

# SO\_GERICHTE VSBES.2023.18 vom 29. November 2022

SO Obergericht, 2022-11-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2023.18](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.18)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2023.18 du 29 novembre 2022

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2023.18 del 29 novembre 2022

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids am 29. November 2022 eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 ATSG N 109).

1.3 Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung am 1. Januar 2017 ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Da hier Leistungen für ein Unfallereignis vom 26. November 2007 strittig sind, ist das alte Recht anwendbar.

2. Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die ■ wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt ■ nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder bedeutende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, vgl. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann, wobei nur der unfallbedingt, und nicht aber der krankheitshalber geschädigte Gesundheitszustand zu berücksichtigen ist (Alexandra Rumo-Jungo / André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012, S. 101). Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114). Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG) hat die versicherte Person, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Zudem besteht gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität bewirkt worden ist.

### E. 3

3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1 S. 181).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 360 E. 5b S. 360) zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 55).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181).

3.3 Die Adäquanz spielt im Sozialversicherungsrecht als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Adäquanzprüfung vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, wobei zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (sog. Psycho-Praxis; BGE 115 V 133, 140 V 356 E. 3.2 S. 358 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C\_156/2016 vom 1. September 2016 E. 2.2).

3.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er

unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast ■ anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist ■ nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C\_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_879/2014 vom 26. März 2015 E. 2.2 mit Hinweis).

#### **E. 4**

4.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht.

4.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Für den Beweiswert einer medizinischen Stellungnahme ist entscheidend, ob diese für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche den vorstehend wiedergegebenen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich voller Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 29. November 2022 (A.S. 1 ff.) zu Recht die Taggelder per 31. August 2018 und die Heilungskosten per 31. Januar 2017 eingestellt und dem Beschwerdeführer eine Rente nach UVG verweigert hat. In diesem Zusammenhang wird im Wesentlichen zu prüfen sein, ob eine neurologisch oder psychisch unfallkausale gesundheitliche Beeinträchtigung des Beschwerdeführers vorliegt, welche über den 1. September 2018 hinaus eine Arbeitsunfähigkeit begründet und daher zu einem Rentenanspruch führen würde. Zu prüfen ist ausserdem, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine höhere, als die ihm bereits zugesprochene Integritätsentschädigung von 25 % hat.

Nicht einzutreten ist dagegen auf die im Rahmen des vorliegenden unfallversicherungsrechtlichen Verfahrens durch den Beschwerdeführer beantragte

Entschädigung für die Straftaten der Beschwerdegegnerin (vgl. E. I. 3 hiervor). So handelt es sich beim Versicherungsgericht nicht um eine Strafbehörde, die zur Verfolgung und Beurteilung von Straftaten zuständig ist. Das Versicherungsgericht beurteilt vielmehr alle Streitigkeiten in Sozialversicherungssachen, mit Einschluss der beruflichen Vorsorge, im Rahmen der eidgenössischen und kantonalen Gesetzgebung (§ 54 Abs. 1 Gesetz über die Gerichtsorganisation [GO, BGS 125.12]). Zudem stehen die auf eine Entschädigung durch die Beschwerdegegnerin zielenden Begehren des Beschwerdeführers nicht in konkretem Zusammenhang mit den hier zu beurteilenden unfallversicherungsrechtlichen Sachverhalten. Folglich fehlt es dem Versicherungsgericht an der entsprechenden Legitimation zur Beurteilung der durch den Beschwerdeführer geltend gemachten Straftaten. Im vorliegenden Verfahren ist auch auf die vom Beschwerdeführer ebenfalls beantragte Hilflofenentschädigung nicht einzutreten. So geht aus den dokumentierten Akten nicht hervor, dass der Beschwerdeführer als «hilflo» im Sinn von Art. 9 ATSG gilt. Der Beschwerdeführer vermag nichts Gegenteiliges vorzubringen.

6. Es ist zunächst auf das in Rechtskraft erwachsene Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2013.271 vom 19. Februar 2014 (AXA-Nr. A164) einzugehen. Darin wurde in u.a. Folgendes festgehalten:

[ ]

7.5 Zusammenfassend ist gestützt auf das C.\_\_\_\_-Gutachten und die Berichte der seither den Beschwerdeführer behandelnden Ärztinnen und Ärzte davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer als Folge des Unfalls vom 26. November 2007 an einer organischen wahnhaften (schizophreniformen) Störung leidet, welche auch über den 31. Dezember 2012 hinaus zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit führte. Es handelt sich dabei um eine organisch nachweisbare Gesundheitsschädigung mit einer ausgeprägten psychischen Symptomatik. Daneben bestehen möglicherweise neuropsychologische Beeinträchtigungen, welche aufgrund der Überlagerung durch das psychische Leiden nicht selbstständig geprüft werden können, aber ■ soweit sie vorliegen ■ ebenfalls der erlittenen, organisch nachweisbaren Hirnverletzung zuzuordnen sind. Dies gilt auch für die Anosmie, für welche dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung von 25 % ausgerichtet wurde.

8. Nach der Einschätzung der C.\_\_\_\_-Gutachter war der medizinische Endzustand zum damaligen Zeitpunkt noch nicht erreicht. Von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung konnte noch eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erwartet werden (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG). In der Zwischenzeit fand weder die von den Experten empfohlene stationäre Behandlung noch eine anderweitige intensive Therapie statt. Ebenso wenig kam es gemäss den vorliegenden Arztberichten zu einer nachhaltigen Verbesserung der psychischen Symptomatik. Diese begründet nach wie vor eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass von einer adäquaten psychiatrischen Behandlung weiterhin eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit erwartet werden könnte. Der Zeitpunkt für eine Adäquanzprüfung ist daher noch nicht erreicht. Abgesehen davon ist, gestützt auf das Gutachten, von einer organisch nachweisbaren Gesundheitsschädigung auszugehen, so dass sich eine separate Adäquanzprüfung erübrigt [ ]

9. Zusammenfassend bestand bei Einstellung der Leistungen am 31. Dezember 2012 respektive 31. März 2013 weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, welche im Sinne

der natürlichen und adäquaten Kausalität auf den Unfall vom 26. November 2007 zurückgeht. Die Beschwerdegegnerin hat daher ihre Leistungen zu Unrecht eingestellt. Von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung konnte im Einstellungszeitpunkt noch eine namhafte Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit erwartet werden. Demnach sind weiterhin Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeldern geschuldet, während eine Rente oder eine zusätzliche Integritätsentschädigung für dieses Beschwerdebild zurzeit nicht zur Diskussion stehen. Der Beschwerdegegnerin steht es frei, die ihr als angezeigt erscheinenden Therapiemassnahmen anzuordnen (Art. 48 Abs. 1 UVG) und eine allfällige Weigerung gegebenenfalls gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG und Art. 61 Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) zu sanktionieren. Die Einstellung sämtlicher Leistungen ist jedoch nicht zulässig.

