

SO_GERICHTE VSKLA.2016.4 vom 29. April 1999

SO Obergericht, 1999-04-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSKLA.2016.4

FR: SO_GERICHTE VSKLA.2016.4 du 29 avril 1999

IT: SO_GERICHTE VSKLA.2016.4 del 29 aprile 1999

Erwägungen

E. 1

Die Klage sei vollumfänglich abzuweisen.

E. 2

Eventualiter: Die Klage sei abzuweisen, soweit der Kläger Invalidenleistungen beantragt, die höher sind als die minimale obligatorische BVG-Viertelsrente, gekürzt um den Betrag der noch nicht zurückerstatteten Austrittsleistung, und soweit er Leistungen vor dem 1. März 2011 beantragt.

E. 3

Unter Kostenfolge zu Lasten des Klägers. 4. Mit Replik vom 11. Mai 2016 (A.S. 38 ff.) hält der Kläger an seinen gestellten Rechtsbegehren fest. 5. Mit Duplik vom 3. Juni 2016 (A.S. 46 ff.) verweist die Beklagte ebenfalls auf ihre bereits gestellten Rechtsbegehren. 6. Mit Verfügung vom 25. Oktober 2017 (A.S. 62) werden bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn die IV-Akten betreffend den Kläger eingeholt. 7. Mit Verfügung vom 15. Januar 2018 (A.S. 63) werden bei der Suva die UV-Akten betreffend den Kläger eingeholt. 8. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. II. 1. Das Versicherungsgericht ist nach Art. 73 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG; SR 831.40) und § 54 Abs. 1 des Gesetzes über die Gerichtsorganisation (GO; BGS 125.12) zur Beurteilung der vorliegenden Streitsache über Ansprüche eines Versicherten gegenüber einer Vorsorgeeinrichtung sachlich und örtlich zuständig. 2. Gemäss Art. 73 Abs. 2 stellt der Richter – unter Mitwirkung der Parteien – den Sachverhalt von Amtes wegen fest. Das schliesst eine Beweislast der Parteien im Sinne einer Beweisführungslast notwendigerweise aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen diese in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Urteil des Bundesgerichts 9C_1027/2008 vom 10. August 2009, E. 5.2; BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). 3. Nach Art. 23 lit. a BVG hat Anspruch auf eine Invalidenrente aus beruflicher Vorsorge, wer im Sinne der Invalidenversicherung zu mindestens 40 % invalid ist und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert war. 3.1 Entscheidend im Rahmen von Art. 23 BVG ist einzig der Eintritt der relevanten Arbeitsunfähigkeit (zu diesem Begriff vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1 S. 345 f. mit Hinweisen), unabhängig davon, in welchem Zeitpunkt und in

welchem Masse daraus ein Anspruch auf Invalidenleistungen entsteht. Die Versicherteneigenschaft muss nur bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit gegeben sein, dagegen nicht notwendigerweise auch im Zeitpunkt des Eintritts oder der Verschlimmerung der Invalidität. Für eine einmal aus – während der Versicherungsdauer aufgetretener – Arbeitsunfähigkeit geschuldete Invalidenleistung bleibt die Vorsorgeeinrichtung somit leistungspflichtig, selbst wenn sich nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses der Invaliditätsgrad ändert. Entsprechend bildet denn auch der Wegfall der Versicherteneigenschaft keinen Erlösungsgrund (Art. 26 Abs. 3 BVG e contrario; BGE 123 V 262 E. 1a S. 263; 118 V 35 E. 5 S. 45). Umgekehrt entfällt im Anwendungsbereich von Art. 23 lit. a BVG die Leistungspflicht einer Vorsorgeeinrichtung, wenn die massgebliche Arbeitsunfähigkeit bereits vor der Entstehung des Versicherungsverhältnisses eingetreten war (Urteil des Bundesgerichts 9C_91/2013 vom 17. Juni 2013 mit weiteren Hinweisen). 3.2 Die Arbeitsunfähigkeit ist relevant, wenn sie mindestens 20 % beträgt (Urteil des Bundesgerichts 9C_772/2007 vom 26. Februar 2008, E. 3.2; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts B 48/97 vom 7. Oktober 1998 E. 1) und sich auf das Arbeitsverhältnis sinnfällig auswirkt oder ausgewirkt hat. Es muss arbeitsrechtlich in Erscheinung treten, dass die versicherte Person im bisherigen Beruf (BGE 134 V 20 E. 5.3 S. 27) an Leistungsvermögen eingebüsst hat, so etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte, gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle.

E. 4

4.1 Gemäss den Ausführungen des Klägers sei er vom 28. Oktober 1996 bis 30. November 2006 bei der B.____ angestellt gewesen. Die Arbeitgeberin sei für die berufliche Vorsorge bei der Beklagten angeschlossen gewesen. Am 23. September 1997 habe er einen Arbeitsunfall erlitten, bei welchem er sich am Zeig-, Mittel- und Ringfinger der rechten Hand starke Quetschungen zugezogen habe. Nach rund fünfmonatiger Arbeitsunfähigkeit habe er seine angestammte Tätigkeit in einem reduzierten Pensum wieder aufgenommen. Gemäss Bericht vom 26. Februar 1999 (IV-Nr. 7.7, S. 11) habe der Kläger nach dem Unfall eine Leistungseinbusse von 15 - 20 % gehabt. Als Gründe für diese Einbusse seien die Verlangsamung sowie die eingeschränkte Versetzbarkeit benannt worden. Zudem habe er teilweise Mithilfe von Arbeitskollegen gebraucht. Gemäss Bericht habe sicherlich eine unfallbedingte Einschränkung der Handfunktion bestanden. Der Kläger erbringe kein volles Rendement mehr, da er häufig über Schmerzen klage und die Finger sichtbar geschwollen seien. Daraufhin habe ihm die Suva mit Verfügung vom 29. April 1999 eine IV-Rente von 15 % sowie eine Integritätsentschädigung zugesprochen. Der Kläger habe in der Folge unter starken Schmerzen in den Fingern gelitten und habe sich deshalb im Juni 1999 erneut in ärztliche Behandlung begeben. Es sei eine Schmerzproblematik sowie ein mässiggradiges Karpaltunnelsyndrom und eine muskuläre Beschwerdesymptomatik am Vorderarm und des seitlichen Oberarmes diagnostiziert worden (Gutachten D.____ vom 24. Juni 2011). Mit Verfügung vom 2. August 2001 habe die Suva die befristete IV-Rente aufgrund der weiterhin bestehenden Erwerbsunfähigkeit von 15 % weitergeführt. Der Zustand des Klägers habe sich gemäss Austrittsbericht der E.____ vom 29. September 2003 (IV-Nr. 7.3, S. 28) seit dem Unfall sukzessive verschlechtert. Im Verlauf der Jahre seien myo-fasziale Schultergürtelbeschwerden dazu gekommen. Es bestehe ein Hand-Arm-Schulter-Schmerzsyndrom rechts, welches auch auf den Nacken übergreife. An der Hand bestünden intermittierende Symptome eines CRPS wie Lividität, Schwellung, grober Tremor und eine diffuse Hyposensibilität. Der lange, schmerzreiche Verlauf habe

inzwischen zu rezidivierenden depressiven Episoden geführt. Am 20. Oktober 2003 sei eine kreisärztliche Untersuchung durchgeführt worden. Dr. med. F. ___ habe anlässlich dieser Untersuchung festgestellt, dass sich der Zustand des Klägers trotz der Rehabilitationsbemühungen verschlechtert habe. Der Kläger sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 7.3, S. 19). Mit Arztbericht vom 1. März 2004 habe Dr. med. G. ___ festgehalten, dass der Kläger seit dem 13. Februar 2003 bis auf weiteres 100 % arbeitsunfähig sei. Infolge der langandauernden Arbeitsunfähigkeit nach der Operation vom 17. März 2003 sei dem Kläger im Jahr 2006 von der B. ___ gekündigt worden. Mit Arztbericht vom 9. Februar 2011 (IV-Nr. 82, S. 2) habe der behandelnde Psychiater Dr. med. H. ___ festgehalten, es bestehe eine zur Chronifizierung neigende reaktive Depression mittleren Grades, zu klassifizieren unter «längerdauernde depressive Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von anderen Gefühlen», (gemäss ICD-10 Definition bestehe nach so langer Zeit heute ein Stadium der andauernden Persönlichkeitsveränderung, ICD-10 F.62.1) seit ca. 2003/2004; aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine 40 - 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit ca. 2004. Am 2. Dezember 2011 habe der Regionale Ärztliche Dienst der IV-Stelle (RAD) in seiner Stellungnahme zum medizinischen Sachverhalt folgendes festgehalten (IV-Nr. 89): Gemäss Hausarzt und der Psychiater Dr. med. I. ___ und Dr. med. H. ___ bestehe eine Verschlechterung der psychischen Gesundheitssituation ab 2004. Zudem hätten auch Dr. med. J. ___ und die Gutachter des D. ___ psychische Probleme festgestellt. Die psychiatrische Beurteilung von Dr. med. H. ___ und Dr. med. I. ___ würden überzeugen und wirkten realistisch. Bezüglich der somatischen Situation gehe der RAD davon aus, dass es sich bereits im Anschluss an die Karpaltunneloperation um ein begründetes CRPS gehandelt habe. Es sei dem Kläger direkt nach der Operation schlechter gegangen. In der Stellungnahme werde betreffend Arbeitsfähigkeit darauf hingewiesen, dass in der angestammten Tätigkeit als Maschinist aus psychischen und aus somatischen Gründen eine 0%ige Arbeitsfähigkeit seit 17. März 2003 bestanden habe. In einer Verweistätigkeit gemäss Zumutbarkeitsprofil sei er ab 2004 aus psychischen Gründen 2 x 2.5 Stunden/Tag mit einer Leistungseinschränkung von 25 % arbeitsfähig gewesen. Aus somatischen Gründen sei eine ganztägige, einhändige Arbeit mit der nicht dominanten linken Hand unter Beachtung des Zumutbarkeitsprofils möglich. Diese Arbeitsunfähigkeit gelte ab dem 17. März 2003, bereits damals sei die rechte Oberextremität nur noch sehr limitiert einsetzbar gewesen. Eine Verschlechterung sei sicher ab 2008 gegeben. Wie die Stellungnahme des RAD nachvollziehbar erläutere, sei der Kläger nach der Operation im März 2003 nie mehr zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Bereits ab 2004 sei er aufgrund der psychischen Probleme nur noch sehr eingeschränkt arbeitsfähig gewesen. Zudem sei der Kläger aus somatischen Gründen stark eingeschränkt. Bereits ab dem 17. März 2003 sei die rechte Oberextremität nur noch sehr limitiert einsetzbar gewesen. Der RAD sei zudem korrekterweise der Ansicht, dass eine Neubeurteilung ab 2003 hätte erfolgen sollen, da diverse Ärzte nachvollziehbar dargelegt hätten, dass die bisherigen Annahmen nicht korrekt gewesen seien. Die zur Invalidität führende Arbeitsunfähigkeit sei somit zweifellos eingetreten, als der Kläger noch bei der Beklagten versichert gewesen sei. Der sachliche Kausalzusammenhang zwischen dem Gesundheitsschaden, der zur Arbeitsunfähigkeit und demjenigen, welcher zur Invalidität geführt habe, sei zu bejahen. Eine Unterbrechung sei nicht erfolgt, da der Kläger seither immer mehr als 20 % arbeitsunfähig gewesen sei. Dem Kläger sei deshalb ab dem 1. September 2010 eine BVG-Invalidenleistung auszurichten.

5. Es ist unbestritten, dass der Kläger an Beschwerden leidet, die zu einer bleibenden Erwerbsunfähigkeit in rentenbegründendem Ausmass geführt haben. Umstritten ist

dagegen, wann eine Arbeitsunfähigkeit von wenigstens 20 % eingetreten ist.

5.1 Soweit hier von Interesse, ist den Akten zur Erwerbstätigkeit des Klägers folgendes zu entnehmen:

Am 23. September 1997 erlitt der Kläger an seinem Arbeitsplatz in [...] einen Unfall, indem er bei Arbeiten an einem Drehwalzenstuhl mit der rechten Hand seitlich in die Walze geriet und sich dabei am Zeig-, Mittel- und Ringfinger starke Quetschungen zuzog. (IV-Nr. [Akten der IV-Stelle] 7.13). In diesem Zeitpunkt war er bei der B.____ in [...] als Mitarbeiter in der Fabrikation angestellt.

Ab 17. November 1997 nahm der Kläger seine Tätigkeit bei der B.____ wieder in einem 50 %-Pensum auf (IV-Nr. 7.12, S. 15). Ab 22. Dezember 1997 war der Kläger wieder in einem vollen Pensum arbeitsfähig und arbeitstätig (IV-Nr. 7.12, S. 14 und S. 7).

Im Schreiben von Herrn L.____ von der B.____ vom 1. Februar 1999 (IV-Nr. 7.8, S. 5.5) wurde festgehalten, der Kläger arbeite nach wie vor zuverlässig, aber mit gewissen unfallbedingten Einschränkungen. Er habe keine genügende Kontrolle über seine rechte Hand. Diese sei weiterhin unbeweglich. Fast alle Arbeiten erledige er linkshändig, um nicht Farbgebände fallen zu lassen oder an der Maschine einen neuen Unfall zu erleiden. Manches gehe etwas langsamer. Arbeitskollegen würden ihm bisher beim Heben schwerer Güter helfen, weil sie seine Probleme sehen würden und seine Stelle vor Umbesetzungen schützen wollten. Die B.____ schätze die stetige Zuverlässigkeit des Klägers und habe deshalb aus sozialen Erwägungen seit dem Unfall auf eine Lohnreduktion verzichtet.

Am 24. Februar 1999 berichtete der Kläger anlässlich von Abklärungen in der Firma B.____ gegenüber der Suva, der Gesundheitszustand habe sich in den letzten Wochen und Monaten nicht sichtbar verbessert. Seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 21. Dezember 1998 sei keine wesentliche Änderung eingetreten. Die Finger seien häufig stark angeschwollen. Die Beweglichkeit sei eingeschränkt. Er leide auch unter einem Kraftdefizit. Seiner Meinung nach könne der Gesundheitszustand durch weitere medizinische Massnahmen nicht wesentlich verbessert werden. Aufgrund der Verletzung der rechten, dominanten Hand sei er beim Verrichten gewisser Tätigkeiten wie Heben von Lasten usw. eingeschränkt. Seit dem Unfall habe er kein volles Rendement mehr erbringen können. Aufgrund der Verletzung an der rechten, dominanten Hand sei er beim Verrichten gewisser Tätigkeiten wie Heben von Lasten usw. eingeschränkt. Aus diesem Grund sei er auch intern versetzt worden. Er könne leichtere manuelle Tätigkeiten verrichten. Vor dem Ereignis habe er alles machen können. Er leide unter der Tatsache, dass er nicht mehr zu den vollwertigen Mitarbeitern gehöre (IV-Nr. 7.7, S. 13).

Anlässlich der Abklärung bei der B.____ am 24. Februar 1999 erklärten Herr L.____, Leiter Personal- und Rechnungswesen, sowie Herr M.____, Betriebsleiter, beim Kläger handle es sich um einen sehr zuverlässigen, willigen, polyvalent einsetzbaren Mitarbeiter, der eine überdurchschnittliche Leistung erbracht habe. Vor dem Unfallereignis habe er vor allem am sogenannten Drehwalzstuhl gearbeitet. 100 - 150 kg schwere Farbfässer würden zur vorgenannten Maschine transportiert. Dort müssten die Behälter durch Stossen, Anheben usw. in die richtige Position gebracht werden. Mit einem Hubstapler würden die Fässer angehoben, damit der Inhalt in den Drehwalzstuhl gelange. Die Farbe sei sehr zähflüssig und müsse mit einem Spachtel weggeschabt werden. Dies sei eine anstrengende Tätigkeit, es sei grosser Kraftaufwand erforderlich. Diese Tätigkeit werde normalerweise mit der dominanten Hand ausgeübt. Im Übrigen habe der Kläger im Betrieb praktisch alle

anfallenden manuellen Tätigkeiten verrichtet, diese seien mit Heben und Tragen von Lasten usw. verbunden gewesen. Aufgrund der Fingerverletzungen an der rechten, dominanten Hand habe er die vorgenannte Tätigkeit nicht mehr ausüben können. Er sei während einiger Zeit am Arbeitsplatz «Einwaagen» eingesetzt worden. Dort habe die Aufgabe darin bestanden, bis 35 kg schwere Säcke, die Farbpulver enthalten würden, in Kessel zu füllen usw. Beidhändiges Zupacken sei erforderlich, es sei eine schwere manuelle Tätigkeit. Es habe sich gezeigt, dass er aufgrund der unfallbedingten Verletzung nicht mehr dort habe eingesetzt werden können. Der Kläger werde nun seit einigen Monaten am Arbeitsplatz «Etikettieren/Palettieren» beschäftigt. Er müsse dort Farbkübel etikettieren, Palettware mit Plastikfolie umwickeln, Palettwagen ziehen/stossen. Der Einsatz beider Hände sei erforderlich. Schweres Heben von Lasten wie an den beiden anderen Arbeitsplätzen komme nicht mehr derart häufig vor. Es liege eine Leistungseinbusse von schätzungsweise 15 - 20 % vor. Gründe: Verlangsamung, eingeschränkte Versetzbarkeit, er benötige gelegentlich Mithilfe der Arbeitskollegen, bei der Arbeitszuteilung werde Rücksicht genommen, es bestehe sicher eine unfallbedingte Einschränkung der Handfunktion, es entstehe ein organisatorischer Mehraufwand, er könne nicht mehr polyvalent, d. h. als «Springer» eingesetzt werden. Unter Berücksichtigung der vorerwähnten Kriterien und in Anbetracht dessen, dass er häufig über Schmerzen klage, und die Finger sichtbar geschwollen seien, erbringe er sicherlich kein volles Rendement.

Die Weiterbeschäftigung sei sichergestellt. Der Kläger habe ab 1. Januar 1998 einen monatlichen Bruttolohn von CHF 3'850.00 bezogen und ab 1. Januar 1999 einen von CHF 4'000.00. Obwohl er seit dem Unfall kein volles Rendement mehr erbracht habe, sei bei ihm dennoch eine gewisse Lohnerhöhung vorgenommen worden. Gründe: Der Kläger sei ein sehr guter, einsatzwilliger Mann, habe ein sehr tiefes Anfangsgehalt gehabt, zudem sei er den anderen Mitarbeitern gleichgestellt worden. Dennoch sei man bei ihm mit Lohnanpassungen zurückhaltend geblieben. Er könnte heute - ohne Unfallfolgen - ca. CHF 4'200.00 verdienen. Der effektive Leistungslohn betrage schätzungsweise CHF 3'500.00 bis 3'700.00 (IV-Nr. 7.7, S. 11).

Mit Verfügung vom 29. April 1999 sprach die Suva dem Kläger, basierend auf die oben genannte Lohneinbusse bzw. auf eine Erwerbsunfähigkeit von 15 % eine entsprechende Rente zu, und zwar befristet vom 1. Januar 1999 bis 31. Dezember 2000 (IV-Nr. 7.6, S. 4).

Nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 30. April 2001 erklärte der Kläger anlässlich der Besprechung mit der Suva Solothurn (IV-Nr. 7.5, S. 8), seit der Rentenzusprechung habe sich der Gesundheitszustand eher leicht verschlechtert. Er habe sich in den letzten Monaten mehrmals zu seinem Hausarzt, Dr. med. G. ____, begeben. Im April 2001 habe eine spezialärztliche Untersuchung bei Dr. med. N. ____, [...], stattgefunden. Der Kläger wolle sich nicht operieren lassen. Er nehme regelmässig Schmerztabletten ein. Die Funktionsfähigkeit der Hand sei immer noch erheblich eingeschränkt. Er arbeite nach wie vor in der Firma B. ____. Seine angestammte Tätigkeit am Drehwalzenstuhl könne er noch nicht verrichten. Er sei nicht in der Lage, schwere manuelle Tätigkeiten vorzunehmen. Die Greiffähigkeit der Hand sei erheblich eingeschränkt, es plage ihn ein Kraftdefizit. Er verspüre auch belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen. Im Betrieb verrichte er ausgesuchte, d.h. behinderungsgerechte Arbeiten. Er werde meist an einem Farbenmischplatz beschäftigt, wo er 2 - 3 kg schwere Kübel behändige, Farben zusammenmische usw. Er halte die normale betriebsübliche Präsenzzeit ein und erbringe am vorgenannten Arbeitsplatz ein volles Rendement.

