

BL_GERICHTE 725 2023 167 / 247 vom 9. April 2015

BL Gerichte, 2015-04-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_2023_167_247

FR: BL_GERICHTE 725 2023 167 / 247 du 9 avril 2015

IT: BL_GERICHTE 725 2023 167 / 247 del 9 aprile 2015

Regeste

Rückfall im Sinne von Art. 11 UVV bejaht; Rückweisung an die Unfallversicherung zur weiteren Abklärung des Sachverhalts und zur Neuverfügung

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherung beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend hatte der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung seinen Wohnsitz im Kanton Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde des Versicherten vom 9. Juni 2023 ist demnach einzutreten.

E. 1.2

Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG in Kraft getreten. Zu den geänderten Normen gehört auch die Bestimmung von Art. 18 Abs. 1 UVG, welche den Anspruch auf eine Invalidenrente regelt. Laut der Übergangsbestimmung von Art. 118 Abs. 1 UVG werden jedoch Versicherungsleistungen für Ereignisse, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen zugetragen haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz zurecht einen Rückfall zwischen dem versicherten Unfall vom 9. Juli 2010 und den vom Beschwerdeführer im Jahr 2021 geklagten Beschwerden verneinte. 3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die

Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

3.2 Laut Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; BGE 127 V 457 E. 4b, 118 V 297 E. 2d). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen).

4.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheitskosten, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste gewürdigt wird (BGE 126 V 360 E. 5b).

4.2 Da ein Rückfall begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis anschliesst (vgl. E. 3.2 hiervor), kann er eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen). Dabei gilt es klarzustellen, dass der Unfallversicherer in Bezug auf den

geltend gemachten Rückfall nicht auf der Anerkennung des natürlichen Kausalzusammenhangs beim Grundfall behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt vielmehr der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c in fine). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2010, 8C_113/2010, E. 2.3; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b).

5.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (vgl. BGE 122 V 158 f. E. 1b). Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

5.2 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

E. 6

Das Administrativverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und

vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

7.1 Für die vorliegend umstrittene Frage der natürlichen Kausalität zwischen dem Unfall vom 9. Juli 2010 und den im Zusammenhang mit dem Rückfall im Mai 2021 geltend gemachten Beschwerden sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Relevanz und zu berücksichtigen:

7.2.1 Betreffend den erstmaligen Fallabschluss vom 9. April 2015 ist zunächst auf die neuropsychologische Verlaufskontrolle hinzuweisen, welche am 24. Juni 2014 in der D. stattfand. Im Bericht vom 6. November 2014 wurde dazu zusammenfassend festgehalten, dass sich beim Versicherten ein schwankendes kognitives Leistungsvermögen mit reduzierten Leistungen im Lernen und Gedächtnis, in der Aufmerksamkeit/Konzentration, in den sprachlichen Leistungen und im Rechnen fände. Im Vordergrund stünden die schwankende und abnehmende Aufmerksamkeitsleistung in der Daueraufmerksamkeit und in der selektiven sowie geteilten Aufmerksamkeit. Klinisch liessen sich ein verlangsamtes Arbeitstempo und eine reduzierte Belastbarkeit beobachten. In der kognitiven Steuerung seien die Resultate mehrheitlich im unteren bis teilweise durchschnittlichen Bereich. Im Vergleich mit den Befunden vom 14. Oktober 2011 (act. 159) lasse sich insgesamt ein Leistungsabfall feststellen. Leistungsverschlechterungen beständen in den Aufmerksamkeitsfunktionen, im verbalen und visuellfiguralen Lernen und Gedächtnis von Einzelinformationen, in den sprachlichen Leistungen, im Rechnen und in der kognitiven Steuerung. Lediglich in der figuralräumlichen Wahrnehmung und Verarbeitung seien die Leistungen stabil. In der kognitiven Steuerung (exekutive Funktionen) lägen Verschlechterungen im verbalen Abstraktionsvermögen, in der semantischen und in der figuralen Ideenproduktion vor. Leicht verbessert hätten sich die phonematische Ideenproduktion und das visuellfigurale Schlussfolgern. Im klinischen Eindruck würden sich im Vergleich zur Untersuchung vom 14. Oktober 2011 (act. 159, Bericht vom 22. November 2011) ein reduziertes und schwankendes kognitives Leistungsvermögen, ein verlangsamtes Arbeitstempo und eine reduzierte Belastbarkeit zeigen. Zum damaligen Zeitpunkt habe der Versicherte über ein stabiles kognitives Leistungsvermögen verfügt und die Belastbarkeit sowie das Arbeitstempo seien unauffällig gewesen. Die aktuellen Befunde entsprächen einer leichten Hirnfunktionsstörung, aufgrund welcher die Stresstoleranz reduziert und der Erholungsbedarf erhöht seien. Die bestehenden Erschöpfungssymptome seien im Zusammenhang mit der erlittenen Hirnverletzung zu interpretieren. Es entstehe der Eindruck, dass der Versicherte über ein reduziertes Regenerationsvermögen verfüge. Auch bei Berücksichtigung der aktuellen Belastbarkeitsgrenzen benötige er viel Zeit für die Regeneration resp. Erholung. Seine Angaben und das vorliegende neuropsychologische Leistungsprofil ergäben ein einheitliches Bild. Aus neuropsychologischer Sicht werde empfohlen, die aktuelle Präsenzzeit und Arbeitsfähigkeit von 40 % beizubehalten, bis sich die Erschöpfungssymptome vollständig zurückgebildet hätten.

