

# SO\_GERICHTE VSKLA.2015.1 vom 24. Dezember 1997

SO Obergericht, 1997-12-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSKLA.2015.1](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSKLA.2015.1)

FR: SO\_GERICHTE VSKLA.2015.1 du 24 décembre 1997

IT: SO\_GERICHTE VSKLA.2015.1 del 24 dicembre 1997

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1948 geborene A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Kläger) war seit dem 1. Juli 1991 als Betriebsmitarbeiter bei der C.\_\_\_\_, [...] (heute: D.\_\_\_\_), , angestellt. Ab dem 20. Oktober 1993 wurde er wegen Rücken- und Schulterbeschwerden sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung arbeitsunfähig geschrieben (Klagebeilage [KB] 8). Am 22. November 1994 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug einer Invalidenrente an (KB 7). Das Arbeitsverhältnis wurde in der Folge per 19. Oktober 1995 beendet (vgl. KB 5). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn veranlasste eine polydisziplinäre (allgemeinmedizinische, orthopädische, neurologische und psychiatrische) Begutachtung im E.\_\_\_\_, welche vom 21. bis 24. April 1997 durchgeführt wurde (Gutachten vom 13. Mai 1997; KB 10). Daraufhin sprach die IV-Stelle dem Kläger mit Verfügung vom 24. Dezember 1997 rückwirkend ab 1. Oktober 1994 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 57 % eine halbe Invalidenrente zu (KB 9). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit rechtskräftigem Urteil vom 22. Januar 1999 (URT/VSG/IVG/IRE/98000007) ab (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 1.27 S. 2 ff.). Die Vorsorgeeinrichtung des Klägers, die B.\_\_\_\_, (im Folgenden: Beklagte), teilte dem Kläger mit Schreiben vom 7. April 1998 mit, ihm werde rückwirkend ab dem 1. November 1995 eine provisorische halbe Invalidenrente gemäss Art. 23 bis 26 BVG zugesprochen (KB 11). In der Folge zahlte sie ihm jährlich die entsprechenden Rentenbeträge aus (KB 12 und 13).

1.2 Mit Schreiben vom 22. April und 10. Juni 1998 zog der damalige Vertreter des Klägers die Berechnungen der Beklagten in Zweifel (KB 15 und 16). Diese antwortete am 22. Juli 1998, der Kläger sei mit dem Ausscheiden aus der C.\_\_\_\_ im überobligatorischen Vorsorgebereich nicht mehr gedeckt. Die ihm provisorisch eröffnete 50 %-Invalidenrente beruhe ausschliesslich auf den einschlägigen BVG-Bestimmungen. Die Abwicklung des überobligatorischen Teils der Freizügigkeitsleistung erfolge nach Vorliegen des hängigen IV-Rekursbescheides (KB 17). Die Teilfreizügigkeitsleistung per 31. Oktober 1995 von CHF 46'829.00 wurde in der Folge gemäss Abrechnung vom 25. August 1999 zu Gunsten des Klägers an die Freizügigkeitsstiftung der F.\_\_\_\_, überwiesen. Zur Begründung wurde erklärt, gemäss Art. 8.1 des Vorsorgereglements bestehe Anspruch auf eine reglementarische (obligatorische und überobligatorische) Invalidenpension bei dauernder Arbeitsunfähigkeit, die während der Mitgliedschaftsdauer festgestellt worden sei. Dies treffe im Fall des Klägers nicht zu (KB 18).

1.3 Am 19. Dezember 2007 erlitt der Kläger als Beifahrer bei einer Auffahrkollision eine Schädelprellung. In der Folge traten bei ihm vermehrt Kopf- und Nackenschmerzen, ein störendes Rauschen im Kopf und Schlafstörungen auf. Die Unfallmeldung bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) erfolgte am 20. August 2010. Mit

Verfügung vom 29. Januar 2013 teilte die Suva dem Kläger mit, sie richte für die Zeit vom 22. Dezember 2007 bis 30. November 2008 nachträglich Unfalltaggelder aus und übernehme die unfallbedingten Heilkosten. Die Versicherungsleistungen stelle sie per 30. November 2008 ein; mangels adäquater Unfallfolgen bestehe kein Anspruch auf weitere Geldleistungen der Suva in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung (Suva-Nr. 58). Nach weiteren Abklärungen erliess die Suva am 28. März 2014 eine neue Verfügung, worin sie die vorerwähnte Verfügung vom 29. Januar 2013 aufhob und die Versicherungsleistungen neu per 31. Dezember 2008 einstellte (Suva-Nr. 118). Die dagegen erhobene Einsprache wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 15. Juli 2016 ab. Die vom Kläger dagegen gerichtete Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit Urteil vom 20. März 2017 ab (VSBES.2016.221).

1.4 Am 21. Oktober 2009 machte der Kläger bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn geltend, sein Gesundheitszustand habe sich seit dem Unfallereignis vom 19. Dezember 2007 erheblich verschlechtert. Es sei beim Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_ ein Verlaufsbericht einzuholen und die vorliegende Eingabe sei als Revisionsgesuch entgegenzunehmen (Akten der IV-Stelle Nr. [IV-Nr.] 42.1). Die IV-Stelle veranlasste nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH) am 17. Mai 2011 eine bidisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung bei Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, sowie Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (IV-Nr. 61). Auf die entsprechende Intervention seitens des Klägers hin teilte die IV-Stelle diesem am 7. Juni 2011 mit, die Begutachtung erfolge nun im E.\_\_\_\_, (IV-Nr. 67). Vom 23. bis 26. Mai 2011 musste sich der Kläger wegen einer Durchblutungsstörung im Gehirn im K.\_\_\_\_, , behandeln lassen (IV-Nr. 69 S. 3 f.). Wegen erfolgloser Vertragsverhandlungen zwischen dem E.\_\_\_\_ und dem Bundesamt für Sozialversicherungen verzögerte sich die Begutachtung (IV-Nr. 76). Nachdem eine polydisziplinäre Begutachtung mit den gewünschten Disziplinen im L.\_\_\_\_, , nicht hatte durchgeführt werden können (IV-Nr. 78), veranlasste die IV-Stelle «aufgrund des Alters» des Versicherten eine medizinische Abklärung beim RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_ (IV-Nr. 79, 80). Diese fand am 19. Oktober 2012 statt (vgl. Protokolleintrag von diesem Datum). In der Folge erhöhte die IV-Stelle mit Verfügungen vom 28. Mai und 12. Juni 2013 die bisher ausgerichtete halbe Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von neu 71 % auf eine ganze Rente mit Wirkung ab 1. Oktober 2009. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angegeben, die Gesundheit des Klägers habe sich seit Dezember 2007 verschlechtert. Der Kläger könne noch einer angepassten leichten Tätigkeit im Ausmass von 40 % nachgehen (IV-Nr. 93 und 94).

1.5 Die Beklagte teilte dem Kläger am 11. Juni 2013 mit, nach Prüfung der ärztlichen Berichte sei sie zur Ansicht gelangt, dass die Verschlechterung des Gesundheitszustands auf neue Ursachen zurückzuführen sei, namentlich auf die Folgen des Schleudertraumas im Dezember 2007 und den Hirninfarkt vom Juni (recte: Mai) 2011. Aus diesem Grund werde sie auf die Erhöhung des IV-Grades nicht eintreten und die bisher gewährte halbe Invalidenrente nicht erhöhen (KB 24). Mit Betreibungsbegehren vom 24. Oktober 2013 liess der Kläger zur Unterbrechung der Verjährung gegenüber der Beklagten eine Forderung von CHF 15'000'000.00 nebst Zins zu 5 % seit 19. Dezember 2007 geltend machen (KB 29). Auf dem entsprechenden Zahlungsbefehl (Nr. [...]/Betreibungsamt des Distrikts «M.\_\_\_\_») vom 25. Oktober 2013 erhob die Beklagte am 28. Oktober 2013

Rechtsvorschlag (KB 30).

## **E. 2**

2.1 Mit Klage vom 24. Dezember 2014 lässt der Kläger folgende Rechtsbegehren stellen (Aktenseite [A.S.] 1 ff.):

1. Die Beklagte sei gerichtlich zu verpflichten, dem Kläger spätestens mit Wirkung ab dem 1. November 1995 die gesetzlichen und reglementarischen (obligatorischen und überobligatorischen) Leistungen nach Massgabe der IV-rechtlich ausgewiesenen Erwerbsunfähigkeit von mindestens 57 % und ab 1. Oktober 2009 die gesetzlichen und reglementarischen (obligatorischen und überobligatorischen) Leistungen nach Massgabe der IV-rechtlich ausgewiesenen Erwerbsunfähigkeit von mindestens 71 % zzgl. einem Verzugszins zu 5 % seit wann rechtens zzgl. Teuerungszulage auszurichten.

2. Dem Kläger sei seit dem Eintritt des Invaliditätsfalles die Prämien- und Beitragsbefreiung zu gewähren.

3. Es seien die vollständigen IV-Akten des Klägers (Versicherten-Nr. [...]) von Amtes wegen bei der IV-Stelle Solothurn beizuziehen.

4. Es seien die vollständigen UVG-Akten des Klägers (Unfall-Nr. [...]) von Amtes wegen bei der SUVA beizuziehen

5. Es sei ein gerichtliches interdisziplinäres Gutachten erstellen zu lassen, das insbesondere die Frage nach der sachlichen und zeitlichen Konnexität der im Jahre 1993 erstmals festgestellten Arbeitsunfähigkeit im Verhältnis zur Erhöhung derselben nach 2007 zu beantworten hat.

6. Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit durchzuführen.

7. Vor der Eröffnung des materiellen Endentscheides sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt Gelegenheit zur Einreichung einer detaillierten Kostennote zur Geltendmachung einer Parteientschädigung zu geben (vgl. Art. 29 Abs. 2 BV).

8. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beklagten.

2.2 In ihrer Klageantwort vom 5. März 2015 beantragt die Beklagte die vollumfängliche Abweisung der Klage (A.S. 27 ff.).

2.3 Mit Verfügung vom 9. März 2015 werden die Akten der IV-Stelle des Kantons Solothurn und diejenigen der Suva beigezogen (A.S. 37). Die IV-Akten treffen am 20. März 2015 beim Gericht ein, die Suva-Akten nach zwischenzeitlicher Verzögerung am 21. August 2015 (A.S. 55).

2.4 In seiner Replik vom 19. Oktober 2015 lässt der Kläger folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 63 ff.):

1.a) Es sei im E. \_\_\_ in unter Einbezug der orthopädischen, psychiatrischen, neurologischen, neuropsychologischen und neuro-otologischen Fachrichtung ein gerichtliches interdisziplinäres Gutachten erstellen zu lassen, das insbesondere die Frage nach der sachlichen und zeitlichen Konnexität der im Jahre 1993 erstmals festgestellten Arbeitsunfähigkeit im Verhältnis zur Erhöhung derselben nach 2007 zu beantworten hat.

b) Eventualiter: Es sei im L.\_\_\_\_ in unter Einbezug der orthopädischen, psychiatrischen, neurologischen, neuropsychologischen und neuro-otologischen Fachrichtung ein gerichtliches interdisziplinäres Gutachten erstellen zu lassen, das insbesondere die Frage nach der sachlichen und zeitlichen Konnexität der im Jahre 1993 erstmals festgestellten Arbeitsunfähigkeit im Verhältnis zur Erhöhung derselben nach 2007 zu beantworten hat.

c) Subeventualiter: Es sei unter vorgängiger Bekanntgabe an die Parteien zwecks Prüfung und Stellung allfälliger Ablehnungs- und Ausstandsbegehren eine andere Gutachterstelle unter Einbezug der orthopädischen, psychiatrischen, neurologischen, neuropsychologischen und neuro-otologischen Fachrichtung mit der Erstellung eines gerichtlichen interdisziplinären Gutachtens zu beauftragen, welches insbesondere die Frage nach der sachlichen und zeitlichen Konnexität der im Jahre 1993 erstmals festgestellten Arbeitsunfähigkeit im Verhältnis zur Erhöhung derselben nach 2007 zu beantworten hat.

2. Die noch gerichtlich zu bestimmende Gutachterstelle und der gerichtlich anzuwendende Fragenkatalog seien den Parteien gestützt auf Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK (verfassungsmässiger und völkerrechtlicher Anspruch auf rechtliches Gehör) zur Stellungnahme zuzustellen.

3. Die für das Unfallereignis vom 19. Dezember 2007 zuständige und verantwortliche Haftpflichtversicherung, die N.\_\_\_\_, sei im vorliegenden Klageverfahren beizuladen und es sei der N.\_\_\_\_ nach Art. 78 Abs. 1 ZPO der Streit zu verkünden.

4. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beklagten.

Im Weiteren hält der Kläger an seinen bisherigen Ausführungen und Anträgen vollumfänglich fest.

2.5 Mit Duplik vom 12. November 2015 beantragt die Beklagte erneut die vollumfängliche Abweisung der Klage. Im Übrigen schliesst sie sich den in der Replik vom 19. Oktober 2015 gestellten Anträgen des Klägers an (A.S. 72 f.).

2.6 Mit Eingabe vom 8. Dezember 2015 nimmt der Kläger zur Duplik Stellung (A.S. 76 f.).

2.7 Am 4. Mai 2017 werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung vom Montag, 11. September 2017, vorgeladen, an welcher die Parteivorträge angehört werden sollen. Gleichzeitig wird der Antrag des Klägers, die Haftpflichtversicherung N.\_\_\_\_ sei im vorliegenden Klageverfahren beizuladen, abgewiesen (A.S. 79).

2.8 Am 11. September 2017 führt das Versicherungsgericht die öffentliche Verhandlung durch (siehe Protokoll der Verhandlung vom 11. September 2017; A.S. 81 ff.)

## II.

1. Das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn ist als Berufsvorsorgegericht für die vorliegende Angelegenheit sachlich zuständig (Art. 73 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge [BVG; SR 831.40] i.V.m. § 54 Abs. 1 des Gesetzes über die Gerichtsorganisation [GO; BGS 125.12]). Auch die örtliche Zuständigkeit ist gegeben, leitet sich die Forderung des Klägers doch aus dessen Anstellung bei der damaligen C.\_\_\_\_ (heute: D.\_\_\_\_) mit Sitz in ab (Art. 73 Abs. 3 BVG; vgl. Klagebeilagen [KB] 5, 6 und 8).