Anlässlich der Abklärung bei der B.____ vom 15. Mai 2001 (IV-Nr. 7.5) gaben Herr O.____, Leiter Rechnungswesen, und Herr M.____, Betriebsleiter, an, der Kläger werde seit einiger Zeit am Arbeitsplatz «Einwaagen» beschäftigt. Nachdem der Produktionsablauf in letzter Zeit immer mehr automatisiert worden sei, falle das Heben schwerer Lasten weitgehend weg. Der Kläger müsse dennoch regelmässig Lasten heben und transportieren. Die Behinderung an der Hand mache sich nach wie vor bemerkbar (Verlangsamung, reduzierte Versetzbarkeit, organisatorischer Mehraufwand usw.). Am jetzigen Arbeitsplatz betrage die Leistungsfähigkeit rund 85 %. Nach anstrengenden Arbeitstagen klage er häufig über Schmerzen, die Leistungsfähigkeit nehme jeweils rapide ab. Die Weiterbeschäftigung sei sichergestellt.

Am 21. Mai 2001 erklärte der Kläger an seinem Wohnort gegenüber der Suva, dass sich seiner Meinung nach der unfallbedingte Gesundheitszustand leicht verschlechtert habe. Die Intensität der Schmerzen habe zugenommen. Mit einer Besserung dürfe kaum gerechnet werden (IV-Nr. 7.5, S. 5).

Aufgrund der Abklärungen, wonach die bei der Rentenfestsetzung erwartete Angewöhnung und Anpassung nicht eingetreten und der Kläger in seiner Leistungsfähigkeit nach wie vor eingeschränkt sei, sprach die Suva dem Kläger am 2. August 2001 weiterhin bzw. ab 1. Januar 2001 Rentenleistungen basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von wiederum 15 % zu (IV-Nr. 7.5, S. 1).

Am 27. Februar 2003 meldete die B.____ der Suva einen Rückfall des Klägers mit der Begründung, dass die damals beim Unfall verletzte Hand schmerze und geschwollen sei. Aus diesem Grund habe der Arbeitnehmer die Arbeit ab 12. Februar 2003 ausgesetzt (IV-Nr. 7.4).

Im Arbeitgeberfragebogen vom 22. März 2004 (IV-Nr. 17, S. 1) gab die B.____ an, der Kläger sei seit dem 9. Januar 2003 zu 100 % arbeitsunfähig.

Mit Schreiben vom 24. Juni 2004 teilte die Firma P.____ (Suva-Nr. 139) dem Kläger mit, da er seit Januar 2003 wegen Unfalls bei der Arbeit verhindert sei, werde ihm seine Stelle als Raumpfleger im Nebenamt per 31. August 2004 gekündigt.

Am 19. Oktober 2004 meldete Dr. med. Q.____ der Suva, der Versicherte habe ihr aus [...] telefoniert und gesagt, dass es ihm nicht gut gehe. Er sei in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert (Suva-Nr. [Akten der Suva] 151).

Am 13. Dezember 2004 erklärte der Kläger gegenüber der Suva Solothurn, die Anstellung in der Firma P.____ (Nebenerwerb) sei per August 2004 aufgelöst worden. Hingegen sei er noch offiziell in der Firma B.____ angestellt. Aufgrund der jetzigen Restbeschwerden könne ihm leider keine leichte, behinderungsgerechte Tätigkeit zur Verfügung gestellt werden. Er habe in den letzten drei Monaten 8 kg abgenommen. Der psychische Zustand habe sich stabilisiert. Die rechte, dominante Hand könne er nach wie vor kaum einsetzen. Die Finger seien geschwollen, er habe keine Kraft, kein Gefühl (IV-Nr. 24, S. 2).

Am 19. Januar 2005 (IV-Nr. 29.5, S. 3) erklärte der Kläger gegenüber der Suva, offiziell sei er immer noch bei der Firma B.____ angestellt. Aufgrund der Restbeschwerden sei er nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben.

Insgesamt scheine sich die Situation ■ so meldete Dr. med. Q.____ dem Suva-Kreisarzt am 31. Januar 2005 ■ wieder stabilisiert zu haben. Der Versicherte empfinde die regelmässigen Gespräche mit der Psychologin als sehr hilfreich und berichte über ein besseres

Zusammenleben mit seiner Ehefrau; beide Parteien wünschten keine Trennung bzw. Scheidung. Den Alkoholkonsum habe der Patient im Griff (IV-Nr. 29.4).

Im Abschlussbericht der IV-Stelle vom 21. Februar 2005 betreffend berufliche Eingliederung (IV-Nr. 25) wurde festgehalten, der Kläger wolle zurück an seinen alten Arbeitsplatz bei der Firma B.____. Medizinisch-theoretisch könnte er zwar eine angepasste Tätigkeit ohne Einschränkung im Vollpensum ausführen. Der Kläger sei aber aufgrund der unnachgiebigen Haltung sowie von seinen persönlichen und sprachlichen Ressourcen her in der Privatwirtschaft schwierig zu vermitteln. Der Kläger könne seine zumutbare Erwerbsfähigkeit aus behinderungsfremden (sprachlichen, soziokulturellen) Gründen nicht ausschöpfen.

Im Arbeitgeberfragebogen vom 10. März 2006 (IV-Nr. 39, S. 1) gab die B.____ an, der Kläger sei seit dem 1. Januar 2003 durchgehend zu 100 % arbeitsunfähig.

Mit Schreiben vom 23. Juni 2006 (Suva-Nr. 214) teilte die Suva der B.____ mit, ab dem 13. Februar 2003 sei im Rahmen eines Rückfalles für die vorübergehende Verschlimmerung des unfallbedingten Zustandes wiederum ein volles Taggeld ausgerichtet und die unfallbedingt notwendigen Heilbehandlungen seien übernommen worden. Aufgrund der kreisärztlichen Untersuchung vom 2. Februar 2006 sowie der vorliegenden medizinischen Befunde sei die Heilung soweit fortgeschritten, dass der Rückfall nun unfallbedingt abgeschlossen werden könne. Dem Kläger seien unfallbedingt wiederum die gleichen Arbeiten zumutbar wie vor dem jetzt abzuschliessenden Rückfall, d.h. ganztägige Arbeiten ohne das Heben von Gewichten über 15 ■ 20 kg. Arbeiten, welche Schläge oder Vibrationen beinhalten würden, seien eher ungünstig. Da keine erhebliche Verschlimmerung der Unfallfolgen vorliege, sei er im Rahmen der Invalidenrente (15 %) wieder arbeitsfähig.

Mit Schreiben vom 24. August 2006 (Klagebeilage 2) teilte die B.____ dem Kläger mit, dass sie das Arbeitsverhältnis per 31. August 2006 unter Einhaltung der dreimonatigen Kündigungsfrist auf den 30. November 2006 beenden müsse. Gemäss Brief der Suva vom 23. Juni 2006 sei der Kläger aus unfallbedingten Gründen im Rahmen der Rente wieder arbeitsfähig. Leider habe die B.____ keine Möglichkeit gefunden, ihn weiter in der Firma zu beschäftigen.

Gemäss Unfallschein bestätigte Dr. med. G.____ vom 19. Dezember 2007 bis 15. Dezember 2008 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 79.17, S. 3).

5.2 Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Klägers sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang:

5.2.1 Gemäss Operationsbericht vom 23. September 1997 (Suva-Nr. 3) wurden aufgrund des starken Quetschtraumas der Endglieder Dig. II, III, und IV der rechten Hand mit Teilamputation des Endgliedes Dig. II rechts und grossem palmarem Defekt der Endglieder Dig. III und IV folgende Operationen vorgenommen: Am rechten Zeigfinger eine Revision der Wunde, eine Naht des Nagelbettes und Refixation des abgelösten Nagels; am rechten Ringfinger eine Deckung des palmaren Defektes mit Thenarlapfen; am rechten Mittelfinger eine Deckung des palmaren Defektes durch Crossfingerlapfen.

5.2.2 Dr. med. R.____, Facharzt für Chirurgie FMH, führte in seinem Bericht vom 25. November 1997 (IV-Nr. 7.12, S. 16) aus, angesichts des erheblichen Quetschtraumas (Walzenverletzung P3 Dig. III-IV rechts) dürfe sich das Operationsresultat sehen lassen. Es

sei eine weitere Besserung des funktionellen Resultats durch intensive Handtherapie zu erwarten. Die beste Handtherapie stelle allerdings die Wiederaufnahme der beruflichen Normalarbeit dar, der im Moment nichts im Wege stehe. Natürlich müsse auch eine gewisse psychologische Abwehr gegen eine völlige normale Arbeitsaufnahme und vor allem die Angst vor der Maschine mitberücksichtigt werden. Bezüglich der jetzt noch unbefriedigenden Flexion der einzelnen Langfinger könne man sich zu einem späteren Zeitpunkt überlegen, ob chirurgische Massnahmen indiziert seien.

5.2.3 Dr. med. S.____, Facharzt für Orthopädie FMH, hielt in seinem Bericht vom 5. Juni 1998 (IV-Nr. 7.12, S. 8) fest, es bestehe eine deutlich herabgesetzte Sensibilität an der Fingerkuppe III und IV, der Faustschluss gelinge kräftig, die Streckung sei an allen Fingern voll. Die vom Kläger geklagten Beschwerden dürften bedingt sein durch Hypo- und Anästhesien sowie der chronischen Fehlbelastung. Der Kläger sei auch weiterhin zu 100 % arbeitsfähig.

5.2.4 Der Beurteilung von Dr. med. T.____, Suva Kreisarzt-Stellvertreter, in seiner Abschlussuntersuchung vom 21. Dezember 1998 (IV-Nr. 7.11) lässt sich entnehmen, dass 15 Monate nach der Walzenverletzung an der rechten Hand heute ein funktionell ansprechendes Resultat vorliege. Die Funktion der rechten Hand sei noch durch Hypo- bzw. Anästhesien sowie durch eine vorwiegend belastungsabhängige vermehrte Schmerzempfindlichkeit beeinträchtigt. Von weiteren medizinisch therapeutischen Massnahmen sei keine wesentliche Änderung des Zustandes zu erwarten.

5.2.5 In seinem Bericht vom 14. Januar 1999 (IV-Nr. 7.9) hielt Dr. med. S.____ fest, es bestünden reizfreie Narben im Bereich der Hand, etwas vermehrte Behaarung am Handrücken, eine leichte Schwellung mittags um 12 Uhr, etwas vermehrte Rötung rechts gegenüber links. Die Schulterbeweglichkeit sei symmetrisch ohne Einschränkung mit voller Abduktion und Anteversion, rechts endphasig aber subjektive Schmerzen. Nach Ansicht von Dr. med. S.____ ändere sich an der aktuellen Arbeitsfähigkeit nichts.

5.2.6 Aus der kreisärztlichen Untersuchung vom 30. April 2001 durch Dr. med. F.____, Spezialarzt für Chirurgie FMH, geht im Wesentlichen hervor, dass sich seit der Abschlussuntersuchung vom 21. Dezember 1998 durch Dr. med. T.____ insgesamt kaum etwas verändert habe. Die Hand- und Finger motilität sei mit Ausnahme eines gelegentlichen Blockierens des Ringfingers gut. Nach wie vor störend seien die ausgeprägten Hyposensibilitäten bis Asensibilitäten der ganzen Finger resp. -kuppen. Die rohe Kraft des rechten Faustschlusses sei fast hälftig vermindert. Der Versicherte habe angegeben, keine Schmerzen zu haben, wenn er nicht arbeite. Nach dem Arbeiten habe er dann Schmerzen und im Übrigen in der rechten Hand einfach keine Kraft mehr. Allerdings sei ihm ■ so führte der Kreisarzt aus ■ eine ganztägige, zeitlich uneingeschränkte Arbeitsleistung weiterhin zuzumuten, wogegen schwerere handwerkliche Tätigkeiten mit Heben von Gewichten über 15 bis 20 kg nicht möglich seien. Schliesslich machte der Kreisarzt den Versicherten darauf aufmerksam, die proximalen Klettverschlüsse seiner Mafraschiene möglichst locker zu fixieren, um nicht durch eine Stauung die Situation des CTS (Karpaltunnelsyndrom) zusätzlich zu verschlimmern. Eine Besserung des Zustandes erwarte er jedoch nicht (IV-Nr. 7.5, S. 19).

5.2.7 In seinem Bericht vom 25. Februar 2003 an den Hausarzt des Versicherten führte Dr. med. U.____, Spezialarzt FMH für Neurologie, [...], u.a. an, dass elektrophysiologisch eine deutliche Verschlechterung der Nervus medianus-Kompression im Karpaltunnel rechts

festzustellen sei, so dass eine Nervus medianus-Neurolyse im Karpaltunnel rechts indiziert sei. An der rechten Hand bestehe eine deutliche Schwellung unklarer Genese. Insofern es sich um ein Lymphödem handle, wäre probatorisch eine Lymphdrainage vorzunehmen (IV-Nr. 7.3, S. 87).

5.2.8 Am 17. März 2003 unterzog sich der Kläger im V.____ einer Operation bzw. einer Dekompression und Neurolyse des Nervus medianus und des Karpaltunnels rechts (IV-Nr. 7.3, S. 77).

5.2.9 Der Hausarzt des Versicherten, med. prakt. G.____, teilte der Suva in seinem Zwischenbericht vom 25. März 2003 mit, dass der Kläger ■ bei einem zu diagnostizierenden, posttraumatisch indizierten Karpaltunnelsyndrom rechts bei Status nach einem Quetschtrauma 1997 ■ unter starken Schmerzen leide. Trotz konservativer Therapie stelle sich keine Besserung ein. Nach einem neurologischen Konsilium sei der Patient zu einer operativen Dekompression eingewiesen worden, die am 17. März 2003 erfolgt sei. Zur Wiederaufnahme der Arbeit bzw. Arbeitsfähigkeit machte der Arzt keine Angaben (IV-Nr. 7.3, S. 79).

5.2.10 In seinem kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 20. Juni 2003 (IV-Nr. 7.3, S. 61) hielt Dr. med. F.____ fest, dass der Versicherte sichtlich leidend sei und seinen Arm in Schonhaltung trage. Seines Erachtens persistiere die Handgelenksschwellung vorwiegend durch eine falsch benutzte Mafraschiene, die proximal viel zu eng und somit distal rückstauend angelegt werde. Er nehme an, dass die Mafraschiene bereits vorgängig des Eingriffs zur persistierenden Handschwellung beigetragen habe. Der Verlauf der Medianusneurolyse sei primär komplikationslos gewesen. Auch die heutige Motilität des Handgelenkes und der Finger würden auf ein günstiges Resultat hoffen lassen. Er habe dem Versicherten den Zusammenhang seiner Handschwellung mit dem Tragen der Schiene erklärt und ihn gebeten, diese weitgehend wegzulassen oder zumindest sehr locker anzupassen und die Finger wiederholt zu bewegen. Die myofaszialen Spannungsschmerzen, die bereits bei der letzten kreisärztlichen Untersuchung im 2001 bemerkt worden seien, seien nun verstärkt. Das Entwickeln einer Sudeckschen Dystrophie (entzündliche Erkrankung des Bindegewebes) sei seines Erachtens zurzeit drohend, wenn auch noch nicht etabliert. Eine Entstauungsgymnastik und Lymphdrainage sowie Calzitonin würde er dringend empfehlen.

5.2.11 Als Zwischenanamnese teilte Dr. med. U.____ am 24. Juni 2003 Dr. med. W.____, Leitender Arzt Chirurgie/Orthopädie, V.____, mit, dass die Schmerzen im Handgelenksbereich nach der Nervus medianus-Neurolyse vom 17. März 2003 bewegungsabhängig, vor allem bei der Fingerflexion sowie Drehungen im Handgelenksbereich, zugenommen hätten. Die Schmerzen würden in den ganzen rechten Arm ausstrahlen, am ehesten ulnarseits. Auch beim Heben von Lasten hätten die Schmerzen zugenommen. Postoperativ bestünden eine deutliche subjektive Kraftverminderung sowie das Auftreten eines Arm-/Handtremors. In seiner Beurteilung kam Dr. U.____ zum Schluss, konstitutionell sowie bei einer deutlichen Verspannung im Nacken-/Schulterbereich und anamnestisch käme sicher differenzialdiagnostisch ein Thoracic-outlet-Syndrom als Genese der diffusen Störung des rechten Arms in Frage. Eine arterielle Kompressionskomponente sei nicht feststellbar. Elektrophysiologisch ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine untere bzw. obere Plexus-Läsion. Elektroneurografisch sei eine deutliche Besserung der sensiblen bzw. motorischen Nervenleitgeschwindigkeit des Nervus medianus rechts festzustellen (IV-Nr. 7.3, S. 48).

5.2.12 Vom 26. Juni bis 16. Juli und vom 20. August bis 10. September 2003 hielt sich der Versicherte in der E. ___ auf. Dem Austrittsbericht (IV-Nr. 7.3, S. 28) vom 29. September 2003 lässt sich ■ bei einem diagnostizierten Quetsch-trauma der rechten Hand sowie rezidivierenden depressiven Episoden (ICD-10 F33.0) ■ im Wesentlichen entnehmen, dass aufgrund des neurologischen Konsiliums für das Vorliegen eines Thoracic-outlet-Syndroms, das extern diagnostiziert worden sei, die klinische Symptomatik nicht typisch sei. Auch gebe es klinisch keinen Hinweis für das ebenfalls vermutete C7-Reizsyndrom auf der rechten Seite. Die elektrophysiologisch festgestellte Leistungsverzögerung (distal motorische Latenz) im Bereich des Nervus medianus rechts sei Anlass zu einer CTS-Operation gewesen. Kritisch müsse allerdings gewertet werden, dass sich auch linksseitig eine fast gleichartige Leistungsverzögerung gefunden habe, wo der Patient jedoch keine Beschwerden aufweise. Insofern liege die Vermutung nahe, dass es sich eher um einen elektrophysiologischen Zufallsbefund handle, der nicht in einem Kausalzusammenhang mit der aktuellen Beschwerdesymptomatik des Klägers zu sehen sei. Zu diskutieren wäre das Vorliegen eines CRPS (Complex regional pain syndrome [komplexes regionales Schmerzsyndrom]). Aus dem psychosomatischen Konsilium gehe hervor, dass sich der Patient mit seiner Situation schwertue und bis anhin ausserstande gewesen sei, zu einem adäquaten und für ihn hilfreichen Umgang mit Schmerzen und körperlichen Einschränkungen zu finden. Dieser maladaptive Umgang sei allerdings weniger durch eigentliche Selbstlimitierungen und/oder Inkonsistenzen geprägt als vielmehr durch stark überhöhte Erwartungen, in welcher Zeit welche Fortschritte realistischerweise erwartet werden könnten. Der bisherige posttraumatische Verlauf mit geglücktem Wiedereinstieg und (trotz einer gewissen Leistungsverminderung) über Jahre aufrecht erhaltener, regelmässiger Arbeitstätigkeit und den erneut aufgetretenen Beschwerden, einer erneuten Operation und dem komplikationsreichen Verlauf sei für die weitere Rehabilitation eine schwere Hypothek und könnte sich als unüberwindbares Rehabilitationshindernis herausstellen. Die Extensionsfähigkeit aller Finger sei im Vergleich zur Gegenseite symmetrisch gewesen. Dieses an sich erfreuliche Bild habe sich bis zum Austritt eher wieder verschlechtert. Im Weiteren wird im Bericht ausgeführt, dass der Kläger den rechten Arm in Schonhaltung halte und die Langfinger unvollständig bewege, obwohl keine strukturellen Bewegungseinschränkungen beständen. Bei einer Konzentration auf die Hand trete ein grober Tremor auf, der jedoch unter Ablenkung nicht vorhanden sei. Klinisch-neurologisch könne weder ein Thoracic-outlet-Syndrom noch ein C7-Reizsyndrom festgestellt werden, die beide in früheren Untersuchungen vermutet worden seien. Die Beschwerden am Oberarm, der Schulter und im Nacken seien myofaszialer Genese. Es bestehe heute auch keine Symptomatik eines Carpaltunnelsyndroms. Die durch den Patienten angegebene Sensibilitätsverminderung an der gesamten rechten Hand und dem gesamten rechten Oberarm könnten nicht einem bestimmten Nerv oder einer bestimmten Nervenwurzel zugeordnet werden. Nach dem Unfall habe der Patient nur eine Hyposensibilität an der Pulpa des Dig. II sowie eine Asensibilität im Bereich der Lappendeckung an den Fingern III und IV gehabt. Der lange, schmerzreiche Verlauf habe inzwischen zu rezidivierenden depressiven Episoden geführt. Der Patient tue sich mit der Akzeptanz seiner Beschwerden und Beeinträchtigungen schwer. Er habe eine «alles oder nichts»-Einstellung. Die Prognose erscheine zurzeit als düster, nachdem es nicht gelungen sei, den Patienten aus seinen ausgedehnten Schmerzen herauszuholen. Schliesslich erachteten die Ärzte der E. ___ ganztägige leichte Arbeiten für den Kläger als zumutbar, wogegen ihm grobmotorische Tätigkeiten mit kräftigem Einsatz

der rechten Hand nicht zuzumuten seien. Auch feinmotorische Arbeiten, die eine gute Sensibilität an den Fingerkuppen erfordern würden, seien nicht möglich. Ebenso wenig seien Vibrationen und Schläge auf die rechte Hand wie auch Arbeiten auf Leitern und Gerüsten zumutbar.

