

SO_GERICHTE VSKLA.2016.1 vom 4. Dezember 2017

SO Obergericht, 2017-12-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSKLA.2016.1_d20171204

FR: SO_GERICHTE VSKLA.2016.1 du 4 décembre 2017

IT: SO_GERICHTE VSKLA.2016.1 del 4 dicembre 2017

Regeste

Berufsvorsorge / IV-Leistungen

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1956 geborene A.____ (im Folgenden: Kläger) arbeitete vom 24. Mai 2004 bis 28. Februar 2006 als Maschinist mit einem Arbeitspensum von 100 % (ab 24. August 2004 mit einem Teilzeitpensum von 50 %) bei der D.____, [...], und war bei der B.____, [...] (im Folgenden: B.____ [Beklagte]), berufsvorsorgeversichert. Vom 5. September 2005 bis zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses am 28. Februar 2006 wurde er krankheitsbedingt zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Gestützt auf diese Arbeitsunfähigkeit erhielt er von der Krankentaggeldversicherung (C.____) bis zum Ende des Arbeitsverhältnisses Taggeldleistungen. Am 15. Dezember 2005 meldete sich der Kläger bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) wegen Nacken- und Rückenschmerzen, Ohrenscherzen, Albträumen, Ängsten, grosser Müdigkeit und Schreckhaftigkeit zum Leistungsbezug an. Daraufhin veranlasste die IV-Stelle des Kantons Solothurn eine interdisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung des Klägers beim E.____, [...], welche am 21. und 26. Oktober 2006 sowie 9. August 2007 durchgeführt wurde. Mit Verfügung vom 14. August 2008 lehnte die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: IV-Stelle) den Anspruch des Klägers auf eine Invalidenrente aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 14 % ab (Klagebeilage [KB] 12). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (im Folgenden: Versicherungsgericht) mit Urteil vom 14. August 2009 ab (VSBES.2008.251; KB 17). Dieses Urteil erwuchs in der Folge unangefochten in Rechtskraft.

1.2 Am 25. September 2009 meldete sich der Versicherte bei der IV wegen einer Depression erneut zum Leistungsbezug an. In der Folge wurde er in der F.____ polydisziplinär (internistisch, neurologisch, orthopädisch und psychiatrisch) begutachtet (Untersuchungen vom 29. April, 2. und 11. Mai 2011; Gutachten vom 17. Juni 2011 [KB 22]). Mit Verfügung vom 6. Januar 2012 wurde dem Kläger aufgrund eines Invaliditätsgrades von 62 % eine Dreiviertelsrente der IV mit Wirkung ab 1. September 2010 zugesprochen (KB 23).

E. 2

2.1 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 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 Prozent betragen (Urteile des Bundesgerichts 9C_491/2015 vom 19. Januar 2016 E. 1.1, 9C_66/2015 vom 9. Juni 2015 E. 1.1 und 9C_569/2013 vom 18. Februar 2014 E. 1.1., je mit Hinweisen).

2.2 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 (Urteile des Bundesgerichts 9C_491/2015 vom 19. Januar 2016 E. 1.1, 9C_66/2015 vom 9. Juni 2015 E. 1.2. und 9C_569/2013 vom 18. Februar 2014 E. 1.2.).

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_491/2015 vom 19. Januar 2016 E. 1.1, 9C_66/2015 vom 9. Juni 2015 E. 1.2. und 9C_569/2013 vom 18. Februar 2014 E. 1.2.1., je mit Hinweisen).

Die Annahme eines engen zeitlichen Zusammenhangs setzt voraus, dass die versicherte Person nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, nicht während längerer Zeit wieder arbeitsfähig war. Eine nachhaltige, den zeitlichen Zusammenhang unterbrechende Erholung liegt grundsätzlich nicht vor, solange eine Arbeitsfähigkeit (von über 80 Prozent) weniger als drei Monate gedauert hat. Eine drei Monate oder länger andauernde (annähernd) vollständige Arbeitsfähigkeit ist ein gewichtiges Indiz für eine Unterbrechung des zeitlichen Zusammenhangs, sofern sich eine dauerhafte Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit als objektiv wahrscheinlich darstellt. Der zeitliche Zusammenhang kann daher auch bei einer länger als drei Monate dauernden Tätigkeit gewahrt sein, wenn eine dauerhafte berufliche Wiedereingliederung unwahrscheinlich war, etwa weil die Tätigkeit (allenfalls auch erst im Rückblick) als Eingliederungsversuch zu werten ist oder massgeblich auf sozialen Erwägungen des Arbeitgebers beruhte (Urteile des Bundesgerichts 9C_66/2015 vom 9. Juni 2015 E. 1.2. und 9C_569/2013 vom 18. Februar 2014 E. 1.2.2., je mit Hinweisen).

2.3 Nach der Rechtsprechung ist unter relevanter Arbeitsunfähigkeit eine Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu verstehen. Das heisst, es muss arbeitsrechtlich in Erscheinung treten, dass der Versicherte an Leistungsvermögen eingebüsst hat, so etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte, aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle. Mit anderen Worten: Die Leistungseinbusse muss in aller Regel dem seinerzeitigen Arbeitgeber aufgefallen sein. Eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit genügt nicht. Umgekehrt ist eine in der beruflichen Tätigkeit im Vergleich zu einer gesunden Person tatsächlich nur reduziert erbrachte Leistung für sich allein gesehen in aller Regel ebenso wenig ausreichend für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes. Vielmehr bedarf es dazu regelmässig zusätzlich einer (überzeugenden) medizinischen Einschätzung, die ordentlicherweise echtzeitlicher Natur ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Dieser Nachweis darf nicht durch nachträgliche erwerbliche oder medizinische Annahmen und spekulative

Überlegungen ersetzt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_108/2013 vom 24. Juli 2013 E. 4.2 mit Hinweis).

2.4 Gemäss Art. 4.3.1 Abs. 1 des Vorsorgereglements der B.____ (Teil 2, Allgemeine Reglementsbestimmungen [ARB], Ausgabe Januar 2005 [im Folgenden: Vorsorgereglement]) besteht Anspruch auf Invalidenleistungen im gemäss den «Besonderen Reglementsbestimmungen» (BRB) des Vorsorgeplanes vorgesehenen Umfang, wenn die versicherte Person zu mindestens 40 % invalid wird und sie bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, bei der Stiftung gemäss diesem Vorsorgereglement versichert war und bei Eintritt der Invalidität immer noch versichert ist (lit. a) oder sich die Invalidität erhöht und die versicherte Person im Zeitpunkt der Erhöhung bei der Stiftung gemäss diesem Vorsorgereglement versichert war (lit. c).

Sind die Anspruchsvoraussetzungen gemäss Abs. 1 des Vorsorgereglements nicht erfüllt, besteht ein Anspruch im Rahmen und im Umfang der obligatorischen Mindestleistungen gemäss BVG, wenn die versicherte Person zu mindestens 40 % invalid wird und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 %, aber weniger als 40 %, deren Ursache zur Invalidität führt, bereits bei der Stiftung gemäss diesem Vorsorgereglement versichert war (Art. 4.3.1 Abs. 2 lit. a Vorsorgereglement).

E. 3

3.1 Im vorliegenden Fall arbeitete der Kläger vom 24. Mai 2004 bis 28. Februar 2006 als Maschinist bei der D.____, [...], und war bei der Beklagten berufsvorsorgeversichert (vgl. Vorsorge-Ausweis per 1. Januar 2005 [Klageantwortbeilage {KAB}] 1, Anmeldung zum Bezug von Versicherungsleistungen aus der beruflichen Vorsorge bei Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit vom 31. März 2006 [KB 2] und Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen für Erwachsene vom 15. Dezember 2005 [KB 7]). Dies wird von keiner Seite bestritten (vgl. Klage, S. 2 Ziff. B.2., A.S. 2; Klageantwort, S. 2 Ziff. II.2., A.S. 21). Der Kläger meldete sich am 15. Dezember 2005 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an, wobei er eine Rente beanspruchte (KB 7). Die IV-Stelle erliess ■ wie erwähnt - nach erfolgten medizinischen Abklärungen am 14. August 2008 eine Verfügung, worin der Anspruch des Klägers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie derjenige auf eine Invalidenrente abgewiesen wurden (KB 12). Das Versicherungsgericht bestätigte diesen Entscheid mit rechtskräftigem Urteil vom 14. August 2009 (VSBES.2008.251; KB 17). Nach erfolgter Neuanschuldung des Klägers vom 25. September 2009 (KB 18) und Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen sprach die IV-Stelle dem Kläger dann mit Verfügung vom 6. Januar 2012 aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 62 % eine Dreiviertelrente ab 1. September 2010 zu (KB 23).