7.2.2 Am 4. Dezember 2014 fand sodann eine ambulante Jahreskontrolle in der D. statt. Die behandelnde Ärzteschaft nannte folgende Diagnosen (vgl. Bericht vom 5. Dezember 2014): (1) Velosturz mit mittelschwerem Schädelhirntrauma am 9. Juli 2010 mit Kalottenfraktur parietotemporal

links ins Felsenbein ausstrahlend, subarachnoidale- und subdurale Blutungsanteile sowie Contrecoup-Kontusionsblutung temporopolar rechts (2 x 3 cm) und Kontusionsblutung temporal rechts (1 x 0,6 cm), kleinere Kontusion frontal rechts (Magnetresonanztomographie [MRT] des Neurocraniums vom 13. September 2012 ohne und vom 1. November 2012 mit Kontrastmittel: posttraumatische Substanzdefekte, Darstellung einer prominenten Vene im Traumagebiet, keine Luxusperfusion, Erweiterung des Temporalhorns gegenüber 2010, insgesamt kein Hinweis für frische Einblutungen oder neue Pathologien), initial leichte bis mittelschwere Hirnfunktionsstörung, vor allem in den Teilbereichen Aufmerksamkeit, Lernfähigkeit/Gedächtnis, Sprache/Rechnen, figur- und räumliche Wahrnehmung sowie Verarbeitung, kognitive Steuerung, aktuell leichte neuropsychologische Funktionsstörung (neuropsychologische Untersuchung vom 24. Juni 2014), depressive Krankheitsverarbeitungsstörung im Frühjahr/Sommer 2012, nach Medikation mit Venlafaxin bis Juli 2013 und Psychotherapie abgeklungen, erneut angedeutete passagère Überforderungssymptomatik im Herbst 2014, neuropsychologische und psychologische Therapie in der D. ; (2) Pollenallergie mit saisonal auftretendem Asthma bronchiale, aktuell beschwerdefrei; (3) Status nach Knorpelschädigung des linken Knies und (4) Spannungskopfschmerzen im Zusammenhang mit Diagnose 1, auftretend bei Überforderung/Ermüdung. Der Beurteilung ist zu entnehmen, dass es im Herbst 2014 erneut bei Selbstüberforderung am Arbeitsplatz zu Symptomen wie Benommenheit, Schwindel, Kopfschmerzen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie erheblicher Ermüdungsneigung im Alltag gekommen sei. Durch eine frühzeitige Anpassung am Arbeitsplatz mit vorgegebenem Einhalten der 40%igen Präsenzzeit sowie die psychologische und neuropsychologische Therapie habe eine Exazerbation abgewandt und auf die Gabe von Antidepressiva verzichtet werden können. Inzwischen sei die Situation wieder kompensiert und bei der Arbeitsqualität mache der Versicherte weiterhin sukzessive Fortschritte. Gemäss Rückmeldungen durch die Arbeitgeberin und Empfehlungen der behandelnden Psychologinnen sei aber auf absehbare Zeit eine Steigerung der 40%igen Präsenzzeit nicht sinnvoll. Die in der Vergangenheit bescheinigte 100%ige Arbeitsfähigkeit habe sich retrospektive als falsch erwiesen. 7.2.3 Die Suva legte das Dossier dem Kreisarzt Dr. med. I. , FMH Neurologie, vor. Dr. I. hielt in seinem ausführlichen Bericht vom 6. März 2015 fest, dass der Versicherte am 9. Juli 2010 einen Fahrradsturz erlitten und sich dabei eine traumatische Hirnverletzung zugezogen habe. Weiter wies er auf die neurologische und die neuropsychologische Entwicklung seit dem Unfallereignis am 9. Juli 2010 hin. So sei die Erstrehabilitation in der D. vom 14. Juli 2010 bis zum 26. Juli 2010 erfolgt. Die Kürze dieses Rehabilitationsaufenthalts sei unter anderem auch dem Drängen des Versicherten auf Entlassung zuzuschreiben gewesen, was für eine erhebliche Selbstüberschätzung angesichts der Schwere der Verletzungen spreche. Die neuropsychologische Testung habe zunächst leicht bis mittelschwere Hirnfunktionsstörungen gezeigt. Insbesondere seien die Modalitäten Aufmerksamkeit, Lernfähigkeit und Gedächtnis, Sprache, Rechnen, Figurenwahrnehmung, aber auch die kognitive Steuerung allgemein betroffen gewesen. In Hinblick auf die Tatsache, dass der Versicherte im Unfallzeitpunkt nach einer sehr ambitionierten Ausbildung mit Berufsmatura und Studium vor seinem ersten Stellenantritt gestanden habe, seien früh Zweifel an seiner Fähigkeit aufgekommen, auf diesem Niveau künftig erfolgreich zu sein. Er sei als gefährdet angesehen worden, angesichts der vermutlich erst jetzt realisierten Leistungsdefizite in eine Erschöpfung respektive Depression aus organisch psychischen Gründen zu geraten. Den Akten sei zu entnehmen, dass er ab Ende September 2010