5.2.13 Grundsätzlich habe sich ■ so führte Dr. med. F. ___ in seinem kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 20. Oktober 2003 aus ■ am Allgemeinstatus seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Juni 2003 wenig verändert. Allerdings habe sich der Zustand des Versicherten seither trotz den Rehabilitationsbemühungen in [...] eher verschlechtert. Der Versicherte sehe sich keineswegs in der Lage, mit seiner rechten Hand bzw. dem rechten Arm irgendeine brauchbare Tätigkeit auszuführen. Dementsprechend sei in seiner angestammten Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, wobei mit einem Stellenverlust gerechnet werde. Medizinisch deutlich imponierend seien die Schonhaltung und der Schoneinsatz der rechten Hand und des rechten Arms mit deutlichem Muskelzittern, das sich Dr. med. F. ___ nur durch die gleichzeitige andauernde Aktivierung von Agonisten und Antagonisten im Bereich des Schultergürtels und des Oberarms, zu einem geringen Teil auch im Bereich des Vorderarms, erklären könne. Dagegen würden gezielte Bewegungen (Schuhe binden, Schreibstift ergreifen) im Bewegungsablauf einwandfrei, wenn auch nur sehr schwach, ausgeführt. Die Schwellung des Handrückens und der Finger könnte durch das Hängenlassen des Armes und der Hand ■ bei vermindertem Gebrauch der Vorderarmmuskulatur infolge des Schonverhaltens ■ sowie allenfalls durch eine Störung des venösen Rückflusses im Bereich der Thoraxapertur bedingt sein. Dr. med. F. ___ nehme nicht an, dass ein Sudeck vorliege, da hierfür eindeutig trophische Veränderungen der Weichteile sowie der Sudation fehlen würden. Das Entstehen und Persistieren der Beschwerden trotz Rehabilitationsbemühungen und das grundsätzliche Fehlen organischer Defekte, die ein Unterhalten des Beschwerdebildes dieses Ausmasses erklären würden, sprächen seines Erachtens für eine schwerwiegende psychosomatische Fehlentwicklung. Es sei richtig, die depressive Reaktion medikamentös, allenfalls auch psychotherapeutisch anzugehen (IV-Nr. 7.3, S. 19).

5.2.14 Am 2. Februar 2004 stellte Dr. med. F. ___ fest, dass sich grundsätzlich am Allgemeinstatus wenig verändert habe. Im Weiteren lässt sich seinem kreisärztlichen Bericht entnehmen, dass tendenziell eine leichte Verbesserung «vom Versicherten», aber auch in den objektivierbaren Befunden feststellbar werde. Die Schwellung der rechten Hand werde durch eine manuelle Strangulation verursacht. Daneben bestehe weiterhin das verkrampfte Zittern ähnlich einem Clonus, was sicher einen Teil der muskulären Schmerzen des ganzen Arms und auch des Schultergürtels in Schonhaltung ausmache. Die Finger liessen sich problemlos passiv durchstrecken; auch ein aktives Strecken wäre möglich, könne aber vom Versicherten nur mittels Überlisten durch den Untersuchenden bewerkstelligt werden (IV-Nr. 18.2, S. 8).

5.2.15 Gegenüber dem Kreisarzt gab der Kläger am 27. April 2004 an, dass es ihm ein wenig besser gehe. Die Schmerzen im Schulterbereich hätten sich ein wenig gebessert. Die Hand sei jedoch immer geschwollen, und die Schmerzen seien ständig da. Ferner hielt Dr. med. F. ___ in seinem Bericht vom 28. April 2004 fest, dass die Beschwerden des Versicherten, wie schon wiederholt festgehalten, aus organischen Gründen nicht nachvollziehbar seien. An sich seien sämtliche Gelenke frei beweglich. Der Versicherte persistiere in seinem grotesken Tremor des ganzen rechten Arms, den er klonusartig ausführe. Dass damit gewisse myofasziale Verspannungen erklärt werden könnten, verstehe

sich von selbst. Die Schwellneigung der rechten Hand sei weiterhin als hypostatisches Ödem zu verstehen, würden doch weder trophische Störungen noch ein Sudeckverdacht bestehen. Die Zirkulation sei an sich mit einem guten Radialispuls und einer guten kapillaren Nachfüllung korrekt. Er, Dr. F.____, sei der Meinung, dass der Versicherte eine psychologische bzw. psychiatrische Begleittherapie benötige, um seine Somatisierung zu überwinden (IV-Nr. 18.2, S. 3).

5.2.16 Dr. med. Renate Q.____, Rheumatologie und Innere Medizin FMH, [...], diagnostizierte am 27. September 2004 ein Complex regional pain-Syndrom Typ I, aufgetreten nach der Medianusneurolyse, sowie ein Quetschtrauma der rechten Hand mit Teilamputation der Endglieder II-IV rechts. Es handle sich um eine unvollständige, atypische Form eines CRPS I. Bei einer genauen Erhebung der Anamnese sei augenfällig, dass die frühere Arbeitsleistung initial trotz langwierigen unbefriedigenden Verlaufs wenigstens annähernd habe erbracht werden können. Erst die Medianusneurolyse im Jahr 2002(recte: 2003)habe zu einer Dekompensation mit zunehmender Schmerzsymptomatik und Arbeitsunfähigkeit geführt. Aus der umfassenden Anamnese würden weitere invaliditätsfremde, die Prognose negativ beeinflussende Gründe hervorgehen. Wesentliche Punkte (Alkoholkonsum, depressive Entwicklung) seien in der Zwischenzeit angegangen worden. Bei den Zusatzuntersuchungen hat Dr. med. Q.____ zur Radiologie vom 9. September 2004 Folgendes angeführt: «Alte traumatische Veränderungen des Processus unguicularis Digitus II ■ V rechts, konsolidiert. Seitengleiche Dichte der ossären Strukturen, keine umschriebene oder diffuse Osteopenie, keine osteolytischen Destruktionen. Deutliche Weichteilschwellung der rechten Hand» (Suva-Nr. 149).

5.2.17 In seinem Bericht vom 13. Dezember 2004 über die kreisärztliche Untersuchung des Versicherten hielt Dr. med. T.____, Kreisarzt-Stellvertreter, fest, dass sich heute die schon bei den früheren Untersuchungen festgehaltenen Befunde, insbesondere auch diejenigen der letzten Untersuchung vom 28. April 2004, bestätigten. Für das weitere Prozedere schlage er die Weiterbehandlung bei Dr. med. Q.____ mit der von ihr vorgesehenen Medikation vor. Ferner sollte die angefangene Psychotherapie in der Praxis von Dr. med. I.____ fortgeführt werden (IV-Nr. 24, S. 3).

5.2.18 Am 12. Januar 2005 berichtete Dr. med. Q.____ dem Kreisarzt Dr. med. F.____ über die Verlaufskontrollen des Versicherten vom 4. und 11. Januar 2005. Sie diagnostizierte dabei eine schwere depressive Verstimmung, ein Complex regional pain-Syndrom Typ I, eine Alkoholproblematik sowie ein Quetschtrauma der rechten Hand mit einer Teilamputation der Endglieder II-V rechts. Im Weiteren führte Dr. med. Q.____ aus, dass während eines [...]aufenthaltes im Herbst 2004 eine psychische Dekompensation aufgetreten und ein Notfallpsychiater beigezogen worden sei, der die Antabus-Therapie gestoppt und durch Cianamid ersetzt habe. Es sei weder eine psychiatrische Hospitalisation vorgenommen noch eine entsprechende Betreuung eingeleitet worden. Die von der Suva vorgesehene Zweitbeurteilung durch Dr. med. X.____ habe wegen terminlichen Schwierigkeiten nicht stattfinden können. Nach der Rückkehr des Versicherten am 4. Januar 2005 sei die Therapie mit Miacalcic intranasal eingeleitet worden, die nicht unerwartet keinen Effekt gezeigt habe, so dass am 11. Januar 2005 der Wechsel auf subkutane Injektionen vorgeschlagen worden sei. Obwohl sie den Kläger auf diese Möglichkeit vorbereitet habe, habe sich dieser äusserst ungehalten gezeigt und nur mit Mühe überzeugt werden können. Den Vorschlag, die Physiotherapie zur Behandlung des myofaszialen Schulter-/Arm-Syndroms wieder aufzunehmen, habe der Kläger apodiktisch

abgelehnt mit der Begründung, er habe während Jahren alle Therapien mitgemacht und dennoch nur eine Verschlechterung erfahren. Auch wenn beim Kläger eine unvollständige Form eines CRPS I vorliege, bestehe mit Sicherheit zusätzlich eine wesentliche psychogene Überlagerung. Trotz initial vordergründiger Kooperation durch den Patienten liege eine deutlich ambivalente Haltung mit aggressiv-forderndem Verhalten und fehlender Krankheitseinsicht vor (IV-Nr. 29.8).

5.2.19 In seinem Bericht vom 17. Januar 2005 (Suva-Nr. 173) hielt Kreisarzt, Dr. med. F.____, fest, im letzten Herbst habe der Kläger gegenüber dem Hausarzt und gegenüber Dr. med. Q.____ von der Verbitterung gegenüber der Suva und dem Kreisarzt sowie Dr. med. W.____ (Operateur des CTS) gesprochen. Er habe offenbar geäußert, er werde sich selber das Leben nehmen, aber vorerst werde er noch Dr. med. W.____ und den Kreisarzt umbringen. Der Versicherte sei seines Wissens im September erstmals von Hr. Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, betreut worden. Dieser habe im Verlauf die Psychotherapie an Frau Y.____, Psychologin, delegiert - aus sprachlichen Gründen. Während seines Aufenthaltes in [...] anfangs Oktober sei es offenbar zu einer persönlichen Krise gekommen, bei der erheblicher Alkoholkonsum im Spiel gewesen sei. Es sei eine kurze notfallmässige Einweisung in Universitätsklinik Santiago erfolgt. Die handschriftliche Bestätigung des behandelnden Arztes sei von Dr. med. T.____, Kreisarzt-Stellvertreter übersetzt worden. Festgestellt werde als Beurteilung (unvollständig): zeitweise vermehrter Alkoholkonsum und psychotische Symptome.

5.2.20 Dr. med. Q.____ hielt in ihrem Bericht vom 25. Februar 2005 (IV-Nr. 29.2, S. 10) an den Kreisarzt fest, dass es nach einer vierwöchigen Applikation von Calcitonin subkutan in subjektiver Hinsicht zu keiner Veränderung der Schmerzsymptomatik gekommen sei. Das fehlende Ansprechen (auf Calcitonin) könne sowohl auf das lange Intervall zwischen dem Auftreten der Beschwerden und dem Behandlungsbeginn zurückgeführt werden; es sei jedoch ebenso mit einer Chronifizierung vereinbar, die auf der somatischen Grundlage einer möglichen durchgemachten CRPS I basiere. Diese Differentialdiagnose werde offenbleiben und habe bezüglich weiterer therapeutischer Ansätze keine Konsequenzen. Eine psychogene Überlagerung müsse in beiden Fällen angenommen werden, wobei der Anteil der somatisch bedingten Schmerzen nicht exakt eruiert werden könne. Falls es nach dem Absetzen von Miacalcic zu einer glaubhaften Schmerzverstärkung komme, spreche dies für eine relevante somatische Genese und ein Fortführen der Therapie. Falls es subjektiv zu keiner Veränderung komme, stehe eine psychogene Genese im Vordergrund. Die Prognose sei ungünstig. Sie erachte jede auf die rechte obere Extremität zentrierte Therapieform als kontraproduktiv, weil damit eine weitere Fixierung gefördert werde. Hingegen sei ein ganzheitlicher Ansatz sinnvoll. Sie befürworte die Aufnahme eines allgemeinen Konditions- und Muskelaufbautrainings, was vom Kläger jedoch zurzeit klar abgelehnt werde.

5.2.21 Am 16. März 2005 hielt Dr. med. T.____ in seinem kreisärztlichen Untersuchungsbericht fest, dass die auch vom Versicherten als nützlich beurteilte Psychotherapie bei Y.____ in der Praxis von Dr. med. I.____ weitergeführt werde. Die Therapeutin habe einen zirka dreiwöchigen Aufenthalt in [...] im nächsten Monat vorgeschlagen, was er, Dr. med. T.____, unterstütze. Bei dieser Gelegenheit könnte die früher verpasste Konsultation beim Traumatologen Dr. med. X.____ nachgeholt werden. Der Versicherte sei mit diesem Vorgehen einverstanden und werde sich von seinem spanischen Domizil aus mit Dr. X.____ in Verbindung setzen. Medizinisch/theoretisch könnte der

Versicherte ■ so lässt sich den Ausführungen des Kreisarztes weiter entnehmen ■ eine seinen Fähigkeiten angepasste Tätigkeit im Vollpensum ausführen. Tätigkeiten wie Vertragungsdienst, Zählerablesen, als Ladendetektiv, im Ordnungsdienst sowie Kontroll- und Überwachungstätigkeiten in der Fertigung wären theoretisch zumutbar (IV-Nr. 29.2, S. 2).

5.2.22 In ihrem Bericht vom 15. April 2005 an den Suva-Kreisarzt Dr. med. F.____ führten Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Psychiatrie, und lic. phil. Y.____, Psychotherapeutin SPV/ASP, dipl. analyt. Psychologin, [...], im Wesentlichen aus, dass der Kläger zu Beginn der Psychotherapie sehr depressiv gewesen sei. Die durch sein Leiden bedingte Arbeitsunfähigkeit und die daraus offensichtlich folgenden familiären und partnerschaftlichen Probleme hätten ihn gänzlich in Besitz genommen. Seit Januar 2005 komme er nun regelmässig zur Psychotherapie. Seine Depression sei zeitweise etwas aufgehellt. Gelegentlich sei er etwas aktiver, gehe mehr aus dem Haus, treffe Freunde und interessiere sich, soweit es sein Zustand zulasse, für deren Aktivitäten. Seine familiäre Situation habe sich etwas verbessert. Die körperlichen Schmerzen würden allerdings immer wieder zu (gesundheitlichen) Einbrüchen führen (IV-Nr. 34, S. 4).

5.2.23 In seinem Schreiben vom 27. November 2005 (Suva-Nr. 198) an Dr. med. T.____ teilte Dr. med. I.____ mit, der Kläger sei seit 20. September 2004 in delegierter psychotherapeutischer Behandlung bei Frau lic. phil. Y.____, bisher insgesamt 22 Stunden.

5.2.24 In dem am 28. Dezember 2005 erstellten orthopädischen Gutachten (IV-Nr. 37, S. 3), das sich auf die dem Experten überlassenen Akten und Röntgenbilder, die Angaben des Versicherten sowie die Untersuchungsbefunde und Röntgenabklärungen des Gutachters abstützt, ist Dr. med. X.____, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Albir, Alfaz del Pi (E), zu folgenden Diagnosen gelangt:

- Residuen nach Fingerkuppenverletzung II-IV rechts
- funktionelle Behinderung der rechten Hand ohne organisches Korrelat
- Symptomausweitung
- Verdacht auf maladaptive psychische Überlagerung

Im Weiteren führte Dr. med. X.____ in seinem Bericht an, dass sich das aktuelle subjektive Beschwerdebild und die objektiven klinischen Befunde, nämlich die umschriebenen Sensibilitätsstörungen, die Kraftverminderung und Bewegungseinschränkung der Finger mässigen Grades bei weiterhin ungestörter normaler Trophik und Temperatur, im Vergleich mit früheren Untersuchungen nicht entscheidend geändert hätten. Andererseits finde sich objektiv für die im weiteren Verlauf aufgetretenen Symptome, beispielsweise die Schwellung und das Zittern der Hand, kein organisches Korrelat. Die mehrfach geäusserte Verdachtsdiagnose eines sogenannten CRPS I könne er weder anamnestisch noch klinisch nachvollziehen. Zwar weise die rechte Hand eine leichte Schwellung und eine ebenso leichte Lividität aus. Nach sehr kurzem Hochhalten der Hand würden sich jedoch beide Befunde vollständig normalisieren, was seines Erachtens gegen das Vorliegen eines chronischen Ödems spreche. Davon abgesehen, hätte man zwei Jahre nach einer Dekompression des Karpaltunnels mit anschliessender Entwicklung eines Sudecks, aktuell wohl im Spätstadium, Zeichen einer Weichteilatrophie, geschweige denn charakteristische trophische Symptome und vor allem ossäre Merkmale einer solchen Dystrophie erwartet, die momentan ganz einfach fehlten. Besonders illustrativ sei die radiologische seitengleiche

ossäre Struktur der Hände ohne die geringsten Demineralisationszeichen, die unter Umständen auf eine Inaktivitätsosteopenie als Folge der angegebenen Funktionslosigkeit des Arms hätte hindeuten können. Berücksichtige man den auffällig inkonstanten Ruhetremor, so liege die Vermutung nahe, dass alle diese nicht imponierenden Veränderungen als Folge einer Hypostase des Arms entstünden, wobei eine Willkür nicht ausgeschlossen werden könne. Nach exakter klinischer Untersuchung könne jedoch keine Selbstschädigung durch artifizielle Manipulation nachgewiesen werden.

Nach eingehender Betrachtung des gesamten Aktendossiers und der Röntgenbilder sowie aufgrund seiner eigenen Untersuchungsbefunde sei er, Dr. med. X. ____, nicht in der Lage, die Ursache des weitgehend invalidisierenden subjektiven Beschwerdebildes nachzuweisen; dieses sei vermutungsweise nicht organischer Ursache, sondern Konsequenz eines psychisch induzierten, maladaptiven Umgangs mit den Unfallfolgen. Da die «alles oder nichts»-Einstellung des Versicherten ein unüberwindliches Hindernis für einen neuen Rehabilitationsversuch darstelle und keine erfolgsversprechenden, speziellen therapeutischen Massnahmen empfohlen werden könnten, sei der Fall versicherungstechnisch abzuschliessen. Abschliessend führte der Gutachter an, dass gegenüber der Abschlussuntersuchung vom 21. Dezember 1998 derzeit keine erhebliche Verschlimmerung der organischen Unfallfolgen vorliege, die die damalige Beurteilung der Zumutbarkeit bzw. die Schätzung des Integritätsschadens entscheidend beeinflussen könnte.

5.2.25 Am 2. Februar 2006 erfolgte die kreisärztliche Abschlussuntersuchung des Versicherten. Dabei habe der Kläger ■ so hielt Dr. med. T. ___ fest ■ angegeben, dass sich seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung keine Besserung des Zustandes ergeben habe. Im Gegenteil, die Schmerzen seien eher schlimmer geworden und würden jetzt auch in die Schulter-/Nackengegend und in den Rücken ausstrahlen. Der Suva-Kreisarzt-Stellvertreter stellte am Schluss seiner Beurteilung fest, im jetzigen Zeitpunkt keine Möglichkeit zu sehen, dem Versicherten mittels weiteren medizinischen ■ mit Ausnahme der noch laufenden ■ Massnahmen weiterzuhelfen. Der Versicherte müsse lernen, sich mit der jetzigen Situation zu arrangieren und den jetzigen Zustand mit den in der Physiotherapie gelernten Übungen zu erhalten oder im optimalen Fall zu verbessern. Wie aus dem Gutachten von Dr. med. X. ___ hervorgehe, finde sich für die funktionelle Behinderung an der rechten Hand kein organisches Korrelat. Medizinisch-theoretisch könnte dem Versicherten eine seinen Fähigkeiten angepasste Tätigkeit in einem Vollpensum zugemutet werden. Als mögliche Tätigkeiten wären z.B. ein Kurierdienst, das Ablesen von Zählern, als Ladendetektiv, im Ordnungsdienst sowie Kontroll- und Überwachungstätigkeiten in der Fertigung oder der Qualitätskontrolle denkbar. Wie Dr. med. X. ___ in seiner Begutachtung festgehalten habe, habe sich seit der Abschlussuntersuchung vom 21. Dezember 1998 objektiv keine signifikante Verschlimmerung der organischen Unfallfolgen ergeben, weshalb sich (auch) die Schätzung des Integritätsschadens nicht verändert habe (IV-Nr. 40, S. 2).

5.2.26 In seiner Beurteilung vom 6. Juni 2006 (Suva-Nr. 211) hielt Kreisarzt Dr. med. Z. ____, fest, ergänzend zu den Aussagen des Kreisarztes Dr. med. T. ___ vom 2. Februar 2006 müsse angefügt werden, dass dem Kläger aufgrund organischer Veränderungen dieselben Tätigkeiten zumutbar wären, wie sie anlässlich der Abschlussuntersuchung vom 21. Dezember 1998 geäussert worden seien. Es liege keine erhebliche Verschlimmerung der organischen Unfallfolgen vor.