2. Der Kläger lässt zunächst geltend machen, er habe spätestens mit Wirkung ab 1. November 1995 auch einen Anspruch auf überobligatorische BVG-Invalidenleistungen seitens der Beklagten (Klage, S. 2, Rechtsbegehren, Ziff. 1, und S. 13 f., Ziff. 15). Die Beklagte verneint demgegenüber einen solchen Anspruch und vertritt die Auffassung, die Voraussetzungen für die Gewährung einer reglementarischen Invalidenrente seien nicht gegeben.

2.1 Der Kläger arbeitete seit dem 1. Juli 1991 als Betriebsmitarbeiter bei der (damaligen) C.\_\_\_\_, [...], wobei er ab dem 20. Oktober 1993 dauernd vollständig arbeitsunfähig geschrieben wurde (KB 8). Am 22. November 1994 meldete er sich wegen starken Bandscheibenschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug einer Invalidenrente an (KB 7). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn sprach dem Kläger mit Verfügung vom 24. Dezember 1997 aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 57 % eine halbe Invalidenrente ab 1. Oktober 1994 zu (KB 9), wobei sie sich im Wesentlichen auf das polydisziplinäre E.\_\_\_\_-Gutachten vom 13. Mai 1997 stützte. Darin wurden die Hauptdiagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eines lumbospondylogenen Syndroms bei deutlichen degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule, eines Impingement-Syndroms der rechten Schulter sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt (Ziff. 4.1). Zur Arbeitsfähigkeit wurde im Wesentlichen ausgeführt, der Explorand verfüge über eine Volksschulbildung und habe in seiner Heimat den Beruf eines Bierbrauers erlernt. 1974 sei er in die Schweiz eingereist und habe sich erst im Gastgewerbe, später als Betriebsarbeiter und Hilfsmechaniker betätigt. Zuletzt sei er von 1991 bis 1993 in der C.\_\_\_\_ angestellt gewesen. Für den angestammten Tätigkeitsbereich als Betriebsarbeiter bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich belastende Tätigkeiten ergebe sich aus den orthopädischen Befunden. Für körperlich adaptierte Tätigkeiten, d.h. Arbeitseinsätze, bei welchen repetitives Lastenheben, körperliche Zwangshaltungen und Überkopfarbeiten vermieden werden könnten, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich angepasste Tätigkeiten ergebe sich aus der Schmerzfehlverarbeitungsstörung. In einer wechselbelastenden, körperlich adaptierten Tätigkeit wäre ein Einsatz von sechs bis sieben Stunden täglich zumutbar. Im Schlussgespräch sei dem Exploranden eröffnet worden, dass er in seinem angestammten Tätigkeitsbereich aufgrund seiner Rückenbefunde zweifellos eingeschränkt sei, für rückenadaptierte Tätigkeiten jedoch noch eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit aufweise (Gutachten vom 13. Mai 1997, S. 20 ff.; KB 10).

Die Beklagte teilte dem Kläger mit Schreiben vom 7. April 1998 mit, dass ihm rückwirkend ab dem 1. November 1995 eine provisorische halbe Invalidenrente gemäss Art. 23 bis 26 BVG zugesprochen werde. Damit sie die Aus- bzw. Nachzahlung der Invalidenrente vornehmen könne, sei das beigelegte Zahlungsficheet ausgefüllt und unterschrieben zurückzusenden. Sobald der Rekursbescheid (d.h. das rechtskräftige Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 22. Januar 1999; vgl. IV-Nr. 1.27 S. 2 ff.) vorliege und der Vertrauensarzt Einsicht in die IV-Akten genommen habe, werde sie auf die Zuwendung des im überobligatorischen Versicherungsbereich erworbenen Vorsorgeguthabens zurückkommen (KB 11). In der Folge zahlte die Beklagte Rentenbeträge von CHF 18'772.00 (1998), CHF 5'928.00 (1999), CHF 6'072.00 (2000), CHF 6'578.00 (2001), je CHF 6'192.00 (2002 und 2003), CHF 5'590.00 (2004), je CHF 5'268.00 (2005 und 2006), CHF 5'352.00 (2007), CHF 5'798.00 (2008), je

CHF 5■352.00 (2009 und 2010) und je CHF 5■580.00 (2011 und 2012) aus, wobei für das Jahr 2013 ebenfalls eine Auszahlung von CHF 5■580.00 vorgesehen war (KB 12 und 13). Mit Verfügung vom 25. Juni 2013 sprach die Ausgleichskasse des Kantons Solothurn dem Kläger eine Altersrente ab 1. Juli 2013 zu (KB 14).

Mit Schreiben vom 22. April und 10. Juni 1998 zog der damalige Vertreter des Klägers die Berechnung der Rentenbeträge durch die Beklagte in Zweifel und forderte bei ihr exakte Angaben zur Rentenberechnung an (KB 15 und 16). Am 22. Juli 1998 teilte die Beklagte dem Kläger mit, nach seinem Ausscheiden aus der C.\_\_\_\_ sei er im überobligatorischen Vorsorgebereich nicht mehr gedeckt. Die ihm mit Schreiben vom 7. April 1998 provisorisch eröffnete 50 %-Invalidenrente beruhe ausschliesslich auf den einschlägigen BVG-Bestimmungen. Wie bereits mitgeteilt, werde die Abwicklung des überobligatorischen Teils der Freizügigkeitsleistung nach Vorliegen des hängigen IV-Entscheidens vorgenommen. Sollte es bei der 50 %-IV-Rente bleiben, würde der Saldo der Freizügigkeitsleistung per 31. Oktober 1995, zuzüglich gesetzlicher Verzugszins von 5 %, CHF 46■829.00 betragen (CHF 69■060.00 [globale Freizügigkeitsleistung per 31.10.1995] abzüglich CHF 22■231.00 [50 % des BVG-Altersguthabens zur Teil-Finanzierung der 50 %-BVG-Invalidenrente]; KB 17).

Mit E-Mail vom 27. Mai 2009 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dieser sei als Mitarbeiter der D.\_\_\_\_ (vormals: C.\_\_\_\_) vom 1. Juli 1991 bis zu seiner Entlassung am 19. Mai (recte: Oktober) 1995 bei ihr vorsorgeversichert gewesen. Mit Schreiben vom 7. April 1998 sei dem Kläger eine provisorische 50 %-BVG-Invalidenrente zugesprochen und mit Schreiben vom 22. Juli 1998 für den nichtinvalidenberücksichtigten obligatorischen und überobligatorischen Teil die entsprechende Teil-Freizügigkeitsleistung zur Verfügung gestellt worden. Aufgrund der durch den damaligen Vertreter des Klägers am 19. August 1999 übermittelten Angaben sei die vorerwähnte Teil-Freizügigkeitsleistung gemäss Abrechnung vom 25. August 1999 zugunsten des Klägers an die Freizügigkeitsstiftung der F.\_\_\_\_ in übertragen worden. Im Bereich des BVG-Obligatoriums sei die IV-Verfügung grundsätzlich bindend, während im überobligatorischen Bereich den Vorsorgeeinrichtungen in Bezug auf die Gestaltung des Reglements gewisse Freiheiten eingeräumt würden. Gemäss Art. 8.1 des Reglements bestehe Anspruch auf eine reglementarische (obligatorische + überobligatorische) Invalidenpension bei dauernder Arbeitsunfähigkeit, die während der Mitgliedschaftsdauer festgestellt worden sei. Diese Voraussetzung sei im vorliegenden Fall nicht erfüllt (KB 18).

2.2 Strittig ist der Anspruch auf Leistungen der weitergehenden beruflichen Vorsorge für die Zeit ab 1. November 1995. Dieser richtet sich nach dem damals geltenden Reglement. Gemäss Art. 8.1 des Reglements « Pensionsfonds I » (gültig ab 1. Januar 1995; im Folgenden: Reglement) gewährt der Fonds bei dauernder Arbeitsunfähigkeit infolge Unfall oder Krankheit nach medizinischem Gutachten und in Absprache mit dem Arbeitgeber eine Invalidenpension, die wie folgt berechnet wird: eine Basisinvalidenpension aufgrund der Berechnung der Mitgliedschaftsjahre im effektiven Pensionsalter gemäss den Bestimmungen im Anhang III und eine zusätzliche Invalidenpension, die nach dem Stand des Alterssparkontos B zum Zeitpunkt des Pensionsanspruchs berechnet wird (Art. 8.4 und Anhang IV). Nach Art. 8.2 des Reglements darf die zur Auszahlung gelangende Invalidenpension die Basisinvalidenpension, berechnet für 35 Mitgliedschaftsjahre, nicht übersteigen. Sie entspricht jedoch in jedem Fall mindestens der gemäss Art. 7 des Reglements berechneten Alterspension. Laut Art. 8.3 des Reglements gelten bei

Teilinvalidität die Bestimmungen gemäss Art. 8.1 und 8.2 entsprechend dem Invaliditätsgrad. Das Mitglied wird in diesem Fall anteilmässig wie ein Pensionierter behandelt, was eine entsprechende Herabsetzung des Alterssparguthabens auf den Konti A und B zur Folge hat. Gemäss Art. 8.4 des Reglements wird die Invalidenpension ab dem Folgemonat nach Beendigung der Lohn- oder entsprechenden Lohnersatzzahlungen für die Dauer der Invalidität, bis spätestens zum Tod des Mitglieds, ausbezahlt.

### **E. 2.3**

2.3.1 Der Kläger macht geltend, aus der Regelung von Art. 8.1 des Reglements gehe nicht hervor, dass er keinen Anspruch auf überobligatorische Invalidenleistungen haben könne, weil die leistungsbegründende Arbeitsunfähigkeit nicht während der Mitgliedschaftsdauer «festgestellt» worden sei; das Wort «Feststellung» fehle in dieser Bestimmung vollständig. Der Begriff «Feststellung der Arbeitsunfähigkeit» ■ sollte sich dieser denn in der Bestimmung finden ■ könnte auch mehrdeutig verstanden werden. So müsste damit nicht zwangsläufig die Feststellung durch die IV im Jahr 1997 verstanden werden, denn der Kläger habe seine Invalidität spätestens im Jahr 1994 festgestellt, als er die IV-Anmeldung vom 22. November 1994 eingereicht habe. Die leistungsbegründende Arbeitsunfähigkeit hingegen sei von der Arbeitgeberin und dem Kläger bereits im Februar 1993 festgestellt worden, denn gemäss Fragebogen für den Arbeitgeber vom 13. Februar 1995 habe die Arbeitsunfähigkeit am 15. Februar 1993 begonnen. Damals habe sich der Kläger aber noch im Mitgliedschaftsverhältnis zur Beklagten befunden. Eine solche mehrdeutige Bestimmung müsste also nach Massgabe der Unklarheitenregelung ohnehin zu Gunsten des Klägers verstanden werden. Eine solche Bestimmung, welche die Leistungshöhe von Faktoren abhängig mache, die Versicherte nicht beeinflussen könne, müsste zudem als ungewöhnlich bezeichnet werden und könnte daher keine rechtsverbindliche Wirkung erzielen (Beschwerde, S. 13 f. Ziff. 15).

2.3.2 Die Beklagte lässt einwenden, der Wortlaut des Reglements verweise ausdrücklich auf die Absprache mit dem Arbeitgeber. Diese Absprache habe obligatorisch vor der Leistungszusprache zu erfolgen. Ein solches Erfordernis mache nur Sinn, solange die betroffene Person noch in einem Arbeitsverhältnis mit einer der Beklagten angeschlossenen Firma stehe und damit aktives Mitglied bei der Beklagten sei. Denn nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses ende diese Mitgliedschaft. Um dies noch deutlicher zu sagen, sei Art. 8.1 auf den 1. Januar 1997 dahingehend präzisiert worden, dass die dauernde Arbeitsunfähigkeit während der Mitgliedschaft bei der Beklagten festgestellt worden sein müsse. Materiell ändere sich mit dieser Präzisierung nichts.

2.4 Wie dargelegt, richtet sich der strittige Anspruch nach derjenigen Reglementsfassung, welche am 1. Januar 1995 in Kraft trat (KB 3). Gemäss dem bereits zitierten Art. 8.1 des Reglements wird eine Invalidenpension gewährt bei dauernder Arbeitsunfähigkeit infolge Unfall oder Krankheit «nach medizinischem Gutachten und in Absprache mit dem Arbeitgeber».

2.4.1 Ein medizinisches Gutachten liegt in Form der durch die Invalidenversicherung eingeholten Expertise des E.\_\_\_\_ vom 13. Mai 1997 (KB 10) vor. Das Reglement definiert die Voraussetzungen für die Invalidenpension abweichend von der Invalidenversicherung, indem es eine andauernde Arbeitsunfähigkeit voraussetzt. Diese abweichende Umschreibung der Invalidität ist zulässig (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_469/2009 vom 6. November 2009 E. 5.2, 9C\_780/2007 vom 12. Februar 2009 E. 3.1 und 9C\_54/2008

vom 9. Oktober 2008 E. 4.4, je mit Hinweisen). Durch das Gutachten des E. \_\_\_ vom 13. Mai 1997 ist jedoch für den Zeitraum ab 1. November 1995 auch eine dauernde Arbeitsunfähigkeit, wie sie das Reglement verlangt, ausgewiesen. Eine Regelung, wonach die Invalidität (im Sinne der dauernden Arbeitsunfähigkeit) durch ein während des Versicherungsverhältnisses erstelltes Gutachten festgestellt worden sein müsste, lässt sich dem Reglement in der ab 1. Januar 1995 geltenden Fassung nicht entnehmen. Der entsprechende Zusatz, der am 1. Januar 1997 in Kraft trat, ist aus zeitlichen Gründen nicht relevant, so dass offenbleiben kann, wie die dortige Formulierung unter dem Aspekt der Unklarheits- und der Ungewöhnlichkeitsregel zu beurteilen wäre.