10. Entgegen dem angefochtenen Einspracheentscheid stehen dem Beschwerdeführer für das Unfallereignis vom 26. November 2007 auch über den 31. Dezember 2012 respektive 31. März 2013 hinaus Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld zu. Die Beschwerde ist dementsprechend gutzuheissen, soweit darauf einzutreten ist, und der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. September 2013 ist aufzuheben. Zu bestätigen ist einzig die Zusprache der Integritätsentschädigung von 25 % für die Anosmie.

[ ]

Das Bundesgericht hat die gegen das Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2013.271 vom 19. Februar 2014 (AXA-Nr. A64) erhobene Beschwerde der Beschwerdegegnerin mit Urteil 8C\_247/2014 vom 2. Mai 2014 (AXA-Nr. A68) abgewiesen. Dieses ist somit in Rechtskraft erwachsen. Die Beschwerdegegnerin hatte dem Beschwerdeführer folglich über den 31. Dezember 2012 bzw. 31. März 2013 hinaus Leistungen in Form von Heilbehandlungen und Taggeldern zu erbringen und eine Integritätsentschädigung im Zusammenhang mit der Anosmie auszurichten. Gestützt auf die vorliegenden Akten hat die Beschwerdegegnerin die entsprechenden Zahlungen ausgerichtet und ist somit dieser Verpflichtung nachgekommen (vgl. AXA-Nr. A229).

7. Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid vom 29. November 2022 (A.S. 1 ff.) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2018 (AXA-Nr. M74) stützt, ist nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen. Das Gutachten stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen, welche fachlich qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beurteilen. Zudem haben die Experten den Beschwerdeführer zu seinen subjektiven Beschwerden, seinen Lebensumständen sowie seiner Vorgeschichte befragt (AXA-Nrn. M74 S. 24 ff., 31, 37 ff., 56 f.), die objektiven Befunde erhoben (AXA-Nrn. M74 S. 26, 31 ff., 40 f., 57), Zusatzuntersuchungen durchgeführt (AXA-Nrn. M74 S. 68, M75) und die wesentlichen Akten zur Kenntnis genommen (AXA-Nrn. M74 S. 16 ff.). Auf dieser Grundlage nahmen die einzelnen Experten die medizinische Beurteilung vor und äusserten sich zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (AXA-Nrn. M74 S. 27 ff., 35, 41 ff., 58 ff.). In der «interdisziplinären Gesamtbeurteilung» gelangten die Experten sodann zu einer gemeinsamen Beurteilung (AXA-Nrn. M74 S. 4 ff.), welche vor dem Hintergrund der objektivierbaren Befunde nachvollziehbar ist. Es ist nachfolgend auf die einzelnen Teilgutachten und deren Beweiswert einzugehen und zu prüfen, ob die dokumentierten medizinischen Akten diesen Beweiswert allenfalls zu schmälern vermögen:

7.1 Im allgemeininternistischen Teilgutachten vom 26. Juni 2018 (AXA-Nr. M74 S. 24 ff.) hielt Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, fest, der Beschwerdeführer weise aus allgemeininternistischer Sicht keine wesentlichen Probleme auf, weshalb auch keine Behandlungen notwendig gewesen seien (S. 28). Diese gutachterliche Einschätzung überzeugt aufgrund der sich als unauffällig präsentierenden gutachterlichen Befunderhebungen. So wurde u.a. ein Normalgewicht, ein regelmässiger Puls, eine unauffällige klinische Untersuchung des Herzens, der Lunge und des Abdomens sowie ein unauffälliges Integument festgestellt. Zudem seien alle Gelenke aktiv und passiv frei und indolent beweglich gewesen (S. 26). Es vermag daher auch die weitere gutachterliche Beurteilung einzuleuchten, wonach beim Beschwerdeführer keine Einschränkungen bestünden und er sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (S. 28 f.).

In Bezug auf die zeitlich vorangehenden medizinischen Akten gab Dr. med. H.\_\_\_\_ an, es gebe keine relevanten Vorakten mit Einschränkungen aus allgemeininternistischer Sicht (S. 28). Dies ist korrekt. So hielt die den Beschwerdeführer behandelnde Hausärztin, Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, in ihrem in [...] Sprache verfassten Schreiben vom 30. Juli 2015 (AXA-Nr. M58) fest, sie habe den Beschwerdeführer zuletzt im November 2014 aufgrund eines grippalen Infektes behandelt. Sie diagnostizierte einen «Status nach einem schweren Schädel-Hirn-Trauma im Jahr 2007 mit mehreren Folgeschäden: bifrontale Blutung; Gehirnprellungen mit neuropsychologischen Folgen (paranoid); Sehstörungen, wahrscheinlich posttraumatisch; Probleme mit der Aufmerksamkeit, dem Gedächtnis und Schlafprobleme; anhaltende Anosmie und Hypogenosie mit anhaltenden Hals-Nacken-Schmerzen; Zustand nach Blutung aus dem inneren Gehörgang; depressiver Zustand mit paranoiden Vorstellungen (neuropsychologische Folgen)». Dabei handelt es sich nicht um allgemeinmedizinische respektive internistische Diagnosestellungen. Demzufolge vermag dieses Schreiben den Beweiswert des allgemeininternistischen Teilgutachtens von Dr. med. H.\_\_\_\_ nicht infrage zu stellen.