E. 3.2

3.2.1 Rechtsprechungsgemäss sind die Vorsorgeeinrichtungen im Bereich der gesetzlichen Mindestvorsorge (Art. 6 BVG) an die Feststellungen der Organe der Invalidenversicherung, insbesondere hinsichtlich des Eintritts der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit (Eröffnung der Wartezeit; Art. 29 Abs. 1 lit. b [bzw. Art. 28 Abs. 1 lit. b seit 1. Januar 2008] IVG i.V.m. Art. 26 Abs. 1 BVG), gebunden, soweit die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise auf Grund einer gesamthaften Prüfung der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erscheint. Hingegen entfällt eine Bindungswirkung, wenn die Vorsorgeeinrichtung nicht spätestens im Vorbescheidverfahren (Art. 73bisIVV) in das

invalidenversicherungsrechtliche Verfahren einbezogen wird. Hält sich die Vorsorgeeinrichtung demgegenüber im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlich Verfügten, ja stützt sie sich darauf ab, ist das Problem des Nichteinbezugs des Vorsorgeversicherers ins Verfahren der Invalidenversicherung gegenstandslos. In diesem Fall kommt ohne Weiterungen die vom Gesetzgeber gewollte, in den Art. 23 ff. BVG zum Ausdruck gebrachte Verbindlichkeitswirkung unter Vorbehalt offensichtlicher Unrichtigkeit des Entscheides der Invalidenversicherung zum Zuge. Mit anderen Worten: Stellt die Vorsorgeeinrichtung auf die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise ab, muss sich die versicherte Person diese entgegenhalten lassen, soweit diese für die Festlegung des Anspruchs auf eine Invalidenrente entscheidend war, und zwar ungeachtet dessen, ob der Vorsorgeversicherer im Verfahren der Invalidenversicherung beteiligt war oder nicht. Vorbehalten sind jene Fälle, in denen eine gesamthafte Prüfung der Aktenlage ergibt, dass die Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung offensichtlich unhaltbar war (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_83/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 2.1 und 9C_590/2015 vom 18. Juli 2016 E. 2, je mit Hinweisen, u.a auf BGE 132 V 1 E. 3.2 S. 4 f. und BGE 130 V 270 E. 3.1 S. 273 f.).

3.2.2 Im vorliegenden Fall geht aus den Verfügungen der IV-Stelle vom 14. August 2008 und 6. Januar 2012 nicht hervor, ob die Beklagte bereits im Vorbescheidverfahren in das invalidenversicherungsrechtliche Verfahren einbezogen wurde. Die Verfügung vom 14. August 2008 wurde der Beklagten zwar zugestellt (vgl. KB 12; IV-Nr. 54 S. 3), ob dieser aber zuvor auch der entsprechende Vorbescheid eröffnet worden war und eine Mitwirkung der Beklagten im Rahmen des Vorbescheidverfahrens möglich war, kann den ins Recht gelegten Akten nicht entnommen werden. Die Verfügung vom 6. Januar 2012, worin dem Kläger eine Dreiviertelsrente ab 1. September 2010 zugesprochen wurde, enthält überhaupt keine Angaben über die Verfügungsadressaten (KB 23; IV-Nr. 126 S. 3 ff.). Da sich die Beklagte jedoch im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlich Verfügten hielt, ist das Problem des allfälligen Nichteinbezugs der Beklagten gegenstandslos. Es kommt ■ vorbehältlich einer sich aufgrund einer gesamthafte Prüfung der Aktenlage ergebenden offensichtlichen Unrichtigkeit der IV-Entscheide - die in den Art. 23 ff. BVG zum Ausdruck gebrachte Verbindlichkeitswirkung zur Anwendung.

Im Übrigen kann ■ entgegen der Auffassung des Klägers (vgl. Klage, S. 9 Ziff. 6) - aus der Zustellung der IV-Verfügung vom 14. August 2008 an die Beklagte nicht abgeleitet werden, die IV habe damit eine Leistungspflicht der Beklagten angenommen oder anerkannt. Wie die Beklagte zu Recht darauf hinweist, ist die Verfügung gemäss Art. 73bis Abs. 2 lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) generell und unabhängig vom Bestehen einer allfälligen Leistungspflicht der letzten Vorsorgeeinrichtung zuzustellen.

4. Im Folgenden ist darzulegen, in welchen Zeitpunkt beim Kläger eine relevante Arbeitsunfähigkeit wegen eines psychischen Gesundheitsschadens eingetreten ist, der in der Folge zu einer Invalidität geführt hat. Der massgebliche Sachverhalt präsentiert sich wie folgt:

4.1

4.1.1 Die damalige Hausärztin, Dr. med. G.____, Innere Medizin FMH, stellte in ihrem Arztbericht zu Händen der IV-Stelle vom 27. Januar 2006 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «Anhaltende posttraumatische Belastungsstörung mit

psychophysiologischen Beschwerden, Tinnitus, HWS-Problematik mit muskulären Verspannungen und funktioneller Kopfgelenksstörung». Die Internistin gab an, der Patient stehe bei ihr seit dem 23. September 2005 bis auf weiteres in Behandlung. Sie attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (als Maschinist) seit dem 5. September 2005, wobei eine Arbeitsunfähigkeit von nurmehr 50 % ab März 2006 geplant sei. Der Gesundheitszustand sei stationär. Zur Anamnese gab sie an, der Patient stamme aus [...], wo er als Reiseleiter tätig gewesen sei. Er habe bereits in der Jugend mehrere kriegerische Auseinandersetzungen erlebt und im Verlauf des [...] in den Jahren 1967/68 mehrere Familienangehörige verloren, was ihn sehr mitgenommen habe. Er habe Angstzustände gehabt und sich unsicher und bedroht gefühlt. Um 1995 habe er zwei folgenschwere Erdbeben erlebt. Seit diesen von ihm traumatisch erlebten Ereignissen sei nichts mehr wie vorher gewesen.

Zu den angegebenen Befunden hielt die Ärztin fest, der Patient leide unter ständigen Kopfschmerzen, einem therapieresistenten Tinnitus, Angstzuständen mit Schwindel, Herzrasen und Schweissausbrüchen sowie sehr hartnäckigen Schlafproblemen mit sich wiederholenden Albträumen. Dadurch sei er unkonzentriert, teilweise über kurze Zeitspannen auch desorientiert und schaffe oft einfache, ihm vertraute Arbeitsabläufe nicht mehr. Es wurden folgende Befunde erhoben: der Patient sei blass, müde und wirke erschöpft. Die Konzentration sei eingeschränkt. Der somatische Status sei grob geprüft worden und unauffällig. Als therapeutische Massnahmen wurden eine Gesprächstherapie mit verhaltenstherapeutischem Ansatz sowie ein Antidepressivum angegeben. Was die Prognose betreffe, könne aktuell keine verbindliche Aussage gemacht werden.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht hielt Dr. med. G. ___ fest, der Patient sei in seinen kognitiven Fähigkeiten wesentlich eingeschränkt, dies betreffe die Konzentrations- und Merkfähigkeit. Er ermüde rasch und sei nicht belastbar. Die Stress- und Konfliktbewältigung seien stark beeinträchtigt. Als Folge der therapieresistenten Schlafprobleme mit Albträumen sei er zusätzlich abgeschlagen und erschöpft. Er sei sehr lärmempfindlich, das Dröhnen und Klopfen der Maschinen setze sich in seinem Kopf fort. Es dröhne dort lauter und der Tinnitus werde fast unerträglich. Nach der Arbeit habe er den Maschinenlärm noch in den Ohren. In seinem Kopf werde daraus Kriegslärm mit Schlüssen und Explosionen. Für kurze Momente (um 10 Sekunden) verliere er wiederholt das Zeitgefühl und er wisse nicht mehr, wo er sei. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Der Patient habe mit Maschinen gearbeitet, was in der aktuellen Gesundheitsverfassung nicht mehr zu verantworten sei. Die Lärmbelastung verstärke seine bestehenden Beschwerden. Der Patient sei eingeschränkt in seinem Auffassungsvermögen und seiner Belastbarkeit; er brauche mehr Zeit. Die ausgesprochene Lärm- und Stressempfindlichkeit verunmöglichten dies. Der bisherige Arbeitsplatz sei auf Ende Februar 2006 gekündigt worden. Andere Tätigkeiten seien dem Patienten zuzumuten. Ideal wäre eine Beschäftigung zum Beispiel in einem Lager, wo er Gegenstände zusammentragen, vorbereiten und einpacken könnte. Eine solche Tätigkeit könnte er während 4 Stunden pro Tag ausführen. Es dürften keine Lärmbelastung und kein zu hoher Zeit- und Leistungsdruck herrschen. Angepasste Tätigkeiten könne er während 4 bis 5 Stunden täglich ausüben, wobei keine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe (KB 8; IV-Nr. 16 S. 3 ff.).

4.1.2 Dr. med. H. ___, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie FMH, stellte in seinem Bericht vom 5. Dezember 2005 folgende Diagnose: «V.a. HWS-bedingte Otagie links». Im

Weiteren führte er aus, der Patient habe seit vielen Jahren diffuse Ohrenscherzen auf der linken Seite beklagt. Zusätzlich habe er gelegentlich Schwindel und «Nervenprobleme». Es bestünden schmerzhaft palpable Myogelosen cervical links. Der übrige HNO-Status sei abgesehen von einigen Vernarbungen der Trommelfelle unauffällig. Im Rahmen der Beurteilung hielt er fest, es dürfte sich hier um eine komplexe multifaktorielle Problematik handeln. Die diffuse Otalgie links wäre jedenfalls durch HWS-Probleme bzw. durch eine funktionelle Kopfgelenksstörung erklärbar. Dem Patienten sei ein Rheumagel zur Selbstmassage verordnet worden, was eine Erleichterung und Verbesserung gebracht habe (KB 8 bzw. IV-Nr. 16 S. 7).

4.2 Die IV-Stelle veranlasste eine interdisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung des Klägers beim E.____, [...], welche am 21. Oktober 2006 und 9. August 2007 (rheumatologische Untersuchungen durch Dr. med. I.____, FMH Rheumatologie, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation) sowie am 26. Oktober 2006 und 9. August 2007 (psychiatrische Untersuchungen durch Dr. med. J.____, Psychiatrie und Psychotherapie) durchgeführt wurde (Gutachten vom 27. September 2007 (KB 11; IV-Nr. 33.3).