2.4.2 Die Beklagte leitet aus der reglementarischen Regelung, wonach die Invalidenpension «in Absprache mit dem Arbeitgeber» gewährt werde, ab, eine Rentenzusprechung sei nur während der Dauer des Arbeitsverhältnisses möglich (vgl. E. II. 2.3.2 hiervor). Es stellt sich somit die Frage nach der Tragweite der Absprache mit dem Arbeitgeber. Die entsprechende Reglementsbestimmung ist gesetzes- und verfassungskonform auszulegen. Von besonderer Bedeutung sind dabei die Strukturprinzipien der weitergehenden beruflichen Vorsorge, namentlich die Grundsätze der Gleichbehandlung der Destinatäre, der Angemessenheit, der Kollektivität und der Planmässigkeit (vgl. Art. 1 Abs. 3 BVG und Art. 1-1g BVV 2, gültig seit 1. Januar 2006; diese Strukturprinzipien waren schon vor diesem Datum, seit dem Inkrafttreten des BVG, massgebend, vgl. BGE 132 V 149 E. 5.2.5 S. 154 f. mit Hinweisen). Die Prinzipien der Gleichbehandlung und der Planmässigkeit schliessen eine Interpretation der Reglementsbestimmung, welche den Rentenanspruch als solchen vom Belieben der Arbeitgeberin abhängig machen würde, von vornherein aus. Aber auch ein Ermessensentscheid der Arbeitgeberin über den Zeitpunkt, die Höhe oder die Ausgestaltung der einem Destinatär zustehenden Invaliditätsleistung ist im hier zur Diskussion stehenden Bereich der steuerbegünstigten, erweiterten beruflichen Vorsorge unzulässig, da er sich nicht mit den genannten Strukturprinzipien vereinbaren liesse. Die im Reglement erwähnte Absprache mit dem Arbeitgeber kann daher einzig ■ analog zum im gleichen Zusammenhang genannten medizinischen Gutachten ■ dem Ziel dienen, der Beklagten die notwendigen Informationen zu verschaffen, damit sie beurteilen kann, ob und seit wann eine dauernde Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Bei dieser «Absprache» handelt es sich somit um eine reglementarisch vorgesehene Abklärungsmassnahme im Hinblick auf den Leistungsentscheid, welchen die Beklagte nach Massgabe von Gesetz und Reglement zu treffen hat. Deren Gegenstand kann beispielsweise die Frage betreffen, wann sich eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit erstmals im Arbeitsverhältnis ausgewirkt hat. Eine sachliche Notwendigkeit, dass die so verstandene «Absprache» zwingend während der Dauer des Arbeitsverhältnisses stattfinden müsste, besteht nicht. Je nach den Umständen kann sie auch entbehrlich sein. So verhält es sich hier, nachdem die dauernde Arbeitsunfähigkeit durch ein Gutachten festgestellt und der Sachverhalt für den hier relevanten Zeitraum ab 1. November 1995 hinreichend geklärt ist.

2.4.3 Zusammenfassend ergibt sich, dass das in Art. 8.1 des Reglements verlangte medizinische Gutachten vorliegt. Dadurch ist der Gesundheitszustand hinreichend geklärt. Insbesondere steht fest, dass der Kläger jedenfalls ab 1. November 1995 dauernd (teilweise) arbeitsunfähig war, wie es Art. 8.1 des Reglements voraussetzt. Einer zusätzlichen Absprache mit dem Arbeitgeber bedurfte es vor diesem Hintergrund nicht. Für den Fall einer Teilinvalidität nimmt das Reglement in Art. 8.3 ausdrücklich auf den Invaliditätsgrad

Bezug (vgl. E. II. 2.2 hiervor). Zur Bemessung des Invaliditätsgrades enthält das Reglement keine eigene Regelung. Daher ist wie im Obligatoriumsbereich an die für die Invalidenversicherung geltenden Grundsätze anzuknüpfen. Der Kläger hat somit Anspruch auf (auch) überobligatorische Leistungen nach Massgabe des durch die IV-Stelle festgestellten Invaliditätsgrads von 57 %.

2.5 Die Beklagte lässt vorbringen, der geltend gemachte Anspruch sei zumindest teilweise verjährt.

2.5.1 Nach der bis Ende 2004 geltenden Rechtslage verjäherte das Stammrecht für den Rentenanspruch nach zehn Jahren (BGE 117 V 329 E. 4 S. 332 f.; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts B 91/02 vom 24. April 2003 E. 3.1). Gemäss Art. 41 Abs. 1 BVG in der seit 1. Januar 2005 geltenden Fassung verjähren die Leistungsansprüche dagegen nicht, sofern die Versicherten im Zeitpunkt des Versicherungsfalles die Vorsorgeeinrichtung nicht verlassen haben. Das Rentenstammrecht kann somit nicht mehr verjähren. Diese Regelung ist auch für die weitergehende Vorsorge verbindlich (Art. 49 Abs. 2 Ziff. 6 BVG). Übergangsrechtlich gilt, dass das Stammrecht nicht verjährt ist, wenn die versicherte Person zehn Jahre vor dem Inkrafttreten dieser Änderung, also am 1. Januar 1995, noch bei der betroffenen Vorsorgeeinrichtung versichert war (vgl. BGE 140 V 213). Der Kläger war noch bis 30. November 1995 bei der Beklagten versichert. Zudem begann der hier strittige Rentenanspruch am 1. November 1995, also weniger als zehn Jahre vor dem 1. Januar 2005. Das Stammrecht ist daher nicht verjährt.

2.5.2 Zu prüfen bleibt, ob einzelne Rentenbetroffnisse verjährt sind. Mit der erwähnten, am 1. Januar 2005 in Kraft getretenen Neufassung von Art. 41 Abs. 1 BVG führte der Gesetzgeber für die berufliche Vorsorge den Grundsatz der Unverjährbarkeit des Stammrechts auf eine Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenrente ein. Hingegen hielt er an der Verjährbarkeit der einzelnen Forderung fest, indem er den bisherigen Abs. 1 von Art. 41 BVG unverändert in Abs. 2 des revidierten Art. 41 BVG übernahm. Die 1. BVG-Revision hat somit nichts daran geändert, dass die einzelnen Forderungen der Verjährung unterliegen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_321/2007 vom 28. September 2007 E. 2 mit Hinweisen). Dies gilt auch für die weitergehende Vorsorge (Art. 49 Abs. 2 Ziff. 6 BVG).

Nach Art. 41 Abs. 2 BVG verjähren Forderungen auf periodische Beiträge und Leistungen nach fünf Jahren. Die Frist von fünf Jahren läuft ■ vorbehaltlich einer anderen Fälligkeitsregelung im Reglement ■ ab dem Ende des Monats, für den die Rente hätte bezahlt werden müssen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_701/2010 vom 31. März 2011 E. 4.3). Gemäss Art. 12 des Reglements der Beklagten (Fassung gültig ab 1. Januar 1995) erfolgt die Pensionszahlung jeweils am Monatsende. Die Verjährungsfrist wurde somit, entsprechend der vorstehend wiedergegebenen Regel, für jedes einzelne Rentenbetroffnis am jeweiligen Monatsende ausgelöst.

Mit dem Betreibungsbegehren vom 24. Oktober 2013 (KB 29) setzte der Kläger eine Forderung von CHF 15'000'000.00 nebst Zins zu 5 % seit 19. Dezember 2007 in Betreibung. Als Grund der Forderung wurde angegeben: «Leistungen aus dem BVG-Vorsorgeverhältnis; AHV-Nr. [ ]; Verjährungsunterbrechung». Diese Umschreibung weist, auch wenn der geltend gemachte Betrag masslos übertrieben ist, eine hinreichende Konkretisierung auf. Sie umfasst auch die Leistungen aus überobligatorischer Vorsorge für die ursprüngliche Invalidität ab 1. November 1995 und ist geeignet, die Verjährung zu unterbrechen. Da die Renten nach der reglementarischen Regelung jeweils zum

Monatsende zu zahlen war, waren die monatlichen Betreffnisse für die Zeit bis und mit September 2008 im Zeitpunkt der Verjährungsunterbrechung schon seit mehr als fünf Jahren fällig und somit verjährt. Nicht verjährt ist der Anspruch auf überobligatorische Leistungen für die Zeit ab 1. Oktober 2008.

2.6 Die Beklagte hat das Freizügigkeitsguthaben, soweit es nicht auf die ihm ab 1. November 1995 zugesprochene halbe BVG-Rente (Obligatorium) entfiel, am 25. August 1999 auf ein Freizügigkeitskonto zu Gunsten des Klägers überwiesen (vgl. E. I. 1.2 hiervor). Da sie nunmehr Invalidenleistungen erbringen muss (zusätzliche überobligatorische Rente für die damals festgestellte Invalidität von 57 %), ist ihr die Austrittsleistung soweit zurückzuerstatten, als dies zur Auszahlung der Hinterlassenen- oder Invalidenleistungen nötig ist (Art. 3 Abs. 2 Bundesgesetz über die Freizügigkeit in der beruflichen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge [FZG, SR 831.42]). Soweit die Rückerstattung unterbleibt, können die Invalidenleistungen gekürzt werden (Art. 3 Abs. 3 FZG).

2.7 Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Kläger für die Zeit ab 1. Oktober 2008 Anspruch auf überobligatorische Leistungen der beruflichen Vorsorge gemäss dem ab 1. Januar 1995 geltenden Reglement der Beklagten (KB 3) hat. Dieser Anspruch bemisst sich aufgrund eines Invaliditätsgrades (im Sinne von Art. 8.3 des Reglements) von 57 %. Die Beklagte ihrerseits hat Anspruch auf teilweise Rückerstattung der Teilfreizügigkeitsleistung, die sie zu Gunsten des Klägers an die Freizügigkeitsstiftung der F.\_\_\_\_ [...] überwiesen hat (vgl. E. I. 1.2 hiervor), soweit es zur Auszahlung der erwähnten, zusätzlichen Invalidenleistungen nötig ist. Unterbleibt die Rückerstattung, kann sie die zusätzlichen Invalidenleistungen kürzen. Die Klage ist, soweit sie die überobligatorischen Leistungen für die seit November 1995 bestehende Invalidität betrifft, in diesem Sinn teilweise gutzuheissen. Die Sache ist zur betragsmässigen Berechnung der Ansprüche an die Beklagte zurückzuweisen (BGE 129 V 450). Sie wird die Höhe der überobligatorischen Rente und entsprechender Zinsen, die Höhe der Rückerstattung der Freizügigkeitsleistung und entsprechender Zinsen und gegebenenfalls den Umfang der Kürzung, falls die Rückerstattung der Freizügigkeitsleistung unterbleibt, betragsmässig festzusetzen haben.

3. Der Kläger verlangt weiter, die ihm bisher gewährte (halbe) BVG-Invalidenrente sei analog zur Rente der Invalidenversicherung mit Wirkung ab 1. Oktober 2009 zu erhöhen (Klage, S. 2, Rechtsbegehren, Ziff. 1, und S. 14 ff., Ziff. 16 ff.). Die Beklagte bestreitet einen direkten Zusammenhang zwischen einer Verschlechterung des Gesundheitszustands des Klägers und dem ursprünglich festgestellten Gesundheitsproblem orthopädischer Natur.

3.1 Invalidenleistungen der obligatorischen beruflichen Vorsorge werden von derjenigen Vorsorgeeinrichtung geschuldet, bei welcher die ansprechende Person bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert war (Art. 23 aBVG; seit 1. Januar 2005: Art. 23 lit. a BVG). Dieser Grundsatz findet auch in der weitergehenden Vorsorge Anwendung, wenn Reglement oder Statuten nichts anderes vorsehen. Für die Bestimmung der Leistungszuständigkeit ist eine erhebliche und dauerhafte Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich massgebend. Diese muss mindestens 20 % betragen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_66/2015 vom 9. Juni 2015 E. 1.1 und 9C\_806/2013 vom 24. April 2014 E. 1.1, je mit Hinweisen).

Der Anspruch auf Invalidenleistungen setzt einen engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang zwischen der während andauerndem Vorsorgeverhältnis (einschliesslich Nachdeckungsfrist nach Art. 10 Abs. 3 BVG) bestandenen Arbeitsunfähigkeit und der allenfalls erst später eingetretenen Invalidität voraus. Der sachliche Konnex ist gegeben, wenn der Gesundheitsschaden, welcher zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat, im Wesentlichen derselbe ist, wie er der Erwerbsunfähigkeit zugrunde liegt (Urteile des Bundesgerichts 9C\_66/2015 vom 9. Juni 2015 E. 1.2 und 9C\_806/2013 vom 24. April 2014 E. 1.2, je mit Hinweisen). Die betreffende Vorsorgeeinrichtung ist auch für eine Erhöhung des Invaliditätsgrades leistungspflichtig, wenn und soweit die Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit durch denselben Gesundheitsschaden bedingt ist, welcher zur Invalidität geführt hatte (Urteil des Bundesgerichts 9C\_179/2008 vom 30. Oktober 2008 E. 2.1 mit Hinweisen).

Verschlechtert sich die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person nach Austritt aus der Vorsorgeeinrichtung auf Grund des Hinzutretens eines neuen, von der ursprünglichen Beeinträchtigung losgelösten und unabhängigen Leidens, hat die ursprüngliche, bereits eine Teilrente ausrichtende Vorsorgeträgerin für die rentenrelevante Erhöhung des Invaliditätsgrades nicht einzustehen. Im Gegensatz zur Verschlechterung aus gleicher medizinischer Ursache stellt die nachträgliche Exazerbation auf Grund einer neu hinzutretenden Gesundheitsbeeinträchtigung einen neuen Versicherungsfall dar, für welchen die neue Vorsorgeeinrichtung, bei der die teilinvalid Person für die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit vorsorgeversichert war, aufzukommen hat (Marc Hürzeler, in: Schneider/Geiser/Gächter, Handkommentar zum BVG und FZG, 2010, Art. 23 BVG S. 374 f. Rz. 48).

3.2 Die Beklagte gewährte dem Kläger mit Schreiben vom 7. April 1998 (KB 11) eine halbe (provisorische) BVG-Rente ab 1. November 1995, dies gestützt auf die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 24. Dezember 1997, worin dem Kläger nach Ermittlung eines Invaliditätsgrades von 57 % eine halbe IV-Rente ab 1. Oktober 1994 zugesprochen worden war. Zur Begründung wurde erklärt, gemäss den Abklärungen könne dem Kläger eine Tätigkeit, wie er sie zuletzt bei der C.\_\_\_\_ ausgeübt habe, noch im Rahmen von 50 % zugemutet werden. Eine körperlich adaptierte Tätigkeit könnte ihm sogar zu 70 % zugemutet werden. Bei der Festsetzung des Invalideneinkommens wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass der Kläger auch bei der Ausübung einer geeigneten Tätigkeit in seiner Arbeitsfähigkeit einschränkt sei, wobei ihm ein leidensbedingter Abzug von 25 % gewährt wurde (KB 9). Dabei stützte sich die Beklagte im Wesentlichen auf das polydisziplinäre (allgemeinmedizinische, orthopädische, neurologische und psychiatrische) Gutachten des E.\_\_\_\_ vom 13. Mai 1997, worin die Hauptdiagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eines lumbospondylogenen Syndroms bei deutlichen degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule, eines Impingement-Syndroms der rechten Schulter sowie einer anhaltenden somatoformen Scherzstörung gestellt wurden. Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, für den angestammten Tätigkeitsbereich als Betriebsarbeiter bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich belastende Tätigkeiten ergebe sich aus den orthopädischen Befunden. Der Explorand weise deutliche degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule, vor allem auf Höhe L5/S1, auf, wo sich allerdings lediglich eine Diskusprotrusion finde. Insgesamt sei die Belastbarkeit des Achsenorgans vermindert, sodass dem Exploranden weder repetitives Lastenheben noch körperliche Zwangshaltungen

zumutbar seien. Im Weiteren weise er ein Impingementsyndrom der rechten Schulter auf, welches ihm jegliche Überkopfarbeit deutlich erschwere. Für körperlich adaptierte Tätigkeiten (Arbeitseinsätze, bei welchen repetitives Lastenheben, körperliche Zwangshaltungen und Überkopfarbeiten vermieden werden können) wurde eine Arbeitsfähigkeit von 70 % attestiert. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich angepasste Tätigkeiten ergebe sich aus der Schmerzfehlverarbeitungsstörung. In einer wechselbelastenden körperlich adaptierten Tätigkeit wäre dem Exploranden ein Einsatz von sechs bis sieben Stunden täglich zuzumuten (KB 10).