erhebliche Kopfschmerzen sowie eine zunehmend ausgeprägte Müdigkeit und Übelkeit entwickelt habe. Die bildgebenden Abklärungen in der MRT des Kopfs hätten jedoch keine offenkundige neue Situation, insbesondere keine Komplikation wie zum Beispiel eine neue Blutung oder eine hydrozephalie Entwicklung gezeigt. In der ambulanten Verlaufskontrolle vom 21. Oktober 2010 habe die D. keine Verschlechterung aus rein neurologischer Sicht festgestellt. Er habe über keine Übelkeit, keinen Schwindel, keine Doppelbilder oder keine Kopfschmerzen mehr geklagt. Der Versicherte habe zu diesem Zeitpunkt weiterhin eine neuropsychologische Trainingstherapie besucht. Die weiteren Verlaufskontrollen hätten in neuropsychologischer Hinsicht immer wieder schwankende Leistungsfähigkeiten von neurokognitiver Seite gezeigt, was anlässlich der ambulanten Kontrolle in der D. am 7. November 2011 erneut deutlich geworden sei. Zu diesem Zeitpunkt sei der Versicherte bei der Firma J. zu 80 % im Rahmen eines Arbeitsversuchs angestellt gewesen. Anschliessend habe er eine 80%ige Anstellung bei der C. angenommen. Es sei jedoch im Jahre 2012 zu einem psychologischen Einbruch gekommen. Im ambulanten Verlaufsbericht der D. vom 20. November 2012 sei eine depressive Krankheitsverarbeitungsstörung im Frühjahr und Sommer 2012 bescheinigt worden, weswegen der Versicherte in psychiatrischer Behandlung mit Psychotherapie und Psychopharmakotherapie gewesen sei. Weiter fasste Dr. I. die Ergebnisse der vorstehend bereits zitierten Berichte der D. vom 6. November 2014 und 4. Dezember 2014 zusammen (vgl. oben E. 7.2.1 und 7.2.2). Als Fazit hielt er fest, dass die geklagten und testmässig erhobenen neuropsychologischen Leistungsminderungen in verschiedensten Modalitäten eindeutig die Folge der bildgebend gesicherten traumatischen Hirnverletzung mit residueller Atrophie und gliotischem Umbau im Bereich des Temporallappens rechts sowie Anteile des frontalen basalen Cerebrums seien. Betreffend das Zumutbarkeitsprofil sei es sinnvoll, sich an die Beurteilung der behandelnden Ärzte der D. zu halten. Demnach sei eine berufliche Tätigkeit in den vorbeschriebenen beruflichen Feldern (Verwaltungsarbeit, kaufmännische Tätigkeit, Lehrlingsbetreuung) vermutlich auch längerfristig in einem Ausmass von 40 % bis maximal 60 % zu sehen.

7.2.4 Die Suva ersuchte auch med. pract. K. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, um eine Einschätzung. Med. pract. K. hielt in seinem Bericht vom 10. März 2015 fest, dass er sich den Schlussfolgerungen von Dr. I. vom 6. März 2015 aus psychiatrischer Sicht voll und ganz anschliesse. Eine eigenständige depressive oder sonstige psychische Erkrankung lasse sich anhand der Krankengeschichte nicht nachvollziehen. Die psychischen Verhaltensauffälligkeiten stünden sowohl in Bezug auf die zunächst unrealistische Selbstüberschätzung des Versicherten als auch betreffend die depressive Reaktion auf die im weiteren Verlauf wahrgenommene Leistungsminderung (rasche Erschöpfbarkeit) im Kontext mit der Hirnverletzung, sodass die psychischen Symptome voll und ganz im Rahmen der organischen Hirnverletzung zu interpretieren seien. Eine zusätzliche psychische Erkrankung im Sinne einer eigenständigen Störung nach ICD-10 F01 – F09 sei nicht erkennbar.

7.2.5 Gestützt auf diese kreisärztlichen Erkenntnisse sprach die Suva dem Versicherten mit Verfügung vom 9. April 2015 mit Wirkung ab 1. Mai 2015 eine Invalidenrente bei einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit von 60 % zu. Gleichzeitig wurde dem Versicherten eine Integritätsentschädigung bei einer Einbusse in der Integrität von 50 % ausgerichtet. Nachdem der Beschwerdeführer sein Arbeitspensum bei der C. ab 1. April 2017 von 40 % auf 60 % erhöht hatte, richtete die Suva dem Versicherten ab diesem Datum eine 40%ige Invalidenrente aus.

7.3.1. Der Versicherte hatte sich bereits am 26. November 2012 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn zum Leistungsbezug angemeldet. Diese veranlasste eine Begutachtung im Spital L. . Im

Gutachten vom 4. April 2016 wurden ein Status nach höhergradigem Schädelhirntrauma am 9. Juli 2010 mit unauffälligem neuropsychologischem Leistungsprofil und multiple subjektive Klagen unklarer Ursache genannt. Zusammenfassend wurde ausgeführt, dass neuropsychologisch und neurologisch unauffällige Befunde bestünden. In der Zumutbarkeitsbeurteilung wurde aufgrund der unauffälligen neuropsychologischen und neurologischen Befunde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit attestiert. Gestützt auf die Abklärungsergebnisse lehnte die IV-Stelle Solothurn das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 26. September 2016 ab (act. 401).