7.2 Im Rahmen des neuropsychologischen Teilgutachtens vom 26. Juni 2018 (AXA-Nr. M74 S. 30 ff.) stellte lic. phil. J.\_\_\_\_, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, Neuropsychologe, fest, das heutige neuropsychologische Testprofil zeige einen im Bereich der Intelligenz lediglich knapp durchschnittlich leistungsfähigen Beschwerdeführer (S. 35). Diese Einschätzung ist gestützt auf die Ergebnisse der anlässlich der Begutachtung durchgeführten Testverfahren nachvollziehbar. So habe der Beschwerdeführer bspw. in der «Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV) (2016)» im Bereich der Merkfähigkeit für Zahlen (I) eine lediglich sehr stark unterdurchschnittliche Leistung gezeigt. Die Ergebnisse in den Untertests zur Prüfung der visuo-spatalen Konstruktion (Mosaik-Test), des Arbeitstempos und der visuell-motorischen Koordination (Zahlen-Symbol-Test) seien knapp unterdurchschnittlich und die auditive Merkspanne für Zahlen (Zahlennachsprechen vorwärts = 1 bei einem Fehler) sei sehr stark unterdurchschnittlich gewesen. Auch das Arbeitsgedächtnis für Zahlen wurde als sehr stark unterdurchschnittlich bewertet. Im Rahmen des Übungsblattes zu den Grundrechenoperationen im Hunderter-Raum habe der Beschwerdeführer von 24 Aufgaben 21 richtig lösen können. Zur Aufgabe 27 x 4 habe der Beschwerdeführer sogar gesagt, er könne diese nicht lösen, bei den zwei anderen nicht richtigen Aufgaben sei ein falsches Resultat angegeben worden. In diesem Zusammenhang überzeugt die gutachterliche Einschätzung, wonach die Kopfrechenfähigkeit in den

Grundoperationen im Hunderter-Raum zwar erhalten sei. Es sei jedoch für einen Absolventen eines Studiums auffällig, dass drei Aufgaben nicht hätten gelöst werden können. So sollte für einen entsprechenden Absolventen die Aufgabe 27 x 4 eigentlich lösbar sein (S. 32). Deshalb und gestützt auf die im Rahmen der Verhaltensbeobachtung bei der Exploration festgestellten, unauffälligen Befunde (örtlich, zeitlich, autopsychisch und situativ orientiert; unauffällige Spontansprache und -motorik; formal und inhaltlich geordnetes Denken; emotional und affektiv stabil; adäquates Sozialverhalten; erhaltener Antrieb; nicht immer gegebene Motivation) ist die gutachterlicher Einschätzung nachvollziehbar, dass es nicht möglich sei, ein valides und konsistentes neuropsychologisches Testprofil zu erstellen. Es lägen daher keine objektivierbaren und reproduzierbaren Befunde vor, die eine Arbeitsunfähigkeit begründen könnten (S. 35).

In Bezug auf die medizinischen Vorakten ist insbesondere auf die «neuropsychologische Abklärung mit neuropsychologischer Fahreignungsprüfung vom 17. November 2008» des Spitals K.\_\_\_\_ (AXA-Nrn. M69 / M70) einzugehen. Diese wurde wie folgt beurteilt: Knapp ein Jahr nach erlittener traumatischer Hirnverletzung wiesen die neuropsychologischen Untersuchungsbefunde (kognitive und emotionale Auffälligkeiten) insgesamt auf eine leichte neuropsychologische Störung hin. Im Vordergrund stehe die noch reduzierte mentale Dauerbelastbarkeit mit unter Ermüdung zunehmender Fehlertendenz (Flüchtigkeitsfehler). Bei komplexen Aufgabenstellungen zeigten sich leichte Umstellungsschwierigkeiten (erschwerter Flexibilität im Ausloten alternativer Lösungswege). Die Fahreignung wurde als gegeben erachtet. Der neuropsychologische Gutachter lic. phil. J.\_\_\_\_ hielt diesbezüglich fest, wenn auf die Unfallfolgen abgestellt werden solle, so sei sicher richtig, wenn man sich an die am 19. November 2008 vom Spital K.\_\_\_\_ geschilderten neuropsychologischen Fähigkeiten des Beschwerdeführers orientiere. Es werde eine überhastete Verarbeitungsgeschwindigkeit, die teilweise zu beobachten sei, geschildert. Es werde ein leichtes Umstellfähigkeitsproblem im zweidimensionalen Raum notiert. Die einfachen Rechnungsaufgaben seien deutlich fehlerhaft bearbeitet worden (wahrscheinlich Flüchtigkeitsfehler). Ansonsten habe das damals erhobene neuropsychologische Leistungsprofil Werte im Normbereich oder über dem Normbereich gezeigt (AXA-Nr. M74 S. 35 f.). Weiter hielt der neuropsychologische Gutachter in nachvollziehbarer Weise fest, da im Rahmen der gutachterlichen Exploration kein valides und konsistentes neuropsychologisches Leistungsprofil habe erstellt werden können, könne zu früheren neuropsychologischen Einschätzungen ■ wie der eben genannten ■ nicht Stellung genommen werden (S. 35 f.). Es erübrigen sich daher weitere Ausführungen diesbezüglich.