Am 19. Dezember 2007 erlitt der Kläger als Beifahrer bei einer Auffahrkollision eine Schädelprellung. Als Folge dieses Ereignisses traten bei ihm vermehrt Kopf- und Nackenschmerzen sowie ein störendes Rauschen im Kopf auf. Im Weiteren leide er seit dem Unfall unter Schlafstörungen. Am 21. Oktober 2009 machte der Kläger bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn geltend, sein Gesundheitszustand habe sich seit dem Unfallereignis vom 19. Dezember 2007 erheblich verschlechtert (IV-Nr. 42.1).

Vom 23. bis 26. Mai 2011 musste sich der Kläger wegen einer Durchblutungsstörung im Gehirn im K.\_\_\_\_, behandeln lassen (IV-Nr. 69 S. 3 f.).

Nach erfolgten medizinischen Untersuchungen beim RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2012 erhöhte die IV-Stelle mit Verfügungen vom 28. Mai und 12. Juni 2013 die bisher ausgerichtete halbe Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von neu 71 % auf eine ganze Rente mit Wirkung ab 1. Oktober 2009. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angegeben, die Gesundheit des Klägers habe sich seit Dezember 2007 verschlechtert. Der Kläger könne noch einer angepassten leichten Tätigkeit im Ausmass von 40 % nachgehen. Der Grund dafür seien die reduzierte Leistung mit Pausenbedarf sowie die erforderliche Wechselhaltung. Der Arbeitsplatz sollte die Möglichkeit zum Sitzen, Stehen und Gehen bieten (IV-Nr. 93 und 94; KB 22).

3.3 Im Folgenden ist anhand der vorliegenden medizinischen Unterlagen zu prüfen, ob die Verschlechterung des Gesundheitszustands des Klägers auf die gleiche medizinische Ursache wie die Rentenzusprechung ab 1. November 1995 zurückzuführen ist.

3.3.1 Gemäss dem ärztlichen Bericht des Hausarztes Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, vom 24. Oktober 2008 erlitt der Kläger am 19. Dezember 2007 als Beifahrer bei einer Auffahrkollision eine Schädelprellung mit leichter Gehirnerschütterung sowie ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule. Der Hausarzt gab an, als Folge dieses Ereignisses seien vermehrt Kopf- und Nackenschmerzen sowie ein störendes Rauschen im Kopf aufgetreten. Ebenso leide der Kläger seit dem Unfall vermehrt an Schlafstörungen. Gemäss subjektiver Einschätzung des Patienten hätten sich diese Beschwerden kaum gebessert. Naturgemäss liessen sich solche Beschwerden nur schwer objektivieren. Erschwerend komme hinzu, dass der Patient vorbestehend an chronischen Schmerzen im Bereich der ganzen Wirbelsäule leide, sodass es schwierig sei festzulegen, welchen Anteil der Unfall an der Schmerzsymptomatik habe. Es sei immerhin festzuhalten, dass die Kopfschmerzen, das Rauschen im Kopf sowie die Schlafstörungen wohl als Folge des Unfalles anzusehen seien (IV-Nr. 42.3).

3.3.2 Vom 10. bis 14. November 2008 war der Kläger im K.\_\_\_\_, , hospitalisiert. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: «1. Chronisches Lumbovertebralsyndrom, seit 15 Jahren persistierend lumbale Schmerzen, St.n. Auffahrunfall ohne knöcherne Verletzungen 2007, MR 2003: Diskopathie L4/L5 mit zirkulärer Protrusion, Diskopathie L5/S1 mit kleiner,

median bis paramedian links gelegener Diskushernie, aktuell: Exazerbation 9.11.08, keine neurologischen Ausfälle, Labor blande, Röntgen LWS pa/seitl. 10.11.08: degenerative Veränderungen, MR 13.11.08: Diskushernien L4/5 u. L5/S1, diese berühren die Nervenwurzeln, aber keine Kompression; 2. Arterielle Hypertonie, behandelt mit Zweierkombination; 3. Fingergelenks-Polyarthrose, unter NSAR». Im Weiteren wurden verschiedene Nebendiagnosen (M. Dupuytren der Strahlen III und V rechts mit fixierter Flexion Dig. V rechts, chronisch-rezidivierende Kopfschmerzen seit Autounfall, St.n. Vitamin-D-Mangel 02/07 [am ehesten Folge mangelnder Sonnenexposition], aktuell Calcium normwertig, Steatosis hepatis [Sono Abdomen 05/08]) angegeben. Zur Beurteilung wurde ausgeführt, der Patient habe sich wegen einer akuten Verschlimmerung seines seit 15 Jahren bekannten chronischen Lumbalschmerzsyndroms vorgestellt. Aktuell strahlten die Schmerzen nach gluteal beidseits aus, links mehr als rechts. Neurologische Ausfälle im Sinne einer Kraftminderung, Hyposensibilitäten oder Probleme beim Stuhlgang und der Miktion seien dem Patienten nicht aufgefallen. Im klinischen Status sei ein verminderter Allgemeinzustand aufgefallen, insbesondere ein Klopfschmerz an der gesamten Lendenwirbelsäule mit Schmerzausstrahlung in die Glutealmuskulatur, links mehr als rechts. Ein Knie- und Hackenstand seien bei der Aufnahmeuntersuchung (am ehesten schmerzbedingt) nicht möglich gewesen. Die Kraft im Liegen sei jedoch an beiden unteren Extremitäten normal und symmetrisch gewesen. Man habe nun eine Schmerztherapie mit einer Kombination aus Dafalgan, Inflammac und Morphin begonnen. Da das letzte MR im Jahr 2003 stattgefunden habe, sei am 13. November 2008 ein neues MR der Lendenwirbelsäule durchgeführt worden, bei welchem sich Diskushernien L4/L5 und L5/S1 gezeigt hätten, welche die Nervenwurzeln berührt, aber nicht komprimiert hätten. Bei deutlicher Schmerzverbesserung unter der genannten Medikation sei der Patient nach Hause entlassen worden (IV-Nr. 43 S. 8 f.).

3.3.3 Im Bericht des K.\_\_\_\_, (Dr. med. O.\_\_\_\_, [...]), vom 2. Dezember 2008 wurde folgende Diagnose gestellt: «Bi-segmentale Degeneration L4-S1 mit Chondrose, Osteochondrose sowie Spondylarthrose». Zur Anamnese wurde festgehalten, der Patient berichte schon seit vielen Jahren über Rückenschmerzen. Offenbar seien auch schon Abklärungen im P.\_\_\_\_ sowie im K.\_\_\_\_ durchgeführt worden. In einem Bericht aus dem Jahr 2003 sei von einer Diskushernie L4/5 die Rede. In der Zwischenzeit sei es Anfang November 2008 auf der medizinischen Abteilung zu einer Hospitalisation bei Schmerzexazerbation links gekommen. Diese Exazerbation sei in der Zwischenzeit regredient und der Patient sei wieder auf dem Schmerzniveau wie üblich. Im Rahmen der Befunderhebung wurde angegeben, bei der kursorischen Untersuchung falle auf, dass die lumbale Lordose in der Grundhaltung des Patienten aufgehoben sei. Es bestünden wenig Klopf- oder Druckschmerz sowie ein vorsichtiges Bewegungsmuster. Die Inklination mit einem Finger-Boden-Abstand von etwa 40 cm sei leicht schmerzhaft, ebenso bestünden nur leichte Schmerzen bei der Aufrichtung. Es seien keine radikulären Zeichen ersichtlich, der Lasègue sei negativ. Die periphere Sensomotorik sei beidseits seitengleich intakt. Unter dem Titel «Beurteilung und Procedere» wurde angegeben, mit dem Patienten sei über die Situation gesprochen worden, wobei die weitere konservative Therapie vereinbart worden sei. Zum aktuellen Zeitpunkt bestehe keine Indikation zu weiteren interventionellen diagnostischen Therapien. Sollte eine erneute Schmerzexazerbation auftreten, könnte eventuell eine Infiltration im Bereich der Facettengelenke hilfreich sein (IV-Nr. 43 S. 6 f.).

3.3.4 Dr. med. G.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht zu Handen der IV vom 27. November 2009 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «HWS-Schleudertrauma, persistierend Nacken- und Kopfschmerzen, Tinnitus, Schlafstörung, chronisch rezidivierende Polyarthralgien der kleinen Fingergelenke, chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, Periarthropathia humeroscapularis». Die ebenfalls diagnostizierte arterielle Hypertonie habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der Hausarzt gab eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiter seit Februar 2006 an. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich. Seit dem Unfall klage der Patient zusätzlich zu den vorbestehenden Schmerzen im Rücken und im übrigen Bewegungsapparat über Nacken- und Kopfschmerzen, daneben über ein Rauschen im Kopf im Sinne eines Tinnitus, Konzentrationsstörungen und über vermehrte Reizbarkeit sowie Schlafstörungen. Er habe den Patienten seit längerem nicht mehr gründlich untersucht. Im Prinzip finde man eine diffuse Schmerzhaftigkeit der ganzen Wirbelsäule. Insbesondere sei die Kopfbeweglichkeit in allen Dimensionen leicht eingeschränkt. Die therapeutischen Möglichkeiten seien sehr begrenzt; der Patient nehme regelmässig verschiedene Medikamente ein. Er sei zusätzlich durch die chronische Erkrankung seiner Ehefrau (Diabetes mellitus mit Spätkomplikationen) psychisch stark belastet (IV-Nr. 43 S. 2 ff.).

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde noch vermerkt, der Patient gebe an, dass er bereits nach kürzester Zeit allfällige Arbeiten wegen der starken Schmerzen abbrechen müsse. Wegen der Erkrankung seiner Ehefrau müsse er auch die meisten Hausarbeiten verrichten. Auch dabei sei er sehr eingeschränkt und könne insbesondere schwerere Arbeiten (Lasten heben, Arbeit in gebückter Haltung) nur noch sehr kurzzeitig ausführen. Es sei sicherlich auch eine Dekonditionierung eingetreten sowie eine Chronifizierung des Schmerzsyndroms (IV-Nr. 43 S. 5).

3.3.5 Der Hausarzt ersuchte am 25. Februar 2011 Dr. med. Q.\_\_\_\_, Neurologie FMH, den Kläger im Auftrag der Suva zu einer konsiliarischen Untersuchung aufzubieten. Er führte aus, der Patient habe am 19. Dezember 2007 als Beifahrer einen Auto-Auffahrunfall erlitten. Sein Auto sei in ein voranstehendes Auto geprallt. Der Patient sei nicht auf den Aufprall vorbereitet gewesen und habe in gebückter Haltung (er habe etwas im Fach des Armaturenbrettes gesucht) sitzend den Kopf am Armaturenbrett angeschlagen. Er sei nicht bewusstlos gewesen und habe keine Spitalbehandlung benötigt. Er habe ihn gleichentags in seiner Sprechstunde gesehen. Er habe keine äusseren Verletzungen feststellen können und habe das Ganze als leichtgradiges Schleudertrauma mit direktem Kopfanprall beurteilt. Der Kläger habe bereits vorbestehend seit Längerem über Schulter- und Nackenschmerzen geklagt. Nach dem Unfall seien zusätzlich Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, eine vermehrte Reizbarkeit sowie ein Rauschen im Kopf aufgetreten. Nach den Angaben des Patienten hätten sich diese Beschwerden seither kaum gebessert. Wegen der Exazerbation der Kopfschmerzen sei am 16. Dezember 2010 ein MRT des Schädels angefertigt worden. Es habe sich eine fortgeschrittene degenerative und/oder mikrovaskuläre Leucencephalopathie bei höhergradig diffuser Hirnatrophie bifrontotemporal betont gezeigt (IV-Nr. 54.2 S. 2 f.).

3.3.6 Dr. med. R.\_\_\_\_, FMH Radiologie/Neuroradiologie, gelangte nach einem MRT der Halswirbelsäule vom 28. Februar 2011 zum Schluss, bildmorphologisch gebe es keine unmittelbaren Hinweise für eine traumatische Schädigung. Er stellte folgende Befunde fest:

1. Leichtgradige linkskonvexe skoliotische Fehlhaltung des zervikothorakalen Übergangs

sowie betonte HWS-Lordose. Konsekutive rechts betonte Facettengelenksarthrose, insbesondere im Bereich der unteren Segmente; 2. Foraminäre Enge der rechtsseitigen Wurzel C4 sowie geringer ausgeprägt der rechten Wurzel C5 auf dem Boden degenerativer Veränderungen; 3. Insgesamt relativ gut erhaltene Bandscheibenfächer (IV-Nr. 54.2 S. 1).