4.2.1 Dem versicherungspsychiatrischen E.____-Gutachten vom 9. August 2007 kann keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Angsttraumstörung (ICD-10 F51.5) gestellt. Im Rahmen der Beurteilung gab Dr. med. J.____ (Institutsleiter Dr. med. K.____, Eidg. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, war mit der Beurteilung und den Schlussfolgerungen einverstanden) im Wesentlichen an, zum Untersuchungszeitpunkt seien weder Defizite der kognitiven Funktionen noch Beeinträchtigungen des formalen Denkens, der Affektivität oder des Antriebes festgestellt worden. Aus psychiatrischer Sicht hätten sich aktuell keine Hinweise für das Vorliegen einer Störung von Krankheitswert ergeben.

Im Weiteren führte die Gutachterin aus, der Explorand habe angegeben, zum Zeitpunkt, als er sich in psychiatrische Behandlung begeben habe, Dinge gesehen und gehört zu haben, die nicht wirklich da gewesen seien. Im Arztbericht vom Januar 2006 seien an objektiven Befunden eine verminderte Konzentrationsfähigkeit und das äussere Erscheinungsbild des Exploranden, der blass gewesen sei und müde und erschöpft gewirkt habe, aufgeführt worden. Im Weiteren habe man Schlafstörungen und Lärmempfindlichkeit festgehalten. Nach der Arbeit habe er den Maschinenlärm noch in den Ohren gehabt und daraus sei Kriegslärm mit Schüssen und Explosionen entstanden. Offenbar basierend auf den Schilderungen des Exploranden, dass er in der Jugend mehrere kriegerische Auseinandersetzungen erlebt und im Rahmen des [...] (1967/1968) mehrere Familienangehörige verloren habe, ihn dies sehr mitgenommen und er damals Angstzustände gehabt, sich unsicher und bedroht gefühlt und etwa im Jahr 1995 zwei Erdbeben als traumatisch erlebt habe und seither nichts mehr wie vorher gewesen sei, habe Dr. med. G.____ eine «anhaltende posttraumatische Belastungsstörung» mit «psychophysiologischen Beschwerden» diagnostiziert. Gemäss ICD-10 sollte diese Störung jedoch nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten sei. In der Mehrzahl der Fälle könne eine Heilung erwartet werden, laut diagnostischen Kriterien sei das Störungsbild auf zwei Jahre begrenzt. Wenngleich der Explorand zweifelsohne im Laufe seines Lebens mehreren Belastungssituationen ausgesetzt gewesen sei, könne er diese adäquat als traumatisierende und belastende Erlebnisse beschreiben, sich zum heutigen

Zeitpunkt jedoch ausreichend davon distanzieren. Auch im Anschluss an das erlebte Erdbeben habe der Explorand zwar den Entschluss gefasst, [...] zu verlassen, er sei aber dadurch nicht unmittelbar in seiner Lebensführung beeinträchtigt gewesen. Als er die Inhalte seiner Träume geschildert habe, seien auch nicht die Szenarien der Erdbeben im Vordergrund gestanden. Zunächst habe der Explorand Tiere erwähnt, dann seine Eltern. Ebenfalls hätten keine Nachhallerinnerungen bestanden. Eine posttraumatische Belastungsstörung könne heutzutage aber auch schon aufgrund rein formaler Kriterien ausgeschlossen werden, da das Störungsbild auf zwei Jahre begrenzt sei, die Traumatisierung jedoch im Jahr 1995 erfolgt sei. Es erkläre sich nicht, weshalb der Explorand ab September 2005 an Alpträumen leide, zu diesem Zeitpunkt habe keine Traumatisierung bzw. Retraumatisierung eruiert werden können.

Die psychiatrische Gutachterin hielt sodann fest, im Wesentlichen «kranke» der Explorand heutzutage offenbar an seiner Lebenssituation. Er fühle sich in einer Ehe ohne körperliche Intimität gefangen und habe nicht viele soziale Kontakte oder auch Beschäftigungsmöglichkeiten. Dies sei sehr spürbar geworden, als der Explorand bekundet habe, dass das Explorationsgespräch ihn glücklich mache, da er sonst nicht viel Gelegenheit zum Reden habe. Er habe nicht viele Freunde. Es habe ihn auch glücklich gemacht, etwas im Haus bauen zu können. Im Rahmen der Kontrolluntersuchung habe er angegeben, sich im Kurs «Bildung, Orientierung, Arbeit» (BOA), den er im Mai/Juni 2007 über das RAV besucht habe, so wohl gefühlt zu haben, wie sonst nie in den letzten drei Jahren. Er verfüge im Alltag kaum über Möglichkeiten, sich abzulenken. Im Grunde bestehe auch eine kulturelle Entwurzelung, aggravierend komme hinzu, dass der Explorand die deutsche Sprache nur unzureichend beherrsche. Die Problematik sei gut einfühlbar, jedoch handle es sich hierbei um krankheitsfremde Faktoren, welche keine Verminderung der Arbeitsfähigkeit begründeten. Es sollte dem Exploranden theoretisch auch gut möglich sein, aktiv etwas an seiner Situation zu verändern.

Ferner legte Dr. med. J. ___ dar, die durch Dr. med. L. ___, Allgemeine und Innere Medizin FMH, angeführte «affektive Störung» sei nicht gemäss ICD-10 kodiert worden, lediglich basierend auf der Angabe, dass der Explorand über eine depressive Verstimmung klage. Es sei davon auszugehen, dass hiermit eine depressive Auslenkung gemeint sei. In der klinischen Untersuchung seien bei subjektiv geklagter Herabgestimmtheit keine affektiven Auffälligkeiten zu beobachten gewesen. Der Explorand sei affektiv modulationsfähig gewesen und habe sich im Rahmen der Untersuchungen affektiv aufhellbar gezeigt. Auch andere psychopathologische Veränderungen, wie sie im Rahmen eines depressiven Syndroms zu erwarten wären, seien nicht vorgelegen. Wie zuvor ausgeführt, gehe man von einer Unzufriedenheit mit der Lebenssituation aus, die sicher auch bisweilen Gefühle und Traurigkeit mit sich bringen könne. Dies sei aber normalpsychologisch nachvollziehbar und habe keinen eigenständigen Krankheitswert. Die beschriebenen Alpträume ordne man einer Angsttraumstörung gemäss ICD-10 F51.5 zu. Hierbei sei das Traumerleben voller Angst oder Furcht, mit sehr detaillierter Erinnerung an den Trauminhalt. Dieses Traumerleben sei sehr lebhaft. Themen seien die Bedrohung des Lebens, der Sicherheit oder der Selbstachtung. Oft bestehe eine Wiederholung gleicher oder ähnlicher erschreckender Albtraumthemen. Während einer typischen Episode bestehe eine autonome Stimulation, aber kein wahrnehmbares Schreien oder eine Körperbewegung. Nach dem Aufwachen werde der Patient rasch lebhaft und sei orientiert. Das Störungsbild entspreche nicht einem anhaltenden Gesundheitsschaden und begründe keine Verminderung der Arbeitsfähigkeit.

Weshalb die Schlafprobleme des Exploranden durch die behandelnde Ärztin als therapierefraktär beschrieben worden seien, könne nicht nachvollzogen werden.

Zusammenfassend liege beim Exploranden keine psychiatrische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Auf der Basis der diagnostizierten Angsttraumstörung gemäss ICD-10 F51.5 ergebe sich keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Rein aus psychiatrischer Sicht sei dem Exploranden eine der bisherigen Tätigkeit vergleichbare Arbeitstätigkeit auch heute noch vollzeitlich (8 ½ Stunden pro Tag) zumutbar, wobei aus psychiatrischer Sicht keine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Es bestehe kein psychisches Störungsbild, das dazu führen würde, dass der Explorand einem potentiellen Arbeitsumfeld nur eingeschränkt zumutbar wäre. Es liege auch kein rehabilitationsbedürftiges Zustandsbild vor. Eine adäquate Behandlung der Schlafstörung wäre ausreichend. Ein potentieller Arbeitsplatz müsse keinen besonderen Anforderungen genügen (KB 10; IV-Nr. 33.2 S. 12 ff.).

4.2.2 Dem interdisziplinären versicherungsmedizinischen E. ___-Gutachten vom 27. September 2007 können folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «Zephalo und spondylogene Beschwerden zervikal, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, muskuläre Dysbalance; thorakovertebrale bis thorakospondylogene Symptomatik, Hyperkyphose, Zustand nach thorakalem Morbus Scheuermann; PHS links, klinisch Verdacht auf Impingement-Problematik». Seitens des Fachgebietes «Psychiatrie» wurden ■ wie erwähnt ■ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegeben. Die weiteren Diagnosen (Angsttraumstörung [ICD-10 F51.5]; St.n. OSG-Distorsion mit nicht dislozierter Fraktur; Tinnitus, wahrscheinlich im Rahmen der zephalen und spondylogenen Beschwerden zervikal) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Aus der rheumatologischen Beurteilung geht im Wesentlichen hervor, der Explorand sei in seinem bisherigen Leben von schweren Erkrankungen verschont geblieben. Muskuloskelettale Beschwerden, welche seine Arbeitsfähigkeit tangierten, seien seit dem Jahr 2004 vorhanden. Es handle sich dabei um zephalo sowie spondylogene Beschwerden zervikal und thorakal. Anamnestisch nehme diese Symptomatik ihren Ursprung anlässlich eines Sturzes mit dem Fahrrad im Jahr 1997. Anamnestisch bestehe ein unfallbedingtes erstmaliges Auftreten thorakovertebraler bis linksseitiger thorakospondylogener Schmerzen. Am Arbeitsplatz bei der D. ___ sei der Explorand in stehender Position mit monoton statischen Belastungen des Bewegungsapparates konfrontiert worden. Dabei sei es zu einer Dekompensation seiner Rückenprobleme und zur Arbeitsunfähigkeit, letztlich zum Stellenverlust gekommen. Die relevanten Befunde, welche vertebrale bis spondylogene Beschwerden verursachten, seien degenerative Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule sowie eine deutliche Wirbelsäulenfehlstatik thorakal mit fixierter Hyperkyphose nach durchgemachtem Morbus Scheuermann. In der Folge habe sich ein chronischer Beschwerdeverlauf entwickelt. Die konservativen Behandlungsmassnahmen hätten keine Wirkung gezeigt. Wesentliche Bemühungen zur beruflichen Wiedereingliederung seien bei anhaltenden Beschwerden anscheinend nicht unternommen worden. Aktuell finde sich eine muskuläre Dysbalance, eine partiell eingeschränkte Wirbelsäulenbeweglichkeit zervikal und thorakal und im Bereich der rechten Schulter vermutlich im Rahmen einer Impingement-Problematik eine schmerzhaft Funktionsstörung. Die persistierenden Beschwerden bewirkten eine wechselhafte Schmerzintensität im mittleren bis zeitweilig oberen Bereich der Schmerzskala.