Es bleibt darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der Begutachtung durch die Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 2. November 2009 der psychiatrische Aspekt im Vordergrund stand (vgl. AXA-Nr. M74 S. 19). So wurden eine organisch wahnhaft schizophreiforme Störung bei Status nach Schädelhirntrauma Grad III mit bifrontotemporaler Kontusionsblutung, eine leichte bis mittelgradige Hirnleistungsstörung und eine persistierende beidseitige Anosmie festgestellt. Eine neuropsychologische Untersuchung wurde nicht durchgeführt, da die psychiatrischen Einschränkungen zu ausgeprägt gewesen seien. Dies bestätigte in der Folge Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, im Rahmen der «psychiatrischen Aktenstellungnahme» vom 18. Juli 2012 (AXA-Nr. M45). So führte er aus, solange eine psychotische Symptomatik bestehe, könne nicht ermittelt werden, ob und in welcher Ausprägung die Hirnverletzung neuropsychologische Störungen hinterlassen

habe, da eine Abgrenzung möglicher hirnorganisch bedingter neuropsychologischer Störungen von den psychotischen Grundstörungen nicht möglich sei (S. 9). In diesem Sinn diagnostizierte auch Dr. med. E.\_\_\_\_, Psychiatrie FMH, in seiner Aktenbeurteilung vom 18. Januar 2017 (AXA-Nr. M68) eine «paranoide schizophrene Störung» und hielt fest, der Beschwerdeführer sei ohne Therapie wohl kaum fähig, sich in den üblichen Arbeitsprozess einzulassen. Eine neuropsychologische Testung ohne begleitende Therapie sei eher illusorisch. Es sei jedoch fraglich, ob sich der Beschwerdeführer behandeln lassen wolle. Durch eine adäquate neuroleptische Therapie könnte er jedoch von seinen Wahnvorstellungen zumindest befreit werden (S. 12 f.).

Es kann somit insgesamt davon ausgegangen werden, dass die vorangehenden medizinischen Akten den Beweiswert des neuropsychologischen Teilgutachtens nicht zu verringern vermögen.

7.3 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 27. Juni 2018 diagnostizierte Dr. med. M.\_\_\_\_ (AXA-Nr. M74 S. 37 ff.) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Dies leuchtet gestützt auf die erhobenen, sich als unauffällig präsentierenden psychiatrischen Untersuchungsbefunde ein. So wurde dabei u.a. festgehalten, der Beschwerdeführer sei zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person gut orientiert. Er drückte sich differenziert aus. Die im Rahmen der Untersuchung gemachten Beobachtungen und Feststellungen wiesen auf durchschnittliche Intelligenzleistungen hin. Während der Untersuchung habe er nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt. Er habe gut auf die gestellten Fragen eingehen können. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen. Die Ausführungen des Beschwerdeführers seien anschaulich und das Denken nicht eingengt gewesen. Der Beschwerdeführer habe keine Gedankenabrisse, keine Neologismen und keine Gedankenleere gezeigt. Es habe keine Anhaltspunkte für illusionäre Verkennungen, akustische, optische, olfaktorische oder taktile Halluzinationen gegeben. Der Beschwerdeführer habe einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu seiner Person gehabt. Er habe sich gegenüber der Umgebung klar abgrenzen können. Gedankenausbreitung oder Fremdbeeinflussungserlebnisse seien nicht vorhanden gewesen. Der Beschwerdeführer habe keine Zwangsgedanken geäußert, nicht über Ängste berichtet und keine Phobien erwähnt. Aus seinen Schilderungen hätten sich keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebes im Laufe des Tages ergeben. Der Explorand habe nicht über einen Lebensverleider, Suizidgedanken oder -impulse berichtet. Hinweise auf Zwangshandlungen seien nicht vorhanden gewesen. Im Weiteren erscheint auch die durch den psychiatrischen Gutachter gestellte Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, einer «paranoiden Schizophrenie, unvollständige Remission (ICD-10 F20.05)» aufgrund der nachfolgenden gutachterlichen Ausführungen schlüssig. So hielt Dr. med. M.\_\_\_\_ fest, es sei in den Akten erwähnt, dass der Beschwerdeführer schon vor dem Unfall auffällig geworden sei. Er habe sich gegenüber Kunden nicht korrekt verhalten, habe ein aggressives Verhalten gezeigt. Er sei seit dem Unfall nie längerfristig neuroleptisch behandelt worden, es hätten in den letzten Jahren keine produktiven psychotischen Symptome festgestellt werden können. Der Beschwerdeführer sei auch in der Lage gewesen, seinen Umzug nach [...] und dann nach [...] selbständig zu organisieren. Er habe in [...] allein gelebt, sei psychiatrisch nie auffällig geworden. Die daraus gezogene Schlussfolgerung des psychiatrischen Gutachters, dass die schizophrene Störung somit bis auf einen verbleibenden Restwahn remittiert sei (S. 41 f.), ist daher nachvollziehbar und leuchtet ein. In diesem Zusammenhang überzeugt im Weiteren auch, dass der

Beschwerdeführer gemäss gutachterlicher Einschätzung sowohl in seiner bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten beruflichen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (S. 44).

In Bezug auf die medizinischen Vorakten hielt Dr. med. M.\_\_\_\_ Folgendes fest (S. 43): Der Verlauf der schizophrenen Störung sei insgesamt milde. Es sei nur einmal eine Hospitalisation notwendig gewesen. Obwohl der Beschwerdeführer seit Jahren nicht psychiatrisch oder neuroleptisch behandelt werde, sei es nie mehr zu einer akuten Exacerbation der schizophrenen Störung gekommen und ausser eines auf den Unfall bezogenen Restwahns seien keine Zeichen einer schizophrenen Störung feststellbar (S. 43). Dieser gutachterlichen Beurteilung kann gestützt auf die vorangehenden medizinischen Akten gefolgt werden: So wurde bereits im Rahmen der Begutachtung durch die Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 2. November 2009 im Zusammenhang mit dem Schädel-Hirntrauma Grad III mit bi-fronto-temporaler Kontusionsblutung (26. November 2007) u.a. eine «organische wahnhafte (schizophreniforme) Störung (ICD-10 F06.2)» diagnostiziert, der aber keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zukämen (AXA-Nr. M28 S. 20). In dem durch Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstellten im psychiatrischen Gutachten vom 30. Januar 2013 wurde die Diagnose einer «organisch bedingten wahnhaften (schizophreniformen) Störung (ICD-10 F06.2)» bestätigt und festgehalten, es sei bisher im Rahmen seiner wahnhaften Störung regelmässig zu aufwändigen Kontakten mit Behörden im Justiz- und Regierungsbereich von Solothurn, der [...] und auch [...] gekommen. Dr. med. E.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem Aktengutachten vom 18. Januar 2017 (AXA-Nr. M68) sodann fest, eine organisch wahnhafte schizophrene Störung könne weder ganz ausgeschlossen noch bewiesen werden. Aufgrund des Längsverlaufes, auch aufgrund der psychischen Exazerbation mit Zunahme der Aktivitäten des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit dem Wahnerleben, dann auch wieder mit Beruhigungsphasen ■ insbesondere nach der psychiatrischen Hospitalisation schein es ruhiger geworden zu sein ■ gehe er indes davon aus, dass eine paranoide schizophrene Störung vorliege, die gemäss Lehrbuch eben durchaus wechselhaft auftreten könne. Gestützt auf diese Ausführungen und die Tatsache, dass sich in den dokumentierten medizinischen Akten keine Hinweise auf eine Verschlimmerung der schizophreniformen Erkrankung in den vergangenen Jahren ■ jedenfalls seit dem Gutachten bei der Gutachterstelle C.\_\_\_\_ vom 2. November 2009 ■ finden, wird der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens durch die Vorakten nicht verkleinert. Die im entsprechenden Gutachten erwähnte einmalige Hospitalisation fand übrigens im Rahmen einer durch die KESB angeordneten Massnahme statt (vgl. AXA-Nr. M49, vom 9. Januar bis 7. Februar 2013).