7.3.2. Zum Gutachten des Spitals L. liess sich der Kreisarzt Dr. I. am 8. November 2016 vernehmen (act. 411). Er betonte, dass beim Versicherten schon von Beginn weg die schwankenden Leistungen ein Problem gewesen seien. Jede Steigerung über ein Mass von etwa 40 % oder 50 % hinaus habe zu einer Überforderungssituation geführt, welche mit einem psychischen Einbruch quittiert worden sei und eine längere psychiatrische Behandlung erforderlich gemacht habe. Betreffend die Ergebnisse der neuropsychologischen Begutachtung des Spitals L. hielt Dr. I. fest, dass dabei die psychiatrisch relevante Fehlverarbeitung bei Leistungsanforderungen nicht adäquat berücksichtigt worden sei. Der attestierten 100%igen Arbeitsfähigkeit könne er sich nicht anschliessen.

7.3.3 In seinem Bericht vom 14. Dezember 2016 bestätigte der Kreisarzt med. pract. K. seine Beurteilung vom 6. März 2015, wonach es beim Versicherten keine psychischen Auffälligkeiten gäbe, die mit einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung in Verbindung zu bringen wären. Die zeitweise aufgetretenen depressiven Symptome seien demnach Ausdruck der traumatischen Hirnverletzung. Zuletzt habe der Versicherte im Jahr 2012 eine depressive Begleit-symptomatik gehabt. Aktuell bestehe kein Handlungsbedarf zur Behandlung von (psychischen) Verhaltensauffälligkeiten. Psychiatrische Behandlungen kämen allenfalls infrage, falls der Versicherte reaktiv zum Beispiel bei Überforderung mit psychischen Symptomen dekompensieren würde, was eine psychotherapeutische bzw. psychopharmakologische Intervention notwendig machen würde. Diese sei jedoch von der Situation und dem Auftreten etwaiger entsprechender Beschwerden abhängig und aktuell nicht voraussehbar. Ergänzend bemerkte med. pract. K., dass die Erhaltung der vorhandenen Leistungsfähigkeit beim Versicherten nicht in erster Linie von einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung abhängen, sondern von den psychosozialen Umständen wie Belastung am Arbeitsplatz und familiäre Stabilität. Diese seien aktuell für den Versicherten insofern günstig, als dass sie ihn nicht im Sinne von Stressfaktoren belasten würden.

7.4.1. Am 22. Februar 2021 berichtete die D. über eine weitere Jahreskontrolle, die am 18. Februar 2021 stattgefunden habe. Bei bekannten Diagnosen (vgl. oben E. 7.2.2) wurde ausgeführt, dass sich der Beschwerdeführer in den letzten sechs Monaten introvertierter fühle und weniger Lust auf Gesellschaft habe. Zudem sei auch die Kommunikation mit seiner Umgebung zeitweise erschwert. Er kenne diese Episoden bereits seit dem Unfall; diese seien allerdings in letzter Zeit verstärkt vorhanden und würden sich alle drei bis vier Wochen für drei bis vier Tage präsentieren. Der Versicherte sei angewiesen worden, sich bei Verstärkung der Symptomatik vor allem in Form von Antriebs- und Hoffnungslosigkeit, Leeregefühl sowie ev. Suizidalität sofort bei der Hausärztin zu melden. Ferner sei ihm empfohlen worden, Ruhepausen zu respektieren. Am 27. Mai 2021 (act. 450) teilte die D. der Suva mit, dass die vom Beschwerdeführer im Rahmen der Jahreskontrolle vom 18. Februar 2021 geschilderten psychischen Probleme am ehesten als Ausdruck einer affektiven Störung zu werten seien. Obwohl das Schädelhirntrauma bereits mehr als zehn Jahre zurückliege, stehe als Thema weiterhin bzw.

wieder die Auseinandersetzung mit der aufgrund des Unfalls von 2010 reduzierten Leistungsfähigkeit im Vordergrund, weshalb eine weiterführende psychotherapeutische Unterstützung angebracht sei. Es werde daher um Kostenübernahme der Therapie ersucht.

7.4.2. Nachdem die Suva das Kostenübernahmegesuch am 2. Juni 2021 abgelehnt hatte (act. 452), reichte die D. am 10. Juni 2021 ein Wiedererwägungsgesuch ein. Die Suva unterbreitete dasselbe ihrem Kreisarzt Dr. med. M., Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie. Am 9. Juli 2021 hiess dieser nach nochmaliger Durchsicht des Dossiers die erneute psychotherapeutische Behandlung für (vorerst) ein Jahr gut (act. 454) und die Suva erbrachte die entsprechenden Leistungen.

7.4.3 Am 21. September 2021 ersuchte der Vater des Beschwerdeführers die Suva um Kostenübernahme für einen Aufenthalt seines Sohnes in der Privatklinik E. Dem Austrittsbericht vom 10. Februar 2022 ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer vom 12. Oktober 2021 bis 25. November 2021 dort aufgehalten habe. Während des Aufenthalts unterzog er sich auch einer neuropsychologischen Untersuchung. Danach hätten eine rasche Ermüdbarkeit und eine reduzierte Belastbarkeit im Vordergrund gestanden. Es seien leichte kognitive Restdefizite nach dem Schädelhirntrauma des Jahres 2010 festgestellt worden, die mit der Voruntersuchung im D. von 2014 (vgl. vorstehend E. 7.2.1) vergleichbar seien. Leicht reduziert seien die Abrufleistung (verbales und visuelles Gedächtnis) nach der Interferenz (erhöhte Störanfälligkeit/Ablenkbarkeit), die Exekutivfunktionen (verbales Arbeitsgedächtnis, Interferenzunterdrückung) und das konfrontative Benennen. Die Aufmerksamkeitsfunktionen seien leicht schwankend und es bestünden Defizite in der geteilten Aufmerksamkeit. Überdurchschnittlich würden zwei Teilbereiche der Exekutivfunktionen – das visuelle Arbeitsgedächtnis und die phonematische Flüssigkeit – ausfallen. Im klinischen Eindruck zeige sich ein hoch leistungsorientierter Versicherter, dem es möglich sei, die leicht reduzierten Funktionsbereiche kurzfristig zu kompensieren. Langfristig sei insbesondere aufgrund der schwankenden Aufmerksamkeitsfunktionen eine erhöhte Anzahl an Fehlleistungen möglich. Zu beachten sei, dass der Versicherte in der Vergangenheit im Anschluss an eine hohe Leistungsmotivation und kognitive Verausgabung mit reaktiven Erschöpfungsdepressionen reagiert habe. Es werde daher die langfristige psychotherapeutische Begleitung inklusive Pausenmanagement und Akzeptanz der neuen Lebenssituation empfohlen.