Mechanofaktoren wirkten sich ungünstig auf das Beschwerdebild aus, dennoch könne der Explorand im Alltag verschiedensten Beschäftigungen nachgehen.

Die klinisch zu objektivierenden Befunde, inklusive vorliegende Röntgendaten, seien nicht derart gravierend, dass dem Exploranden keine adäquate Arbeit mehr zumutbar wäre. Obwohl die bisherigen therapeutischen Bemühungen offenbar versagt hätten, scheine es zweckmässig, ein massvolles konservatives Therapiekonzept zur Aufrechterhaltung der Restfunktion, zur Rekonditionierung des Patienten und damit zur Verbesserung die Wiedereingliederungschancen aufrecht zu erhalten. Diese Massnahmen hätten eine adäquate Schmerzmedikation und eine funktionelle Bewegungstherapie zur Verbesserung der Kraftausdauerfunktion zu beinhalten. Die seit einiger Zeit neu aufgetretenen Schulterprobleme seien noch nicht abschliessend diagnostiziert. Prinzipiell könne betreffend Schulterprobleme aber von einer günstigen Prognose ausgegangen werden, da Impingement-Probleme heute mittels adäquater Therapie gut zu beherrschen seien. Bereits im Jahr 2006 sei die Schmerzintensität seitens des Exploranden mit einer submaximalen bis maximalen Intensität angegeben worden. Es sei anlässlich der Nachuntersuchung nicht nachvollziehbar, dass bei diesem subjektiv bereits massivsten Schmerzpegel zwischenzeitlich eine noch weitere relevante Verschlechterung stattgefunden habe. Die Wirbelsäulensymptomatik entspreche den damals erhobenen Befunden im Sinne spondylogener Beschwerden. Zwischenzeitlich neu hinzugekommen sei ein protrahierter Beschwerdeverlauf bei Zustand nach OSG-Distorsion mit nicht dislozierter Fraktur. Neun Monate nach diesem Ereignis persistierten subjektiv erhebliche Beschwerden bei klinisch fassbarer marginaler Pathologie. Eine zusätzliche Invalidisierung infolge OSG-Distorsion und nicht dislozierter Fraktur lasse sich nicht nachweisen.

Aus interdisziplinärer Sicht wurde schliesslich festgehalten, der Explorand beklage seit ca. 2004 muskuloskelettale Beschwerden, Nacken- und Rückenschmerzen, weiter Alpträume, Ängste, grosse Müdigkeit und Schreckhaftigkeit sowie seit Mai 2005 Ohrenscherzen und Ohrgeräusche mit Schwindel. Zudem bestehe ein Status nach OSG-Distorsion mit nicht dislozierter Fraktur. Im Ergebnis vielfältiger Abklärungen des Exploranden seien u.a. die Diagnosen affektive Störung, anhaltende posttraumatische Belastungsstörung mit psychophysiologischen Beschwerden, Tinnitus sowie HWS-Problematik mit muskulären Verspannungen und funktioneller Kopfgelenkstörung gestellt und ein Verdacht auf eine HWS-bedingte Otalgie links geäussert worden. Nach einer Teilarbeitsunfähigkeit habe ab dem 5. September 2005 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Anlässlich der Untersuchungen zur Begutachtung seien zephale und spondylogene Beschwerden zervikal mit/bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und muskulärer Dysbalance, eine thorakovertebrale bis thorakospondylogene Symptomatik mit/bei Hyperkyphose und St.n. thorakalem M. Scheuermann und ein PHS links mit/bei klinisch Verdacht auf Impingement-Problematik diagnostiziert worden. Betreffend den St.n. OSG-Distorsion mit nicht dislozierter Fraktur lasse sich eine zusätzliche Invalidisierung nicht nachweisen. Ein psychiatrisches Krankheitsbild mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe nicht festgestellt werden können. So habe eine posttraumatische Belastungsstörung gemäss den diagnostischen Kriterien der ICD-10 ausgeschlossen werden können, ebenso eine affektive Störung. Die beschriebenen Alpträume seien einer Angsttraumstörung gemäss ICD-10 F51.5 zuzuordnen, wobei das Störungsbild nicht einem anhaltenden Gesundheitsschaden entspreche und keine Verminderung der Arbeitsfähigkeit begründe.

Der Explorand sei aus interdisziplinärer Sicht sowohl in der bisherigen als auch in jeder anderen körperlich schweren Tätigkeit als nicht arbeitsfähig zu beurteilen auf Grund der objektivierbaren Befunde degenerativer Veränderungen, einer Fehlstatik nach thorakalem M. Scheuermann und einer muskulären Dysbalance, weiter einer schmerzhaften Funktionsstörung der rechten Schulter bei vermuteter Impingement-Problematik. Zumutbar seien hingegen körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten, ausgeführt in einem frei zu wählenden Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche. Gewichtsbelastungen seien mit 10 kg limitiert. Ausgeschlossen seien monoton repetitive Tätigkeiten, Tätigkeiten in Zwangshaltungen der Wirbelsäule und Tätigkeiten mit dem rechten Arm in Überschulterhöhe. Dabei könne phasenweise infolge intermittierender Beschwerdeexazerbationen eine um maximal 20 % verminderte Leistungsfähigkeit bestehen. Dabei ergebe sich aus versicherungspsychiatrischer Sicht kein zu begründendes besonderes Tätigkeitsprofil. Für die Durchführung von Rehabilitationsmassnahmen bestehe keine Indikation (KB 11; IV-Nr. 33.3 S. 16 ff.).

4.3 Die IV-Stelle wies den Anspruch des Klägers auf eine Invalidenrente sowie denjenigen auf berufliche Eingliederungsmassnahmen angesichts eines ermittelten Invaliditätsgrades von 14 % mit Verfügung vom 14. August 2008 ab. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angegeben, gemäss der interdisziplinären Begutachtung des E.____ liege beim Kläger keine lang andauernde Krankheit und somit keine Invalidität vor. Die angestammte Tätigkeit als Maschinenbediener oder eine andere körperlich schwere Tätigkeit seien zwar nicht mehr zuzumuten, körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten, ausgeführt in einem frei zu wählenden Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen seien in einem zeitlichen Rahmen von 8,5 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche ohne Leistungseinbusse zuzumuten. Gewichtsbelastungen seien mit 10 kg limitiert. Ausgeschlossen seien monoton repetitive Tätigkeiten, Tätigkeiten in Zwangshaltungen der Wirbelsäule und Tätigkeiten mit dem rechten Arm in Überschulterhöhe. Dabei könne phasenweise infolge intermittierender Beschwerdeexazerbationen eine um maximal 20 % verminderte Leistungsfähigkeit bestehen. Die Durchführung von weiteren medizinischen Abklärungen dränge sich nicht auf (KB 12; IV-Nr. 54).

4.4 Dem Bericht von Dr. med. M.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. November 2008 kann folgender Psychostatus entnommen werden: Es handle sich um einen allseits orientierten Mann, der überdurchschnittlich intelligent und gebildet wirke. Er spreche recht leise, aber so gut Deutsch, dass eine Unterhaltung möglich sei. Sein Verhalten sei sehr korrekt. Seine Mimik sei wenig lebhaft. Seine Stimmung sei bedrückt und er wirke verschlossen. Er zeige ein ausgeprägtes Gedankenkreisen. Dieses sei von negativem Inhalt geprägt. Auch die Träume zeigten einen negativen Inhalt. Er beschäftige sich mit dem Thema Tod und Lebensunlust. Sein Antrieb sei stark vermindert. Er sei vermehrt von Ängsten geplagt. Er habe eine vermehrte Tendenz, sich zurückzuziehen und in sich zu versinken. Er habe vorwiegend zwanghafte und ängstliche Persönlichkeitszüge. Ausserdem habe er narzisstische Persönlichkeitszüge.

Es wurde folgende Diagnose gestellt: «Rezidivierende Depression und mittelgradige depressive Episode bestehend seit etwa zwei Jahren bei zwanghaft-ängstlicher Persönlichkeitsstruktur, bisher ungenügend behandelt (ICD-10 F32.1). Als weitere therapeutische Massnahme wurde die Behandlung der Depression mit Medikamenten und

Gesprächen vorgeschlagen, welche im Vordergrund stehe. Zur Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, der Patient sei im Moment in einem geschützten Rahmen zu 50 % arbeitsfähig. Die körperlichen Beschwerden seien ebenfalls zu beachten. Der weitere Verlauf werde vom Ansprechen auf die Behandlung und vom Verarbeiten weiterer innerpsychischer Belastungen abhängen, die noch vorhanden sein könnten.