3.3.7 Dr. med. Q.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 11. März 2011 die Diagnose «chronisches craniocervicales Schmerzsyndrom» und hielt im Rahmen der Anamnese im Wesentlichen fest, der Patient sei am 19. Dezember 2007 in einen Verkehrsunfall verwickelt gewesen. Er sei auf dem Beifahrersitz eines Autos gesessen, welches auf ein anderes Fahrzeug hinten aufgefahren sei. Er sei mit dem Kopf an das Armaturenbrett geprallt, sei dabei aber nicht bewusstlos geworden. Bei der ärztlichen Untersuchung gleichentags seien keine Verletzungen festgestellt worden. Es seien ein leichtes Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule und eine Prellung des Kopfes diagnostiziert worden. Seit diesem Ereignis klage der Patient über chronische Schmerzen mit dauerndem Druck und Rauschen im Kopf. Diese seien tags und nachts dauernd vorhanden, vorwiegend auf der rechten Seite lokalisiert. Sie würden im Nacken beginnen, strahlten bis ins rechte Auge aus und hätten gelegentlich elektrisierenden Charakter. Wegen des Kopfwehs nehme er täglich 3 Schmerztabletten. Zusätzlich berichte er über mehrmals wöchentlich anfallsartig einsetzendes, bis 2 Minuten dauerndes Augenflimmern beidseits, Schwindelsensationen sowie Konzentrations- und Schlafstörungen. Die Beschwerden hätten im Verlauf der letzten 3 Jahre sukzessive zugenommen und seien unter der medikamentösen Behandlung weitgehend therapieresistent. Der Patient werde zusätzlich medikamentös wegen einer arteriellen Hypertonie, einer Reizblasensymptomatik und Refluxbeschwerden behandelt. Das MRI des Neurocraniums (16. Dezember 2010) zeige eine fortgeschrittene degenerative mikrovaskuläre Leucencephalopathie mit diffuser Hirnatrophie bifronto-temporal betont. Vorbestehend seien beim Patienten chronisch rezidivierende Polyarthralgien bekannt. Im Vordergrund stünden ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und eine Periarthropathia humeroscapularis mit Frozen shoulder rechts.

Im Rahmen der Beurteilung wurde im Wesentlichen festgehalten, der Patient klage über chronisches, vom Nacken aufsteigendes, vorwiegend rechtsseitiges Kopfweh seit einer leichten Kopfverletzung am 19. Dezember 2007. Begleitend berichte er über visuelle Skotome (Ausfall oder Abschwächung [Dämpfung] eines Teils des Gesichtsfeldes), Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit. Bei der Statusaufnahme finde man massive Blockierungen der Halswirbel- und der Lendenwirbelsäule. Ausserhalb der klinischen Untersuchung bewege der Patient den Kopf weitgehend frei. Bei unauffälligen organoneurologischen Befunden und einer normalen Hirnstromkurve bestünden keine Hinweise für eine cerebrale strukturelle Läsion. Der Kausalzusammenhang zwischen dem Bagatellunfall und den invalidisierenden Beschwerden sei fraglich. Die Chronifizierung von Kopfschmerzen stehe möglicherweise im Zusammenhang mit einem Analgetika-Abusus. Die im Kernspintomogramm des Neurocraniums vom 16. Dezember 2010 nachgewiesene fortgeschrittene Leucencephalopathie (Erkrankung des Zentralen Nervensystems) und diffuse Hirnatrophie (Verlust von Hirnsubstanz) bifronto-temporal sei unfallfremd. Der Befund erkläre auch das chronische Kopfweh nicht, es handle sich wahrscheinlich um mikrovaskuläre Marklagerveränderungen, wie sie bei einer arteriellen Hypertonie gehäuft zu beobachten seien. Diese hätten bisher nicht zu klinischen fokalen neurologischen Ausfällen geführt, es sei denn, man beurteile die Klagen über Vergesslichkeit und Konzentrationsschwierigkeiten nicht als Begleitsymptome des

chronischen Kopfwehs, sondern als Erstsymptome einer beginnenden demenziellen Entwicklung. Auf eine verhaltensneurologische Untersuchung sei aus sprachlich kommunikativen Gründen verzichtet worden, kursorisch bestünden im Gespräch keine Aspekte eines relevanten Hirnleistungsdefizits. Eine akut progrediente degenerative Leucencephalopathie komme sowohl aufgrund der anamnestischen Angaben als auch der klinisch objektiven Befunde nicht in Betracht. Dem Patienten sei empfohlen worden, den Schmerzmittelkonsum (Zaldiar) dringlich abzubauen. In medikamentöser Hinsicht sei eine Erhöhung des Antidepressivums Trimipramin bis auf 150 mg diskutabel. Eine derartige Langzeitprophylaxe sei aber unwirksam bei einer fortgesetzten Akutbehandlung mit Analgetika. Die Leucencephalopathie rechtfertige allenfalls eine Risikoprophylaxe mit Salizylat (IV-Nr. 57 S. 2 ff.).

3.3.8 Vom 23. bis 26. Mai 2011 wurde der Kläger wegen eines cerebrovaskulären Insults (Schlaganfall) im K.\_\_\_\_, , behandelt. Die Diagnosen lauteten: «1. Cerebrovaskuläres Ereignis mit/bei TIA des hinteren Stromgebietes, Hypästhesie linke Gesichtshälfte und linker Arm, Regredienz der Beschwerden innerhalb von 12 Stunden, 24.05.11 Schädel-MRI: Soweit beurteilbar alte lakunäre Infarkte im Marklager temporal links. Keine Hinweise auf eine Blutung, 24.05.11 Schädel-CT mit KM: Keine intrakranielle Blutung. Keine Demarkation eines frischen territorialen Infarktes. Keine signifikanten Gefässtosen. Keine Basilaristhrombose, 25.05.11 TEE: keine Thrombemboliequellen, 25.05.11 Carotis-Duplex: identisch der CT-Untersuchung, keine chirurgische Therapie nötig; 2. Arterielle Hypertonie; 3. Chronisches Lumbovertebrales Schmerzsyndrom, MRI 11/2008: Diskushernien L4/5 und L5/S1, Wurzelkontakt ohne Wurzelkompression, IV-Rente zu 50 %»; 4. Fingergelenkspolyarthrose» (IV-Nr. 69 S. 3 f.).

3.3.9 Dem audio-neurootologischen Bericht von Dr. med. S.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, vom 11. Juli 2011 kann im Wesentlichen entnommen werden, der Kläger sei als angeschnallter Beifahrer in eine Frontalkollision verwickelt gewesen, nachdem ein anderer Wagen mit einer geschätzten Geschwindigkeit von 50 bis 60 km/h frontal in sein stehendes Auto aufgefahren sei [was sich indes nicht mit dem Polizeirapport deckt, wonach das Fahrzeug, in dem der Kläger sass, gegen das Heck eines stehenden Autos prallte]. Im Moment des Aufpralls habe sich der Patient mit dem Oberkörper nach vorne gebeugt, da er etwas aus dem Armaturenfach habe holen wollen, und sei mit dem Kopf - auf die Kollision nicht vorbereitet ■ rechts frontal gegen den Rahmen der Windschutzscheibe geschlagen. Dabei habe er sich eine Schädelprellung zugezogen. Im Rahmen des lauten Crash-Knalls hätten sich eine akustische Schreckreaktion, eine kurze zeitlich-räumliche Desorientierung und unmittelbar danach ein Unwohlsein und Rauschen im Kopf eingestellt. Nach ca. einer halben Stunde seien starke Schwindelgefühle und eine posturale Unsicherheit sowie nach ca. 12 Stunden schnell zunehmende Nacken- und Kopfschmerzen beidseits und rechtsbetont mit Ausstrahlung bis zur Regio frontalis und den Augen eingetreten. Am nächsten Tag hätten eine zunehmende Einschränkung und Dolenz bei den Kopfbewegungen mit stark verspannter Nackenmuskulatur bestanden. Chronologisch gesehen seien die Nacken- und Kopfschmerzen im Verlauf von 4 ½ Jahren von Dauercharakter und gleicher Intensität mit intermittierend stärkeren Schmerzepisoden weiterhin von eingeschränkter und dolenter Kopfbeweglichkeit begleitet gewesen. Der Patient sei nach wie vor auf eine medikamentöse analgetische Therapie angewiesen. Die im Verlauf von 4 ½ Jahren durchgeführten physiotherapeutischen Massnahmen hätten nach Aussage des Patienten die Nacken- und

Kopfschmerzen kaum positiv beeinflussen können. Die vorbestehenden «low back pain» hätten sich nach dem Unfall verstärkt und führten zunehmend zu Schwierigkeiten beim Laufen.

Der Patient habe vor dem Unfall vom 19. Dezember 2007 nicht an Schwindel und Gleichgewichtsstörungen gelitten. Seit dem Unfall bestünden persistierende Schwindelbeschwerden vom fluktuierenden Charakter mit kurzen schwindelfreien Intervallen. Der Schwindel sei nicht vom Drehschwindel-Typ, sondern werde vorwiegend als Schwankschwindel beschrieben. Beim Laufen bestehe eine posturale Unsicherheit mit Hin- und Hergefühl, manchmal vom Brechreiz und visueller Symptomatik mit Verschwommensehen und «Mouches volantes» begleitet. Der Schwindel werde ausgelöst und verstärkt bei schnelleren Kopfbewegungen, vor allem bei der Kopfreklination, stärkeren Kopfschmerzepisoden sowie bei visuellen Reizen aus der Umgebung. Beim Aufenthalt in der Menschenmenge sei die posturale Unsicherheit mit räumlicher Desorientierung und visuellem Unbehagen verstärkt. Seit dem Unfall bestünden eine subjektive Gehörminderung links und persistierendes Rauschen in beiden Ohren und im Kopf, wechselnde Lautstärke und sehr störend, sowie von Hyperakusis (krankhafte Überempfindlichkeit gegenüber Schall) begleitet. Auch bestehe eine störende Photophobie. Posttraumatisch seien eine bis aktuell persistierende und zunehmend kognitiv-mnestische Symptomatik mit Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit, Wortfindungsstörungen und Störung der geteilten Aufmerksamkeit aufgetreten.

Die Diagnosen lauteten wie folgt: «St.n. cervico-cephalem Akzelerations-/Dezelerationstrauma vom «head contact»-Typ (Contusio capitis fronto-lateralis rechts) im Rahmen der Frontalkollision vom 19.12.2007; Posttraumatisches cervico-encephales Syndrom mit Tinnitus aurium utq cochleo-motorischen und cervicogenen Ursprungs, peripher-zentraler vestibulärer Funktionsstörung links, visuo-visuo-oculomotorischer Funktionsstörung, visuo-vestibulärer Integrationsstörung, cervico-visuellem «Mismatch» bei multisegmentaler Funktionsstörung der cervicalen Bewegungssegmente pp der cervicalen Facettengelenke rechtsbetont mit rechtsbetonten Cervico-Cephalgien und neuro-psychologischen Defiziten; Vorbestehendes lumbo-vertebralbetontes Schmerzsyndrom; Status nach TIA bei arterieller Hypertonie am 23.05.2011».

Unter dem Titel «Beurteilung und Procedere» wurde im Wesentlichen angegeben, die bisherige Beurteilung des Patienten, auf seine komplexe posttraumatische Symptomatik bezogen, weise zu seinem Nachteil einige Schwachpunkte und Unzuverlässigkeiten auf. Nach den zur Verfügung gestellten Unterlagen sei die bisherige medizinische Abklärung des Patienten aus polydisziplinärer Sicht rudimentär, diagnostisch abortiv, nicht aussagekräftig und nicht symptombezogen sowie strategisch gesehen typisch unfallversicherungsmässig konzipiert und geleitet. Die Suva vermeide die schon längst notwendig gewordene audio-neuro-otometrische und aequilibrimetrische Diagnostik einzusetzen. Der zweite Schwachpunkt beziehe sich auf die Würdigung des Unfallmechanismus. Die Relevanz des Unfallmechanismus bezüglich der biomechanischen und kinematischen Belastung des Oberkörpers und der cervico-cranialen Region und der daraus gehenden häufigsten Mikroverletzungen und Funktionsstörungen innerhalb von zwei biokybernetischen, datenverarbeitenden Funktionssystemen (cervicale Bewegungssegmente und posturales Kontrollsystem) seien nicht genügend berücksichtigt worden. Als dritter Schwachpunkt vermisste man anhand der medizinischen Unterlagen eine klare Trennung

zwischen der prä- und posttraumatischen Symptomatik.

Audiometrisch könne man in Übereinstimmung mit dem subjektiven Empfinden des Patienten eine Gehörminderung (Verlust) links von 22.3 % objektiv feststellen, welche vor dem Unfall nicht beklagt worden sei. Dieser Hörverlust sei anhand des audiometrischen Musters vom sensori-neuralen Typ (cochleär und retro-cochleär). Der Tinnitus, der ebenfalls unmittelbar nach dem Unfall ausgelöst worden sei, sei einerseits cochleo-motorischen (fehlende otoakustische Emissionen im Hochtonbereich) und andererseits cervicogenen Ursprungs (Fehlinformation aus dem cervicalen Rezeptoren-Pool über die direkten Verbindungen mit dem Innenohr und Nucleus cochlearis ventralis im Hirnstamm).

Zur Neuro-Otometrie und Aequilibrimetrie sei festzuhalten, dass der Schwindel und die Gleichgewichtsstörung mit sehr kurzen Delay-Intervallen nach dem Unfall ausgelöst worden seien (vor dem Unfall sei der Patient schwindelfrei gewesen) und noch immer persistierten. Diese Schwindelbeschwerden liessen sich neuro-otometrisch und aequilibrimetrisch objektivieren. Anhand des neuro-otometrischen Befundmusters handle es sich um eine multimodale, multi-senso-motorische Funktionsstörung innerhalb des posturalen Kontrollsystems, aller seiner drei Subsysteme, dem vestibulären, visuo-oculomotorischen und dem cervico-proprio-ceptiven. Befallen seien alle vier wichtigen regulativen Reflexbögen des posturalen Kontrollsystems. Dazu wiesen alle drei Subsysteme der visuo-oculären Kontrolle ebenfalls von der Norm abweichende Befunde auf. Elektronystagmographisch könne man noch eine visuo-vestibuläre Integrationsstörung objektiv feststellen, welche am Niveau des vestibulären Kernkomplexes im Hirnstamm lokalisierbar sei. Posturographisch sei der Gesamtaequilibriumscore mittelgradig reduziert und die sensorische Analyse weise auf eine gering- bis mittelgradig reduzierte visuelle und hochgradig reduzierte vestibuläre Afferenz hin (auch eine zentrale Schwindelkomponente). Die verlängerte Latenz im motorischen Koordinationstest und die mittel- bis hochgradig reduzierte neuro-muskuläre Leistung der unteren Extremitäten sei auch auf eine Funktionsstörung entlang des vestibulo-spinalen Reflexes zurückzuführen (klinisch posturale Unsicherheit und Sturzgefahr). Cervico-oculometrisch lasse sich anhand aller drei Testverfahren übereinstimmend eine Funktionsstörung entlang des cervico-oculären und cervico-collischen Reflexes mit erhöhtem Gain feststellen, was evidenzbasiert für einen Reizzustand des cervico-proprio-nociceptiven Pools im Bereich der oberen cervicalen Bewegungssegmente und cervico-cranialen Überganges spreche.