7.4.4 Am 15. Februar 2022 teilte der Kreisarzt Dr. H. mit, dass der Aufenthalt des Versicherten in der Privatklinik E. überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Unfall vom 9. Juli 2010 stehe. Am 5. April 2022 bestätigte Dr. H. diese Aussage und hielt weiter fest, dass die geltend gemachte psychische Störung mindestens überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 9. Juli 2010 zurückzuführen sei.

7.4.5 Am 27. April 2022 fand eine ganztägige neuropsychologische Untersuchung durch Dr. F. statt. Sie nahm eine umfassende Anamnese vor und wies in ihrem Bericht vom 18. Juli 2022 auf die bereits durchgeführten neuropsychologischen Untersuchungen und deren Ergebnisse hin. Sie führte aus, dass der Versicherte nach seinem Aufenthalt in der Privatklinik E. seine angestammte Arbeit bei der C. in einem 30%igen Pensum wiederaufgenommen habe. Da er jedoch die gleiche Anzahl an Projekten bearbeitet habe wie im Rahmen des 60%igen Pensums, hätten sich die Erschöpfung und Erschöpfbarkeit, die subjektiven kognitiven Beschwerden sowie verschiedene körperliche/vegetative Beschwerden nicht gebessert. Mitte April habe der Versicherte gegenüber der behandelnden Fachpsychologin und Neuropsychologin N. berichtet, dass er mit dem 30%igen Arbeitspensum und der Betreuung seiner Tochter ständig am Limit sei. Dr. F. wies sodann darauf hin, dass bei der aktuellen testpsychologischen Untersuchung am 27. April 2022 die

intrinsische Aufmerksamkeitsaktivierung auf Testebene und bei unauffälliger Performanzvalidierung schon zu Beginn mit leicht unterdurchschnittlichen Reaktionszeiten eine Standardabweichung unter jener von früheren Untersuchungen gezeigt habe. Sie habe sich auch durch extrinsische Stimulation (Warnreiz) nicht wesentlich steigern lassen. Nach 8,5-stündiger kognitiver Belastung und damit der Dauer eines Arbeitstages sei die tonische Aufmerksamkeitsaktivierung um ca. eine weitere Standardabweichung auf ein mittelgradig vermindertes Niveau gesunken. Anforderungen an die selektive visuelle Daueraufmerksamkeit hätten nach der ganztägigen Belastungsphase ebenfalls nur unter stetig abnehmendem, insgesamt deutlich reduziertem Tempo mit zwar schwankender, aber gesamthaft ausreichender Sorgfalt bearbeitet werden können. In Abhängigkeit von der Komplexität der Anforderungen sei das Bearbeitungstempo bei Verfahren zur selektivfokussierten Aufmerksamkeit jedoch bereits im Laufe des Vormittags von durchschnittlich (einfache Durchstreichaufgaben) über knapp ausreichend (rascher Mustervergleich, beständiger Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus) leicht bis mittelgradig vermindert gewesen. Bei einfachen Durchstreichaufgaben oder Go/NoGo-Paradigmen habe somit eine den früheren Untersuchungen vergleichbare Leistung vorgelegen. Die aktuell angewandten komplexen Verfahren seien zuvor nicht zum Einsatz gekommen. Bei der Prüfung der geteilten Aufmerksamkeit habe sich der Versicherte auf den visuellen Kanal konzentriert, so dass die Reaktionen auf akustische Stimuli leicht verlangsamt erfolgt seien. Die verbale Merkspanne habe sich wie bei allen vorherigen Untersuchungen als durchschnittlich, die visuelleräumliche Merkspanne erstmals als überdurchschnittlich erwiesen. Die verbalen Lernleistungen von Einzelinformationen hätten sich leicht überdurchschnittlich und damit signifikant besser als bei vorherigen Untersuchungen präsentiert. Auch die Abrufleistungen nach Distraktor und zeitlicher Verzögerung habe sich in der Tendenz gebessert, das Wiedererkennen sei wie zuvor vollständig gelungen. Auf Exekutivfunktions-Testebene seien die Leistungen bei Prüfung des verbalen Arbeitsgedächtnisses über dem zuvor in der Privatklinik E. dokumentierten Niveau gewesen und hätten hinsichtlich der inversen Reproduktion von Ziffernsequenzen wieder die Leistungshöhe von 2016 aufgewiesen. Unter erhöhten Anforderungen in Form interferierender Aufgaben habe sich jedoch eine insgesamt leichte Einschränkung des verbalen Arbeitsgedächtnisses gezeigt, die nach längerer Interferenz sogar ein mittelgradiges Ausmass angenommen habe. Die Flexibilitätsleistungen und Interferenzkontrolle in den dem Versicherten bekannten (und damit geübten) Verfahren seien altersgerecht gewesen. In einem dem Versicherten unbekanntem Test zur visuell-motorisch Interferenzkontrolle bzw. Suppressionsfähigkeit hätten sich qualitativ und quantitativ leichte bis mittelgradige Einschränkungen gezeigt. Unauffällig seien das Planungs- und Organisationsvermögen selbst in einem komplexen Verfahren, das nonverbale schlussfolgernde Denken, das kognitive Schätzen und das verbale Abstraktionsvermögen gewesen. Das Verständnis von allgemeinen Prinzipien und sozialen Situationen habe sich ebenso wie die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme als Aspekte der sozialen Kognition ebenfalls als durchschnittlich ausgeprägt manifestiert. Die Fähigkeit zur Analyse und Integration abstrakter visueller Reize und mentale Raumoperationen seien normgerecht gewesen. Auf dem Gebiet schulischer und sprachlicher Fertigkeiten hätten überdurchschnittliche Leistungen beim Kopfrechnen, aber nur grenzwertige Leistungen in der Rechtschreibung, passend zu den vom Versicherten eingeräumten früheren Schwierigkeiten imponiert. Mittelgradig bis stark vermindert habe sich die Leistung beim lauten Vorlesen präsentiert und zwar sowohl hinsichtlich der Geschwindigkeit als auch der