Wiedereingliederungsmassnahmen könnten begleitend begonnen werden, sollten aber noch nicht mit allzu viel Druck durchgesetzt werden. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sollte aus der heutigen Sicht für die Zukunft möglich sein (KB 15).

4.5 Die vom damaligen Vertreter des Klägers gestellten Fragen beantwortete Dr. med. M.____ mit Schreiben vom 2. Februar 2009 wie folgt: Die Behandlung des Klägers habe am 1. September 2008 begonnen. Bisher seien 8 Gespräche durchgeführt worden. Rückwirkend bestehe die Symptomatik schon längere Zeit und es sei anzunehmen, dass sie auch kurz vor Behandlungsbeginn bestanden habe. Der Bericht vom 5. November 2008 beruhe auf der Anamnese, subjektiven Angaben des Patienten, Angaben der Ehefrau und objektiven Befunden. Zudem seien die verschiedenen Gutachten vorgelegen. Ein Teil der Befunde beruhe auf unmittelbaren eigenen Wahrnehmungen. In der Zwischenzeit sei ein Test mit dem Kläger durchgeführt worden (Hamilton-Depressionsskala), bei welchem er eine Punktzahl von 25 erreicht habe, was einer schweren Depression entspreche. Der Patient klage über unruhigen Schlaf, der voller Träume sei. Er erwache regelmässig um 4 Uhr morgens und könne nicht weiterschlafen. Trotz eines schlafinduzierenden antidepressiven Medikaments könne er nicht ruhig schlafen. Er habe Angst zu schlafen, weil er im Schlaf verfolgt werde. Zur Aussage, der Patient höre seit dem Jahr 1997 Stimmen im Kopf, sei zu sagen, dass es sich dabei eher um Geräusche und weit entfernte Stimmen handle. Dies sei nicht als Zeichen einer psychotischen Erkrankung zu werten, sondern als starke Irritation und inneres Gequältsein. Der Patient habe keine psychotischen Symptome.

Zur Angabe, weshalb die psychische Störung des Patienten nach den Wahrnehmungen und Untersuchungen seit ca. 2 Jahren andauere, hielt die behandelnde Psychiaterin fest, diese Angaben habe sie vom Patienten und seiner Ehefrau. Er habe nach dem Verlust seiner Arbeit im Eingliederungsversuch, der vom RAV durchgeführt worden sei, mit einer Verschlechterung der Stimmung reagiert. Im Moment sei für den Patienten wahrscheinlich ein Aufenthalt in der Tagesklinik Olten der richtige Ort, um beschäftigt zu sein und aus der depressiven Phase herauszukommen. Er sei im Moment nicht in der Lage, einer Arbeit nachzugehen. Es fehle ihm der Antrieb und die innere Motivation. Er lebe seinen eigenen Tagesrhythmus und sei stark in sich gekehrt. Er reagiere auf Aussenreize sehr negativ. Er habe Schwierigkeiten, sich anderen Menschen zuzuwenden. Er werde erst nach Besserung seines Zustandes in der Lage sein, zu 50 % einer ausserhäuslichen Tätigkeit nachzugehen. In den weiteren Gesprächen habe sich gezeigt, dass der Patient seit Jahren freudlos sei und vor Jahren bereits Suizidversuche verübt habe. Er habe episodisch schwere Alkoholprobleme. Die bisherige Diagnose einer rezidivierenden Depression sei zu bestätigen. Im Moment sei er schwer depressiv und habe seit einigen Wochen einen vermehrten Alkoholkonsum. Er könne sich nicht mehr beschäftigen, habe keine Konzentration, sei meist abwesend und in sich gekehrt. Als Ursache für seine langandauernden Störungen gebe der Patient an, dass er über 20 Jahre als vom Staat [...] Verfolgter im [...] gelebt habe, weil er den Militärdienst verweigert habe.

Aufgrund einer seit Jugend instabilen und ungesicherten Lebenssituation, der Verfolgung durch den Staat, eines zeitweise starken Alkoholkonsums, psychischen Krisen seit Jugend,

gescheiterter erster Ehe und gescheiterter beruflicher Integration in der Schweiz habe sich eine rezidivierende Depression entwickelt, die zur Zeit eine schwere Ausprägung habe und behandelt werden müsse (ICD-10 F33.2). Es seien Hinweise auf mehrere Traumatisierungen vorhanden (KB 16).

4.6 Dem rechtskräftigen Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 14. August 2009 (VSBES.2008.251) kann bezüglich des oben wiedergegebenen E.____-Gutachtens vom 27. September 2007 im Wesentlichen Folgendes entnommen werden (S. 8, E. II. 4; KB 17):

Zu den abweichenden medizinischen Berichten, insbesondere denjenigen von Dr. med. M.____, erwog das Gericht im Wesentlichen was folgt (S. 9 ff., E. II. 5.):

a) (.)

c) Auch aus den Angaben von Dr. G.____ ■ auf welche auch Dr. N.____ in seinem Arztbericht für Erwachsene vom 9.1.2006 letztlich verweist (IV-Nr. 12, S. 4 - 6) - im Arztbericht für Erwachsene vom 27.1.2006 (IV-Nr. 16) vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten. Zum einen verfügt sie nicht über einen psychiatrischen Facharztstitel, weshalb der psychiatrischen Beurteilung (durch das E.____) im Bereich psychischer Leiden ihrer nichtfachärztlichen Einschätzung grundsätzlicher (beweisrechtlicher) Vorrang zukommt (vgl. das Urteil des BGer vom 21.1.2009, 9C_389/2008, E. 3.2 mit Hinweisen). Zum anderen konnte die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durch das E.____ ausgeschlossen werden (IV-Nr. 33.2, S. 13). Schliesslich ist der Bericht auch in zeitlicher Hinsicht nicht beweiskräftig (mehr als 2 1/2 Jahre vor Erlass der angefochtenen Verfügung verfasst).

4.7 Dr. med. L.____, Allgemeine und Innere Medizin FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 16. Oktober 2009 eine affektive Störung sowie einen chronischen Aethylkonsum. Der Hausarzt gab an, der Gesundheitszustand sei stationär. Die Behandlung bestehe seit dem 9. Mai 2007. Zur Anamnese wurde festgehalten, es bestünden diverse somatische Beschwerden, ein chronischer Durchfall sowie Flankenschmerzen. Der Patient klagte ständig über Antriebslosigkeit, Traurigkeit und Schlaflosigkeit. Es bestehe ein trauriges, depressives Erscheinungsbild. Der Patient werde von Dr. med. M.____ regelmässig psychiatrisch betreut. Die Prognose sei fraglich (KB 19; IV-Nr. 80).

4.8 Mit Arztbericht vom 6. Dezember 2009 stellte Dr. med. M.____ folgende Diagnosen: «Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, narzisstischen und schizoiden Zügen (ICD-10 F61.0), rezidivierende Depression, mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), Verdacht auf Alkoholabhängigkeit». Im Weiteren hielt die behandelnde Psychiaterin fest, der Gesundheitszustand sei stationär. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht vom 7. Oktober 2009 erklärte sie, es liege eine Alkoholsucht vor. Die Sucht sei Folge der Persönlichkeitsstörung. Es seien keine erheblichen suchtbedingten irreversiblen Folgeschädigungen vorhanden, welche die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auch bei voller Abstinenz beeinträchtigten. Eventuell sei eine Integration im geschützten Rahmen zum Aufbau der Arbeitsfähigkeit angezeigt.

Ergänzend wies die Psychiaterin noch darauf hin, der Patient sei seit dem 1. September 2008 in ihrer Behandlung. Vorher sei er bei anderen Ärzten gewesen, bisher angeblich nicht in psychiatrischer Behandlung. Der Patient sei ein differenzierter Mann mit Problemen auf

verschiedenen Ebenen. Während eines Aufenthaltes in [...] im Sommer 2009 habe er sich umbringen wollen. Deswegen sei er in seinem Land zu einem Psychiater gegangen. Vor einigen Wochen habe er sich eine neue Wohnung genommen, weil er beabsichtige, sich scheiden zu lassen.

Der Patient habe zuerst über verschiedene körperliche Beschwerden und über eine depressive Symptomatik geklagt, die sich in Interessen- und Freudeverlust geäußert habe. Es bestünden eine Gleichgültigkeit dem Leben gegenüber, Suizidgedanken, innere Leere sowie Schlafstörungen. Er habe über Stimmen geklagt, die ihm gesagt hätten, dass er nicht mehr leben solle. Seine Ehefrau habe ihm einen vermehrten Alkoholkonsum vorgeworfen und einen umgekehrten Nacht-Tag-Rhythmus. Er sei sehr zurückgezogen und habe kaum soziale Kontakte. Oft sei er in seinen Angaben ambivalent und unsicher gewesen. Er habe sich über eine Paarproblematik beklagt und über seine Sehnsucht, in sein Heimatland zurückzukehren. Den vermehrten Alkoholkonsum habe er bestätigt. Unter der antidepressiven Medikation sei es zu einer leichten Besserung der depressiven Symptome und der Ambivalenz gekommen.

Im Rahmen der Befunderhebung wurde ausgeführt, es handle sich um einen allseits orientierten, wachen Mann. Er wirke gehemmt und ängstlich. Er spreche recht gut deutsch und englisch. Der Patient mache einen bemühten Eindruck, es gelinge ihm aber nicht, seine Zusagen umzusetzen. Affektiv sei er verschlossen. Auffallend seien seine leise Stimme und die fehlende aktive Energie. Er sei psychomotorisch gehemmt und habe keine positiven Ideen. Seine Stimmung sei depressiv, er sei hoffnungslos und könne sich für nichts entscheiden. Er habe massive Schuldgefühle. Seine Gedanken kreisten um Ängste, die er als diffus beschreibe. Es bestehe eine ausgeprägte Ambivalenz. Starke Minderwertigkeitsgefühle seien vorhanden. In den Gesprächen sei er nicht alkoholisiert gewesen. Zeitweise bestehe eine akute Suizidalität. Zwanghafte Züge seien vorhanden. Es bestehe ein starker sozialer Rückzug (KB 20; IV-Nr. 83).