Die bildgebenden Techniken, wie auch die Computertomographie und Kernspintomographie, seien nach zahlreichen Studien und Publikationen für die Erfassung der multisegmentalen Mikroläsionen und Funktionsstörungen im cervico-cranialen Bereich nicht aussagekräftig und fielen bei über 90 % dieser Patienten mit positiven klinischen Befunden und Symptomatik negativ aus. Anhand der sophistizierten neuro-otometrischen Testbatterie habe man beim Patienten ein neuro-otometrisches Befundmuster erheben können, welches einerseits eine trimodale Funktionsstörung innerhalb des posturalen Kontrollsystems und der oberen cervicalen Bewegungssegmente sowie andererseits die sekundäre zentrale Hypersensitisation objektiv bestätige. Ausserdem stünden diese Befunde in guter Korrelation mit der posttraumatisch ausgelösten Symptomatik des Patienten. Da der Patient vor dem Unfall vom 19. Dezember 2007 an dieser komplexen Symptomatik nicht gelitten habe und da man die anderen Ursachen mit grosser Wahrscheinlichkeit ausschliessen könne, stünden diese posttraumatischen, neuro-otometrisch objektivierbaren

Beschwerden des Patienten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit im direkten natürlichen kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 19. Dezember 2007 (IV-Nr. 71 S. 3 ff.).

3.3.10 Im Bericht des T.\_\_\_\_, vom 18. August 2011 werden folgende Diagnosen gestellt: «Zervikocephales Akzelerations-/Dezelerationstrauma (S13.4), zervikocephales Syndrom (53.0), zervikobrachiales Syndrom (M53.1), Schwindel (R42), Rückenschmerzen (M54.5)». Zur Beurteilung wurde ausgeführt, die klinischen Symptome deuteten auf das Vorliegen von Verletzungen der zervikalen Facettengelenke hin. Pathognomisch seien das eingeschränkte Seh- und Hörvermögen in lärmiger Umgebung. Zur diagnostischen Aufarbeitung komme «Blocken nach ISIS-Richtlinien» in Frage. Mit diesem Verfahren liessen sich solche Verletzungen mit einer Sicherheit von mehr als 90 % beweisen. Falls dieser Nachweis gelinge, sei eine Langzeitbehandlung durch funktionelle perkutane Rhizotomie angezeigt. Der Patient sei mit dem Vorgehen einverstanden und erhalte entsprechende Termine (IV-Nr. 71 S. 19 f.).

3.3.11 Der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, gelangte aufgrund seiner Untersuchung vom 19. Oktober 2012 zum Ergebnis, zusammenfassend bestehe beim Exploranden sicherlich eine ausgeprägte Dekonditionierung. Der medizinische Sachverhalt sei komplex und durchzogen von kaum bis nicht objektivierbaren Befunden. Im Vordergrund der aktuellen Beschwerden stünden Kopfschmerzen, Schmerzen in den Händen/Fingern, sodass ihm z.B. Teller beim Abtrocknen aus den Händen fielen, Schwindel, Schlafstörungen (frühes Erwachen), «Nervosität», «Lärm in den Ohren», tagelange Rückenschmerzen nach Heben von mehr als leichten Lasten sowie Vergesslichkeit. Subjektiv bestehe eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit. Auf genaue Nachfrage präzisiere der Explorand aber, dass eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit halbtags vorstellbar wäre; eine reale Perspektive, einen Job zu erhalten, bestehe aber nicht.

Im Gespräch falle eine gewisse Verbittertheit auf, wobei situativ durchaus auch ein Lachen möglich sei. Psychopathologisch falle eine gewisse Bedrücktheit auf, die Konzentration und Aufmerksamkeit habe der Versicherte während der gesamten Dauer der Anamnese aufrechterhalten können. Für eine Störung des semantischen oder episodischen Frisch- oder Altgedächtnisses gebe es keine klinischen Hinweise. Relevant seien die folgenden Diagnosen: «Bekanntes Panvertebralsyndrom mit Somatisierungstendenz, Kraniozervikales Schmerzsyndrom, verstärkt nach Auffahrunfall 19.12.2007, Intermittierender Schwindel, dito, Fingerpolyarthrose sowie eine Dupuytren-Kontraktur Dig III und V rechts».

Die Beurteilung des RAD-Arzttes lautete dahingehend, die Beschwerden seien teilweise durch objektive Befunde zu erklären. Die Exploration zeige, dass zwar eine Selbstlimitierung (welche auch die Dekonditionierung erkläre) bestehe, man könne aber nicht alle Symptome im Sinne einer Symptomausweitung interpretieren. Es sei davon auszugehen, dass in Bezug auf das Pensum an einem angepassten Arbeitsplatz (tendenziell leichte Arbeit, Möglichkeit zum Sitzen, Stehen und Gehen) noch eine halbtägige Präsenz zumutbar sei; aufgrund der reduzierten Leistung mit Pausenbedarf und Wechselhaltung bestehe effektiv noch eine gesamthafte Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 40 %. Seit der Rentenzusprache sei somit per Dezember 2007 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten (KB 23).

3.3.12 Der Suva-Kreisarzt Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, hielt in seinem Bericht vom 3. Juni 2013

fest, der Versicherte habe am 19. Dezember 2007 als Beifahrer ein HWS-Schleudertrauma erlitten. Erstmals werde es im August 2008 erwähnt. Man könne aber nicht differenzieren, ob die Kopfschmerzen Folge des Unfalls seien oder auf frühere Beschwerden zurückgingen. Der Versicherte leide ja schon viele Jahre an multiplen Schmerzsyndromen, insbesondere im Bereich der ganzen Wirbelsäule. Das MRT vom 28. Februar 2011 zeige keine posttraumatischen strukturellen Läsionen, sondern nur degenerative Veränderungen. Auch die neurologische Untersuchung bei Dr. med. Q.\_\_\_\_ sei völlig unauffällig gewesen. Nach der allgemeinen Lebenserfahrung heilten solche HWS-Distorsionen bei Vorzuständen nach neun, allerspätestens zwölf Monaten ab. Danach spiele der Unfall im Krankheitsbild überwiegend wahrscheinlich keine Rolle mehr (Suva-Nr. 77).

3.3.13 Die Suva-Kreisärztin Dr. med. V.\_\_\_\_, Fachärztin Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, stellte nach der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 10. September 2013 fest, der Versicherte gebe an, dass er den Kopf an der Seitenverstrebung im Auto angeschlagen habe, als sein Fahrer habe brüsk bremsen müssen. Der Versicherte sei Beifahrer in einem Mitsubishi gewesen, der auf einen stehenden Opel Corsa aufgefahren sei, welcher vor einem Fussgängerstreifen angehalten habe. Gemäss den Unterlagen sei der Versicherte angegurtet gewesen. Er berichte, dass er unmittelbar nach dem Unfall keine Beschwerden verspürt habe. Zwei bis drei Stunden später sei ein Ohrensausen aufgetreten, weshalb er noch am gleichen Tag seinen Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_ wegen rauschenden Beschwerden im Kopf aufgesucht habe. Aktuell beklage der Versicherte, vor allem an Gleichgewichtsstörungen zu leiden. Er sei bereits auch schon ohnmächtig gewesen. Im Weiteren habe er einen Schwankschwindel, weshalb neurologische und HNO-Abklärungen erfolgt seien. Gemäss seinen Angaben ertrage er seit dem Unfall Menschenmengen wegen des grossen Lärmpegels nur noch schlecht. Therapeutisch seien verschiedene Physiotherapien durchgeführt worden ohne anhaltende Regredienz der Beschwerden.

Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, es bestünden Zervikalgien bei Status nach PW-Auffahrkollision am 19. Dezember 2007. Nach der Aktenlage seien innerhalb der ersten 48 bis 72 Stunden keine sensomotorischen Ausfälle festgehalten worden. In den Zusatzuntersuchungen seien keine strukturellen Läsionen nachgewiesen worden, welche mit den geltend gemachten Beschwerden aufgrund des Unfallereignisses in einem Zusammenhang stünden. Die beklagten Beschwerden seien organisch nicht nachweisbar und nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen. Schon vor diesem hätten, auf dem Boden degenerativer Veränderungen, Facettengelenksarthrosen und eine foraminale Enge der rechten Wurzel C4 bestanden; der Unfall habe hier keine strukturelle Veränderung bewirkt. Die Unfallfolgen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bei degenerativem Vorzustand nach zwölf Monaten nicht mehr für die Arbeitsunfähigkeit verantwortlich (Suva-Nr. 102).

3.3.14 Die Suva-Ärztin Dr. med. W.\_\_\_\_, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, hielt in ihrem Bericht vom 19. September 2013 fest, Dr. med. S.\_\_\_\_ stelle seine Diagnosen trotz überwiegend unauffälliger Befundung der einzelnen Testergebnisse (Fehlen von Spontan- und Blickrichtungsnystagmen, kein Lagerungsnystagmus, stabiler Rombergversuch, symmetrische Pendelstuhlprüfung, symmetrisch erregbare Labyrinth bei der kalorischen Prüfung, Adaptionstest im breiten Normbereich) ohne kritische Interpretation der Einzelergebnisse. Die Interpretation der Ergebnisse aus seiner Testbatterie, die weit über das Mass der üblicherweise angewandten Untersuchungen

hinausgehe, verliere sich in einer kryptisch-terminologischen Beurteilung der Ursachen und vor allem der topografischen Ätiologie der Schwindelbeschwerden. Seine Schlussfolgerungen wirkten stereotyp, redundant und klinisch nicht relevant. Nicht alle Untersuchungsmethoden seien genügend validiert, um daraus eindeutige Rückschlüsse auf die Gleichgewichtsorgane und eine Unfallkausalität ziehen zu können. Die Beweiskraft dieses nun zwei Jahre alten otoneurologischen Gutachtens sei hinsichtlich der Untersuchungsbatterie sowie der daraus erhobenen Diagnosen, die weit in den orthopädischen, ophthalmologischen und zentral-neurologischen Status spekulativ eingreifen würden, als fragwürdig zu bezeichnen. Der valide Nachweis eines unfallursächlichen Organschadens stehe aus.

Aus den bisher vorgelegten medizinischen Beurteilungen einschliesslich des otoneurologischen Gutachtens von Dr. med. S.\_\_\_\_ gehe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hervor, dass die vom Versicherten geklagten Beschwerden auf den Unfall von 2007 zurückzuführen seien. Der seriöse Nachweis einer vestibulären Organschädigung fehle. In Anbetracht der wissenschaftlich nicht validierten otoneurologischen Untersuchung von Dr. med. S.\_\_\_\_ im Juli 2011 erscheine eine neurootologische Kontrolluntersuchung an einem universitären Zentrum, beispielsweise an der ORL-Klinik des X.\_\_\_\_, durchaus indiziert. Derzeit könne aufgrund der vorliegenden medizinischen Ergebnisse in Bezug auf Schwindelbeschwerden, Tinnitus und Kopfschmerzen des Versicherten weder eine Unfallkausalität angenommen oder abgelehnt werden, noch könne eine Stellungnahme zu einer allfälligen Integritätsentschädigung erstattet werden. Es sei auch nicht möglich, Kostengutsprache für die von Dr. med. S.\_\_\_\_ als einzige Therapiemöglichkeit genannte Bogduk Therapie zu übernehmen. Es sei nicht auszuschliessen, dass es sich beim geklagten Schwindel um eine dysfunktionale Verarbeitung der somatischen Beschwerden handle (Suva-Nr. 101).

3.3.15 Aus dem Bericht des X.\_\_\_\_, vom 10. Februar 2014 gehen folgende Hauptdiagnosen hervor: «1. Vd.a cervikogenen Schwindel bei: St.n. Akzelerations-/Dezelerationstrauma im Rahmen einer Frontalkollision am 19.12.2007, grenzwertiger peripher-vestibulärer Unterfunktion rechts (Kalorik 20.01.2014) bei fehlenden Spontannystagmen und unauffälligem KIT, am ehesten kompensiert, fortgeschrittener degenerativer und/oder mikrovaskulärer Leukencephalopathie bei höhergradiger Hirnatrophie (Schädel-MR 12/2010 extern); 2. St.n. TIA am 23.05.2011; 3. Lumbovertebrales Schmerzsyndrom, vorbestehend». Im Weiteren wurde im Rahmen der Anamnese ausgeführt, der Versicherte leide an Schwindel. Dieser sei etwa 3 Monate nach dem Verkehrsunfall vom 19. Dezember 2007 aufgetreten. Damals sei er als Beifahrer in einem Auto unterwegs gewesen, als es zu einer Auffahrkollision gekommen sei, wobei er sich den Kopf an der Seitenverstrebung, trotz Tragen des Sicherheitsgurtes, geprellt und eine leichte Gehirnerschütterung und ein Schleudertrauma davongetragen habe. Fortan seien vermehrte Kopf- und insbesondere Nackenschmerzen bei bereits vorbestehendem lumbovertebralem Schmerzsyndrom vorhanden. Ebenfalls sei es zwei Stunden nach dem Unfallereignis zu einem Rauschen in den Ohren gekommen. Im weiteren Verlauf, ca. drei Monate nach dem Unfall, sei ■ vor allem beim Gehen ■ ein Schwankschwindel aufgetreten, sodass sich der Patient stets stützen und festhalten müsse, da er sonst einen Sturz befürchte. In Ruhe würden die Beschwerden nach etwa zwei bis drei Minuten abklingen. Es komme pro Monat etwa zu 4 bis 5 solchen Schwindelepisoden bei insgesamt konstant bestehender Gangunsicherheit. Neben dem genannten Tinnitus, welcher sich im

Rahmen der Schwindelepisoden nicht merklich ändere, seien keine weiteren Ohrbeschwerden vorhanden. Stetig bestehende Kopfschmerzen, welche vom Nacken nach temporal beidseits ziehen würden, seien sowohl während des Schwindels als auch jeweils morgens verstärkt. Im Weiteren beschreibe der Patient während der Kopfschmerzen eine Lärm- und Lichtscheu. Ebenfalls seien konstant ausgeprägte Nackenbeschwerden vorhanden. Aufgrund der genannten Schmerzen benötige der Patient eine stetige analgetische Therapie mit Froben.