Zusammenfassend kann somit auf das psychiatrische Teilgutachten der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ abgestellt werden. Im Lichte dieses beweiswertigen fachärztlichen Gutachtens, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit im Gutachtenszeitpunkt in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

7.4 Im neurologischen Teilgutachten vom 27. Juni 2018 (AXA-Nr. M74 S. 55 ff.) hielt Dr. med. O.\_\_\_\_, FMH Neurologie, fest, es persistiere eine Anosmie (S. 60). Dies leuchtet ein, da anlässlich der durchgeführten Untersuchung die Geruchsproben nicht erkannt worden seien (S. 57). Die anlässlich der Begutachtung durchgeführte bildgebende Untersuchung vom 27. Juni 2018 (AXA-Nr. M75) ■ MRI Neurocranium nativ und i.v.

Kontrastmittel ■ wurde wie folgt beurteilt: «Ausgedehntere posttraumatisch gliotisch kortikale Substanzverluste mit Hämosiderineinlagerungen in den typischen Contrecoup-Lokalisationen temporopolar und frontopolar / basal beidseits.». Gestützt darauf vermag die im Gutachten weiter ausgewiesene Diagnose einer «bifronto-temporalen Kontusionsherde MRI 27. Juni 2018» (AXA-Nr. M74 S. 58) einzuleuchten.

In Bezug auf die medizinischen Vorakten ist auf die beiden neurologischen Berichte betreffend die «Kontrolluntersuchungen bei chronischem Kopfschmerz und Konzentrationsschwäche und chronische Müdigkeit seit SHT im November 2007» in der Klinik D.\_\_\_\_, [...], vom 22. Dezember 2015 und 18. Januar 2017 (AXA-Nrn. M62, M67) einzugehen. So habe der Beschwerdeführer bei der Kontrolle im Jahr 2017 über aktuell weiterhin bestehende chronische Kopfschmerzen und ■ aufgrund fehlender Medikation seit dem letzten Besuch ■ eher zunehmende Schlafstörungen geklagt. Seit der Ankunft in [...] sei dem Beschwerdeführer im Zusammenhang mit gelegentlicher sportlicher Aktivität eine leichte Besserung der Beschwerden in Bezug auf die seit dem Unfall bestehende Probleme des Sehens, der sexuellen Erregungsfähigkeit und des «allgemeinen Energieniveaus» aufgefallen. Die klinische neurologische Untersuchung sei unauffällig gewesen und den Berichten sind keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. In Bezug auf die Therapie wurden Sibelium 0-0-2, Lorazepam 5 mg 0-0-1, Metamizol 575 mg bei Bedarf aufgeführt und eine regelmässige sportliche Betätigung sowie Entspannungsübungen vor dem Schlafengehen empfohlen. Die damals geklagten Beschwerden bestätigte der Beschwerdeführer sodann im Rahmen der neurologischen gutachterlichen Exploration gegenüber Dr. med. O.\_\_\_\_. So habe der Beschwerdeführer angegeben (AXA-Nr. M74 S. 56), zur Behandlung der Kopfschmerzen ab und zu Ibuprofen einzunehmen. Seit dem Unfall bestehe auch eine deutlich vermehrte Vergesslichkeit. Er habe deshalb auch Mühe, einen Computer zu bedienen. Nach dem Unfall habe er auch Probleme mit den Augen gehabt, was sich inzwischen deutlich gebessert habe. Manchmal habe er noch Mühe scharf zu sehen. Nach dem Unfall habe er während einiger Zeit keine sexuelle Aktivität mehr ausüben können. Diese sexuelle Dysfunktion habe sich im Verlauf ebenfalls etwas gebessert. Das Gehör sei rechts leichtgradig vermindert. Er habe deshalb im Alltag keine Probleme. Er könne pro Nacht lediglich einige Stunden schlafen. Er benutze jedoch keine Schlafmittel. Früher habe er gelegentlich Stilnox eingenommen, was ihm recht geholfen habe. Er konsumiere nur sehr selten Alkohol und er sei Nichtraucher. Folglich klagte der Beschwerdeführer im Rahmen der gutachterlichen neurologischen Exploration ■ wie bereits zuvor im Bericht der Klinik D.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2017 ■ im Wesentlichen über Kopfschmerzen und Schlafstörungen. Daher überzeugt die Darlegung von Dr. med. O.\_\_\_\_, wonach in Bezug auf die Rekapitulation der durch den Beschwerdeführer berichteten Einschränkungen im Bericht der Klinik D.\_\_\_\_ eine gute Übereinstimmung zur aktuellen Untersuchung bestehe (AXA-Nr. M74 S. 60). Somit stützen diese Berichte der Klinik D.\_\_\_\_ die Ausführungen und Einschätzungen des neurologischen Gutachters und somit auch den Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens.