Qualität. Das Benennen von unbelebten und belebten Objekten sei ausreichend gelungen. Unauffällig sei auch die feinmotorische Geschwindigkeit beim Fingertapping gewesen. Im Persönlichkeitstest habe die Beschwerdevalidierung eine Überbetonung kognitiver Defizite und – weniger ausgeprägt – somatischer Defizite offenbart, was im Kontext der Werte auf den übrigen Validitätsskalen als Ausdruck der deutlichen emotionalen Belastung des Versicherten zu interpretieren sei. Diese sei durch eine chronische allgemeine Besorgnis, Beunruhigung und Angst gekennzeichnet. Gemäss seinen Antworten im MMPI-2 neige er dazu, viel über sich, seine Probleme und sein physisches Wohlbefinden zu grübeln. Das Testprofil des MMPI-2 weise auf somatoforme Reaktionsweisen, aber auch auf Symptome von Angst und Depression hin, die näherer differentialdiagnostischer Abklärung bedürften. Dabei seien angesichts des erlittenen Verletzungsmusters neben prätraumatischen Reaktionsmustern, auch psychoreaktive Störungen auf den Unfall und seine Folgen auf eine organisch bedingte affektive Störung zu erwägen. Die Integration der bisherigen neuropsychologischen Untersuchungen, die Schwankungen von Funktionsfähigkeit und Arbeitspensum sowie der Verlauf der Beschwerden würden zeigen, dass sich beim Versicherten knapp einen Monat nach dem Schädelhirntrauma testpsychologisch Defizite in multiplen kognitiven Domänen offenbart hätten. Er sei in der Folge, wie von fachneuropsychologischer Seite befürchtet, bei der schrittweisen Integration in ein Traineeprogramm gescheitert, da weder die kognitive Leistungsfähigkeit noch die Belastbarkeit in ausreichendem Mass gegeben gewesen seien. Aufgrund eines unzureichenden Störungsbewusstseins habe er dies jedoch nicht zu realisieren vermocht. Objektiv seien die Schwierigkeiten offenbar so prominent gewesen, dass sie auch dem Arbeitgeber aufgefallen und zur Auflösung des Vertrags geführt hätten. Eine schrittweise Eingliederung in ein einfacheres Tätigkeitsfeld sei im Rahmen eines therapeutischen Arbeitsversuchs bzw. einer beruflichen Massnahme ab Januar 2011 gelungen. Wie im Rahmen der zweiten neuropsychologischen Untersuchung im Jahr 2011 antizipiert, sei aber für den Einsatz in einem anspruchsvollen und komplexen – dem akademischen Ausbildungsniveau des Versicherten entsprechenden – beruflichen Umfeld nie eine volle Belastbarkeit erreicht worden. Im Rahmen einer entsprechenden Anstellung bei der C. habe sich bei einem 80%igen Pensum (im Jahr 2012) eine Erschöpfungsdepression entwickelt, so dass das Pensum auf 40 % reduziert werden müssen. Erst nach einigen Jahren und aufgrund in langjähriger neuropsychologischer Behandlung erzielter Einstellungs- und Verhaltensänderungen habe der Versicherte nach weiteren leichteren Erschöpfungsphasen dann zwischen 2018 (recte: 2017) und 2020 sein Pensum bei weiterhin erwartungsgerechter Arbeitsqualität von 40 % auf 60 % steigern können. Als Voraussetzungen für diesen Erfolg habe es offenbar der regelmässigen Durchführung stressregulierender und gesundheitsfördernder Massnahmen wie Sport und Meditation sowie einer Reduktion der Freizeitaktivitäten bedurft. Zudem habe er vorübergehend keine partnerschaftlichen und familiären Verpflichtungen mehr gehabt. Durchgehend habe sich gezeigt, dass es beim Versicherten ab einer bestimmten Arbeitsbelastung und einem bestimmten Arbeitspensum zu körperlichen und vegetativen (Stress-) Beschwerden und Symptomen komme. Schon bei Wiederaufnahme der partnerschaftlichen Beziehung habe er intermittierend zunehmende körperliche Beschwerden bemerkt. Im Ausblick auf die bevorstehende Geburt der gemeinsamen Tochter und insbesondere danach habe der bis zu diesem Zeitpunkt relativ stabile Zustand dekompenziert und sei in eine weitere Erschöpfungsdepression gekippt. Die veränderten Lebensumstände mit zusätzlicher Verantwortung, der Zeitaufwand für die Versorgung des Säuglings und der damit einhergehende Schlafmangel dürften entscheidend