4.9 Dr. med. Q.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Arztbericht vom 14. Januar 2010 folgende, seit Dezember 2009 bestehende Diagnosen: «Psychasthenie bei generalisierter Angstkrankheit, Begleitdepression». Ausserdem bestehe seit 1970 ein chronischer Alkoholismus. Der behandelnde Psychiater attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Hilfsarbeiter seit dem 1. November 2008 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand sei stationär. Im Weiteren führte er aus, der Patient habe sich im November 2009 von seiner zweiten Ehefrau getrennt. Eine berufliche Eingliederung habe seither wegen der psychischen Krankheit nicht erfolgen können. Er sei im Netzwerk [...] integriert gewesen. Inzwischen sei er fürsorgeabhängig geworden. Es bestehe ein psychasthenisches Syndrom aufgrund einer generalisierten Angstkrankheit mit Begleitdepression sowie ein chronischer Alkoholismus. Nach eigenen Angaben trinke er bis 7 Liter Bier täglich, keinen Wein und keinen Schnaps. Er trinke allein in seiner Wohnung, wohl auch, um seine chronische Insomnie zu «behandeln» und seinen Alpträumen zu entfliehen. Daneben bestehe eine ca. 40-jährige und andauernde Nikotinsucht. Es scheine, dass die psychische Krankheit, nämlich die generalisierte Angstkrankheit, primär die Arbeitsunfähigkeit verursacht habe. Diese Krankheit sei mit dem Alkoholkonsum verbunden und auch der Grund, weshalb der Patient so wenig gegen seine Erkrankung unternommen habe. Als Folgeschäden des Alkoholismus scheine eine Wesensveränderung vorzuliegen mit psychomotorischer Verlangsamung und Konzentrationseinbussen. Die psychophysische Belastbarkeit sei deutlich eingeschränkt. Nach einer erfolgten

Entzugsbehandlung wären seine Belastbarkeit und seine Fähigkeiten in einem Arbeitsversuch zu prüfen (KB 21; IV-Nr. 84).

4.10 Dem polydisziplinären Gutachten des R.____ vom 17. Juni 2011 kann entnommen werden, dass der Kläger dort am 2. Mai 2011 psychiatrisch (Dr. med. S.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fallführend), am 11. Mai 2011 neurologisch (Dr. med. T.____, Facharzt für Neurologie) und am 29. April 2011 orthopädisch (Dr. med. U.____, Facharzt für Orthopädie) begutachtet worden war. Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «1. Schizoide Persönlichkeitsstruktur (F60.1); 2. Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige depressive Episode (F33.1); 3. Lumbale Spinalkanalstenose L4/L5 und L5/S1 mit fraglicher Claudicatio spinalis und statisch muskulärem LWS-Syndrom; 4. Wahrscheinlich toxische Neuropathie; 5. Statisch muskuläres unteres HWS-Syndrom ohne neurologische Defizite». Die weiteren Diagnosen (6. langjährige Alkoholabhängigkeit [F10.2], aktuell glaubhaft abstinent; 7. Kombinationskopfschmerz [Migräne, Spannungskopfschmerz, Analgetika-induzierter Kopfschmerz]; 8. Meralgie; 9. Mit orthopädischem Schuhwerk versorgte Senk-, Spreiz-, Knickfüsse beidseits) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Im Rahmen der Beurteilung wurde im Wesentlichen ausgeführt, polydisziplinär abzuklären sei ein aktuell 55-jähriger verheirateter, jedoch getrennt lebender Explorand. Er sei unter schwierigen Sozialisationsbedingungen in [...] aufgewachsen. Schon früh habe er schizoide Persönlichkeitsstrukturen mit eingeschränkter Interaktions- und Kontaktfähigkeit sowie eine Neigung zu sozialem und emotionalem Rückzug gezeigt. In der Folgezeit habe sich eine rezidivierende depressive Störung entwickelt und es habe sich ein sekundärer Äthylismus als Ausdruck eines inadäquaten Selbstbehandlungsversuches «aufgepfropft». Trotz einzelner traumatisch erlebter Ereignisse (kriegerische Auseinandersetzungen, später Erdbeben) lasse sich die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht stellen. Die zeitweilig beschriebenen Ängste des Exploranden seien einerseits dem jahrelangen Alkoholkonsum zuzuschreiben, aktuell noch verbliebene leichte Angstanteile spiegeln sich im psychopathologischen Befund nicht wider und gingen im Rahmen der depressiven Störung auf.

Bezüglich des Alkoholkonsums sei der Explorand derzeit glaubhaft abstinent. Die Beeinträchtigungen der psychischen Grundfunktionen wie Intentionalität, Antrieb, Affektkontrolle und Affektregulation führten zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zusätzlich werde aus neurologischer Sicht auf die äthyltoxische Polyneuropathie des Exploranden hingewiesen. Diese führe zu dystaktischen Bewegungsstörungen sowie zu einer Einschränkung des qualitativen Leistungsvermögens. Auszuschliessen seien Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten und auf unebenem Grund. Auch das Arbeiten an Maschinen mit potentiellem Gefährdungspotential sei auszuschliessen. Ferner bestehe eine lumbale Spinalkanalstenose mit möglicher Claudicatio intermittens spinalis. Insgesamt sei aus neurologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit um 15 % gemindert. Aus orthopädischer Sicht werde ebenfalls die Spinalkanalstenose L4/L5 und L5/S1 bestätigt. Ferner werde ein muskuläres unteres HWS-Syndrom ohne neurologische Ausfälle erwähnt.

Aus polydisziplinärer Sicht gelange man somit zur Auffassung, dass der Explorand nur noch in der Lage sei, während 4,25 Stunden pro Arbeitstag ■ entsprechend einem 50 %-Pensum ■ einfache Arbeiten ohne besondere Verantwortungsbereiche zu verrichten. Die Einschränkung von Psychomotorik, Antrieb und Affektregulation sowie

Konzentrationseinschränkungen reduzierten die Leistungsfähigkeit zusätzlich um 20 %. Auszuschliessen seien Tätigkeiten an potentiell gefährdenden Arbeitsplätzen, beispielsweise an schnelllaufenden Maschinen, auf Leitern oder Gerüsten sowie unebenem Grund. Gegenüber dem Vorgutachten des E.____ sei eine massgebliche Verschlechterung des psychopathologischen Befundes eingetreten.

Zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, auf der psychisch-geistigen Ebene bestehe eine deutliche Minderbelastbarkeit mit Beeinträchtigungen von Psychomotorik, Affektregulation, Affektkontrolle und Antrieb. Auf der körperlichen Ebene bestehe eine Minderbelastbarkeit durch eine wahrscheinlich im Rahmen der langjährigen Alkoholabhängigkeit entstandene äthyltoxische Polyneuropathie. Im sozialen Bereich bestünden vor dem Hintergrund der beschriebenen schizoiden Persönlichkeitsstrukturen Einschränkungen in der Interaktionsfähigkeit. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als angelernter Maschinenbediener könne der Explorand nicht mehr verrichten, weil sie mit häufigem Gehen und Stehen verknüpft gewesen sei und auch Tätigkeiten mit Absturzgefährdung beinhaltet habe. Seit September 2009 bestehe eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr. Damals sei eine schwere depressive Episode durch den behandelnden Psychiater Dr. P.____, [...], dokumentiert worden. Es sei retrospektiv nicht zuverlässig beurteilbar, wie sich der Grad der Arbeitsfähigkeit seither entwickelt habe. Der Explorand sei seinem Arbeitsumfeld aufgrund seiner psychischen Störung zuzumuten. Nach langjähriger Abstinenz vom Arbeitsprozess sollte es über eine Rehabilitations- bzw. Wiedereingliederungsmassnahme gelingen, den Exploranden an einen Arbeitsprozess zu gewöhnen und eine entsprechende Tagesstruktur aufzubauen. Andere Tätigkeiten seien dem Exploranden zuzumuten. Es müsse sich um leichte körperliche Arbeiten einfacher geistiger Natur mit geringen Verantwortungsbereichen, möglichst überwiegend sitzend, nur zu ebener Erde, nicht auf Leitern oder Gerüsten handeln. Besonderer Zeitdruck und Nachtarbeitsbedingungen seien zu vermeiden; ein möglichst zugewandtes, empathisches Arbeitsklima sei erforderlich. Es dürfe kein intensiver Kundenkontakt bestehen. Angepasste Tätigkeiten im Ausmass von 4,25 Stunden pro Tag (50 %) seien zuzumuten, wobei eine um 20 % verminderte Leistungsfähigkeit bestehe (KB 22; IV-Nr. 119.1).

4.11 Die IV-Stelle Solothurn sprach dem Kläger gestützt auf dieses Gutachten des R.____ eine Dreiviertelsrente ab 1. September 2010 zu (Invaliditätsgrad von 62 %; KB 23).