7.5 Zusammenfassend erweist sich das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2018 als beweismässig.

7.6 Nachfolgend ist auf die durch den Beschwerdeführer gegen das Gutachten der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2022 vorgebrachten Einwände einzugehen:

7.6.1 Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt (A.S. 43), er sei vom «Hauptgutachter» lediglich fünf Minuten gesehen worden und dieser habe keinen Test

durchgeführt. Dazu lässt sich festhalten, dass es nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_771/2019 vom 19. Mai 2020 E. 4.4 m.w.H.). Dies ist vorliegend zu bejahen (vgl. E. II. 7.1 hiervor). Obschon dem allgemeininternistischen Teilgutachten keine Angaben bezüglich der effektiven Untersuchungsdauer zu entnehmen sind, erscheint die vorgebrachte Dauer von fünf Minuten angesichts der im Gutachten erwähnten Angaben als wenig glaubhaft. Unabhängig davon standen internistische Aspekte im vorliegenden Verfahren, welches die Folgen eines Unfalls mit Kopfverletzung betrifft, zu keinem Zeitpunkt im Vordergrund. Weiter fällt es ins Ermessen des jeweiligen medizinischen Experten, ob überhaupt und wenn ja, welche Untersuchungsmethode durchzuführen ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_768/2012 vom 24. Januar 2013, 8C\_780/2014 vom 25. März 2015 E. 5.1, 9C\_216/2018 vom 7. September 2018 E. 3.5, alle m.w.H.). Gleiches gilt im Übrigen auch in Bezug auf die vom Beschwerdeführer ebenfalls vorgebrachte Argumentation, wonach er überhaupt nicht auf Mathematik oder Formeln geprüft worden sei und er weder eine E-Mail noch einfache Büroarbeiten habe verrichten müssen (A.S. 43 f.). Somit vermag auch dieses Vorbringen den Beweiswert des allgemeininternistischen Teilgutachtens nicht in Frage zu stellen.

7.6.2 Dem Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach er innerhalb der 30 ■ 40-minütigen Prüfungen circa fünf- bis siebenmal eine Pause von 10 Minuten habe machen müssen, da er zu müde gewesen sei und sich nicht habe konzentrieren können (A.S. 44), ist entgegenzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter festhielt, der Beschwerdeführer habe während der Untersuchung nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt (AXA-Nr. M74 S. 40). Dementsprechend hielt Dr. med. M. \_\_\_ auch fest, die vom Beschwerdeführer beklagten Konzentrationsstörungen hätten nicht objektiviert werden können (S. 46). Im Rahmen der neuropsychologischen Exploration wurde zwar festgehalten, der Beschwerdeführer verlange nach einer Stunde eine zehnmünütige Pause und nach einem Arbeitsintervall von einer Stunde und 43 Minuten eine 20minütige Pause (S. 35). Dennoch wurde auch im neurologischen Teilgutachten ausgeführt, dass sich während der Untersuchung keine Hinweise auf eine vorzeitige Ermüdung gefunden hätten (S. 59). Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Pausenintervalle werden somit seitens der medizinischen Experten nicht bestätigt und können daher nicht nachvollzogen werden. So konnten seitens der Gutachter weder Hinweise auf Ermüdungserscheinungen noch auf Konzentrationseinbussen des Beschwerdeführers festgestellt werden.

7.6.3 Das vom Beschwerdeführer weiter ins Feld geführte Argument, wonach er vor dem Unfall vom 26. November 2007 völlig gesund gewesen sei (A.S. 46), entspricht der unzulässigen Beweismaxime «Post-hoc-ergo-propter-hoc», nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 142 V 325 E. 2.3.2.2 S. 330, 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.).

7.7 Die Vorbringen des Beschwerdeführers vermögen den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle F. \_\_\_ vom 26. Oktober 2018 nicht zu schmälern. Dieses geniesst somit vollen Beweiswert. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid vom 29. November 2022 (A.S. 1 ff.) auf das besagte Gutachten abgestellt hat. Es kann daher von folgender interdisziplinärer medizinischer Beurteilung ausgegangen werden: Aus psychiatrischer Sicht sei von einem Residuum einer schizophreiformen Störung auszugehen. Es bestehe keine Behandlungsbedürftigkeit und auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus

neurologischer Sicht könne ein Status nach Schädelhirntrauma zur Kenntnis genommen werden. Aus rein neurologischer Sicht seien zum heutigen Zeitpunkt keine Befunde zu erheben, die in Zusammenhang zu bringen wären. Die neuropsychologische Untersuchung habe inkonsistente und nicht verwertbare Resultate ergeben. Jedenfalls hätten sich keine reproduzierbaren Befunde nachweisen lassen, die eine Einschränkung belegen könnten. Aus allgemeininternistischer Sicht bestehe weder ein Befund noch eine Einschränkung (S. 11). Folglich ist auch auf die im polydisziplinären Gutachten formulierte Einschätzung betreffend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abzustützen, wonach der Beschwerdeführer sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei.

8. Zusammenfassend ist gestützt auf das Gutachten der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer an einer paranoiden Schizophrenie leidet, die aber mittlerweile unvollständig remittiert ist und nicht mehr zu einer Arbeitsunfähigkeit führt. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung konnten keine Hinweise auf weiterhin bestehende, über das beschriebene Residuum einer schizophreniformen Störung hinausgehende Folgen einer hirnrorganischen Beeinträchtigung festgestellt werden. Im Rahmen der diesbezüglichen, einleuchtenden Begründung wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe während Jahren in [...] und später in [...] allein gelebt, habe sich selbständig versorgt und leide, ausser den auf den Unfall bezogenen Wahnvorstellungen, nicht unter psychischen Einschränkungen (AXA-Nr. M74 S. 42). Der psychiatrische Gutachter hält weiter fest, dass der Beschwerdeführer den Unfall vom 26. November 2007 paranoid verarbeitet habe und sich als Opfer eines Mordkomplottes sehe, sei nur durch eine paranoide Schizophrenie zu erklären. Es lasse sich nicht mit Sicherheit entscheiden, ob nun diese schizophrene Störung durch eine genetische Konstitution bedingt oder Folge des Unfalls sei. Auch die Frage, ob nun der Unfall eine entscheidende Teilursache darstelle, lasse sich nicht mit Sicherheit beantworten (AXA-Nr. M74 S. 47). Die ebenfalls festgestellte Anosmie, ist demgegenüber organisch nachweisbar.