5.2.27 Dem durch die IV-Stelle des Kantons Solothurn veranlassten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. AA.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, C.____, [...], vom

E. 4.1

Gemäss den Ausführungen des Klägers sei er vom 28. Oktober 1996 bis 30. November 2006 bei der B.____ angestellt gewesen. Die Arbeitgeberin sei für die berufliche Vorsorge bei der Beklagten angeschlossen gewesen. Am 23. September 1997 habe er einen Arbeitsunfall erlitten, bei welchem er sich am Zeig-, Mittel- und Ringfinger der rechten Hand starke Quetschungen zugezogen habe. Nach rund fünfmonatiger Arbeitsunfähigkeit habe er seine angestammte Tätigkeit in einem reduzierten Pensum wieder aufgenommen. Gemäss Bericht vom 26. Februar 1999 (IV-Nr. 7.7, S. 11) habe der Kläger nach dem Unfall eine Leistungseinbusse von 15 - 20 % gehabt. Als Gründe für diese Einbusse seien die Verlangsamung sowie die eingeschränkte Versetzbarkeit benannt worden. Zudem habe er teilweise Mithilfe von Arbeitskollegen gebraucht. Gemäss Bericht habe sicherlich eine unfallbedingte Einschränkung der Handfunktion bestanden. Der Kläger erbringe kein volles Rendement mehr, da er häufig über Schmerzen klage und die Finger sichtbar geschwollen seien. Daraufhin habe ihm die Suva mit Verfügung vom 29. April 1999 eine IV-Rente von 15 % sowie eine Integritätsentschädigung zugesprochen. Der Kläger habe in der Folge unter starken Schmerzen in den Fingern gelitten und habe sich deshalb im Juni 1999 erneut in ärztliche Behandlung begeben. Es sei eine Schmerzproblematik sowie ein mässiggradiges Karpaltunnelsyndrom und eine muskuläre Beschwerdesymptomatik am Vorderarm und des seitlichen Oberarmes diagnostiziert worden (Gutachten D.____ vom 24. Juni 2011). Mit Verfügung vom 2. August 2001 habe die Suva die befristete IV-Rente aufgrund der weiterhin bestehenden Erwerbsunfähigkeit von 15 % weitergeführt. Der Zustand des Klägers habe sich gemäss Austrittsbericht der E.____ vom 29. September 2003 (IV-Nr. 7.3, S. 28) seit dem Unfall sukzessive verschlechtert. Im Verlauf der Jahre seien myo-fasziale Schultergürtelbeschwerden dazu gekommen. Es bestehe ein Hand-Arm-Schulter-Schmerzsyndrom rechts, welches auch auf den Nacken übergreife. An der Hand bestünden intermittierende Symptome eines CRPS wie Lividität, Schwellung, grober Tremor und eine diffuse Hyposensibilität. Der lange, schmerzreiche Verlauf habe inzwischen zu rezidivierenden depressiven Episoden geführt. Am 20. Oktober 2003 sei eine kreisärztliche Untersuchung durchgeführt worden. Dr. med. F.____ habe anlässlich dieser Untersuchung festgestellt, dass sich der Zustand des Klägers trotz der Rehabilitationsbemühungen verschlechtert habe. Der Kläger sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 7.3, S. 19). Mit Arztbericht vom 1. März 2004 habe Dr. med. G.____ festgehalten, dass der Kläger seit dem 13. Februar 2003 bis auf weiteres 100 % arbeitsunfähig sei. Infolge der langandauernden Arbeitsunfähigkeit nach der Operation vom 17. März 2003 sei dem Kläger im Jahr 2006 von der B.____ gekündigt worden. Mit Arztbericht vom 9. Februar 2011 (IV-Nr. 82, S. 2) habe der behandelnde Psychiater Dr. med. H.____ festgehalten, es bestehe eine zur Chronifizierung neigende reaktive Depression mittleren Grades, zu klassifizieren unter «längerdauernde depressive Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von anderen Gefühlen», (gemäss ICD-10 Definition bestehe nach so langer Zeit heute ein Stadium der andauernden Persönlichkeitsveränderung, ICD-10 F.62.1) seit ca. 2003/2004; aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine 40 - 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit ca. 2004. Am 2. Dezember 2011 habe der Regionale Ärztliche Dienst der IV-Stelle (RAD) in seiner Stellungnahme zum medizinischen Sachverhalt folgendes festgehalten (IV-Nr. 89): Gemäss Hausarzt und der Psychiater Dr. med. I.____ und

Dr. med. H. ___ bestehe eine Verschlechterung der psychischen Gesundheitssituation ab 2004. Zudem hätten auch Dr. med. J. ___ und die Gutachter des D. ___ psychische Probleme festgestellt. Die psychiatrische Beurteilung von Dr. med. H. ___ und Dr. med. I. ___ würden überzeugen und wirkten realistisch. Bezüglich der somatischen Situation gehe der RAD davon aus, dass es sich bereits im Anschluss an die Karpaltunneloperation um ein begründetes CRPS gehandelt habe. Es sei dem Kläger direkt nach der Operation schlechter gegangen. In der Stellungnahme werde betreffend Arbeitsfähigkeit darauf hingewiesen, dass in der angestammten Tätigkeit als Maschinist aus psychischen und aus somatischen Gründen eine 0%ige Arbeitsfähigkeit seit 17. März 2003 bestanden habe. In einer Verweistätigkeit gemäss Zumutbarkeitsprofil sei er ab 2004 aus psychischen Gründen 2 x 2.5 Stunden/Tag mit einer Leistungseinschränkung von 25 % arbeitsfähig gewesen. Aus somatischen Gründen sei eine ganztägige, einhändige Arbeit mit der nicht dominanten linken Hand unter Beachtung des Zumutbarkeitsprofils möglich. Diese Arbeitsunfähigkeit gelte ab dem 17. März 2003, bereits damals sei die rechte Oberextremität nur noch sehr limitiert einsetzbar gewesen. Eine Verschlechterung sei sicher ab 2008 gegeben. Wie die Stellungnahme des RAD nachvollziehbar erläutere, sei der Kläger nach der Operation im März 2003 nie mehr zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Bereits ab 2004 sei er aufgrund der psychischen Probleme nur noch sehr eingeschränkt arbeitsfähig gewesen. Zudem sei der Kläger aus somatischen Gründen stark eingeschränkt. Bereits ab dem 17. März 2003 sei die rechte Oberextremität nur noch sehr limitiert einsetzbar gewesen. Der RAD sei zudem korrekterweise der Ansicht, dass eine Neubeurteilung ab 2003 hätte erfolgen sollen, da diverse Ärzte nachvollziehbar dargelegt hätten, dass die bisherigen Annahmen nicht korrekt gewesen seien. Die zur Invalidität führende Arbeitsunfähigkeit sei somit zweifellos eingetreten, als der Kläger noch bei der Beklagten versichert gewesen sei. Der sachliche Kausalzusammenhang zwischen dem Gesundheitsschaden, der zur Arbeitsunfähigkeit und demjenigen, welcher zur Invalidität geführt habe, sei zu bejahen. Eine Unterbrechung sei nicht erfolgt, da der Kläger seither immer mehr als 20 % arbeitsunfähig gewesen sei. Dem Kläger sei deshalb ab dem 1. September 2010 eine BVG-Invalidenleistung auszurichten.

4.2 Demgegenüber vertritt die Beklagte die Ansicht, es sei versicherungsmedizinisch erstmals nach dem 1. Oktober 2010 ein (für die berufliche Vorsorge massgebender) Arbeitsunfähigkeitsgrad von 20 Prozent angenommen worden. Den Invaliditätsfestlegungen in den früheren Entscheiden liege die Annahme einer vollen Arbeitsfähigkeit (zumindest in einer Verweistätigkeit) zugrunde. Die Invalidität sei gemäss IV-Stelle Solothurn im März 2011 eingetreten. Im Zeitpunkt des Invaliditätseintritts sei der Kläger somit nicht mehr bei der Beklagten versichert gewesen, weshalb kein Anspruch auf die reglementarischen Invalidenleistungen gegeben sei. Nach Artikel 4.3.1 Abs. 1 Buchstabe a ARB (Allgemeine Reglementsbestimmungen) habe die versicherte Person Anspruch auf die reglementarischen Invalidenleistungen, wenn sie zu mindestens 40 Prozent invalid werde und sie bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität führe, bereits bei der Stiftung versichert gewesen sei und bei Eintritt der Invalidität immer noch versichert gewesen sei. Gehöre die versicherte Person hingegen im Zeitpunkt des Invaliditätseintritts nicht mehr der Vorsorgeeinrichtung an, habe sie gemäss Artikel 4.3.1 Absatz 2 Buchstabe a ARB (lediglich) Anspruch auf die obligatorischen Minimalleistungen gemäss BVG. Entsprechend sei nachfolgend zu prüfen, ob ein Anspruch auf die obligatorischen BVG-Minimalleistungen nach Artikel 23 BVG bestehe. Nur der Vollständigkeit halber sei auf Folgendes hingewiesen: Der unfallkausale Invaliditätsanteil betrage vorliegend 43 Prozent, der nicht-unfallkausale Invaliditätsanteil hingegen 29

Prozent. Damit liege der unfallkausale Invaliditätsanteil zwar über dem erforderlichen Mindestgrad von 40 Prozent, jedoch sehe der Vorsorgeplan bei Unfall keine reglementarischen Leistungen vor, sondern nur gegebenenfalls die gesetzlichen BVG-Minimalleistungen. Für die nicht unfallkausale, rein krankheitsbedingte Invalidität bestehe zwar im Rahmen der reglementarischen Leistungen Deckung, jedoch liege der konkrete Invaliditätsanteil vorliegend mit 29 Prozent unter dem erforderlichen Mindestgrad von 40 Prozent, weshalb die Voraussetzungen für den Bezug von reglementarischen Leistungen nicht erfüllt seien. Insoweit ergebe sich somit zusätzlich auch aus Artikel 4.7.2 ARB, dass kein Anspruch auf die reglementarischen Leistungen bestehe, sondern nur allenfalls, soweit die Voraussetzungen hierfür erfüllt seien, auf die gesetzlichen BVG-Minimalleistungen. Nach Art. 23 Buchstabe a BVG habe Anspruch auf die obligatorischen BVG Minimalleistungen, wer im Sinne der IV zu mindestens 40 Prozent invalid sei und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt habe, bei der beklagten Vorsorgeeinrichtung versichert gewesen sei. Die massgebliche Arbeitsunfähigkeit müsse mindestens 20 Prozent betragen haben und dauerhaft gewesen sein. Hätten, wie vorliegend verschiedene Gesundheitsschädigungen zur Invalidität beigetragen, so sei je gesondert zu prüfen, ob diese einzelnen Gesundheitsschädigungen eine Arbeitsunfähigkeit während dem Vorsorgeverhältnis bewirkt hätten und in diesem Vorsorgeverhältnis versichert seien (BGE 138 V 409, E. 6.3; BGer 9C_604/2014 vom 31 März 2015, E. 3.3). Dies gelte insbesondere in Situationen wie der Vorliegenden, bei welcher nach und in Zusammenhang mit einem Unfall psychische Probleme hinzugetreten seien (BGer 9C_330/2008 vom 4. September 2008, E. 4.2). Somit sei vorliegend zu prüfen, in wie weit die aus heutiger Sicht bestehenden Einschränkungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit auf gesundheitliche Probleme zurückzuführen seien, die während dem Vorsorgeverhältnis bei der Beklagten zu (dauerhaften) Arbeitsunfähigkeiten von mindestens 20 Prozent geführt hätten. Die ausschliesslich auf die Verletzungen an der rechten Hand zurückzuführenden Einschränkungen in der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit seien im ärztlichen Gutachten des D.____ vom 24. Juni 2011 letztmals gutachterlich beurteilt worden. Auf dieser Grundlage habe die Suva in der Verfügung vom 19. Juni 2012 einen Invaliditätsgrad von 43 Prozent errechnet. Somit führe die Handproblematik isoliert betrachtet, d.h. ohne die Auswirkungen der psychischen Erkrankung, zu einer Erwerbseinbusse von 43 Prozent; werde auch die psychische Erkrankung bei der Invaliditätsbemessung mitberücksichtigt, erhöhe sich der Invaliditätsgrad um 29 Prozentpunkte auf 72 Prozent. Die Unfallkausalität der psychischen Leiden sei durch die Suva verneint worden und sei deshalb im Suva-Entscheid unberücksichtigt geblieben. Dies stehe in Einklang mit dem versicherungspsychiatrischen Gutachten des C.____ vom 9. Oktober 2007, in welchem keine krankheitswertige unfallkausale oder mit dem Behandlungsverlauf in Zusammenhang stehende krankheitswertige psychische Störung habe festgestellt werden können. Zu prüfen sei somit nachfolgend, ob sich die berufliche Vorsorge an dem höheren Invaliditätsgrad der Invalidenversicherung oder dem tieferen der Suva zu orientieren habe. Dies sei zunächst abhängig davon, ob die durch die Psyche verursachten Einschränkungen bei der obligatorischen beruflichen Vorsorge zu berücksichtigen seien oder nicht. Massgebend hierfür sei, ob während dem Vorsorgeverhältnis (d.h. vor dem 30. November 2006) eine Arbeitsunfähigkeit eingetreten sei, die auch auf den Beschwerdekomples Psyche zurückzuführen gewesen sei (vgl. auch BGer 9C_330/2008 vom 4. September 2008, E. 4.2). Eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 Prozent sei jedoch gestützt auf die vorliegenden

Unterlagen während dem Vorsorgeverhältnis bei der Beklagten nicht nachgewiesen. Zu prüfen sei somit einzig, ob im Bereich der obligatorischen beruflichen Vorsorge - analog der Suva - aufgrund der während dem Vorsorgeverhältnis eingetretenen Handverletzungen eine Invalidität im Umfang von 43 Prozent bestehe, was Anspruch auf die minimale obligatorische BVG-Viertelsrente geben würde. Eine Leistungspflicht nach Artikel 23 BVG setze zunächst voraus, dass der Gesundheitsschaden (vorliegend: Handverletzung) eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 Prozent bewirkt habe. Vorliegend ergebe sich aus den Akten, dass der Unfall vom 23. September 1997 zwar eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von 100 Prozent bewirkt habe, jedoch sei diese nicht dauerhaft gewesen, so habe der Kläger nach fünfmonatiger Rehabilitation seine bisherige Arbeit ohne Einschränkungen wieder ausüben können (D.____-gutachten vom 24. Juni 2011, S. 13). Nach der operativen Behandlung des Karpaltunnelsyndroms am 17. März 2003 sei der Kläger erneut arbeitsunfähig gewesen. Gemäss dem Gutachten des D.____ vom 24. Juni 2011 habe sich ab diesem Zeitpunkt eine CRPS-Erkrankung, die zusammen mit der erstmals im Jahr 2008 aufgetretenen Lunatummalazie zu den heutigen Beschwerden mit Schmerzausstrahlung in die Schulter und den Nacken geführt hätten, und die gemäss der Suva-Verfügung vom 19. Juni 2012 eine Erwerbseinbusse von 43 Prozent bewirkt hätten, entwickelt. Fraglich sei zunächst, ob die ab dem Jahr 2003 einsetzende CPRS-Erkrankung bereits während dem Vorsorgeverhältnis zu einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20 Prozent geführt habe. Vorliegend habe die CPRS-Erkrankung nach dem Eingriff im Jahr 2003 eingesetzt, das Arbeitsverhältnis sei mehr als drei Jahre später, am 30. November 2006 aufgelöst worden. Dabei sei versucht worden, den Kläger auch in einer anderweitigen als der bisherigen Tätigkeit einzusetzen. Entsprechend sei somit die (für die obligatorische berufliche Vorsorge entscheidende) Frage des Eintritts der massgebenden Arbeitsunfähigkeit nicht nach den Einschränkungen in der bisherigen Tätigkeit zu beurteilen, sondern nach solchen in einer zumutbaren Verweistätigkeit. Aus den Akten – und insbesondere aus dem handchirurgischen orthopädischen Gutachten vom 28. Dezember 2005 – ergebe sich, dass während dem Vorsorgeverhältnis keine durch die Handverletzung bedingte Arbeitsunfähigkeit von 20 Prozent bestanden habe. Die Suva komme in der (mit Bundesgerichtsurteil vom 3. Juli 2009 bestätigten) Verfügung vom 14. Juni 2006 zum Schluss, der Kläger sei in einer Verweistätigkeit (ganztätige Arbeiten ohne das Heben von Gewichten über 15 bis 20 Kg) zu 100 Prozent arbeitsfähig und könne dabei ein (im Vergleich zum bisherigen Einkommen leicht reduziertes) Einkommen erzielen. Auch die Invalidenversicherung sei am 18. Januar 2008 zum gleichen Schluss gekommen und habe einen Invaliditätsgrad von 14 % errechnet, dem die Annahme einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit zugrunde liege. Zusammenfassend könne somit festgehalten werden, dass sowohl in der Unfall- als auch in der Invalidenversicherung während dem Vorsorgeverhältnis eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 Prozent verneint worden sei. Demnach sei während dem Vorsorgeverhältnis keine (durch die Handverletzung bedingte) Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 Prozent nachgewiesen, weshalb die Voraussetzungen nach Artikel 23 BVG nicht erfüllt seien und eine Leistungspflicht der Beklagten nicht gegeben sei. Im Übrigen sei zusätzlich zu berücksichtigen, dass dem Invaliditätsgrad der Suva, der nur knapp über 40 Prozent liege, als Teilursache auch eine Lunatummalazie zugrunde liege, die erstmals im 2008 aufgetreten und somit nicht während dem Vorsorgeverhältnis entstanden sei. Gemäss dem Gutachten solle es sich dabei um eine selbständige Erkrankung handeln, die nicht in Zusammenhang mit dem Unfall von 1997 oder dem chirurgischen Eingriff von 2003 stehe. Ohne diese Teilursache dürfte der

Invaliditätsgrad unter 40 Prozent liegen, weshalb auch aus diesem Grund kein Anspruch auf die Invalidenleistungen nach Artikel 23 BVG bestehe. Zu berücksichtigen wäre im Fall einer Verurteilung zur Ausrichtung einer BVG-Viertelsrente auch Artikel 3 Absatz 3 FZG, wonach die Invalidenleistungen gekürzt werden könnten, soweit eine Rückerstattung der Austrittsleistung unterbleibe. Vorliegend habe sich der Kläger die Austrittsleistung der Beklagten auf ein Freizügigkeitskonto bei der K.____ überweisen lassen. Eine Rücküberweisung sei – trotz der beantragten Invalidenleistungen – bisher unterblieben. Somit wäre im Falle einer Verurteilung auch dem Umstand der Nichtrücküberweisung Rechnung zu tragen und der Beklagten ein entsprechendes Kürzungsrecht zuzugestehen.

5. Es ist unbestritten, dass der Kläger an Beschwerden leidet, die zu einer bleibenden Erwerbsunfähigkeit in rentenbegründendem Ausmass geführt haben. Umstritten ist dagegen, wann eine Arbeitsunfähigkeit von wenigstens 20 % eingetreten ist. 5.1 Soweit hier von Interesse, ist den Akten zur Erwerbstätigkeit des Klägers folgendes zu entnehmen: Am 23. September 1997 erlitt der Kläger an seinem Arbeitsplatz in [...] einen Unfall, indem er bei Arbeiten an einem Drehwalzenstuhl mit der rechten Hand seitlich in die Walze geriet und sich dabei am Zeig-, Mittel- und Ringfinger starke Quetschungen zuzog. (IV-Nr. [Akten der IV-Stelle] 7.13). In diesem Zeitpunkt war er bei der B.____ in [...] als Mitarbeiter in der Fabrikation angestellt. Ab 17. November 1997 nahm der Kläger seine Tätigkeit bei der B.____ wieder in einem 50 %-Pensum auf (IV-Nr. 7.12, S. 15). Ab 22. Dezember 1997 war der Kläger wieder in einem vollen Pensum arbeitsfähig und arbeitstätig (IV-Nr. 7.12, S. 14 und S. 7). Im Schreiben von Herrn L.____ von der B.____ vom 1. Februar 1999 (IV-Nr. 7.8, S. 5.5) wurde festgehalten, der Kläger arbeite nach wie vor zuverlässig, aber mit gewissen unfallbedingten Einschränkungen. Er habe keine genügende Kontrolle über seine rechte Hand. Diese sei weiterhin unbeweglich. Fast alle Arbeiten erledige er linkshändig, um nicht Farbgebände fallen zu lassen oder an der Maschine einen neuen Unfall zu erleiden. Manches gehe etwas langsamer. Arbeitskollegen würden ihm bisher beim Heben schwerer Güter helfen, weil sie seine Probleme sehen würden und seine Stelle vor Umbesetzungen schützen wollten. Die B.____ schätze die stetige Zuverlässigkeit des Klägers und habe deshalb aus sozialen Erwägungen seit dem Unfall auf eine Lohnreduktion verzichtet. Am 24. Februar 1999 berichtete der Kläger anlässlich von Abklärungen in der Firma B.____ gegenüber der Suva, der Gesundheitszustand habe sich in den letzten Wochen und Monaten nicht sichtbar verbessert. Seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 21. Dezember 1998 sei keine wesentliche Änderung eingetreten. Die Finger seien häufig stark angeschwollen. Die Beweglichkeit sei eingeschränkt. Er leide auch unter einem Kraftdefizit. Seiner Meinung nach könne der Gesundheitszustand durch weitere medizinische Massnahmen nicht wesentlich verbessert werden. Aufgrund der Verletzung der rechten, dominanten Hand sei er beim Verrichten gewisser Tätigkeiten wie Heben von Lasten usw. eingeschränkt. Seit dem Unfall habe er kein volles Rendement mehr erbringen können. Aufgrund der Verletzung an der rechten, dominanten Hand sei er beim Verrichten gewisser Tätigkeiten wie Heben von Lasten usw. eingeschränkt. Aus diesem Grund sei er auch intern versetzt worden. Er könne leichtere manuelle Tätigkeiten verrichten. Vor dem Ereignis habe er alles machen können. Er leide unter der Tatsache, dass er nicht mehr zu den vollwertigen Mitarbeitern gehöre (IV-Nr. 7.7, S. 13). Anlässlich der Abklärung bei der B.____ am 24. Februar 1999 erklärten Herr L.____, Leiter Personal- und Rechnungswesen, sowie Herr M.____, Betriebsleiter, beim Kläger handle es sich um einen sehr zuverlässigen, willigen, polyvalent einsetzbaren Mitarbeiter, der eine überdurchschnittliche Leistung erbracht habe. Vor dem Unfallereignis habe er vor allem am sogenannten Drehwalzstuhl gearbeitet.