dazu beigetragen haben. In den jeweils nur 2 – 3 Stunden dauernden neuropsychologischen Verlaufskontrollen in den Jahren 2014 (vgl. oben E. 7.2.1) und 2016 (vgl. oben E. 7.3.1) habe der Versicherte auf Testebene nur noch eine reduzierte Daueraufmerksamkeit sowie darüber gelagerte leichte, wahrscheinlich aufmerksamkeitsassoziierte Schwankungen in weiteren Leistungsbereichen gezeigt. Nach der letzten Erschöpfungsdepression im Sommer/Herbst 2021 sei er am Ende seines Aufenthalts in der Privatklinik E. erneut neuropsychologisch untersucht worden. Hierbei hätten sich im Vergleich zu früheren Untersuchungen eine tendenziell schlechtere, aber noch genügende Behaltensleistung für Textinformationen und leichte Minderleistungen beim Konfrontationsbenennen gezeigt. Diese Ergebnisse seien als Versagen der Kompensationsmechanismen im Zuge der depressiven Störung zu interpretieren. Aktuell seien die Einschränkungen der verbalen Merkspanne und die Störanfälligkeit beim verbalen Lernen sowie im Stroop-Test nicht mehr nachweisbar. In komplexeren und zudem am Nachmittag eingesetzten Verfahren habe sich eine deutlich erhöhte verbale (mit Auswirkungen auf das Arbeitsgedächtnis) und visuell-motorisch Interferenzanfälligkeit manifestiert. Bei weiterhin knappen Benennungsleistungen sei die Leseleistung im Vergleich zu jungen Akademikern und Akademikerinnen selbst am Vormittag qualitativ und quantitativ defizitär gewesen und hätte am ehesten eine unfallbedingte Dekompensation einer entwicklungsbedingten (Lese-?) und Rechtschreibschwäche reflektiert. Im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit sei die von Beginn an leicht verminderte intrinsische Aktivierung besonders bedeutsam, die sich auch durch extrinsische Stimulation nicht wesentlich habe steigern lassen und zudem im Tagesverlauf um eine Standardabweichung auf ein mittelgradig vermindertes Niveau abgenommen habe. Damit könne die vom Versicherten und seiner Partnerin geltend gemachte verminderte mentale Belastbarkeit psychometrisch als belegt gelten. Ein Teil der Verlangsamung gerade in komplexeren Verfahren sei dem erfolgreichen Bemühen um eine ausreichende Leistungsgüte geschuldet. Auch im Alltag zeige sich die Arbeitgeberin mit dem Arbeitsergebnis wohl zufrieden. Ein weiterer Teil der verminderten intrinsischen Aktivierung reflektiere vermutlich eine Interaktion aus anhaltender hoher Alltags- und emotionaler Belastung auf der einen Seite (von welcher der Versicherte zum Zeitpunkt der Untersuchung in der Privatklinik E. entlastet gewesen sei) und einer selbst unter optimalen Bedingungen bzw. vergleichsweise geringen Anforderungen nur knapp kompensierten unfallbedingten Minderung der intrinsischen Aufmerksamkeitsaktivierung auf der anderen Seite. Aktuell fände sich der Versicherte mit partieller Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit und der Vaterrolle an der Grenze seiner Belastbarkeit. Die Stresstoleranz des Versicherten sei jedoch wie die Befunde der Leistungs- und Persönlichkeitstests, die eigen- und fremdanamnestic Angaben und der langjährige Verlauf zeigen würden, nicht nur aktuell, sondern situationsübergreifend, eindeutig erheblich gemindert. Nur mit begrenzter beruflicher und familiärer Belastung, regelmässigem Ausgleich (z. B. in Form von Sport, Meditation, körpertherapeutischen Interventionen), ausreichenden Ruhephasen und genügendem Mass an Schlaf könne er ein fragiles Gleichgewicht aufrechterhalten. Ein Überschreiten seiner Grenzen münde offenkundig regelhaft in zunehmende somatische, psychoreaktive Beschwerden und schliesslich in ängstlich-depressiven Störungen. Die Persönlichkeitsstruktur des Versicherten mit durchgehend hoher Leistungsbereitschaft und Toleranz bzw. Verdrängung eines hohen Masses an Beschwerden stelle für die berufliche Wiedereingliederung zum einen eine Ressource dar, führe ihn aber gleichzeitig auch immer wieder in Überforderungssituationen, wobei er seinen kognitiven und psychischen Belastungsgrenzen bei den beruflichen Zielsetzungen nicht genügend Rechnung trage.

