechtsprechungsgemäss keine überproportionale Lohneinbusse dar (Urteile des Bundesgerichts 8C_151/2020 vom 15. Juli 2020 E. 6.3.2; 9C_223/2020 vom 25. Mai 2020 E. 4.3.2). Die nach dem D.____-Gutachten vom 14. Juli 2021 dem Beschwerdeführer noch zumutbare Teilzeittätigkeit von 60 % berechtigt mithin zu keinem Abzug. Somit besteht keine Grundlage für einen Tabellenlohnabzug. Das Invalideneinkommen entspricht dem aus der LSE abgeleiteten Betrag von CHF 40'198.00.

7.4 Aus der Gegenüberstellung von Valideneinkommen (CHF 77'907.90) und Invalideneinkommen (CHF 40'198.00) ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 48 %. Der Beschwerdeführer hat ab 1. Oktober 2021 (Zeitpunkt der Gesuchseinreichung; BGE 144 V 245 E. 6.4 und Urteil des Bundesgerichts 8C_878/2018 vom 21. August 2019 E. 4.5) Anspruch auf eine Invalidenrente in dieser Höhe. Die Beschwerde ist in diesem Sinn (Erhöhung des Rentenanspruchs von 28 % auf 48 %) gutzuheissen.

8.

8.1 Der Beschwerdeführer obsiegt und hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Seine Vertretung macht mit Kostennote vom 23. November 2022 (A.S. 29 f.) einen Aufwand von 4.8 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 280.00 und Auslagen von insgesamt CHF 30.60 geltend, was zu einer Kostenforderung von insgesamt CHF 1'441.65 führt. Die Höhe dieser Kostenforderung ist nicht zu beanstanden und die entsprechende Entschädigung ist zuzusprechen.

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

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Lazar

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