100 - 150 kg schwere Farbfässer würden zur vorgenannten Maschine transportiert. Dort müssten die Behälter durch Stossen, Anheben usw. in die richtige Position gebracht werden. Mit einem Hubstapler würden die Fässer angehoben, damit der Inhalt in den Drehwalzstuhl gelange. Die Farbe sei sehr zähflüssig und müsse mit einem Spachtel weggeschabt werden. Dies sei eine anstrengende Tätigkeit, es sei grosser Kraftaufwand erforderlich. Diese Tätigkeit werde normalerweise mit der dominanten Hand ausgeübt. Im Übrigen habe der Kläger im Betrieb praktisch alle anfallenden manuellen Tätigkeiten verrichtet, diese seien mit Heben und Tragen von Lasten usw. verbunden gewesen. Aufgrund der Fingerverletzungen an der rechten, dominanten Hand habe er die vorgenannte Tätigkeit nicht mehr ausüben können. Er sei während einiger Zeit am Arbeitsplatz «Einwaagen» eingesetzt worden. Dort habe die Aufgabe darin bestanden, bis 35 kg schwere Säcke, die Farbpulver enthalten würden, in Kessel zu füllen usw. Beidhändiges Zupacken sei erforderlich, es sei eine schwere manuelle Tätigkeit. Es habe sich gezeigt, dass er aufgrund der unfallbedingten Verletzung nicht mehr dort eingesetzt werden können. Der Kläger werde nun seit einigen Monaten am Arbeitsplatz «Etikettieren/Palettieren» beschäftigt. Er müsse dort Farbkübel etikettieren, Palettware mit Plastikfolie umwickeln, Palettwagen ziehen/stossen. Der Einsatz beider Hände sei erforderlich. Schweres Heben von Lasten wie an den beiden anderen Arbeitsplätzen komme nicht mehr derart häufig vor. Es liege eine Leistungseinbusse von schätzungsweise 15 - 20 % vor. Gründe: Verlangsamung, eingeschränkte Versetzbarkeit, er benötige gelegentlich Mithilfe der Arbeitskollegen, bei der Arbeitszuteilung werde Rücksicht genommen, es bestehe sicher eine unfallbedingte Einschränkung der Handfunktion, es entstehe ein organisatorischer Mehraufwand, er könne nicht mehr polyvalent, d. h. als «Springer» eingesetzt werden. Unter Berücksichtigung der vorerwähnten Kriterien und in Anbetracht dessen, dass er häufig über Schmerzen klage, und die Finger sichtbar geschwollen seien, erbringe er sicherlich kein volles Rendement. Die Weiterbeschäftigung sei sichergestellt. Der Kläger habe ab 1. Januar 1998 einen monatlichen Bruttolohn von CHF 3'850.00 bezogen und ab 1. Januar 1999 einen von CHF 4'000.00. Obwohl er seit dem Unfall kein volles Rendement mehr erbracht habe, sei bei ihm dennoch eine gewisse Lohnerhöhung vorgenommen worden. Gründe: Der Kläger sei ein sehr guter, einsatzwilliger Mann, habe ein sehr tiefes Anfangsgehalt gehabt, zudem sei er den anderen Mitarbeitern gleichgestellt worden. Dennoch sei man bei ihm mit Lohnanpassungen zurückhaltend geblieben. Er könnte heute - ohne Unfallfolgen - ca. CHF 4'200.00 verdienen. Der effektive Leistungslohn betrage schätzungsweise CHF 3'500.00 bis 3'700.00 (IV-Nr. 7.7, S. 11). Mit Verfügung vom 29. April 1999 sprach die Suva dem Kläger, basierend auf die oben genannte Lohneinbusse bzw. auf eine Erwerbsunfähigkeit von 15 % eine entsprechende Rente zu, und zwar befristet vom 1. Januar 1999 bis 31. Dezember 2000 (IV-Nr. 7.6, S. 4). Nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 30. April 2001 erklärte der Kläger anlässlich der Besprechung mit der Suva Solothurn (IV-Nr. 7.5, S. 8), seit der Rentenzusprechung habe sich der Gesundheitszustand eher leicht verschlechtert. Er habe sich in den letzten Monaten mehrmals zu seinem Hausarzt, Dr. med. G.____, begeben. Im April 2001 habe eine spezialärztliche Untersuchung bei Dr. med. N.____, [...], stattgefunden. Der Kläger wolle sich nicht operieren lassen. Er nehme regelmässig Schmerztabletten ein. Die Funktionsfähigkeit der Hand sei immer noch erheblich eingeschränkt. Er arbeite nach wie vor in der Firma B.____. Seine angestammte Tätigkeit am Drehwalzstuhl könne er noch nicht verrichten. Er sei nicht in der Lage, schwere manuelle Tätigkeiten vorzunehmen. Die Greiffähigkeit der Hand sei erheblich eingeschränkt, es plage ihn ein Kraftdefizit. Er verspüre auch belastungs- und bewegungsabhängige

Schmerzen. Im Betrieb verrichte er ausgesuchte, d.h. behinderungsgerechte Arbeiten. Er werde meist an einem Farbmischplatz beschäftigt, wo er 2 - 3 kg schwere Kübel behändige, Farben zusammenmische usw. Er halte die normale betriebsübliche Präsenzzeit ein und erbringe am vorgenannten Arbeitsplatz ein volles Rendement. Anlässlich der Abklärung bei der B.____ vom 15. Mai 2001 (IV-Nr. 7.5) gaben Herr O.____, Leiter Rechnungswesen, und Herr M.____, Betriebsleiter, an, der Kläger werde seit einiger Zeit am Arbeitsplatz «Einwaagen» beschäftigt. Nachdem der Produktionsablauf in letzter Zeit immer mehr automatisiert worden sei, falle das Heben schwerer Lasten weitgehend weg. Der Kläger müsse dennoch regelmässig Lasten heben und transportieren. Die Behinderung an der Hand mache sich nach wie vor bemerkbar (Verlangsamung, reduzierte Versetzbarkeit, organisatorischer Mehraufwand usw.). Am jetzigen Arbeitsplatz betrage die Leistungsfähigkeit rund 85 %. Nach anstrengenden Arbeitstagen klage er häufig über Schmerzen, die Leistungsfähigkeit nehme jeweils rapide ab. Die Weiterbeschäftigung sei sichergestellt. Am 21. Mai 2001 erklärte der Kläger an seinem Wohnort gegenüber der Suva, dass sich seiner Meinung nach der unfallbedingte Gesundheitszustand leicht verschlechtert habe. Die Intensität der Schmerzen habe zugenommen. Mit einer Besserung dürfe kaum gerechnet werden (IV-Nr. 7.5, S. 5). Aufgrund der Abklärungen, wonach die bei der Rentenfestsetzung erwartete Angewöhnung und Anpassung nicht eingetreten und der Kläger in seiner Leistungsfähigkeit nach wie vor eingeschränkt sei, sprach die Suva dem Kläger am 2. August 2001 weiterhin bzw. ab 1. Januar 2001 Rentenleistungen basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von wiederum 15 % zu (IV-Nr. 7.5, S. 1). Am 27. Februar 2003 meldete die B.____ der Suva einen Rückfall des Klägers mit der Begründung, dass die damals beim Unfall verletzte Hand schmerze und geschwollen sei. Aus diesem Grund habe der Arbeitnehmer die Arbeit ab 12. Februar 2003 ausgesetzt (IV-Nr. 7.4). Im Arbeitgeberfragebogen vom 22. März 2004 (IV-Nr. 17, S. 1) gab die B.____ an, der Kläger sei seit dem 9. Januar 2003 zu 100 % arbeitsunfähig. Mit Schreiben vom 24. Juni 2004 teilte die Firma P.____ (Suva-Nr. 139) dem Kläger mit, da er seit Januar 2003 wegen Unfalls bei der Arbeit verhindert sei, werde ihm seine Stelle als Raumpfleger im Nebenamt per 31. August 2004 gekündigt. Am 19. Oktober 2004 meldete Dr. med. Q.____ der Suva, der Versicherte habe ihr aus [...] telefoniert und gesagt, dass es ihm nicht gut gehe. Er sei in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert (Suva-Nr. [Akten der Suva] 151). Am 13. Dezember 2004 erklärte der Kläger gegenüber der Suva Solothurn, die Anstellung in der Firma P.____ (Nebenerwerb) sei per August 2004 aufgelöst worden. Hingegen sei er noch offiziell in der Firma B.____ angestellt. Aufgrund der jetzigen Restbeschwerden könne ihm leider keine leichte, behinderungsgerechte Tätigkeit zur Verfügung gestellt werden. Er habe in den letzten drei Monaten 8 kg abgenommen. Der psychische Zustand habe sich stabilisiert. Die rechte, dominante Hand könne er nach wie vor kaum einsetzen. Die Finger seien geschwollen, er habe keine Kraft, kein Gefühl (IV-Nr. 24, S. 2). Am 19. Januar 2005 (IV-Nr. 29.5, S. 3) erklärte der Kläger gegenüber der Suva, offiziell sei er immer noch bei der Firma B.____ angestellt. Aufgrund der Restbeschwerden sei er nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Insgesamt schein sich die Situation – so meldete Dr. med. Q.____ dem Suva-Kreisarzt am 31. Januar 2005 – wieder stabilisiert zu haben. Der Versicherte empfinde die regelmässigen Gespräche mit der Psychologin als sehr hilfreich und berichte über ein besseres Zusammenleben mit seiner Ehefrau; beide Parteien wünschten keine Trennung bzw. Scheidung. Den Alkoholkonsum habe der Patient im Griff (IV-Nr. 29.4). Im Abschlussbericht der IV-Stelle vom 21. Februar 2005 betreffend berufliche Eingliederung (IV-Nr. 25) wurde festgehalten, der Kläger wolle zurück an seinen

alten Arbeitsplatz bei der Firma B.____. Medizinisch-theoretisch könnte er zwar eine angepasste Tätigkeit ohne Einschränkung im Vollpensum ausführen. Der Kläger sei aber aufgrund der unnachgiebigen Haltung sowie von seinen persönlichen und sprachlichen Ressourcen her in der Privatwirtschaft schwierig zu vermitteln. Der Kläger könne seine zumutbare Erwerbsfähigkeit aus behinderungsfremden (sprachlichen, soziokulturellen) Gründen nicht ausschöpfen. Im Arbeitgeberfragebogen vom 10. März 2006 (IV-Nr. 39, S. 1) gab die B.____ an, der Kläger sei seit dem 1. Januar 2003 durchgehend zu 100 % arbeitsunfähig. Mit Schreiben vom 23. Juni 2006 (Suva-Nr. 214) teilte die Suva der B.____ mit, ab dem 13. Februar 2003 sei im Rahmen eines Rückfalles für die vorübergehende Verschlimmerung des unfallbedingten Zustandes wiederum ein volles Taggeld ausgerichtet und die unfallbedingt notwendigen Heilbehandlungen seien übernommen worden. Aufgrund der kreisärztlichen Untersuchung vom 2. Februar 2006 sowie der vorliegenden medizinischen Befunde sei die Heilung soweit fortgeschritten, dass der Rückfall nun unfallbedingt abgeschlossen werden könne. Dem Kläger seien unfallbedingt wiederum die gleichen Arbeiten zumutbar wie vor dem jetzt abzuschliessenden Rückfall, d.h. ganztägige Arbeiten ohne das Heben von Gewichten über 15 – 20 kg. Arbeiten, welche Schläge oder Vibrationen beinhalten würden, seien eher ungünstig. Da keine erhebliche Verschlimmerung der Unfallfolgen vorliege, sei er im Rahmen der Invalidenrente (15 %) wieder arbeitsfähig. Mit Schreiben vom 24. August 2006 (Klagebeilage 2) teilte die B.____ dem Kläger mit, dass sie das Arbeitsverhältnis per 31. August 2006 unter Einhaltung der dreimonatigen Kündigungsfrist auf den 30. November 2006 beenden müsse. Gemäss Brief der Suva vom 23. Juni 2006 sei der Kläger aus unfallbedingten Gründen im Rahmen der Rente wieder arbeitsfähig. Leider habe die B.____ keine Möglichkeit gefunden, ihn weiter in der Firma zu beschäftigen. Gemäss Unfallschein bestätigte Dr. med. G.____ vom 19. Dezember 2007 bis 15. Dezember 2008 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 79.17, S. 3).

5.2 Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Klägers sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang:

5.2.1 Gemäss Operationsbericht vom 23. September 1997 (Suva-Nr. 3) wurden aufgrund des starken Quetschtraumas der Endglieder Dig. II, III, und IV der rechten Hand mit Teilamputation des Endgliedes Dig. II rechts und grossem palmarem Defekt der Endglieder Dig. III und IV folgende Operationen vorgenommen: Am rechten Zeigfinger eine Revision der Wunde, eine Naht des Nagelbettes und Refixation des abgelösten Nagels; am rechten Ringfinger eine Deckung des palmaren Defektes mit Thenarlapfen; am rechten Mittelfinger eine Deckung des palmaren Defektes durch Crossfingerlapfen.

5.2.2 Dr. med. R.____, Facharzt für Chirurgie FMH, führte in seinem Bericht vom 25. November 1997 (IV-Nr. 7.12, S. 16) aus, angesichts des erheblichen Quetschtraumas (Walzenverletzung P3 Dig. III-IV rechts) dürfe sich das Operationsresultat sehen lassen. Es sei eine weitere Besserung des funktionellen Resultats durch intensive Handtherapie zu erwarten. Die beste Handtherapie stelle allerdings die Wiederaufnahme der beruflichen Normalarbeit dar, der im Moment nichts im Wege stehe. Natürlich müsse auch eine gewisse psychologische Abwehr gegen eine völlige normale Arbeitsaufnahme und vor allem die Angst vor der Maschine mitberücksichtigt werden. Bezüglich der jetzt noch unbefriedigenden Flexion der einzelnen Langfinger könne man sich zu einem späteren Zeitpunkt überlegen, ob chirurgische Massnahmen indiziert seien.

5.2.3 Dr. med. S.____, Facharzt für Orthopädie FMH, hielt in seinem Bericht vom 5. Juni 1998 (IV-Nr. 7.12, S. 8) fest, es bestehe eine deutlich herabgesetzte Sensibilität an der Fingerkuppe III und IV, der Faustschluss gelinge kräftig, die Streckung sei an allen Fingern voll. Die vom Kläger geklagten Beschwerden dürften bedingt sein durch Hypo- und

Anästhesien sowie der chronischen Fehlbelastung. Der Kläger sei auch weiterhin zu 100 % arbeitsfähig. 5.2.4 Der Beurteilung von Dr. med. T.____, Suva Kreisarzt-Stellvertreter, in seiner Abschlussuntersuchung vom 21. Dezember 1998 (IV-Nr. 7.11) lässt sich entnehmen, dass 15 Monate nach der Walzenverletzung an der rechten Hand heute ein funktionell ansprechendes Resultat vorliege. Die Funktion der rechten Hand sei noch durch Hypo- bzw. Anästhesien sowie durch eine vorwiegend belastungsabhängige vermehrte Schmerzempfindlichkeit beeinträchtigt. Von weiteren medizinisch therapeutischen Massnahmen sei keine wesentliche Änderung des Zustandes zu erwarten. 5.2.5 In seinem Bericht vom 14. Januar 1999 (IV-Nr. 7.9) hielt Dr. med. S.____ fest, es bestünden reizfreie Narben im Bereich der Hand, etwas vermehrte Behaarung am Handrücken, eine leichte Schwellung mittags um 12 Uhr, etwas vermehrte Rötung rechts gegenüber links. Die Schulterbeweglichkeit sei symmetrisch ohne Einschränkung mit voller Abduktion und Anteversion, rechts endphasig aber subjektive Schmerzen. Nach Ansicht von Dr. med. S.____ ändere sich an der aktuellen Arbeitsfähigkeit nichts. 5.2.6 Aus der kreisärztlichen Untersuchung vom 30. April 2001 durch Dr. med. F.____, Spezialarzt für Chirurgie FMH, geht im Wesentlichen hervor, dass sich seit der Abschlussuntersuchung vom 21. Dezember 1998 durch Dr. med. T.____ insgesamt kaum etwas verändert habe. Die Hand- und Fingermotilität sei mit Ausnahme eines gelegentlichen Blockierens des Ringfingers gut. Nach wie vor störend seien die ausgeprägten Hyposensibilitäten bis Asensibilitäten der ganzen Finger resp. -kuppen. Die rohe Kraft des rechten Faustschlusses sei fast hälftig vermindert. Der Versicherte habe angegeben, keine Schmerzen zu haben, wenn er nicht arbeite. Nach dem Arbeiten habe er dann Schmerzen und im Übrigen in der rechten Hand einfach keine Kraft mehr. Allerdings sei ihm – so führte der Kreisarzt aus – eine ganztägige, zeitlich uneingeschränkte Arbeitsleistung weiterhin zuzumuten, wogegen schwerere handwerkliche Tätigkeiten mit Heben von Gewichten über 15 bis 20 kg nicht möglich seien. Schliesslich machte der Kreisarzt den Versicherten darauf aufmerksam, die proximalen Klettverschlüsse seiner Mafraschiene möglichst locker zu fixieren, um nicht durch eine Stauung die Situation des CTS (Karpaltunnelsyndrom) zusätzlich zu verschlimmern. Eine Besserung des Zustandes erwarte er jedoch nicht (IV-Nr. 7.5, S. 19). 5.2.7 In seinem Bericht vom 25. Februar 2003 an den Hausarzt des Versicherten führte Dr. med. U.____, Spezialarzt FMH für Neurologie, [...], u.a. an, dass elektrophysiologisch eine deutliche Verschlechterung der Nervus medianus-Kompression im Karpaltunnel rechts festzustellen sei, so dass eine Nervus medianus-Neurolyse im Karpaltunnel rechts indiziert sei. An der rechten Hand bestehe eine deutliche Schwellung unklarer Genese. Insofern es sich um ein Lymphödem handle, wäre probatorisch eine Lymphdrainage vorzunehmen (IV-Nr. 7.3, S. 87). 5.2.8 Am 17. März 2003 unterzog sich der Kläger im V.____ einer Operation bzw. einer Dekompression und Neurolyse des Nervus medianus und des Karpaltunnels rechts (IV-Nr. 7.3, S. 77). 5.2.9 Der Hausarzt des Versicherten, med. prakt. G.____, teilte der Suva in seinem Zwischenbericht vom 25. März 2003 mit, dass der Kläger – bei einem zu diagnostizierenden, posttraumatisch indizierten Karpaltunnelsyndrom rechts bei Status nach einem Quetschtrauma 1997 – unter starken Schmerzen leide. Trotz konservativer Therapie stelle sich keine Besserung ein. Nach einem neurologischen Konsilium sei der Patient zu einer operativen Dekompression eingewiesen worden, die am 17. März 2003 erfolgt sei. Zur Wiederaufnahme der Arbeit bzw. Arbeitsfähigkeit machte der Arzt keine Angaben (IV-Nr. 7.3, S. 79). 5.2.10 In seinem kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 20. Juni 2003 (IV-Nr. 7.3, S. 61) hielt Dr. med. F.____ fest, dass der Versicherte sichtlich leidend sei und seinen Arm in Schonhaltung trage. Seines

Erachtens persistiere die Handgelenksschwellung vorwiegend durch eine falsch benutzte Mafraschiene, die proximal viel zu eng und somit distal rückstauend angelegt werde. Er nehme an, dass die Mafraschiene bereits vorgängig des Eingriffs zur persistierenden Handschwellung beigetragen habe. Der Verlauf der Medianusneurolyse sei primär komplikationslos gewesen. Auch die heutige Motilität des Handgelenkes und der Finger würden auf ein günstiges Resultat hoffen lassen. Er habe dem Versicherten den Zusammenhang seiner Handschwellung mit dem Tragen der Schiene erklärt und ihn gebeten, diese weitgehend wegzulassen oder zumindest sehr locker anzupassen und die Finger wiederholt zu bewegen. Die myofaszialen Spannungsschmerzen, die bereits bei der letzten kreisärztlichen Untersuchung im 2001 bemerkt worden seien, seien nun verstärkt. Das Entwickeln einer Sudeckschen Dystrophie (entzündliche Erkrankung des Bindegewebes) sei seines Erachtens zurzeit drohend, wenn auch noch nicht etabliert. Eine Entstauungsgymnastik und Lymphdrainage sowie Calzitonin würde er dringend empfehlen.