5. Der Kläger lässt beantragen, die Beklagte sei zu verpflichten, dem Kläger Invalidenleistungen seit 1. September 2010 zu bezahlen. Zur Begründung wird im Wesentlichen vorgebracht, der Kläger sei am 5. September 2005 an einem Rückenleiden und psychischen Problemen erkrankt. Er sei deshalb zu Beginn zu 100 % und später zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Gestützt auf diese Arbeitsunfähigkeit habe er bis zum Ende des Arbeitsverhältnisses am 28. Februar 2006 Krankentaggeldleistungen erhalten. Am 15. Dezember 2005 habe er sich erstmals zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Der Gesundheitszustand sei damals schwankend und teilweise rezidivierend gewesen. Er habe unter psychischen Problemen gelitten, welche seine Arbeitsfähigkeit stark beeinträchtigt hätten. Ab 1. September 2008 habe er sich psychiatrisch behandeln lassen. Aufgrund des anhaltend schlechten Gesundheitszustandes habe er sich am 25. September 2009 erneut zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Diese Neuanmeldung sei wegen einer Verschlechterung des seit 2005 bestehenden Krankheitsbildes erfolgt. Eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit sei nicht erst im September 2009 eingetreten, wie dies im Gutachten des

R.____ festgestellt worden sei, sondern bereits im Jahr 2005, als er noch bei seiner letzten Arbeitgeberin angestellt und bei der Beklagten berufsvorsorgeversichert gewesen sei. Der sachliche Zusammenhang sei zu bejahen. Die Beklagte sei gestützt auf Art. 23 BVG leistungspflichtig. Die Beklagte beantragt demgegenüber die Abweisung der Klage.

5.1 Zunächst ist festzustellen, dass beim Kläger während der Dauer des Vorsorgeverhältnisses bei der Beklagten vom 24. Mai 2004 bis 28. Februar 2006 verschiedene Arbeitsunfähigkeiten auftraten. So wurde er nach den Angaben seiner letzten Arbeitgeberin, der D.____, vom 21. bis 28. Juni 2004 zu 100 %, vom 29. Juni bis 9. Juli 2004 zu 50 %, vom 12. bis 16. Juli 2004 erneut zu 100 %, vom 16. bis 20. August 2004 wiederum zu 50 % und vom 11. bis 25. Mai, 20. bis 27. Juni 2005 sowie 5. September 2005 bis zum Ende des Arbeits- und Versicherungsverhältnisses am 28. Februar 2006 krankheitshalber erneut zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (vgl. Anmeldung zum Bezug von Versicherungsleistungen bei Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit vom 31. März 2006 [KB 2]; vgl. auch Arbeitsunfähigkeitszeugnisse von Dr. med. N.____, Innere Medizin FMH, vom 3. Oktober 2005 und Dr. med. G.____ vom 28. Oktober und 28. Dezember 2005 sowie 27. Januar 2006. Danach war er nach den Angaben seiner Hausärztin vom 1. März 2006 bis zum 29. Februar 2008 andauernd zu 50 % arbeitsunfähig [KB 3 und 4]). Aufgrund der andauernden krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit bezog der Kläger in der Folge Taggelder der C.____ vom 1. März 2006 bis zum Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer am 4. September 2007 auf der Basis einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % (vom 8. bis 20. März 2006, 13. bis 28. Februar und 17. bis 29. Juli 2007 auf der Basis einer Arbeitsunfähigkeit von 100 %; vgl. KB 6). In der Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen vom 15. Dezember 2005 hatte der Kläger angegeben, er leide seit Juni 2004 an Nacken- und Rückenschmerzen, seit Mai 2005 an Ohrenscherzen, Tinnitus und Schwindel und seit September 2005 an Alpträumen, Ängsten, grosser Müdigkeit und Schreckhaftigkeit (KB 7).

5.2 Aufgrund der oben (unter E. II. 4 hiervor) wiedergegebenen echtzeitlichen medizinischen Berichte standen beim Kläger während des Versicherungsverhältnisses bei der Beklagten nicht ein psychisches Leiden, sondern somatische Einschränkungen im Vordergrund, welche sich auf seine Arbeitsfähigkeit auswirkten. So konnte die IFPP-Gutachterin im versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 9. August 2007 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die von ihr diagnostizierte Angsttraumstörung (ICD-10 F51.5) hatte gemäss ihren Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Klägers. Aus rein psychiatrischer Sicht bestand bei einer der bisherigen Tätigkeit vergleichbaren Arbeitstätigkeit eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit (8,5 Stunden pro Tag) ohne Leistungsminderung. Eine adäquate Behandlung der Schlafstörungen wurde als ausreichend angesehen (KB 10; IV-Nr. 33.2 S. 15 f.; E. II. 4.2.1 hiervor). Eine anhaltende posttraumatische Belastungsstörung mit psychophysiologischen Beschwerden, wie sie von der Hausärztin und Allgemeinmedizinerin Dr. med. G.____ in ihrem Bericht vom 27. Januar 2006 diagnostiziert worden war (vgl. KB 8; IV-Nr. 16 S. 5; E. II. 4.1.1), konnte von der begutachtenden Fachärztin nicht bestätigt werden. Dementsprechend wurden auch im interdisziplinären versicherungsmedizinischen E.____-Gutachten vom 27. September 2007 ausschliesslich somatische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (zephale und spondylogene Beschwerden zervikal, degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, muskuläre Dysbalance; thorakovertebrale bis thorakospondylogene Symptomatik, Hyperkyphose, Zustand nach thorakalem Morbus

Scheuermann; Periarthritis humeroscapularis [PHS], klinisch Verdacht auf Impingement-Problematik) angegeben und es wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, seitens des Fachgebietes Psychiatrie seien keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vergeben worden (KB 11; IV-Nr. 33.3 S. 16 f.). Aus psychiatrischer Sicht wurde sowohl die bisherige Tätigkeit als auch eine der bisherigen Tätigkeit vergleichbare Arbeitstätigkeit als vollumfänglich zumutbar erklärt. Die E.____-Gutachter kamen zum Schluss, eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr in der bisherigen Tätigkeit sei retrospektiv seit 2004 seitens des Fachgebietes Rheumatologie anzunehmen. Dementsprechend wurde aus interdisziplinärer Sicht in der bisherigen Tätigkeit eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr seit 2004 festgestellt (KB 11; IV-Nr. 33.3 S. 23 f.; E. II. 4.2.2 hiervor). Somit steht nach den Angaben der E.____-Gutachter fest, dass beim Kläger während des Versicherungsverhältnisses bei der Beklagten vom 24. Mai 2004 bis 28. Februar 2006 aus psychischen Gründen keine relevante Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten war (vgl. E. II. 2.1. hiervor).

5.3 Das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn stützte sich in seinem rechtskräftigen Urteil vom 14. August 2009 (VSBES.2008.251) vollumfänglich auf das oben wiedergegebene interdisziplinäre E.____-Gutachten ab. Es erwog, dem E.____-Gutachten vom 27. September 2007 komme voller Beweiswert zu, insgesamt erfülle es - inklusive der fachspezifischen Teilgutachten (IV-Nr. 33.2 und 33.4) - ohne weiteres die Anforderungen an eine voll beweiskräftige medizinische Expertise. Die abweichenden Berichte der behandelnden Ärzte könnten daran nichts ändern. Das Versicherungsgericht hielt fest, von den E.____-Gutachtern sei keine depressive Störung mit Krankheitswert objektiviert worden, was umso mehr ins Gewicht falle, als dass die Gutachter zwei psychiatrische Untersuchungen am 26. Oktober 2006 und 9. August 2007 durchgeführt hätten, bei welchen u.a. die affektive Schwingungsfähigkeit des Klägers jeweils erhalten gewesen sei. Die damalige behandelnde Psychiaterin, Dr. med. M.____, habe sich lediglich auf die subjektiven Angaben des Klägers abgestützt, welche im Kontrast zur Einschätzung der E.____-Gutachter stünden. Eine wesentliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands, welcher bereits zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 14. August 2008 bestanden habe, lasse sich mit der unsubstanzierten Einschätzung von Dr. med. M.____, wonach die psychische Störung des Klägers seit ca. 2 Jahren andauere, nach dem Dargelegten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit begründen, zumal auch die Behandlung durch Dr. med. M.____ erst unmittelbar nach Erlass der angefochtenen Verfügung am 1. September 2008 begonnen habe. Insgesamt bringe Dr. med. M.____ keine objektiven Gesichtspunkte vor, welche anlässlich der Begutachtung durch das E.____ unerkannt geblieben seien (KB 17 S. 8 ff. E. 4 f. [E. II. 4.6 hiervor]; vgl. auch Berichte von Dr. med. M.____ vom 5. November 2008 und 2. Februar 2009, KB 15 und 16 [E. II. 4.4. und 4.5]).

Das Versicherungsgericht führte im Weiteren aus, auch aus den Angaben der damaligen Hausärztin, Dr. med. G.____, im Arztbericht vom 27. Januar 2006 vermöge der Kläger nichts zu seinen Gunsten ableiten. Zum einen verfüge sie nicht über einen psychiatrischen Facharztstitel, weshalb der psychiatrischen Beurteilung durch das E.____ im Bereich psychischer Leiden ihrer nichtfachärztlichen Einschätzung grundsätzlicher (beweisrechtlicher) Vorrang zukomme. Zum anderen habe die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durch das E.____ ausgeschlossen werden können. Schliesslich sei der Bericht auch in zeitlicher

Hinsicht nicht beweiskräftig (KB 17 S. 11 E. 5c; E. II. 4.1 hiervor). Zum Arztbericht des Hausarztes Dr. med. L. ___ vom 7. August 2007 stellte das Versicherungsgericht fest, dieser äussere sich darin nicht zur Arbeitsfähigkeit des Klägers und begründet auch die ■ fachfremde und nicht nach ICD-10 kodierte ■ Diagnose einer affektiven Störung nicht hinreichend, sondern gebe lediglich an, dass der Patient über Schlaflosigkeit und depressive Stimmung klage. Die E. ___-Gutachter hielten zwar ebenfalls fest, dass beim Kläger eine Unzufriedenheit mit der Lebenssituation vorliege, die sicher auch bisweilen Gefühle der Traurigkeit mit sich bringen könne, aber normalpsychologisch nachvollziehbar sei und keinen eigenständigen Krankheitswert habe (KB 17 S. 11 E. 5d). Schliesslich hielt das Versicherungsgericht fest, dem Monate nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 14. August 2008 verfassten Austrittsbericht des O. ___ vom 5. Januar 2009 seien keine psychiatrischen Befunde zu entnehmen (KB 17 S. 11 f. E. 5e).