Im Rahmen der Beurteilung wurde ausgeführt, die Anamnese mit dominierenden Nacken- und Kopfschmerzen sowie mit Schwankschwindelbeschwerden bzw. Unsicherheitsgefühl beim Gehen liessen in erster Linie an einen cervicogenen Schwindel denken. In den infolge eingeschränkter Kopfbeweglichkeit zum Teil nicht verwertbaren klinischen und apparativen Untersuchungen zeige sich in der Kalorik eine grenzwertige peripher-vestibuläre Unterfunktion rechts, welche ■ bei fehlenden Spontan- und Kopfschüttelnystagmen sowie unauffälligem Kopfpulstest ■ wohl als kompensiert betrachtet werden könne. Infolge dessen sei wohl die cervikogene Komponente für die Beschwerden dominierend und passe zur Anamnese, sodass eine Behandlung bei einem Chiropraktiker oder Rheumatologen empfohlen werde (Suva-Nr. 116).

### **E. 3**

Es seien die vollständigen IV-Akten des Klägers (Versicherten-Nr. [...]) von Amtes wegen bei der IV-Stelle Solothurn beizuziehen.

### **E. 4**

4.1 Analog zu den Renten der Eidgenössischen Invalidenversicherung sind auch jene der obligatorischen beruflichen Vorsorge im Rahmen einer Revision anzupassen, wenn sich die Verhältnisse in anspruchswerter Weise verändert haben (BGE 133 V 67 E. 4.3.1 S. 68, mit Hinweisen). Dasselbe gilt, falls das Reglement keine abweichende Regelung enthält, auch im Bereich der weitergehenden beruflichen Vorsorge (BGE 138 V 409 E. 3.2 S. 415). Wie erwähnt, ist die betreffende Vorsorgeeinrichtung auch für eine Erhöhung des Invaliditätsgrades leistungspflichtig, wenn und soweit die Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit durch denselben Gesundheitsschaden bedingt ist, welcher zur Invalidität geführt hatte. Verschlechtert sich jedoch die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person nach Austritt aus der Vorsorgeeinrichtung aufgrund des Hinzutretens eines neuen, von der ursprünglichen Beeinträchtigung losgelösten und unabhängigen Leidens, hat die ursprüngliche, bereits eine Teilrente ausrichtende Vorsorgeträgerin für die rentenrelevante Erhöhung des Invaliditätsgrades nicht einzustehen (vgl. E. II. 3.1 hiervor).

4.2 Die Verfügungen der IV-Stelle vom 28. Mai und 12. Juni 2013, worin die bisher ausgerichtete halbe Invalidenrente nach den vom RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_ vorgenommenen medizinischen Untersuchungen infolge einer Verschlechterung des Gesundheitszustands seit Dezember 2007 auf eine ganze Rente mit Wirkung ab 1. Oktober 2009 erhöht wurde (IV-Grad von neu 71 %), sind nicht verbindlich, soweit es um die Ursache für die Verschlechterung des Gesundheitszustands geht. Stets zu einer Unverbindlichkeit des invalidenversicherungsrechtlich definierten Invaliditätsgrades muss der Umstand führen, wenn die Vorsorgeeinrichtung bei mehreren invalidisierenden Leiden nur für eines leistungspflichtig wird, da nur dieses in einem engen sachlichen Zusammenhang zur während des Vorsorgeschatzes eingetretenen Arbeitsunfähigkeit steht: Der für die Invalidenversicherung massgebende Invaliditätsgrad entspricht diesfalls nicht

demjenigen, welcher der vorsorgerechtlichen Leistungspflicht zu Grunde liegt (Hürzeler, a.a.O., Art. 24 BVG S. 381 Rz. 7). Zudem kann den IV-Akten entnommen werden, dass sich die zunächst für Anfang 2011 in Aussicht genommene Begutachtung verzögerte und dann unterblieb (vgl. E. I. 1.4 hiervor). Die IV-Stelle beschränkte sich schliesslich auf eine Untersuchung durch den RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_, welche am 19. Oktober 2012 stattfand (vgl. KB 23). Zu diesem Zeitpunkt stand der im Juni 1948 geborene Kläger rund 8 Monate vor der ordentlichen Pensionierung, weshalb auf weitere gutachterliche Abklärungen verzichtet wurde (vgl. IV-Nr. 80). Der Grund lag offensichtlich darin, dass eine damals (oder auch schon im Jahr 2011) durchgeführte Begutachtung keinerlei Bedeutung mehr gehabt hätte, weil sich eine allenfalls festgestellte Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr hätte verwerten lassen (vgl. BGE 138 V 457 E. 3 S. 459 ff.). Somit liegen keine umfassenden Grundlagen aus dem IV-Verfahren vor, welche die Frage nach der Ursache der Verschlechterung umfassend hätten klären können. Demnach ist die Frage, ob es aufgrund derselben Ursache, die zur Invalidität und Rentenzusprechung ab 1. November 1995 geführt hat, zu einer rentenanspruchsrelevanten Verschlechterung gekommen ist, durch das Gericht frei zu prüfen.

4.3 Wie dargelegt, erfolgte die seinerzeitige Rentenzusprechung gestützt auf das Gutachten des E.\_\_\_\_ vom 13. Mai 1997. Darin wurden die Hauptdiagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eines lumbospondylogenen Syndroms bei deutlichen degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule, eines Impingement-Syndroms der rechten Schulter sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt. Entscheidend ist, ob diese gesundheitliche Leiden seither eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit des Klägers verursacht haben.

4.4 Die durch die IV-Stelle vorgenommene Rentenerhöhung erfolgte aufgrund einer Verschlechterung, welche im Dezember 2007 eingetreten sei (vgl. Protokolleintrag des RAD-Arztes Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2012 sowie Verfügung vom 28. Mai 2013, IV-Nr. 93 S. 3). Die Kläger hatte mit Schreiben vom 21. Oktober 2009 (IV-Nr. 42.1) ebenfalls geltend gemacht, sein Gesundheitszustand habe sich seit dem Unfallereignis vom 19. Dezember 2007 erheblich verschlechtert. Der Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_ führte in seinen Berichten vom 24. Oktober 2008, 27. November 2009 und 25. Februar 2011 aus, als Folge dieses Ereignisses seien vermehrt Kopf- und Nackenbeschwerden sowie ein störendes Rauschen im Kopf (Tinnitus) aufgetreten. Ebenso leide der Kläger seit dem Unfall an Konzentrations- und Schlafstörungen sowie vermehrter Reizbarkeit (vgl. E. II. 3.3.1, 3.3.4 und 3.3.5). Die weiteren Abklärungen, welche in der Folge durchgeführt wurden (vgl. E. II. 3.3 hiervor), befassten sich in erster Linie mit den erwähnten Symptomen. Ausserdem fanden umfangreiche Untersuchungen zu Schwindel- und Gehörproblemen sowie einer möglichen Hirnschädigung statt. Dokumentiert ist überdies der Schlaganfall (cerebrovaskulärer Insult), welcher vom 23. bis 26. Mai 2011 im K.\_\_\_\_ behandelt werden musste. Was das vorbestehende Lumbovertebralsyndrom anbelangt, kam es zu einer Verschlimmerung, die zu einer Hospitalisation des Klägers vom 10. bis 14. November 2008 im K.\_\_\_\_ führte. Nach erfolgter Schmerztherapie konnte er jedoch bei deutlicher Schmerzverbesserung nach Hause entlassen werden (E. II. 3.3.2). Im Bericht des K.\_\_\_\_ (Dr. med. O.\_\_\_\_) vom 2. Dezember 2008 wurde festgehalten, die Exazerbation sei in der Zwischenzeit regredient und der Patient sei wieder auf dem Schmerzniveau wie üblich. Dementsprechend wurden keine weiteren interventionellen diagnostischen Therapien als indiziert angesehen (E. II. 3.3.3). Aus diesen Arztberichten ergeben sich keine Hinweise auf

eine erhebliche, länger dauernde Verschlechterung des Rückenleidens. Dasselbe gilt für die Schulterbeschwerden, welche im Zeitpunkt der Rentenzusprechung vorlagen. Auch der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_ hielt aufgrund seiner Untersuchung vom 19. Oktober 2012 fest, im Vordergrund stünden Kopfschmerzen, Hand- bzw. Fingerschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen, Nervosität sowie ein Tinnitus. Tagelange Rückenbeschwerden seien nach dem Heben von «mehr als leichten Lasten» vorhanden (E. II. 3.3.11).

4.5 Zusammenfassend bestehen keinerlei Anhaltspunkte für eine Verschlechterung, welche auf dieselbe Ursache zurückginge wie die im Gutachten des E.\_\_\_\_ vom 13. Mai 1997 festgestellten Beeinträchtigungen (vgl. E. II. 3.3 hiervor). Ob von einer relevanten Verschlechterung auszugehen ist, kann offenbleiben, denn eine solche ■ beispielsweise in Form der von Dr. med. H.\_\_\_\_ erwähnten Symptome ■ wäre mit anderen Ursachen in Verbindung zu bringen. Angesichts des völligen Fehlens substantiiertes Hinweise für eine erhebliche, dauerhafte Verschlechterung desjenigen Gesundheitsschadens, welcher zur Rentenzusprechung geführt hatte, besteht auch kein Anlass für weitere diesbezügliche Abklärungen in Form eines Gerichtsgutachtens. Der entsprechende Beweisantrag ist abzuweisen.

5. Der Kläger verlangt weiter, es sei ihm seit dem Eintritt des Invaliditätsfalles die Prämien- und Beitragsbefreiung zu gewähren (vgl. Rechtsbegehren, Ziff. 2), wobei dieser Antrag von ihm nicht begründet wird.

5.1 Der Anspruch auf eine BVG-Invalidenrente erlischt, wenn die Invalidität nicht wegfällt, mit dem Tod (Art. 26 Abs. 3 BVG). Sie ist somit als lebenslängliche Leistung konzipiert. Die Vorsorgeeinrichtung kann allerdings in ihrem Reglement festlegen, dass die Invalidenrente durch eine Altersrente abgelöst wird, wenn die versicherte Person das Rentenalter erreicht. Das Reglement der Beklagten enthält jedoch keine vom Gesetz abweichende Regelung. Gemäss Art. 8.4 wird die Invalidenpension für die Dauer der Invalidität, bis spätestens zum Tode des Mitglieds, ausbezahlt. Demnach ist die Invalidenrente eine grundsätzlich lebenslängliche Leistung, wenn die Invalidität nicht wegfällt. Sie wird auch bei Erreichen des Rentenalters nicht durch eine Altersleistung abgelöst.

5.2 Die vom Kläger erwähnte Beitragsbefreiung mit Bezug auf die weitere Äufnung des Alterskontos ist für den Obligatoriumsbereich in Art. 14 und (bei Teilinvalidität) Art. 15 BVV 2 geregelt. Sie kommt nur dann zum Tragen, wenn zu einem späteren Zeitpunkt eine Altersleistung ausgerichtet wird. Mit der Beitragsbefreiung soll vermieden werden, dass der invalide Versicherte im Falle eines Wiedereintritts ins Erwerbsleben im Rücktrittsalter eine Kürzung der Altersleistung erleidet. Deshalb muss das vor der Invalidität erworbene Altersguthaben bewahrt und weiter geäufnet werden, wie wenn der Versicherte weiterhin voll erwerbstätig wäre. Es handelt sich um eine bloss fiktive Äufnung des Alterskontos, die nur nötig wird, wenn der Invalide vor dem Rücktrittsalter wieder erwerbsfähig wird. Ein Anspruch auf Bezug der gemäss Art. 14 BVV 2 vorgenommenen Altersgutschriften infolge Beitragsbefreiung besteht nicht (Stauffer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zur beruflichen Vorsorge, 3. Aufl., 2013, Art. 26 BVG, S. 87, Vetter-Schreiber, Berufliche Vorsorge, 2009, Nr. 4 BVV 2, S. 312 Ziff. 3, je mit Hinweis auf BGE 127 V 309 E. 2c S. 312 f.).

5.3 Im vorliegenden Fall kommt der Weiterführung des Alterskontos des Klägers nach Art. 14 f. BVV 2 keine Bedeutung (mehr) zu, weil der Kläger am 20. Juni 2013 das

Rentenalter erreicht hat. Da sowohl die obligatorische als auch die überobligatorische Invalidenrente als lebenslängliche Leistung ausgestaltet ist, kann die Konstellation, dass der Kläger eine Altersrente beziehen wird, nicht mehr eintreten. Die beitragsbefreite Weiterführung des Alterskontos bezieht sich aber einzig auf diese Konstellation. Der entsprechende Antrag des Klägers ist daher abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

6. Nach dem Gesagten hat der Kläger Anspruch auf überobligatorische Leistungen nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 57 % ab 1. Oktober 2008. Unbegründet sind dagegen seine Rechtsbegehren, die Invalidenrente sei ab 1. Oktober 2009 zu erhöhen und ihm sei seit Eintritt des Invaliditätsfalles die Prämien- und Beitragsbefreiung zu gewähren. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_576/2015 vom 21. September 2015 E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. mit Hinweisen). Die Klage ist in diesem Sinn teilweise gutzuheissen.

#### **E. 5**

Es sei ein gerichtliches interdisziplinäres Gutachten erstellen zu lassen, das insbesondere die Frage nach der sachlichen und zeitlichen Konnexität der im Jahre 1993 erstmals festgestellten Arbeitsunfähigkeit im Verhältnis zur Erhöhung derselben nach 2007 zu beantworten hat.

#### **E. 6**

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit durchzuführen.

#### **E. 7**

7.1 Der Kläger hat Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist wegen des bloss teilweisen (etwas weniger als hälftigen) Obsiegens zu reduzieren. Unter Berücksichtigung des Prozessausgangs und der eingereichten Kostennote erscheint eine Parteientschädigung von CHF 2'500.00 (inkl. Auslagen und MwSt.) als angemessen.

7.2 Der Beklagten ist als Sozialversicherungsträgerin nach dem allgemeinen sozialversicherungsrechtlichen Prozessgrundsatz keine Parteientschädigung zuzusprechen (BGE 126 V 143 E. 4b S. 150 f.; Stauffer, a.a.O., S. 279 Ziff. 7.6 mit Hinweisen).

7.3 Gemäss Art. 73 Abs. 2 BVG ist das Verfahren in der Regel kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

1. Die Klage wird teilweise gutgeheissen. Der Kläger hat nach erfolgter Rückzahlung der Teilfreizügigkeitsleistung in noch zu bestimmendem Umfang für die Zeit ab 1. Oktober 2008 Anspruch auf Leistungen (auch) der weitergehenden beruflichen Vorsorge aufgrund eines Invaliditätsgrades von 57 %. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.