5.2.11 Als Zwischenanamnese teilte Dr. med. U.____ am 24. Juni 2003 Dr. med. W.____, Leitender Arzt Chirurgie/Orthopädie, V.____, mit, dass die Schmerzen im Handgelenksbereich nach der Nervus medianus-Neurolyse vom 17. März 2003 bewegungsabhängig, vor allem bei der Fingerflexion sowie Drehungen im Handgelenksbereich, zugenommen hätten. Die Schmerzen würden in den ganzen rechten Arm ausstrahlen, am ehesten ulnarseits. Auch beim Heben von Lasten hätten die Schmerzen zugenommen. Postoperativ bestünden eine deutliche subjektive Kraftverminderung sowie das Auftreten eines Arm-/Handtremors. In seiner Beurteilung kam Dr. U.____ zum Schluss, konstitutionell sowie bei einer deutlichen Verspannung im Nacken-/Schulterbereich und anamnestisch käme sicher differenzialdiagnostisch ein Thoracic-outlet-Syndrom als Genese der diffusen Störung des rechten Arms in Frage. Eine arterielle Kompressionskomponente sei nicht feststellbar. Elektrophysiologisch ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine untere bzw. obere Plexus-Läsion. Elektroneurografisch sei eine deutliche Besserung der sensiblen bzw. motorischen Nervenleitgeschwindigkeit des Nervus medianus rechts festzustellen (IV-Nr. 7.3, S. 48).

5.2.12 Vom 26. Juni bis 16. Juli und vom 20. August bis 10. September 2003 hielt sich der Versicherte in der E.____ auf. Dem Austrittsbericht (IV-Nr. 7.3, S. 28) vom 29. September 2003 lässt sich – bei einem diagnostizierten Quetsch-trauma der rechten Hand sowie rezidivierenden depressiven Episoden (ICD-10 F33.0) – im Wesentlichen entnehmen, dass aufgrund des neurologischen Konsiliums für das Vorliegen eines Thoracic-outlet-Syndroms, das extern diagnostiziert worden sei, die klinische Symptomatik nicht typisch sei. Auch gebe es klinisch keinen Hinweis für das ebenfalls vermutete C7-Reizsyndrom auf der rechten Seite. Die elektrophysiologisch festgestellte Leistungsverzögerung (distal motorische Latenz) im Bereich des Nervus medianus rechts sei Anlass zu einer CTS-Operation gewesen. Kritisch müsse allerdings gewertet werden, dass sich auch linksseitig eine fast gleichartige Leistungsverzögerung gefunden habe, wo der Patient jedoch keine Beschwerden aufweise. Insofern liege die Vermutung nahe, dass es sich eher um einen elektrophysiologischen Zufallsbefund handle, der nicht in einem Kausalzusammenhang mit der aktuellen Beschwerdesymptomatik des Klägers zu sehen sei. Zu diskutieren wäre das Vorliegen eines CRPS (Complex regional pain syndrome [komplexes regionales Schmerzsyndrom]). Aus dem psychosomatischen Konsilium gehe hervor, dass sich der Patient mit seiner Situation schwertue und bis anhin ausserstande gewesen sei, zu einem adäquaten und für ihn hilfreichen Umgang mit Schmerzen und körperlichen Einschränkungen zu finden. Dieser maladaptive Umgang sei allerdings weniger durch eigentliche Selbstlimitierungen und/oder Inkonsistenzen geprägt als

vielmehr durch stark überhöhte Erwartungen, in welcher Zeit welche Fortschritte realistischerweise erwartet werden könnten. Der bisherige posttraumatische Verlauf mit geglücktem Wiedereinstieg und (trotz einer gewissen Leistungsverminderung) über Jahre aufrecht erhaltener, regelmässiger Arbeitstätigkeit und den erneut aufgetretenen Beschwerden, einer erneuten Operation und dem komplikationsreichen Verlauf sei für die weitere Rehabilitation eine schwere Hypothek und könnte sich als unüberwindbares Rehabilitationshindernis herausstellen. Die Extensionsfähigkeit aller Finger sei im Vergleich zur Gegenseite symmetrisch gewesen. Dieses an sich erfreuliche Bild habe sich bis zum Austritt eher wieder verschlechtert. Im Weiteren wird im Bericht ausgeführt, dass der Kläger den rechten Arm in Schonhaltung halte und die Langfinger unvollständig bewege, obwohl keine strukturellen Bewegungseinschränkungen bestünden. Bei einer Konzentration auf die Hand trete ein grober Tremor auf, der jedoch unter Ablenkung nicht vorhanden sei. Klinisch-neurologisch könne weder ein Thoracic-outlet-Syndrom noch ein C7-Reizsyndrom festgestellt werden, die beide in früheren Untersuchungen vermutet worden seien. Die Beschwerden am Oberarm, der Schulter und im Nacken seien myofasziärer Genese. Es bestehe heute auch keine Symptomatik eines Carpal-tunnelsyndroms. Die durch den Patienten angegebene Sensibilitätsverminderung an der gesamten rechten Hand und dem gesamten rechten Oberarm könnten nicht einem bestimmten Nerv oder einer bestimmten Nervenwurzel zugeordnet werden. Nach dem Unfall habe der Patient nur eine Hyposensibilität an der Pulpa des Dig. II sowie eine Asensibilität im Bereich der Lappendeckung an den Fingern III und IV gehabt. Der lange, schmerzreiche Verlauf habe inzwischen zu rezidivierenden depressiven Episoden geführt. Der Patient tue sich mit der Akzeptanz seiner Beschwerden und Beeinträchtigungen schwer. Er habe eine «alles oder nichts»-Einstellung. Die Prognose erscheine zurzeit als düster, nachdem es nicht gelungen sei, den Patienten aus seinen ausgedehnten Schmerzen herauszuholen. Schliesslich erachteten die Ärzte der E.____ gantägige leichte Arbeiten für den Kläger als zumutbar, wogegen ihm grobmotorische Tätigkeiten mit kräftigem Einsatz der rechten Hand nicht zuzumuten seien. Auch feinmotorische Arbeiten, die eine gute Sensibilität an den Fingerkuppen erfordern würden, seien nicht möglich. Ebenso wenig seien Vibrationen und Schläge auf die rechte Hand wie auch Arbeiten auf Leitern und Gerüsten zumutbar. 5.2.13 Grundsätzlich habe sich – so führte Dr. med. F.____ in seinem kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 20. Oktober 2003 aus – am Allgemeinstatus seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Juni 2003 wenig verändert. Allerdings habe sich der Zustand des Versicherten seither trotz den Rehabilitationsbemühungen in [...] eher verschlechtert. Der Versicherte sehe sich keineswegs in der Lage, mit seiner rechten Hand bzw. dem rechten Arm irgendeine brauchbare Tätigkeit auszuführen. Dementsprechend sei in seiner angestammten Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, wobei mit einem Stellenverlust gerechnet werde. Medizinisch deutlich imponierend seien die Schonhaltung und der Schoneinsatz der rechten Hand und des rechten Arms mit deutlichem Muskelzittern, das sich Dr. med. F.____ nur durch die gleichzeitige andauernde Aktivierung von Agonisten und Antagonisten im Bereich des Schultergürtels und des Oberarms, zu einem geringen Teil auch im Bereich des Vorderarms, erklären könne. Dagegen würden gezielte Bewegungen (Schuhe binden, Schreibstift ergreifen) im Bewegungsablauf einwandfrei, wenn auch nur sehr schwach, ausgeführt. Die Schwellung des Handrückens und der Finger könnte durch das Hängenlassen des Armes und der Hand – bei vermindertem Gebrauch der Vorderarmmuskulatur infolge des Schonverhaltens – sowie allenfalls durch eine Störung

des venösen Rückflusses im Bereich der Thoraxapertur bedingt sein. Dr. med. F.____ nehme nicht an, dass ein Sudeck vorliege, da hierfür eindeutig trophische Veränderungen der Weichteile sowie der Sudation fehlen würden. Das Entstehen und Persistieren der Beschwerden trotz Rehabilitationsbemühungen und das grundsätzliche Fehlen organischer Defekte, die ein Unterhalten des Beschwerdebildes dieses Ausmasses erklären würden, sprächen seines Erachtens für eine schwerwiegende psychosomatische Fehlentwicklung. Es sei richtig, die depressive Reaktion medikamentös, allenfalls auch psychotherapeutisch anzugehen (IV-Nr. 7.3, S. 19).

5.2.14 Am 2. Februar 2004 stellte Dr. med. F.____ fest, dass sich grundsätzlich am Allgemeinstatus wenig verändert habe. Im Weiteren lässt sich seinem kreisärztlichen Bericht entnehmen, dass tendenziell eine leichte Verbesserung «vom Versicherten», aber auch in den objektivierbaren Befunden feststellbar werde. Die Schwellung der rechten Hand werde durch eine manuelle Strangulation verursacht. Daneben bestehe weiterhin das verkrampfte Zittern ähnlich einem Clonus, was sicher einen Teil der muskulären Schmerzen des ganzen Arms und auch des Schultergürtels in Schonhaltung ausmache. Die Finger liessen sich problemlos passiv durchstrecken; auch ein aktives Strecken wäre möglich, könne aber vom Versicherten nur mittels Überlisten durch den Untersuchenden bewerkstelligt werden (IV-Nr. 18.2, S. 8).

5.2.15 Gegenüber dem Kreisarzt gab der Kläger am 27. April 2004 an, dass es ihm ein wenig besser gehe. Die Schmerzen im Schulterbereich hätten sich ein wenig gebessert. Die Hand sei jedoch immer geschwollen, und die Schmerzen seien ständig da. Ferner hielt Dr. med. F.____ in seinem Bericht vom 28. April 2004 fest, dass die Beschwerden des Versicherten, wie schon wiederholt festgehalten, aus organischen Gründen nicht nachvollziehbar seien. An sich seien sämtliche Gelenke frei beweglich. Der Versicherte persistiere in seinem grotesken Tremor des ganzen rechten Arms, den er klonusartig ausführe. Dass damit gewisse myofasziale Verspannungen erklärt werden könnten, verstehe sich von selbst. Die Schwellneigung der rechten Hand sei weiterhin als hypostatisches Ödem zu verstehen, würden doch weder trophische Störungen noch ein Sudeckverdacht bestehen. Die Zirkulation sei an sich mit einem guten Radialispuls und einer guten kapillaren Nachfüllung korrekt. Er, Dr. F.____, sei der Meinung, dass der Versicherte eine psychologische bzw. psychiatrische Begleittherapie benötige, um seine Somatisierung zu überwinden (IV-Nr. 18.2, S. 3).

5.2.16 Dr. med. Renate Q.____, Rheumatologie und Innere Medizin FMH, [...], diagnostizierte am 27. September 2004 ein Complex regional pain-Syndrom Typ I, aufgetreten nach der Medianusneurolyse, sowie ein Quetschtrauma der rechten Hand mit Teilamputation der Endglieder II-IV rechts. Es handle sich um eine unvollständige, atypische Form eines CRPS I. Bei einer genauen Erhebung der Anamnese sei augenfällig, dass die frühere Arbeitsleistung initial trotz langwierigen unbefriedigenden Verlaufs wenigstens annähernd habe erbracht werden können. Erst die Medianusneurolyse im Jahr 2002 (recte: 2003) habe zu einer Dekompensation mit zunehmender Schmerzsymptomatik und Arbeitsunfähigkeit geführt. Aus der umfassenden Anamnese würden weitere invaliditätsfremde, die Prognose negativ beeinflussende Gründe hervorgehen. Wesentliche Punkte (Alkoholkonsum, depressive Entwicklung) seien in der Zwischenzeit angegangen worden. Bei den Zusatzuntersuchungen hat Dr. med. Q.____ zur Radiologie vom 9. September 2004 Folgendes angeführt: «Alte traumatische Veränderungen des Processus unguicularis Digitus II – V rechts, konsolidiert. Seitengleiche Dichte der ossären Strukturen, keine umschriebene oder diffuse Osteopenie, keine osteolytischen Destruktionen. Deutliche Weichteilschwellung der rechten Hand» (Suva-Nr. 149).

5.2.17 In seinem Bericht vom 13. Dezember 2004 über die kreisärztliche Untersuchung des

Versicherten hielt Dr. med. T.____, Kreisarzt-Stellvertreter, fest, dass sich heute die schon bei den früheren Untersuchungen festgehaltenen Befunde, insbesondere auch diejenigen der letzten Untersuchung vom 28. April 2004, bestätigten. Für das weitere Prozedere schlage er die Weiterbehandlung bei Dr. med. Q.____ mit der von ihr vorgesehenen Medikation vor. Ferner sollte die angefangene Psychotherapie in der Praxis von Dr. med. I.____ fortgeführt werden (IV-Nr. 24, S. 3).

5.2.18 Am 12. Januar 2005 berichtete Dr. med. Q.____ dem Kreisarzt Dr. med. F.____ über die Verlaufskontrollen des Versicherten vom 4. und 11. Januar 2005. Sie diagnostizierte dabei eine schwere depressive Verstimmung, ein Complex regional pain-Syndrom Typ I, eine Alkoholproblematik sowie ein Quetschtrauma der rechten Hand mit einer Teilamputation der Endglieder II-V rechts. Im Weiteren führte Dr. med. Q.____ aus, dass während eines [...]aufenthaltes im Herbst 2004 eine psychische Dekompensation aufgetreten und ein Notfallpsychiater beigezogen worden sei, der die Antabus-Therapie gestoppt und durch Cianamid ersetzt habe. Es sei weder eine psychiatrische Hospitalisation vorgenommen noch eine entsprechende Betreuung eingeleitet worden. Die von der Suva vorgesehene Zweitbeurteilung durch Dr. med. X.____ habe wegen terminlichen Schwierigkeiten nicht stattfinden können. Nach der Rückkehr des Versicherten am 4. Januar 2005 sei die Therapie mit Miacalcic intranasal eingeleitet worden, die nicht unerwartet keinen Effekt gezeigt habe, so dass am 11. Januar 2005 der Wechsel auf subkutane Injektionen vorgeschlagen worden sei. Obwohl sie den Kläger auf diese Möglichkeit vorbereitet habe, habe sich dieser äusserst ungehalten gezeigt und nur mit Mühe überzeugt werden können. Den Vorschlag, die Physiotherapie zur Behandlung des myofaszialen Schulter-/Arm-Syndroms wieder aufzunehmen, habe der Kläger apodiktisch abgelehnt mit der Begründung, er habe während Jahren alle Therapien mitgemacht und dennoch nur eine Verschlechterung erfahren. Auch wenn beim Kläger eine unvollständige Form eines CRPS I vorliege, bestehe mit Sicherheit zusätzlich eine wesentliche psychogene Überlagerung. Trotz initial vordergründiger Kooperation durch den Patienten liege eine deutlich ambivalente Haltung mit aggressiv-forderndem Verhalten und fehlender Krankheitseinsicht vor (IV-Nr. 29.8).

5.2.19 In seinem Bericht vom 17. Januar 2005 (Suva-Nr. 173) hielt Kreisarzt, Dr. med. F.____, fest, im letzten Herbst habe der Kläger gegenüber dem Hausarzt und gegenüber Dr. med. Q.____ von der Verbitterung gegenüber der Suva und dem Kreisarzt sowie Dr. med. W.____ (Operateur des CTS) gesprochen. Er habe offenbar geäussert, er werde sich selber das Leben nehmen, aber vorerst werde er noch Dr. med. W.____ und den Kreisarzt umbringen. Der Versicherte sei seines Wissens im September erstmals von Hr. Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, betreut worden. Dieser habe im Verlauf die Psychotherapie an Frau Y.____, Psychologin, delegiert - aus sprachlichen Gründen. Während seines Aufenthaltes in [...] anfangs Oktober sei es offenbar zu einer persönlichen Krise gekommen, bei der erheblicher Alkoholkonsum im Spiel gewesen sei. Es sei eine kurze notfallmässige Einweisung in Universitätsklinik Santiago erfolgt. Die handschriftliche Bestätigung des behandelnden Arztes sei von Dr. med. T.____, Kreisarzt-Stellvertreter übersetzt worden. Festgestellt werde als Beurteilung (unvollständig): zeitweise vermehrter Alkoholkonsum und psychotische Symptome.

5.2.20 Dr. med. Q.____ hielt in ihrem Bericht vom 25. Februar 2005 (IV-Nr. 29.2, S. 10) an den Kreisarzt fest, dass es nach einer vierwöchigen Applikation von Calcitonin subkutan in subjektiver Hinsicht zu keiner Veränderung der Schmerzsymptomatik gekommen sei. Das fehlende Ansprechen (auf Calcitonin) könne sowohl auf das lange Intervall zwischen dem Auftreten der Beschwerden und dem Behandlungsbeginn zurückgeführt werden; es sei jedoch ebenso mit einer Chronifizierung

vereinbar, die auf der somatischen Grundlage einer möglichen durchgemachten CRPS I basiere. Diese Differentialdiagnose werde offenbleiben und habe bezüglich weiterer therapeutischer Ansätze keine Konsequenzen. Eine psychogene Überlagerung müsse in beiden Fällen angenommen werden, wobei der Anteil der somatisch bedingten Schmerzen nicht exakt eruiert werden könne. Falls es nach dem Absetzen von Miacalcic zu einer glaubhaften Schmerzverstärkung komme, spreche dies für eine relevante somatische Genese und ein Fortführen der Therapie. Falls es subjektiv zu keiner Veränderung komme, stehe eine psychogene Genese im Vordergrund. Die Prognose sei ungünstig. Sie erachte jede auf die rechte obere Extremität zentrierte Therapieform als kontraproduktiv, weil damit eine weitere Fixierung gefördert werde. Hingegen sei ein ganzheitlicher Ansatz sinnvoll. Sie befürworte die Aufnahme eines allgemeinen Konditions- und Muskelaufbautrainings, was vom Kläger jedoch zurzeit klar abgelehnt werde.

5.2.21 Am 16. März 2005 hielt Dr. med. T.____ in seinem kreisärztlichen Untersuchungsbericht fest, dass die auch vom Versicherten als nützlich beurteilte Psychotherapie bei Y.____ in der Praxis von Dr. med. I.____ weitergeführt werde. Die Therapeutin habe einen zirka dreiwöchigen Aufenthalt in [...] im nächsten Monat vorgeschlagen, was er, Dr. med. T.____, unterstütze. Bei dieser Gelegenheit könnte die früher verpasste Konsultation beim Traumatologen Dr. med. X.____ nachgeholt werden. Der Versicherte sei mit diesem Vorgehen einverstanden und werde sich von seinem spanischen Domizil aus mit Dr. X.____ in Verbindung setzen.

Medizinisch/theoretisch könnte der Versicherte – so lässt sich den Ausführungen des Kreisarztes weiter entnehmen – eine seinen Fähigkeiten angepasste Tätigkeit im Vollpensum ausführen. Tätigkeiten wie Verdienst, Zählerablesen, als Ladendetektiv, im Ordnungsdienst sowie Kontroll- und Überwachungstätigkeiten in der Fertigung wären theoretisch zumutbar (IV-Nr. 29.2, S. 2).

5.2.22 In ihrem Bericht vom 15. April 2005 an den Suva-Kreisarzt Dr. med. F.____ führten Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Psychiatrie, und lic. phil. Y.____, Psychotherapeutin SPV/ASP, dipl. analyt. Psychologin, [...], im Wesentlichen aus, dass der Kläger zu Beginn der Psychotherapie sehr depressiv gewesen sei. Die durch sein Leiden bedingte Arbeitsunfähigkeit und die daraus offensichtlich folgenden familiären und partnerschaftlichen Probleme hätten ihn gänzlich in Besitz genommen. Seit Januar 2005 komme er nun regelmässig zur Psychotherapie. Seine Depression sei zeitweise etwas aufgehellt. Gelegentlich sei er etwas aktiver, gehe mehr aus dem Haus, treffe Freunde und interessiere sich, soweit es sein Zustand zulasse, für deren Aktivitäten. Seine familiäre Situation habe sich etwas verbessert. Die körperlichen Schmerzen würden allerdings immer wieder zu (gesundheitlichen) Einbrüchen führen (IV-Nr. 34, S. 4).