Da sich die Diagnose der «paranoiden Schizophrenie» nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auszuwirken vermag, kann offen bleiben, ob diese in Bezug auf das Ereignis vom 26. November 2007 natürlich oder adäquat unfallkausal ist (vgl. E. II. 3.2 hiervor).

9. Es stellt sich die Frage, ob der Beschwerdeführer den medizinischen Endzustand gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG erreicht hat. Diesbezüglich wurde im Rahmen des rechtskräftigen Urteils des Versicherungsgerichts VSBES.2013.271 vom 19. Februar 2014 (AXA-Nr. A64) festgehalten, dass von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung im damaligen Einstellungszeitpunkt noch eine namhafte Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit habe erwartet werden können und daher weiterhin Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeldern geschuldet seien (vgl. E. II. 6 hiervor).

9.1 Die Gutachter der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2018 hielten anlässlich der interdisziplinären Gesamtbeurteilung fest, es seien keine spezifischen Massnahmen und insbesondere keine solche mit Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit zu empfehlen (AXA-Nr. M74 S. 13). Dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_ lässt sich diesbezüglich entnehmen, dass sich das Wahnsystem durch eine dem Beschwerdeführer zumutbare psychiatrische Behandlung und eine neuroleptische Therapie günstig beeinflussen liesse, aber zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit keine Behandlung

erforderlich sei (S. 44 f.). Das Kriterium des «Erreichen des Endzustandes» wird namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit beurteilt, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Es bedarf dabei einer ins Gewicht fallenden Besserung durch die ärztliche Behandlung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_697/2013 vom 5. November 2013 E. 3.5). Eine allfällige blosser Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine blosser Verbesserung der Befindlichkeit oder dass der Versicherte etwa von Physiotherapie profitieren kann, genügt nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_306/2016 vom 22. September 2016 E. 5.3 m.v.H.). Unter diesen Umständen haben die vom psychiatrischen Gutachter zur positiven Beeinflussung des Wahnsystems vorgeschlagenen Behandlungsmassnahmen eben gerade keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Es ist daher vom Erreichen des medizinischen Endzustandes i.S.v. Art. 19 Abs. 1 UVG auszugehen sowie der «Fallabschluss» mit Einstellung der Heilbehandlungen und der Taggeldleistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung vorzunehmen (vgl. E. II. 2 hiavor).

9.2 Die Zeitpunkte der jeweiligen Leistungseinstellungen (Einstellung der Heilbehandlungen per 31. Januar 2017 und der Taggelder per 31. August 2015 ■ im Einspracheentscheid wird teilweise der 31. August 2018 genannt, was aber offensichtlich auf einem Versehen beruht) sind ■ wie nachfolgend dargelegt wird ■ nicht zu beanstanden.

9.2.1 Es ist zunächst auf die Heilbehandlungen einzugehen. Der zuletzt im Zusammenhang mit dem Unfall vom 26. November 2007 stehende Bericht der Klinik D.\_\_\_\_ datiert vom 18. Januar 2017 (AXA-Nr. M67). Weitere ärztliche Behandlungen oder Therapien in Bezug auf das Unfallereignis sind in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. Daran vermag auch der in [...] Sprache verfasste Bericht des Neurologen P.\_\_\_\_ vom 29. September 2022 (AXA-Nrn. A657/A658; deutsche Übersetzung in Beschwerdebeilage 3) nichts zu ändern. So wird in diesem zwar eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert, die sich aber aufgrund der beschriebenen, weitgehend unauffälligen Untersuchungsbefunde in keiner Weise nachvollziehen lässt. Es kommt hinzu, dass anlässlich der neurologischen Begutachtung in der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom 27. Juni 2018 festgehalten wurde, aus neurologischer Sicht sei keine weitere Behandlung von Unfallfolgen notwendig und es wäre aus neurologischer Sicht gar von Vorteil, wenn der Beschwerdeführer den Analgetikakonsum reduzieren würde (AXA-Nr. M74 S. 65). Somit erweist sich das Einstellen der Heilbehandlungen per 31. Januar 2017 als korrekt.

9.2.2 Betreffend den Zeitpunkt für die Einstellung der Taggeldzahlungen (vgl. E. II. 2 hiavor) ist dem Gutachten der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ vom (AXA-Nr. M74) zu entnehmen, dass eine Arbeitsfähigkeit von 100 % gegeben sei. Zum zeitlichen Verlauf wurde festgehalten, es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit nach dem 26. November 2007 (Unfall) für einige Wochen ganz aufgehoben gewesen sei. Effektiv habe der Beschwerdeführer die Anstellung im Januar 2008 wieder angetreten, ihm sei dann jedoch in der Probezeit wegen inadäquaten Verhaltens gekündigt worden. Wahrscheinlich sei zu jenem Zeitpunkt die Arbeitsfähigkeit bereits wieder gegeben gewesen. Dies könne jedenfalls seit der neuropsychologischen Untersuchung im Spital K.\_\_\_\_ vom November 2008 bestätigt werden. Nachfolgend hätten nur intermittierend eingeschränkte oder aufgehobene Arbeitsunfähigkeiten bestanden, vor allem bei Exazerbation der psychischen Situation, ohne dass sich daraus eine länger dauernde, höhergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entwickelt habe (S. 12). Dem psychiatrischen Teilgutachten ist

diesbezüglich zu entnehmen, dass die volle Arbeitsfähigkeit seit dem Austritt aus der Erwachsenenpsychiatrie der Q.\_\_\_\_ [...] gegeben sei. Die entsprechende Hospitalisation erfolgte vom 9. Januar bis 7. Februar 2013 (vgl. Austrittsbericht, AXA-Nr. M49). Da Dr. med. I.\_\_\_\_ am 10. November 2014 (AXA-Nr. M73) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für voraussichtlich die nächsten neun Monate ausstellte, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Taggelderleistungen per 31. August 2015 eingestellt hat. Daran vermag der Bericht betreffend die Konsultation beim Neurologen P.\_\_\_\_ vom 29. September 2022 nichts zu ändern (AXA-Nrn. A657/A658 S. 3; deutsche Übersetzung in Beschwerdebeilage 3). So geht aus diesem in [...] Sprache verfassten Bericht hervor, dass die neurologische Untersuchung weitgehend unauffällige Befunde ergab. Dass der Arzt trotzdem eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigte, basierte im Wesentlichen auf den durch den Beschwerdeführer angegebenen kognitiven Störungen, Kopfschmerzen und Müdigkeitssyndrom. Diese Defizite waren aber im Rahmen der gutachterlichen Abklärungen nicht im vom Beschwerdeführer beschriebenen Umfang bestätigt worden.