2. Der Beweisantrag, es sei ein gerichtliches Gutachten einzuholen, wird abgewiesen.

3. Die Beklagte hat dem Kläger eine reduzierte Parteientschädigung von CHF 2'500.00 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.

4. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

5. Je eine Kopie des Protokolls der öffentlichen Verhandlung vom 11. September 2017 geht zur Kenntnis an die Parteien.

#### Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

#### **E. 8**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beklagten. 2.2 In ihrer Klageantwort vom 5. März 2015 beantragt die Beklagte die vollumfängliche Abweisung der Klage (A.S. 27 ff.). 2.3 Mit Verfügung vom 9. März 2015 werden die Akten der IV-Stelle des Kantons Solothurn und diejenigen der Suva beigezogen (A.S. 37). Die IV-Akten treffen am 20. März 2015 beim Gericht ein, die Suva-Akten nach zwischenzeitlicher Verzögerung am 21. August 2015 (A.S. 55). 2.4 In seiner Replik vom 19. Oktober 2015 lässt der Kläger folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 63 ff.): 1. a) Es sei im E. \_\_\_ in unter Einbezug der orthopädischen, psychiatrischen, neurologischen, neuropsychologischen und neuro-otologischen Fachrichtung ein gerichtliches interdisziplinäres Gutachten erstellen zu lassen, das insbesondere die Frage nach der sachlichen und zeitlichen Konnexität der im Jahre 1993 erstmals festgestellten Arbeitsunfähigkeit im Verhältnis zur Erhöhung derselben nach 2007 zu beantworten hat. b) Eventualiter: Es sei im L. \_\_\_ in unter Einbezug der orthopädischen, psychiatrischen, neurologischen, neuropsychologischen und neuro-otologischen Fachrichtung ein gerichtliches interdisziplinäres Gutachten erstellen zu lassen, das insbesondere die Frage nach der sachlichen und zeitlichen Konnexität der im Jahre 1993 erstmals festgestellten Arbeitsunfähigkeit im Verhältnis zur Erhöhung derselben nach 2007 zu beantworten hat. c) Subeventualiter: Es sei unter vorgängiger Bekanntgabe an die Parteien zwecks Prüfung und Stellung allfälliger Ablehnungs- und Ausstandsbegehren eine andere Gutachterstelle unter Einbezug der orthopädischen, psychiatrischen, neurologischen, neuropsychologischen und neuro-otologischen Fachrichtung mit der Erstellung eines gerichtlichen interdisziplinären Gutachtens zu beauftragen, welches insbesondere die Frage nach der sachlichen und zeitlichen Konnexität der im Jahre 1993 erstmals festgestellten Arbeitsunfähigkeit im Verhältnis zur Erhöhung derselben nach 2007 zu beantworten hat. 2. Die noch gerichtlich zu bestimmende Gutachterstelle und der gerichtlich anzuwendende Fragenkatalog seien den Parteien gestützt auf Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK (verfassungsmässiger und völkerrechtlicher Anspruch auf rechtliches Gehör) zur Stellungnahme zuzustellen. 3. Die für das Unfallereignis vom 19. Dezember 2007 zuständige und verantwortliche Haftpflichtversicherung, die N. \_\_\_, sei im vorliegenden Klageverfahren beizuladen und es sei der N. \_\_\_ nach Art. 78 Abs. 1 ZPO der Streit zu verkünden. 4. Alles unter Kosten- und

Entschädigungsfolge zu Lasten der Beklagten. Im Weiteren hält der Kläger an seinen bisherigen Ausführungen und Anträgen vollumfänglich fest. 2.5 Mit Duplik vom 12. November 2015 beantragt die Beklagte erneut die vollumfängliche Abweisung der Klage. Im Übrigen schliesst sie sich den in der Replik vom 19. Oktober 2015 gestellten Anträgen des Klägers an (A.S. 72 f.). 2.6 Mit Eingabe vom 8. Dezember 2015 nimmt der Kläger zur Duplik Stellung (A.S. 76 f.). 2.7 Am 4. Mai 2017 werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung vom Montag, 11. September 2017, vorgeladen, an welcher die Parteivorträge angehört werden sollen. Gleichzeitig wird der Antrag des Klägers, die Haftpflichtversicherung N.\_\_\_\_ sei im vorliegenden Klageverfahren beizuladen, abgewiesen (A.S. 79). 2.8 Am 11. September 2017 führt das Versicherungsgericht die öffentliche Verhandlung durch (siehe Protokoll der Verhandlung vom 11. September 2017; A.S. 81 ff.)

II. 1. Das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn ist als Berufsvorsorgegericht für die vorliegende Angelegenheit sachlich zuständig (Art. 73 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge [BVG; SR 831.40] i.V.m. § 54 Abs. 1 des Gesetzes über die Gerichtsorganisation [GO; BGS 125.12]). Auch die örtliche Zuständigkeit ist gegeben, leitet sich die Forderung des Klägers doch aus dessen Anstellung bei der damaligen C.\_\_\_\_ (heute: D.\_\_\_\_) mit Sitz in ab (Art. 73 Abs. 3 BVG; vgl. Klagebeilagen [KB] 5, 6 und 8).

2. Der Kläger lässt zunächst geltend machen, er habe spätestens mit Wirkung ab 1. November 1995 auch einen Anspruch auf überobligatorische BVG-Invalidenleistungen seitens der Beklagten (Klage, S. 2, Rechtsbegehren, Ziff. 1, und S. 13 f., Ziff. 15). Die Beklagte verneint demgegenüber einen solchen Anspruch und vertritt die Auffassung, die Voraussetzungen für die Gewährung einer reglementarischen Invalidenrente seien nicht gegeben.

2.1 Der Kläger arbeitete seit dem 1. Juli 1991 als Betriebsmitarbeiter bei der (damaligen) C.\_\_\_\_, [...], wobei er ab dem 20. Oktober 1993 dauernd vollständig arbeitsunfähig geschrieben wurde (KB 8). Am 22. November 1994 meldete er sich wegen starken Bandscheibenschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug einer Invalidenrente an (KB 7). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn sprach dem Kläger mit Verfügung vom 24. Dezember 1997 aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 57 % eine halbe Invalidenrente ab 1. Oktober 1994 zu (KB 9), wobei sie sich im Wesentlichen auf das polydisziplinäre E.\_\_\_\_-Gutachten vom 13. Mai 1997 stützte. Darin wurden die Hauptdiagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eines lumbospondylogenen Syndroms bei deutlichen degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule, eines Impingement-Syndroms der rechten Schulter sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt (Ziff. 4.1). Zur Arbeitsfähigkeit wurde im Wesentlichen ausgeführt, der Explorand verfüge über eine Volksschulbildung und habe in seiner Heimat den Beruf eines Bierbrauers erlernt. 1974 sei er in die Schweiz eingereist und habe sich erst im Gastgewerbe, später als Betriebsarbeiter und Hilfsmechaniker betätigt. Zuletzt sei er von 1991 bis 1993 in der C.\_\_\_\_ angestellt gewesen. Für den angestammten Tätigkeitsbereich als Betriebsarbeiter bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich belastende Tätigkeiten ergebe sich aus den orthopädischen Befunden. Für körperlich adaptierte Tätigkeiten, d.h. Arbeitseinsätze, bei welchen repetitives Lastenheben, körperliche Zwangshaltungen und Überkopfarbeiten vermieden werden könnten, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich angepasste Tätigkeiten ergebe sich aus der Schmerzfehlerverarbeitungsstörung. In einer wechselbelastenden, körperlich adaptierten Tätigkeit wäre ein Einsatz von sechs bis sieben Stunden täglich zumutbar. Im

Schlussgespräch sei dem Exploranden eröffnet worden, dass er in seinem angestammten Tätigkeitsbereich aufgrund seiner Rückenbefunde zweifellos eingeschränkt sei, für rückenadaptierte Tätigkeiten jedoch noch eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit aufweise (Gutachten vom 13. Mai 1997, S. 20 ff.; KB 10). Die Beklagte teilte dem Kläger mit Schreiben vom 7. April 1998 mit, dass ihm rückwirkend ab dem 1. November 1995 eine provisorische halbe Invalidenrente gemäss Art. 23 bis 26 BVG zugesprochen werde. Damit sie die Aus- bzw. Nachzahlung der Invalidenrente vornehmen könne, sei das beigelegte Zahlungsficheet ausgefüllt und unterschrieben zurückzusenden. Sobald der Rekursbescheid (d.h. das rechtskräftige Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 22. Januar 1999; vgl. IV-Nr. 1.27 S. 2 ff.) vorliege und der Vertrauensarzt Einsicht in die IV-Akten genommen habe, werde sie auf die Zuwendung des im überobligatorischen Versicherungsbereich erworbenen Vorsorgeguthabens zurückkommen (KB 11). In der Folge zahlte die Beklagte Rentenbeträge von CHF 18'772.00 (1998), CHF 5'928.00 (1999), CHF 6'072.00 (2000), CHF 6'578.00 (2001), je CHF 6'192.00 (2002 und 2003), CHF 5'590.00 (2004), je CHF 5'268.00 (2005 und 2006), CHF 5'352.00 (2007), CHF 5'798.00 (2008), je CHF 5'352.00 (2009 und 2010) und je CHF 5'580.00 (2011 und 2012) aus, wobei für das Jahr 2013 ebenfalls eine Auszahlung von CHF 5'580.00 vorgesehen war (KB 12 und 13). Mit Verfügung vom 25. Juni 2013 sprach die Ausgleichskasse des Kantons Solothurn dem Kläger eine Altersrente ab 1. Juli 2013 zu (KB 14). Mit Schreiben vom 22. April und 10. Juni 1998 zog der damalige Vertreter des Klägers die Berechnung der Rentenbeträge durch die Beklagte in Zweifel und forderte bei ihr exakte Angaben zur Rentenberechnung an (KB 15 und 16). Am 22. Juli 1998 teilte die Beklagte dem Kläger mit, nach seinem Ausscheiden aus der C.\_\_\_\_ sei er im überobligatorischen Vorsorgebereich nicht mehr gedeckt. Die ihm mit Schreiben vom 7. April 1998 provisorisch eröffnete 50 %-Invalidenrente beruhe ausschliesslich auf den einschlägigen BVG-Bestimmungen. Wie bereits mitgeteilt, werde die Abwicklung des überobligatorischen Teils der Freizügigkeitsleistung nach Vorliegen des hängigen IV-Entscheidungsvorganges vorgenommen. Sollte es bei der 50 %-IV-Rente bleiben, würde der Saldo der Freizügigkeitsleistung per 31. Oktober 1995, zuzüglich gesetzlicher Verzugszins von 5 %, CHF 46'829.00 betragen (CHF 69'060.00 [globale Freizügigkeitsleistung per 31.10.1995] abzüglich CHF 22'231.00 [50 % des BVG-Altersguthabens zur Teil-Finanzierung der 50 %-BVG-Invalidenrente]; KB 17). Mit E-Mail vom 27. Mai 2009 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dieser sei als Mitarbeiter der D.\_\_\_\_ (vormals: C.\_\_\_\_) vom 1. Juli 1991 bis zu seiner Entlassung am 19. Mai (recte: Oktober) 1995 bei ihr vorsorgeversichert gewesen. Mit Schreiben vom 7. April 1998 sei dem Kläger eine provisorische 50 %-BVG-Invalidenrente zugesprochen und mit Schreiben vom 22. Juli 1998 für den nichtinvalidenberücksichtigten obligatorischen und überobligatorischen Teil die entsprechende Teil-Freizügigkeitsleistung zur Verfügung gestellt worden. Aufgrund der durch den damaligen Vertreter des Klägers am 19. August 1999 übermittelten Angaben sei die vorerwähnte Teil-Freizügigkeitsleistung gemäss Abrechnung vom 25. August 1999 zugunsten des Klägers an die Freizügigkeitsstiftung der F.\_\_\_\_ in übertragen worden. Im Bereich des BVG-Obligatoriums sei die IV-Verfügung grundsätzlich bindend, während im überobligatorischen Bereich den Vorsorgeeinrichtungen in Bezug auf die Gestaltung des Reglements gewisse Freiheiten eingeräumt würden. Gemäss Art. 8.1 des Reglements bestehe Anspruch auf eine reglementarische (obligatorische + überobligatorische) Invalidenpension bei dauernder Arbeitsunfähigkeit, die während der Mitgliedschaftsdauer festgestellt worden sei. Diese Voraussetzung sei im vorliegenden Fall nicht erfüllt (KB 18).

2.2 Strittig ist der Anspruch auf Leistungen der weitergehenden beruflichen Vorsorge für die Zeit ab 1. November 1995. Dieser richtet sich nach dem damals geltenden Reglement. Gemäss Art. 8.1 des Reglements « Pensionsfonds I» (gültig ab 1. Januar 1995; im Folgenden: Reglement) gewährt der Fonds bei dauernder Arbeitsunfähigkeit infolge Unfall oder Krankheit nach medizinischem Gutachten und in Absprache mit dem Arbeitgeber eine Invalidenpension, die wie folgt berechnet wird: eine Basisinvalidenpension aufgrund der Berechnung der Mitgliedschaftsjahre im effektiven Pensionsalter gemäss den Bestimmungen im Anhang III und eine zusätzliche Invalidenpension, die nach dem Stand des Alterssparkontos B zum Zeitpunkt des Pensionsanspruchs berechnet wird (Art. 8.4 und Anhang IV). Nach Art. 8.2 des Reglements darf die zur Auszahlung gelangende Invalidenpension die Basisinvalidenpension, berechnet für 35 Mitgliedschaftsjahre, nicht übersteigen. Sie entspricht jedoch in jedem Fall mindestens der gemäss Art. 7 des Reglements berechneten Alterspension. Laut Art. 8.3 des Reglements gelten bei Teilinvalidität die Bestimmungen gemäss Art. 8.1 und 8.2 entsprechend dem Invaliditätsgrad. Das Mitglied wird in diesem Fall anteilmässig wie ein Pensionierter behandelt, was eine entsprechende Herabsetzung des Alterssparguthabens auf den Konti A und B zur Folge hat. Gemäss Art. 8.4 des Reglements wird die Invalidenpension ab dem Folgemonat nach Beendigung der Lohn- oder entsprechenden Lohnersatzzahlungen für die Dauer der Invalidität, bis spätestens zum Tod des Mitglieds, ausbezahlt.

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