5.2.23 In seinem Schreiben vom 27. November 2005 (Suva-Nr. 198) an Dr. med. T.____ teilte Dr. med. I.____ mit, der Kläger sei seit 20. September 2004 in delegierter psychotherapeutischer Behandlung bei Frau lic. phil. Y.____, bisher insgesamt 22 Stunden.

5.2.24 In dem am 28. Dezember 2005 erstellten orthopädischen Gutachten (IV-Nr. 37, S. 3), das sich auf die dem Experten überlassenen Akten und Röntgenbilder, die Angaben des Versicherten sowie die Untersuchungsbefunde und Röntgenabklärungen des Gutachters abstützt, ist Dr. med. X.____, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie, Albir, Alfaz del Pi (E), zu folgenden Diagnosen gelangt: - Residuen nach Fingerkuppenverletzung II-IV rechts - funktionelle Behinderung der rechten Hand ohne organisches Korrelat - Symptomausweitung - Verdacht auf maladaptive psychische Überlagerung Im Weiteren führte Dr. med. X.____ in seinem Bericht an, dass sich das aktuelle subjektive Beschwerdebild und die objektiven klinischen Befunde, nämlich die umschriebenen Sensibilitätsstörungen, die Kraftverminderung und

Bewegungseinschränkung der Finger mässigen Grades bei weiterhin ungestörter normaler Trophik und Temperatur, im Vergleich mit früheren Untersuchungen nicht entscheidend geändert hätten. Andererseits finde sich objektiv für die im weiteren Verlauf aufgetretenen Symptome, beispielsweise die Schwellung und das Zittern der Hand, kein organisches Korrelat. Die mehrfach geäusserte Verdachtsdiagnose eines sogenannten CRPS I könne er weder anamnestisch noch klinisch nachvollziehen. Zwar weise die rechte Hand eine leichte Schwellung und eine ebenso leichte Lividität aus. Nach sehr kurzem Hochhalten der Hand würden sich jedoch beide Befunde vollständig normalisieren, was seines Erachtens gegen das Vorliegen eines chronischen Ödems spreche. Davon abgesehen, hätte man zwei Jahre nach einer Dekompression des Karpaltunnels mit anschliessender Entwicklung eines Sudecks, aktuell wohl im Spätstadium, Zeichen einer Weichteilatrophie, geschweige denn charakteristische trophische Symptome und vor allem ossäre Merkmale einer solchen Dystrophie erwartet, die momentan ganz einfach fehlten. Besonders illustrativ sei die radiologische seitengleiche ossäre Struktur der Hände ohne die geringsten Demineralisationszeichen, die unter Umständen auf eine Inaktivitätsosteopenie als Folge der angegebenen Funktionslosigkeit des Arms hätte hindeuten können. Berücksichtige man den auffällig inkonstanten Ruhetremor, so liege die Vermutung nahe, dass alle diese nicht imponierenden Veränderungen als Folge einer Hypostase des Arms entstünden, wobei eine Willkür nicht ausgeschlossen werden könne. Nach exakter klinischer Untersuchung könne jedoch keine Selbstschädigung durch artifizielle Manipulation nachgewiesen werden. Nach eingehender Betrachtung des gesamten Aktendossiers und der Röntgenbilder sowie aufgrund seiner eigenen Untersuchungsbefunde sei er, Dr. med. X. ____, nicht in der Lage, die Ursache des weitgehend invalidisierenden subjektiven Beschwerdebildes nachzuweisen; dieses sei vermutungsweise nicht organischer Ursache, sondern Konsequenz eines psychisch induzierten, maladaptiven Umgangs mit den Unfallfolgen. Da die «alles oder nichts»-Einstellung des Versicherten ein unüberwindliches Hindernis für einen neuen Rehabilitationsversuch darstelle und keine erfolgsversprechenden, speziellen therapeutischen Massnahmen empfohlen werden könnten, sei der Fall versicherungstechnisch abzuschliessen. Abschliessend führte der Gutachter an, dass gegenüber der Abschlussuntersuchung vom 21. Dezember 1998 derzeit keine erhebliche Verschlimmerung der organischen Unfallfolgen vorliege, die die damalige Beurteilung der Zumutbarkeit bzw. die Schätzung des Integritätsschadens entscheidend beeinflussen könnte.

5.2.25 Am 2. Februar 2006 erfolgte die kreisärztliche Abschlussuntersuchung des Versicherten. Dabei habe der Kläger – so hielt Dr. med. T. ____ fest – angegeben, dass sich seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung keine Besserung des Zustandes ergeben habe. Im Gegenteil, die Schmerzen seien eher schlimmer geworden und würden jetzt auch in die Schulter-/Nackengegend und in den Rücken ausstrahlen. Der Suva-Kreisarzt-Stellvertreter stellte am Schluss seiner Beurteilung fest, im jetzigen Zeitpunkt keine Möglichkeit zu sehen, dem Versicherten mittels weiteren medizinischen – mit Ausnahme der noch laufenden – Massnahmen weiterzuhelfen. Der Versicherte müsse lernen, sich mit der jetzigen Situation zu arrangieren und den jetzigen Zustand mit den in der Physiotherapie gelernten Übungen zu erhalten oder im optimalen Fall zu verbessern. Wie aus dem Gutachten von Dr. med. X. ____ hervorgehe, finde sich für die funktionelle Behinderung an der rechten Hand kein organisches Korrelat. Medizinisch-theoretisch könnte dem Versicherten eine seinen Fähigkeiten angepasste Tätigkeit in einem Vollpensum zugemutet werden. Als mögliche Tätigkeiten wären z.B. ein Kurierdienst, das Ablesen von Zählern, als Ladendetektiv, im Ordnungsdienst sowie Kontroll- und Überwachungstätigkeiten in der

Fertigung oder der Qualitätskontrolle denkbar. Wie Dr. med. X.____ in seiner Begutachtung festgehalten habe, habe sich seit der Abschlussuntersuchung vom 21. Dezember 1998 objektiv keine signifikante Verschlimmerung der organischen Unfallfolgen ergeben, weshalb sich (auch) die Schätzung des Integritätsschadens nicht verändert habe (IV-Nr. 40, S. 2). 5.2.26 In seiner Beurteilung vom 6. Juni 2006 (Suva-Nr. 211) hielt Kreisarzt Dr. med. Z.____, fest, ergänzend zu den Aussagen des Kreisarztes Dr. med. T.____ vom 2. Februar 2006 müsse angefügt werden, dass dem Kläger aufgrund organischer Veränderungen dieselben Tätigkeiten zumutbar wären, wie sie anlässlich der Abschlussuntersuchung vom 21. Dezember 1998 geäußert worden seien. Es liege keine erhebliche Verschlimmerung der organischen Unfallfolgen vor. 5.2.27 Dem durch die IV-Stelle des Kantons Solothurn veranlassten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. AA.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, C.____, [...], vom

E. 9

Oktober 2007 (IV-Nr. 53) lässt sich unter «Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit» entnehmen, dass beim Kläger keine krankheitswertige psychische Störung vorliege. Möglicherweise habe im Jahre 2003 eine Anpassungsstörung im Sinne einer depressiven Reaktion vorgelegen, die allerdings keine eigenständige Minderung der Arbeitsfähigkeit um 20 % oder mehr nach sich gezogen hätte. Im Weiteren legte der Gutachter dar, dass die in den Unterlagen (insbesondere im Entlassungsbericht der E.____) ausgeführte Interpretation der im Grund bereits im Jahre 2003 nicht unterschiedlichen Situation aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollzogen werden könne. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode sei durch eine Psychopathologie oder eine entsprechende Verlaufsbeobachtung während der stationären Rehabilitation nicht nachvollziehbar begründet worden. Vielmehr seien bereits im Arztbericht krankheitsfremde Faktoren genannt worden. Aus psychiatrischer Sicht seien auch die Angaben wie «der lange schmerzreiche Verlauf hat inzwischen zu rezidivierenden depressiven Episoden geführt» und «eine vorgängig erwähnte depressive Episode war auch der Grund, die vom Patienten gewünschten Ferien (Therapieunterbruch vom 7. Juli ■ 20. August 2003) zu gewähren» nicht nachzuvollziehen. Weder würden sich aus den Unterlagen Hinweise auf wiederkehrende Episoden einer depressiven Erkrankung im Sinne von ICD-10, also einer rezidivierenden depressiven Störung, ergeben, noch könnte eine «depressive Episode» der Grund sein, einem Patienten während der Rehabilitationsbehandlung Ferien zu gewähren. Auch im psychosomatischen Konsilium vom 1. September 2003 seien «rezidivierende depressive Reaktionen» diagnostiziert worden, die zwar nach ICD-10 F33.0 klassifiziert worden seien. Die Einschätzung einer «agitiert-depressiven Reaktion», wie sie auch in der Beurteilung ausgeführt worden sei, lasse jedoch eher die Diagnosestellung einer Anpassungsstörung im Sinne einer depressiven Reaktion nach ICD-10 F43.2 zu. Gegebenenfalls könnte eine derartige Anpassungsstörung in früheren Jahren vorgelegen haben. In den letzten Jahren habe eine derartige depressive Reaktion im Sinne einer Anpassungsstörung nicht bestanden. Ebenfalls könne eine anderweitige psychische Störung ausgeschlossen werden. Der Versicherte leide weder unter einer Angsterkrankung noch einer somatoformen Störung. Für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung seien die entsprechenden Kriterien nicht erfüllt. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei kein eigenständiger psychischer Gesundheitsschaden festzustellen. Vielmehr seien die krankheitsfremden Faktoren eindeutig nachzuvollziehen. In Beantwortung der Fragen gab der Gutachter im Weiteren an, dass der Versicherte aktuell nicht an einer eigenständigen psychischen Störung leide, die ihn in verschiedenen Lebensbereichen anhaltend

beeinträchtigt. Auch eine berufliche Tätigkeit wäre aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht durch einen eigenständigen psychischen Gesundheitsschaden andauernd beeinträchtigt. So sei auch die zuletzt erbrachte Tätigkeit psychiatrisch zumutbar, und zwar während 8 ½ Stunden pro Arbeitstag an fünf Tagen in der Woche. Dabei bestehe aus psychiatrischer Sicht keine verminderte Leistungsfähigkeit. Ebenso habe aus versicherungspsychiatrischer Sicht durchgehend eine Arbeitsfähigkeit bestanden. Der Versicherte leide nicht unter einer psychischen Störung und wäre so einem potenziellen Arbeitsumfeld vollumfänglich zumutbar. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht sei keine medizinische Rehabilitationsmassnahme angezeigt. Vielmehr werde aufgrund des Weiterbestehens der krankheitsfremden Faktoren keine deutliche Besserung des Gesamtzustandes erwartet. Dem Versicherten seien alle Tätigkeiten zuzumuten, ohne dass der Arbeitsplatz wegen eines psychischen Gesundheitsschadens besonderen Anforderungen genügen müsste.

5.2.28 In seinem Schreiben vom 31. März 2008 hat Dr. med. G. ___ ausgeführt, dass sich der Versicherte wegen seiner Beschwerden nach dem Quetschtrauma der Hand im Jahr 1997 in Behandlung befinde. Nach der Operation des Karpaltunnels im 2003 habe sich die Lage verschlechtert. Durch die Immobilisation sei es wahrscheinlich zu einem M. Sudeck gekommen. In der Folge habe der Kläger regelmässige bzw. praktisch monatliche Injektionen und ein starkes Schmerzpflaster gebraucht. Daneben habe er wegen depressiven Phasen mehrmals mit Remeron behandelt werden müssen. Auffallenderweise habe ihn die Suva als psychisch auffällig bezeichnet und die Kosten für eine Psychotherapie übernommen, währenddem der IV-Experte eine psychiatrische Krankheit völlig ausschliesse. Aus seiner Sicht handle es sich zumindest um ein fragwürdiges psychiatrisches Gutachten (IV-Nr. 79.10, S. 39).

5.2.29 Im Bericht des V. ___ vom 8. Oktober 2009 (IV-Nr. 84, S. 7) wurden folgende Diagnosen festgehalten:

- Muskulärer Schiefhals rechts bei Schonhaltung des rechten Arms
- Chronische PHS rechts im Sinne einer Kapselschrumpfung mit Ausbildung einer Frozen Shoulder rechts bei Schonhaltung des rechten Arms
- Mögliche somatisierte Depression
- Quetschtrauma der rechten Hand
- Posttraumatisches Carpal tunnel syndrome rechts mit Dekompression und Neurolyse des Nervus medianus
- Intermittierende Symptome eines komplexen regionalen Schmerzsyndromes (CRPS 1)
- Oedembildung, Zittern, neurologische Sensationen, diffuse Hyposensibilität und Hyperalgesie der rechten Hand
- mit zunehmender Symptomausweitung auf rechten Arm und rechte Schulter
- Lunatummalazie rechts

Weiter halten die Ärzte fest, das Ziel, einen Therapiezugang zu finden, sei während des stationären Aufenthalts vom 21. September bis 11. Oktober 2010 nur bedingt erreicht worden. Der Kläger habe gewisse Fortschritte bezüglich Aktivität und Selbstmanagement erreicht, habe diese aber nicht in seinen Alltag übertragen. Die verschiedenen beitragenden

Faktoren (Sprachbarriere, familiäre Situation, Krankheitsgeschichte und Krankheitsverständnis sowie fehlende Bereitschaft, neues zu lernen und zu verstehen) würden einen Rehabilitationserfolg verhindern. Eine weiterführende ambulante Physiotherapie sei im Moment nicht indiziert, da zurzeit kein Therapiezugang vorhanden sei.

5.2.30 Dr. med. W.____, FMH orthopädische Chirurgie, stellte in seinem Bericht vom 10. Juli 2010 (IV-Nr. 73, S. 3) folgende Diagnosen:

-Komplexes regionales Schmerzsyndrom der rechten oberen Extremität mit chronischer Schwellung der Hand, radiologisch offenbar Lunatummalazie, Status nach Quetschtrauma der rechten Hand 1997 mit Teilamputation der Fingerkuppen DIII und IV

-Degenerative Veränderungen der cervikothorakalen Foramina mit Neurokompression auf dieser Etage

-Lumboischialgien links

Weiter führte Dr. med. W.____ aus, die klinische Untersuchung zeige eine massiv dystrophe Extremität mit Tremor und chronischem Schwellzustand der Hand und der Finger mit starker Einschränkung der Fingerbeweglichkeit, Einschränkung der Ellbogenbeweglichkeit und der muskulären Balance des Oberarmes.

5.2.31 In seinem Überweisungsschreiben an Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 31. August 2010 (IV-Nr. 74, S. 3), führte Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH aus, klinisch im Vordergrund stünden affektive Symptome: «Gebrochener Mann, knapp gepflegt, schwunglos, verminderter Tonus in Haltung, Gestik und Artikulation, Stimme leise, in der meisten Zeit ratlos, verzweifelt und resigniert wirkend, bisweilen aber auch plötzlich gespannt, gereizt und explosiv, nicht ohne dabei aber auch zu kraftlos anmutend für ein raptusartiges Geschehen. Passive Todeswünsche, Suizidwünsche mit ausgestalteten Phantasien (Eisenbahn), jedoch zurückgehalten von seiner Bezogenheit als Vater seiner beiden Töchter.» Die kognitiven Einbussen seien nicht so ausgeprägt, aber doch auffallend, zumal auch im Vergleich zu seinem ■ Dr. med. I.____ ■ noch erinnerlichen Eindruck von 2004. Damals habe der Kläger als belesen und literarisch interessiert beeindruckt, jetzt zeige er sich thematisch maximal eingeeignet auf seine Gequältheit durch Ohnmacht und Verzweiflung, wodurch er nicht in der Lage zu sein scheine, sich auf anderes zu konzentrieren.

5.2.32 In der Beurteilung vom 3. November 2010 (IV-Nr. 79.4) hielt Kreisarzt Dr. med. T.____ fest, bei der heutigen Untersuchung bestätige sich das Vorliegen eines CRPS der rechten Oberextremität mit chronischer Schwellung der Hand und radiologisch objektiver Lunatummalazie nach einem Quetschtrauma im Jahr 1997. Zusätzlich bestehe auch der früher schon beschriebene grobschlägige Tremor der rechten Oberextremität.

5.2.33 In seinem Schreiben vom 14. Dezember 2010 (IV-Nr. 78) führte Kreisarzt Dr. med. T.____ aus, es bestehe ein Status nach Fingerquetschtrauma am 23. September 1997 mit einer Teilamputation der Endglieder Dig. II und grossem palmarem Defekt der Endglieder III und IV. Danach sehr protrahierter Verlauf mit Schwellneigung der Hand, die primär als hypostatisches Ödem interpretiert worden sei. Am 16. Juni 2004 habe Dr. med. AB.____ (Suva-Nr. 134) ein komplettes Schmerzsyndrom mit unklaren neurologischen Symptomen und psychischer Überlastung diagnostiziert. Am 27. September 2004 habe die Rheumatologin Dr. med. Q.____ ein Complex regional pain-Syndrom Typ 1 festgestellt,

aufgetreten nach Medianusneurolyse postoperativ am 17. M. z 2002 (recte: 2003). Erst diese Operation habe zur Dekompensation mit zunehmender Schmerzsymptomatik und Arbeitsunfähigkeit geführt. Am 3. Juni 2008 habe ein kontrastmittelverstärktes MRT (Suva-Nr. 242) des rechten Handgelenks eine Lunatum Malazie Stadium 1 nach Lechtmann gezeigt, begleitet von einer perilunären Synovitis. Ferner bestehe ein unklarer Intentionstremor. Bei der letzten Kreisarztuntersuchung am 3. November 2010 habe sich wiederum eine massive Schwellung der Hand und am Vorderarm gezeigt. Das CRPS bestehe weiterhin. Der Patient habe zusätzlich über Schmerzen im Arm, Nackenbereich, Hinterkopf sowie in der Lumbalwirbelsäule mit Ausstrahlung ins linke Bein geklagt. Diese Ausweitung der Schmerzlokalisierung sei nicht als unfallkausal angesehen worden.

5.2.34 In seinem Arztbericht vom 9. Februar 2011 (IV-Nr. 82 S. 2) diagnostiziert der behandelnde Psychiater, Dr. med. H. ____, eine zur Chronifizierung neigende reaktive Depression mittleren Grades, zu klassifizieren unter «längerdauernde depressive Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von anderen Gefühlen», ICD-10 F43.23. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe seit ca. 2004 eine Arbeitsunfähigkeit von 40 - 50 %.

5.2.35 Im handchirurgischen Gutachten des D. ____, vom 24. Juni 2011 (IV-Nr. 86, S. 2) werden folgende Diagnosen gestellt:

- CRPS Typ I/II der rechten oberen Extremität
- Morbus Kienböck rechts Stadium II nach Lichtmann
- St. n. Quetschtrauma Hand rechts mit palmarbetonten Pulpadefekten der Endglieder II-IV vom 23. September 1997
- Rezidivierende depressive Episoden ohne psychiatrische Diagnosen
- Diskretes Karpaltunnelsyndrom links

Zur Beurteilung wird festgehalten, wie in den Unterlagen dokumentiert seien die aktuellen Beschwerden nach durchgeführter Karpaltunnelspaltung rechts im Jahr 2003 aufgetreten. Vor dieser Operation und nach dem Arbeitsunfall aus dem Jahr 1997 seien keinerlei Symptome beschrieben worden, die auf das Vorliegen eines CRPS bereits vor dieser Karpaltunnelspaltung schliessen lassen würden. Neben den trophischen Störungen und den vom Kläger beklagten Schmerzen falle ein neurologisch nicht fassbarer Tremor der rechten oberen Extremität auf, der nach der Karpaltunnelspaltung im Jahr 2003 erstmalig aufgetreten sei. Die sich fortsetzende und ausbreitende Schmerzsymptomatik in der Schulter, des Nackens und des Rückens könne als aufsteigende Schmerzausstrahlung und Verarbeitungsstörung der Beschwerden gesehen werden. Auch sei die Schmerzentstehung durch degenerative Prozesse der Wirbelsäule denkbar. Eine Lunatummalazie Stadium I werde erstmalig in der MRT Untersuchung der Hand aus dem Jahr 2008 beschrieben. Alleine eine Lunatummalazie könne Beschwerden verursachen, die ein bestehendes CRPS unterhalten könnten. Hypothetisch sei es denkbar, dass sich der protrahierte Verlauf dadurch erklären lasse. Beweisend sei das aber nicht. In Anbetracht der Aktenlage und des klinischen Verlaufes lasse sich kein Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 23. September 1997 und der erstmals diagnostizierten Lunatummalazie ableiten. Sodann führen die Gutachter hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit aus, da bereits bei der handchirurgischen Untersuchung eine funktionsunfähige rechte obere Extremität habe festgestellt werden müssen, bei der bereits kleinste Bewegungen eine Zunahme der Schmerzen bedeutet hätten, sei auf einen Belastungsparcours verzichtet worden. Der Kläger sei funktionell als

Einhänder zu betrachten, da die rechte obere Extremität zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht einsetzbar sei. Tätigkeiten, welche ausschliesslich mit der linken Hand ausgeübt würden, könnten dem Kläger aber zugemutet werden. Das Pensum einer solchen angepassten Tätigkeit werde nur durch die Schmerzausweitung eingeschränkt.