10. In Bezug auf die Frage, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente nach UVG hat, ist Folgendes festzuhalten: Im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (September 2015, vgl. E. II. 9.2 hiervor) bestand beim Beschwerdeführer sowohl im angestammten beruflichen Tätigkeitsbereich als auch in jedweder angepassten beruflichen Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. E. II. 7.7 hiervor). Bei dieser Sachlage erübrigt sich die Vornahme eines Einkommensvergleichs. Es liegt keine anspruchsbegründende Invalidität vor und die Beschwerdegegnerin hat daher den Anspruch auf eine Rente zu Recht abgewiesen.

11. Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Erhöhung der Integritätsentschädigung hat. Gemäss dem neurologischen Gutachter Dr. med. O.\_\_\_\_ bestehe als Folge des Unfalls vom 26. November 2007 eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität bedingt durch die Anosmie und leichte neuropsychologische Defizite. Aufgrund der Anosmie resultiere eine Integritätsschädigung von 10 % (AXA-Nr. M74 S. 64). In Bezug auf die neuropsychologischen Defizite verwies Dr. med. O.\_\_\_\_ auf das entsprechende Fachgutachten. Im neuropsychologischen Teilgutachten wurde indes keine Integritätsentschädigung ausgewiesen bzw. beziffert. Es ist diesbezüglich darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der entsprechenden Teilbegutachtung kein valides und konsistentes neuropsychologisches Leistungsprofil erstellt und daher auch nicht zur Frage des Integritätsschadens Stellung genommen werden konnte. Dem Beschwerdeführer wurde bereits zu einem früheren Zeitpunkt ■ nämlich mit Verfügung vom 5. März 2013 (AXA-Nr. A128) ■ aufgrund der Anosmie resp. der Schädigung des N. lingualis mit Funktionsausfall des Geschmacksinns eine Integritätsentschädigung von insgesamt 25 % zugesprochen. Diese Integritätsentschädigung von 25 % wurde sodann mit Urteil des Versicherungsgerichts vom 19. Februar 2014 bestätigt (vgl. E. II. 6 hiervor). Somit wurde dem Beschwerdeführer bereits zu einem früheren Zeitpunkt aufgrund der festgestellten Anosmie eine Integritätsentschädigung von total 25 % ausgerichtet. Unter diesen Umständen rechtfertigt sich im Zusammenhang mit demselben Gesundheitsschaden ■ der Anosmie ■ keine erneute Integritätsentschädigung. Die im F.\_\_\_\_-Gutachten auf 10 % bezifferte Integritätsentschädigung kann als bereits abgegolten gelten.

12. Einzugehen ist auf den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Abfindung nach Art. 23 UVG. Eine entsprechende Möglichkeit ergibt sich, wenn aus der Art des Unfalles

und dem Verhalten des Versicherten geschlossen werden kann, dass dieser durch eine einmalige Entschädigung wieder erwerbsfähig würde. Dann hören die bisherigen Leistungen auf, und der Versicherte erhält eine Abfindung von höchstens dem dreifachen Betrag des versicherten Jahresverdienstes. In Bezug auf eine Abfindung gemäss Art. 23 UVG steht der streng juristische Kausalzusammenhang gerade nicht im Vordergrund, sondern es ist der therapeutische Aspekt massgebend (vgl. Marc Hürzeler, Ueli Kieser [Hrsg.]: Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrechts UVG, Art. 23 UVG N 3 S. 360).

Im vorliegenden Fall sind die gemäss dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. M.\_\_\_\_, Gutachterstelle F.\_\_\_\_, durch den Beschwerdeführer geklagten Einschränkungen (erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen) nicht objektivierbar und aufgrund der psychiatrischen Untersuchung sind auch die geklagten Funktionseinbussen nicht nachvollziehbar. So hänge bspw. die geklagte Schlafstörung damit zusammen, dass der Beschwerdeführer auch tagsüber regelmässig schlafe (AXA-Nr. M74 S. 42). Da der Beschwerdeführer sowohl den Umzug nach [...] wie auch nach [...] allein bewerkstelligen konnte und auch den Alltag allein zu bewältigen vermag, ist er als weitgehend selbständig einzuschätzen. So führt er u.a. auch das vorliegende UV-Verfahren seit Jahren hauptsächlich eigenständig. Da der Beschwerdeführer weder eine medizinische Behandlung regelmässig in Anspruch nimmt noch eine umfassende Medikation benötigt, und ihm im Rahmen der Begutachtung bei der Gutachterstelle F.\_\_\_\_ eine fehlende Krankheitseinsicht als ein Teil der Erkrankung attestiert wurde (S. 48), erscheint das Ausrichten einer Abfindung nach Art. 23 UVG als zwar nicht rechtlich zwingend, aber materiell nicht zu beanstanden. Unter diesen Umständen ist die dem Beschwerdeführer mit dem Ziel der beruflichen Wiedereingliederung im Ausland zugesprochene Abfindung nach Art. 23 UVG in der Höhe des zweifachen versicherten Jahresverdienstes im Sinne einer grosszügigen Ermessenshandhabung, in welche das Gericht nicht einzugreifen hat, zu bestätigen. Damit kann offenbleiben, ob dieser Punkt des Einspracheentscheids überhaupt als angefochten zu gelten hat.

13. Damit ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 29. November 2022 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

14. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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

Demnach wird erkannt:

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Küng

Auf die gegen den vorliegenden Entscheid erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 8C\_234/2024 vom 7. Mai 2024 nicht ein.

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