Nach dem Gesagten kam das Versicherungsgericht gestützt auf das vorerwähnte interdisziplinäre versicherungsmedizinische E. ___-Gutachten in seinem rechtskräftigen Urteil vom 14. August 2009, welches die angefochtene Verfügung der IV-Stelle vom 14. August 2008 (KB 12) vollumfänglich bestätigt, zum Schluss, es sei mit den E. ___-Gutachtern von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit des Klägers für leidensadapirierte Tätigkeiten auszugehen (KB 17 S. 12 E. 5g). Indem es auch dem psychiatrischen Teilgutachten vom 9. August 2007 volle Beweiskraft zuerkannte, stützte es sich insbesondere auch auf die Feststellungen der psychiatrischen E. ___-Gutachterin, wonach bis zum Verfügungserlass am 14. August 2008 aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit eingetreten war. Wie erwähnt, hielt sich die Beklagte im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlich Verfügten. Die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise muss sich der Kläger entgehen lassen (vgl. E. II. 3.2 hiervor).

5.4

5.4.1 Gemäss den vorliegenden medizinischen Berichten verschlechterte sich die gesundheitliche Situation des Klägers im Herbst 2008 erheblich. Die damalige behandelnde Psychiaterin Dr. med. M. ___ diagnostizierte in ihrem Bericht vom 6. Dezember 2009 eine Persönlichkeitsstörung mit abhängigen, narzisstischen und schizoiden Zügen (ICD-10 F61.0), eine rezidivierende Depression, mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) sowie einen Verdacht auf eine Alkoholabhängigkeit und führte im Wesentlichen aus, vor dem Behandlungsbeginn am 1. September 2008 sei der Kläger angeblich nicht in einer psychiatrischen Behandlung gestanden. Der Kläger wirke gehemmt und ängstlich und sei affektiv verschlossen. Auffallend sei seine leise Stimme und die fehlende aktive Energie. Seine Stimmung sei depressiv und er könne sich für nichts entscheiden. In den Gesprächen sei er nicht alkoholisiert gewesen. Zeitweise bestehe eine akute Suizidalität. Sodann seien zwanghafte Züge sowie ein starker sozialer Rückzug festzustellen (KB 20; IV-Nr. 83). Der neue behandelnde Psychiater, Dr. med. Q. ___, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 14. Januar 2010 eine seit Dezember 2009 bestehende Psychasthenie bei generalisierter Angstkrankheit sowie eine Begleitdepression. Ausserdem bestehe ein chronischer Alkoholismus. Für die Tätigkeit als Hilfsarbeiter attestierte er eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Klägers seit dem 1. November 2008 bis auf weiteres. Sodann gab er im Wesentlichen an, als Folgeschaden des Alkoholismus scheine eine Wesensveränderung vorzuliegen mit psychomotorischer Verlangsamung und Konzentrationseinbussen. Die psychophysische Belastbarkeit sei deutlich eingeschränkt (KB 21; IV-Nr. 84).

5.4.2 Das von der IV-Stelle Solothurn im Rahmen des Neuanmeldeverfahrens (vgl. Neuanmeldung vom 25. September 2009; KB 18) im März 2011 veranlasste polydisziplinäre Gutachten des R.____ vom 17. Juni 2011 bestätigte eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Klägers. Die Gutachter diagnostizierten beim Kläger aufgrund ihrer internistischen, neurologischen, orthopädischen und psychiatrischen Explorationen vom 29. April, 2. und 11. Mai 2011 eine schizoide Persönlichkeitsstruktur (F60.1), eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige depressive Episode (F33.1), eine lumbale Spinalkanalstenose L4/L5 und L5/S1 mit fraglicher Claudicatio spinalis und statistisch muskulärem LWS-Syndrom, wahrscheinlich eine toxische Neuropathie sowie ein statisch muskuläres unteres HWS-Syndrom ohne neurologische Defizite und führten im Wesentlichen aus, gegenüber dem Vorgutachten des E.____ sei eine massgebliche Verschlechterung des psychopathologischen Befundes eingetreten. Auf der psychisch-geistigen Ebene bestehe eine deutliche Minderbelastbarkeit mit Beeinträchtigungen von Psychomotorik, Affektregulation, Affektkontrolle und Antrieb. Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr bestehe seit September 2009, als eine schwere depressive Episode durch den behandelnden Psychiater Dr. med. P.____, [...], dokumentiert worden sei (KB 22; IV-Nr. 119.1 S. 19 ff.; E. II. 4.10 hiervor). Gestützt auf dieses polydisziplinäre Gutachten erliess die IV-Stelle Solothurn am 6. Januar 2012 einer Verfügung, worin sie dem Kläger aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 62 % eine Dreiviertelsrente ab 1. September 2010 (Beginn des Wartejahres: 1. September 2009) zusprach (KB 23; E. II. 4.11 hiervor). Auch dieser Verfügung kommt Verbindlichkeits-wirkung zu.

5.4.3 Der Kläger macht geltend, die Neuanmeldung zum Bezug von Invalidenleistungen vom 25. September 2009 sei nicht aufgrund eines neuen, vom früheren losgelösten Krankheitsbildes erfolgt, sondern wegen einer Verschlechterung des seit 2005 bestehenden Krankheitsbildes; die 20%ige Arbeitsunfähigkeit habe bereits ab dem Jahr 2005 bestanden (Klage, S. 9 Ziff. 15). Dem ist entgegenzuhalten, dass die [...]Gutachter des R.____ die Frage nach dem Eintritt einer relevanten, d.h. medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeit von 20 % klar mit «September 2009» beantworteten und sich dabei auf die Dokumentation einer schweren depressiven Episode durch den damals behandelnden Psychiater Dr. med. P.____ stützten. Eine relevante Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen vor diesem Zeitpunkt geht ■ wie erwähnt - aus den Akten nicht hervor. Ein Anspruch auf Invalidenleistungen der obligatorischen beruflichen Vorsorge setzt voraus, dass die invalidisierenden gesundheitlichen Probleme während des hier fraglichen Vorsorgeverhältnisses vom 24. Mai 2004 bis 28. Februar 2006 zu einer Arbeitsunfähigkeit im Ausmass von mindestens 20 % geführt haben. Die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen muss überdies von dauerhafter Natur sein (vgl. E. II. 2.1 hiervor). Diese Voraussetzungen sind hier angesichts der gutachterlichen Untersuchungsergebnisse klar nicht erfüllt. Das Bestehen von gesundheitlichen Problemen, welche sich während der Dauer des Vorsorgeverhältnisses nicht in massgeblicher Weise und dauerhaft auf das funktionelle Leistungsvermögen und damit die Arbeitsfähigkeit auswirken, begründen noch keine Leistungspflicht der Vorsorgeeinrichtung. Eine Einbusse an Leistungsvermögen aus psychischen Gründen trat bei der Beklagten arbeitsrechtlich nicht in Erscheinung (vgl. E. II. 2.3 hiervor). Zu der erst ab September 2010 eingetretenen Invalidität infolge einer rezidivierenden depressiven Störung mittelgradiger oder schwerer Ausprägung vor dem Hintergrund einer schizoiden Persönlichkeitsstruktur (F60.1) besteht somit kein sachlicher Konnex.

Im Übrigen wurde der Kläger gutachterlich ■ zumindest für den Zeitraum zwischen den beiden psychiatrischen Explorationen vom 26. Oktober 2006 und 9. August 2007 ■ aus psychiatrischer Sicht als vollumfänglich arbeitsfähig erachtet (in der Kontrolluntersuchung vom 9. August 2007 konnte keine Befundänderung festgestellt werden [vgl. KB 10 IV-Nr. 33.2 S. 12]), weshalb auch der zeitliche Konnex zu verneinen ist (vgl. E. II. 2.2 hiervor).

5.5 Nach dem Gesagten war der Kläger weder beim Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, noch bei der Erhöhung der Invalidität bei der Stiftung gemäss dem Vorsorgereglement (KAB 2) versichert. Es bestehen damit weder obligatorische noch reglementarische Ansprüche des Klägers auf Invaliditätsleistungen der Beklagten aus beruflicher Vorsorge (vgl. E. II. 2.4 hiervor). Die Klage ist somit abzuweisen.

E. 6

6.1 Ausgangsgemäss besteht kein Anspruch des Klägers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beklagten (§ 58 des [kantonalen] Gesetzes über den Rechtsschutz in Verwaltungssachen [Verwaltungsrechtspflegegesetz; BGS 124.11] i.V.m. Art. 106 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO]).

Der obsiegenden Beklagten ist als Sozialversicherungsträgerin nach dem allgemeinen sozialversicherungsrechtlichen Prozessgrundsatz keine Parteientschädigung zuzusprechen (BGE 126 V 143 E. 4b S. 150 f.; Stauffer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zur beruflichen Vorsorge, 3. Aufl., 2013, S. 279 Ziff. 7.6 mit Hinweisen).

6.2 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 abgewiesen.
2. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.
3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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