5.2.36 In seiner Stellungnahme vom 2. Dezember 2011 (IV-Nr. 89) hielt Dr. med. AC.____ vom RAD folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest:

-Zur Chronifizierung neigende reaktive Depression mittleren Grades, zu klassifizieren unter «länger dauernde depressive Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von anderen Gefühlen» (gemäss ICD 10 bestehe heute nach so langer Dauer ein Stadium der andauernden Persönlichkeitsveränderung).

-Zustand nach Quetschtrauma der rechten Hand 1997 mit palmar betonten Pulpadefekten der Endglieder II-IV

-CRPS Grad I/II der rechten oberen Extremität nach operativer Medianus-Dekompression

-Morbus Kienböck rechts Stadium II nach Lichtmann (Lunatummalazie)

Zur Beurteilung führte Dr. med. AC.____ aus, in Übereinstimmung mit dem Hausarzt sowie den Psychiatern Dr. med. I.____ und Dr. med. H.____ bestehe eine Verschlechterung der psychischen Gesundheitssituation ab 2004. Des Weiteren werde die somatische Situation sowohl vom Hausarzt als auch vom überzeugenden Gutachten des D.____ im Vergleich zum Gutachten von 2006 anders beurteilt. Das Gutachten des D.____ von 2011 stelle einwandfrei an der rechten Oberextremität ein somatisch begründetes Schmerz- und Schwellungssyndrom mit Handtremor fest. Aus den Akten werde klar ersichtlich, dass es sich bereits im Anschluss an die Karpaltunneloperation am 17. Februar 2003 um ein somatisch begründetes CRPS gehandelt habe. Die Lunatummalazie habe dann 2008 das CRPS weiter unterhalten oder noch verschlimmert. In der angestammten Tätigkeit als Maschinist sei der Kläger aus psychischen und somatischen Gründen ab dem 17. März 2013 nicht mehr arbeitsfähig. In einer Verweistätigkeit sei der Kläger aus psychischen Gründen 2 x 2.5 Stunden pro Tag mit einer Leistungseinschränkung von 25 % arbeitsfähig ab 2004. Aus somatischen Gründen sei eine ganztägige, einhändige Arbeit mit der nicht dominanten linken Hand unter Beachtung des Zumutbarkeitsprofils möglich. Eine Verschlechterung sei sicher ab 2008 gegeben.

6. Für den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 23 lit. a BVG ist die Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf massgeblich. Der zeitliche Zusammenhang zur später eingetretenen Invalidität als weitere Voraussetzung für den Anspruch auf Invalidenleistungen der damaligen Vorsorgeeinrichtung beurteilt sich hingegen nach der Arbeitsunfähigkeit resp. Arbeitsfähigkeit in einer der gesundheitlichen Beeinträchtigung angepassten zumutbaren Tätigkeit (BGE 134 V 20 E. 5.3).

Bezüglich des vorliegenden Falles ist demnach folgendes festzuhalten: Für den Eintritt der relevanten Arbeitsfähigkeit von mindestens 20 % ist die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiter in der Produktion der B.____ relevant. Eine solche ist aufgrund der vorliegenden Unterlagen zweifellos gegeben, nachdem der Kläger im weiteren Verlauf nach dem Unfallereignis vom 23. September 1997 bei der B.____ nur noch in angepassten Tätigkeiten eingesetzt werden konnte. Ob die Arbeitsunfähigkeit danach bis zum Eintritt der Invalidität im Jahr 2010 unterbrochen war, also längere Zeit weniger als 20 % betrug, beurteilt sich dagegen, wie vorgehend ausgeführt, nach der Arbeitsunfähigkeit in

einer Verweistätigkeit.

7. 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 voll arbeitsfähig war. Bei der Prüfung dieser Frage sind die gesamten Umstände des konkreten Einzelfalles zu berücksichtigen, namentlich die Art des Gesundheitsschadens, dessen prognostische Beurteilung durch den Arzt sowie die Beweggründe, welche die versicherte Person zur Wiederaufnahme oder Nichtwiederaufnahme der Arbeit veranlasst haben. Zu den für die Beurteilung des zeitlichen Konnexes relevanten Umständen zählen auch die in der Arbeitswelt nach aussen in Erscheinung tretenden Verhältnisse, wie etwa die Tatsache, dass ein Versicherter über längere Zeit hinweg als voll vermittlungsfähiger Stellensuchender Taggelder der Arbeitslosenversicherung bezieht. Allerdings kann solchen Zeiten nicht die gleiche Bedeutung beigemessen werden wie Zeiten effektiver Erwerbstätigkeit. Mit Bezug auf die Dauer der den zeitlichen Konnex unterbrechenden Arbeitsfähigkeit kann die Regel von Art. 88a Abs. 1 IVV als Richtschnur gelten. Nach dieser Bestimmung ist eine anspruchsbefehlende Verbesserung der Erwerbsfähigkeit in jedem Fall zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Bestand während mindestens drei Monaten wieder volle Arbeitsfähigkeit und erschien gestützt darauf eine dauerhafte Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit als objektiv wahrscheinlich, stellt dies ein gewichtiges Indiz für eine Unterbrechung des zeitlichen Zusammenhangs dar. Anders verhält es sich, wenn die fragliche, allenfalls mehr als dreimonatige Tätigkeit als Eingliederungsversuch zu werten ist oder massgeblich auf sozialen Erwägungen des Arbeitgebers beruht und eine dauerhafte Wiedereingliederung unwahrscheinlich war (Urteil des Bundesgerichts 9C_944/2012 vom 10. Juli 2013, E. 1.1.3, BGE 134 V 20 E. 3.2.1 S. 22 mit Hinweisen).

8. Der Kläger stellt sich hinsichtlich der psychischen Beschwerden auf den Standpunkt, bereits ab 2004 sei er aufgrund der psychischen Probleme nur noch sehr eingeschränkt arbeitsfähig gewesen. Eine Unterbrechung sei seither nicht erfolgt. Diesbezüglich verweist der Kläger auf die Berichte der Psychiater Dr. med. I. ___ und Dr. med. H. ___.

In diesem Zusammenhang wurde bereits im Urteil des Versicherungsgerichts vom 11. September 2014 (VSBES.2013.146) darauf hingewiesen, dass gemäss C. ___-Gutachten vom 9. Oktober 2007 sowohl im Zeitpunkt des Gutachtens als auch vorher keine krankheitswertige psychische Störung vorgelegen habe. Dieses Gutachten wurde zudem mit Urteil des Versicherungsgerichts vom 2. April 2009 (VSBES.2008.72; IV-Nr. 79.10, S. 13) betreffend das parallel laufende Unfallversicherungsverfahren als beweiswertig anerkannt, was in der Folge auch durch das Bundesgericht gestützt wurde (Urteil 8C_416/2009 vom 3. Juli 2009; IV-Nr. 79.10, S. 1). Dem Gutachten lässt sich schlüssig entnehmen, dass möglicherweise im Jahre 2003 eine Anpassungsstörung im Sinne einer depressiven Reaktion vorgelegen habe, die allerdings keine eigenständige Minderung der Arbeitsfähigkeit um 20 % oder mehr nach sich gezogen hätte. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode sei durch eine Psychopathologie oder eine entsprechende Verlaufsbeobachtung während der stationären Rehabilitation in [...] nicht nachvollziehbar begründet worden. Vielmehr seien bereits im Arztbericht der E. ___ krankheitsfremde Faktoren genannt worden. Aus den Unterlagen würden sich weder Hinweise auf wiederkehrende Episoden einer depressiven Erkrankung im Sinne von ICD-10, also einer rezidivierenden depressiven Störung, ergeben noch könnte eine

«depressive Episode» der Grund sein, einem Patienten während der Rehabilitationsbehandlung Ferien zu gewähren. Ebenfalls könne eine anderweitige psychische Störung ausgeschlossen werden. Der Versicherte leide weder unter einer Angsterkrankung noch einer somatoformen Störung. Für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung seien die entsprechenden Kriterien nicht erfüllt. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei kein eigenständiger psychischer Gesundheitsschaden festzustellen. Vielmehr seien die krankheitsfremden Faktoren eindeutig nachzuvollziehen.

An dieser beweismässigen Beurteilung vermögen auch die retrospektiv erstellten Berichte von Dr. med. H. ___ vom 9. November 2011 und Dr. med. I. ___ vom 31. August 2010 nichts zu ändern. Der RAD-Arzt, Dr. med. AC. ___, erachtete es in seiner Stellungnahme vom 2. Dezember 2011 (IV-Nr. 89) aufgrund der vorgenannten Berichte von Dr. med. H. ___ und Dr. med. I. ___ zwar als wahrscheinlich, dass ab 2004 eine Verschlechterung der psychischen Gesundheitssituation bestehe. Bei diesen Berichten handelt es sich aber eben um retrospektive Beurteilungen, welche diesbezüglich zudem unzureichend begründet sind. Dr. med. I. ___ hielt diesbezüglich lediglich fest, die kognitiven Einbussen seien nicht so ausgeprägt, aber doch auffallend, zumal auch im Vergleich zu seinem noch erinnerlichen Eindruck von 2004. Damals habe der Kläger als belesen und literarisch interessiert beeindruckt, jetzt zeige er sich thematisch maximal eingeeignet auf seine Gequältheit durch Ohnmacht und Verzweiflung, wodurch er nicht in der Lage zu sein scheine, sich auf anderes zu konzentrieren. Und Dr. H. ___ schloss gestützt auf die Akten ohne eingehende Begründung, aus rein psychiatrischer Sicht bestehe seit ca. 2004 eine Arbeitsunfähigkeit von 40 - 50 %. Zudem fehlt es an echtzeitlichen Berichten, die eine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits während des Arbeitsverhältnisses bei der B. ___ vorliegende relevante psychische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beweismässig begründen. In ihrem Bericht vom 15. April 2005 führten Dr. med. I. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie, und lic. phil. Y. ___, Psychotherapeutin SPV/ASP, dipl. analyt. Psychologin, [...], aus, dass der Patient zu Beginn der Psychotherapie sehr depressiv gewesen sei. Die durch sein Leiden bedingte Arbeitsunfähigkeit und die daraus offensichtlich folgenden familiären und partnerschaftlichen Probleme hätten ihn gänzlich in Besitz genommen. Seit Januar 2005 komme er nun regelmässig zur Psychotherapie. Seine Depression sei zeitweise etwas aufgehellt. Gelegentlich sei er etwas aktiver, gehe mehr aus dem Haus, treffe Freunde und interessiere sich, soweit es sein Zustand zulasse, für deren Aktivitäten. Zum Schweregrad der Depression oder der allfälligen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lassen sich dem Bericht jedoch keine Informationen entnehmen. Auch die bereits im Bericht der E. ___ vom 29. September 2003 diagnostizierten rezidivierenden depressiven Episoden (ICD-10 F33.0) lassen sich aufgrund der vorgehend aufgeführten schlüssigen Ausführungen im C. ___-Gutachten vom 9. Oktober 2007 nicht halten, zumal auch die Ärzte der E. ___ gantztägige leichte Arbeiten für den Kläger als zumutbar erachteten.

Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass aufgrund der vorliegenden Unterlagen eine bereits während des Arbeitsverhältnisses bei der B. ___ (bzw. während des Vorsorgeverhältnisses, d.h. vor dem 30. November 2006) bestehende wesentliche Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen von mindestens 20 % nicht erstellt ist. Damit besteht für den Kläger bezüglich der später eingetretenen Invalidität, was den psychischen Anteil anbelangt, gegenüber der Beklagten kein Leistungsanspruch.

9. Bezüglich der somatischen Beschwerden ist den Akten zu entnehmen, dass der Kläger nach dem Unfall vom 23. September 1997 bis 16. November 1997 zu 100 %

arbeitsunfähig war. Ab 17. November 1997 nahm er seine Tätigkeit bei der B.____ wieder in einem 50 %-Pensum auf (IV-Nr. 7.12, S. 15). Ab 22. Dezember 1997 war der Kläger wieder in einem vollen Pensum arbeitstätig (IV-Nr. 7.12, S. 14 und S. 7). Die Suva richtete dem Kläger in der Folge eine 15%ige-Rente aus, welche sich daraus ergab, dass die B.____ dem Kläger einen Soziallohn bezahlte, der 15 % über der tatsächlich noch erbrachten Leistung lag (vgl. IV-Nr. 7.7, S. 11). Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass beim Kläger in der Folge bis Ende 2002 keine wesentliche Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20 % bestand, zumal es sich bei der nach dem Unfall ausgeübten Tätigkeit bei der B.____ trotz Anpassung wohl nicht um eine den Beschwerden ideal angepasste Tätigkeit gehandelt hat.

Sodann stellt sich der Kläger auf den Standpunkt, bereits ab dem 17. März 2003 sei die rechte Oberextremität nur noch sehr limitiert einsetzbar gewesen. Der RAD sei zudem korrekterweise der Ansicht gewesen, dass eine Neubeurteilung ab 2003 hätte erfolgen sollen, da diverse Ärzte nachvollziehbar dargelegt hätten, dass die bisherigen Annahmen nicht korrekt gewesen seien. Die zur Invalidität führende Arbeitsunfähigkeit sei somit zweifellos eingetreten, als der Kläger noch bei der Beklagten versichert gewesen sei.

Den Akten ist hierzu zu entnehmen, dass der Kläger aufgrund seiner geschwollenen und schmerzenden Hand seit dem 12. Februar 2003 nicht mehr gearbeitet hat und ihm von seinem Hausarzt, Dr. med. G.____, ab 13. Februar 2003 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (IV-Nrn. 7.4, 16, 39). In der Folge wurde am 17. März 2003 eine Dekompression und Neurolyse des Nervus medianus und des Karpaltunnels rechts durchgeführt (IV-Nr. 7.3, S. 77) und der Kläger war vom 26. Juni 2003 bis 16. Juli 2003 sowie vom 20. August 2003 bis 10. September 2003 in der E.____ hospitalisiert. Die Ärzte der E.____ kamen in ihrem Austrittsbericht vom 29. September 2003 (IV-Nr. 16, S. 18) zum Schluss, für den Kläger seien ganztägige leichte Arbeiten zumutbar, wogegen ihm grobmotorische Tätigkeiten mit kräftigem Einsatz der rechten Hand nicht zuzumuten seien. Auch feinmotorische Arbeiten, die eine gute Sensibilität an den Fingerkuppen erfordern würden, seien nicht möglich. Ebenso wenig seien Vibrationen und Schläge auf die rechte Hand wie auch Arbeiten auf Leitern und Gerüsten zumutbar. Im Kreisarztbericht vom 20. Oktober 2003 (IV-Nr. 7.3, S. 19) hielt Dr. med. F.____ sodann fest, der Kläger sehe sich keineswegs in der Lage, mit seiner rechten Hand bzw. dem rechten Arm irgendeine brauchbare Tätigkeit auszuführen. Dementsprechend sei in seiner angestammten Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, wobei mit einem Stellenverlust gerechnet werde. Dr. med. Q.____ diagnostizierte am 27. September 2004 ein Complex regional pain-Syndrom Typ I, aufgetreten nach der Medianusneurolyse, sowie ein Quetschtrauma der rechten Hand mit Teilamputation der Endglieder II-IV rechts. Es handle sich um eine unvollständige, atypische Form eines CRPS I. Bei einer genauen Erhebung der Anamnese sei augenfällig, dass die frühere Arbeitsleistung initial trotz langwierigen unbefriedigenden Verlaufs wenigstens annähernd habe erbracht werden können. Erst die Medianusneurolyse im Jahr 2002(recte: 2003)habe zu einer Dekompensation mit zunehmender Schmerzsymptomatik und Arbeitsunfähigkeit geführt (Suva-Nr. 149). In dem am 28. Dezember 2005 erstellten orthopädischen Gutachten (IV-Nr. 37, S. 3), hielt Dr. med. X.____ fest, er sei nicht in der Lage, die Ursache des weitgehend invalidisierenden subjektiven Beschwerdebildes nachzuweisen; dieses sei vermutungsweise nicht organischer Ursache, sondern Konsequenz eines psychisch induzierten, maladaptiven Umgangs mit den Unfallfolgen. Gegenüber der Abschlussuntersuchung vom 21. Dezember 1998 liege derzeit

keine erhebliche Verschlimmerung der organischen Unfallfolgen vor, die die damalige Beurteilung der Zumutbarkeit bzw. die Schätzung des Integritätsschadens entscheidend beeinflussen könnte. Darauf stützte sich schliesslich auch Kreisarzt Dr. med. T.____ in seiner ärztlichen Abschlussuntersuchung vom 2. Februar 2006 (IV-Nr. 40, S. 2) ab.

Aufgrund dieser Unterlagen erscheint es bereits fraglich, ob während des Vorsorgeverhältnisses bei der Beklagten (bis November 2006) in einer angepassten Tätigkeit zumindest vorübergehend eine relevante Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20 % vorgelegen hat. Dies kann jedoch offen bleiben, da spätestens ab der vorgenannten gutachterlichen Beurteilung von Dr. med. X.____ vom 28. Dezember 2005 wieder eine Arbeitsunfähigkeit von weniger als 20 % vorgelegen hat. Dies wurde in der Folge auch mit Urteil des Versicherungsgerichts vom 2. April 2009 (VSBES.2008.72) sowie durch das Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juli 2009 (8C_416/2009) bestätigt und rechtskräftig entschieden. Darin hatten die Gerichte den Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheides vom 21. Januar 2008 zu beurteilen. Da für diesen Zeitraum auch im vorliegenden Verfahren keine neuen relevanten ärztlichen Berichte vorliegen, hat die Beweiswürdigung und das Urteil des Versicherungsgerichts vom 3. Juli 2009 grundsätzlich auch für das vorliegende Verfahren Geltung. Darin wurde festgehalten, es sei aufgrund der fachärztlichen, mithin massgebenden Einschätzung davon auszugehen, dass dem Versicherten in medizinisch-theoretischer Hinsicht eine ganztägige, seinen Leiden angepasste Arbeitstätigkeit uneingeschränkt zuzumuten sei; zumindest hätten die medizinischen Experten stipuliert, dass im Vergleich zur kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 21. Dezember 1998 derzeit keine erhebliche Verschlimmerung der organischen Unfallfolgen vorliege, die zu einer entscheidenden Änderung der damaligen Beurteilung über die noch zumutbare Arbeitsfähigkeit führen würde. Vielmehr seien im Rahmen der fachärztlichen Beurteilungen auch krankheitsfremde Faktoren sowie das Fehlen eines organischen Korrelats für die im weiteren Krankheitsverlauf aufgetretenen Symptome deutlich geworden. Die sich allenfalls ergebenden Abweichungen in den Beurteilungen der Ärzte der E.____ sowie jener von Dr. med. Q.____ seien mit Blick auf die entsprechenden, nachvollziehbaren Ausführungen der beiden Gutachter, Dres. med. X.____ und AA.____, als aufgelöst zu bezeichnen (VSBES.2008.72 E. 5.a).

Damit steht fest, dass die aus ärztlicher Sicht wiedererlangte Arbeitsfähigkeit in der Folge mehr als drei Monate und auch über die Beendigung des Vorsorgeverhältnisses per 30. November 2006 hinaus andauerte, womiteine wesentliche Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit vorliegt (vgl. E. II. 7 hiervoor). Demnach ist der Konnex zu der später eingetretenen Invalidität nicht mehr gegeben. Damit besteht auch aus somatischer Sicht kein Anspruch auf Rentenleistungen der Beklagten.

E. 10

10.1 Zusammengefasst ergibt sich somit, dass die relevante Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zum Eintritt der Invalidität geführt hat, bis zum tatsächlichen Eintritt der Invalidität wesentlich unterbrochen wurde und während des Vorsorgeverhältnisses mit der Beklagten (Ende November 2006) nicht wieder in einem wesentlichen Ausmass eingetreten war. Die Beklagte ist damit nicht leistungspflichtig, weshalb die Klage abzuweisen ist.

10.2 Da der Kläger unterlegen ist, hat er keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

10.3 Der obsiegenden Beklagten ist keine Parteientschädigung zuzusprechen.
Verfahrenskosten sind nicht zu erheben (Art. 73 Abs. 2 BVG).

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb von 30 Tagen seit 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 Zwischenentscheidungen (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

Isch

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