Selbst gesundheitliche Rückschläge würden nicht zu einer anhaltenden Anpassung seiner Ziele führen. So habe er selbst in der jetzigen Krisensituation die aktuelle neuropsychologische Abklärung unter anderem deshalb initiiert, um herauszufinden, ob er nicht über die Ressourcen verfüge, um wieder 60 %, möglicherweise auch mehr arbeiten zu können. Ebenfalls zeige er innerhalb seines aktuell reduzierten Arbeitspensums einen hohen Anspruch an die von ihm zu bewältigende Arbeitsmenge. Es sei daher zu vermuten, dass die in der postakuten Phase diagnostizierte Störung der Krankheitseinsicht noch immer in abgeschwächter Form vorhanden sei. Zumindest sei das Selbst-monitoring in Bezug auf die Wahrnehmung somatischer Marker einer beginnenden Erschöpfung eingeschränkt. Rechtzeitiges Gegensteuern sei dem Versicherten somit nur bedingt möglich. Diese neuropsychologischen Einschränkungen inklusive die affektiven Veränderungen/ Reaktionsweisen und die verminderte Belastbarkeit seien sowohl angesichts der Schwere der Gesamtverletzung wie auch mit Blick auf die gemäss Bildgebung schwerpunktmässig rechtshemisphärischen Residuen problemlos als Folge des Schädelhirntraumas mit ausgedehntem Substanzdefekt einzuordnen. Rechtshemisphärische Verletzungen würden häufig mit einer verminderten Aufmerksamkeitsaktivierung, aber auch affektiven Veränderungen einhergehen. Das Ausmass der testpsychologischen Leistungsminderungen entspreche formal einer leicht bis mittelschweren Hirnfunktionsstörung. Unter Einbezug der stark verminderten Belastbarkeit und Stresstoleranz, der limitierten Fähigkeit, Belastungsgrenzen wahrzunehmen, sowie möglicher organischer Anteile der affektiven Störung sei von einer mittelschweren Hirnfunktionsstörung auszugehen. Dabei würde die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der aktuellen Tätigkeit des Versicherten bei der C. oder einer vergleichbar anspruchsvollen Beschäftigung langfristig auf mindestens 50 % eingeschätzt, wenn neben der Vaterrolle noch ein Mindestmass an Freizeitaktivitäten aufrechterhalten werden solle. In der jetzigen subakuten Phase nach der Erschöpfungsdepression sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 70 % auszugehen. Die angestammte Tätigkeit sei aus neuropsychologischer Sicht grundsätzlich mit den Interessen und Fertigkeiten des Versicherten zu vereinbaren. Auch die Tatsache, dass er mit vielen Abläufen vertraut sei, qualitativ und quantitativ die Erwartungen seiner Vorgesetzten erfülle, seine Arbeit selbstbestimmt einteilen könne und von der Arbeitgeberin und den Mitarbeitenden geschätzt werde, spreche für das Ziel des Erhalts dieser Arbeitsstelle. Der Versicherte strebe 2023 einen Wechsel des Wohn- und Arbeitsorts an. Eine neue Tätigkeit sollte keinesfalls höhere Anforderungen als die jetzige stellen. Auch seien situative Rahmenbedingungen (Einzelbüro vs. Gruppenbüro, Lärmemission, Arbeitsweg, Möglichkeit von Homeoffice, Zeitdruck, Möglichkeit des individuellen Pausenmanagements und der Befindlichkeit angepasster Arbeitsinhalte bzw.-abläufe etc.) bei der Stellensuche bzw. Bemessung des möglichen Pensums zu berücksichtigen. Die wiederaufgenommene neuropsychologische Behandlung sei in der aktuellen Situation daher sinnvoll und dringend notwendig. Eine (vorübergehende) Reduktion der Anzahl der Projekte bei der Arbeit oder eine Umorganisation von Arbeitsabläufen könne helfen, die Anzahl der kognitiv besonders fordernden Situation (Multitasking Situationen, Situationen mit viel Ablenkung, dauernder Wechsel zwischen Aufgaben) zu reduzieren. Mittelfristig könne eine langsame Steigerung der Arbeitsfähigkeit unter Führung der behandelnden Neuropsychologin N. versucht werden, wobei offen sei, ob ein Pensum von 60 % wieder zu erreichen sei. Die zusätzliche Aufnahme psychotherapeutischer Interventionen, idealerweise auch durch N., erscheine elementar, um die emotionale Bewertung von Beschwerden, Ereignissen und (nicht zu erreichenden) Zielen zu modifizieren und auch um

eine gesundheitliche Verschlechterung zu vermeiden. 7.4.6 Die D. berichtete am 22. Juli 2022 von einer weiteren Untersuchung am 16. Juli 2022. Zusammengefasst wurde dem Beschwerdeführer bei stabilem Verlauf eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % attestiert. Die Arbeitsfähigkeit könnte in Rücksprache mit der internen Abteilung für Neuropsychologie gegebenenfalls erhöht werden. 7.4.7 Die Beschwerdegegnerin ersuchte in der Folge ihren versicherungsmedizinischen Dienst um eine neurologische Beurteilung hinsichtlich des Unfallgeschehens vom 9. Juli 2010 mit traumatischer Hirnverletzung und der Überprüfung eines Rückfalls. Dr. G. hielt am 12. August 2022 fest, dass mit Blick auf die neurologische Letztbeurteilung von Dr. I. eine Erwerbsfähigkeit von 40 % nach einer traumatischen Hirnverletzung vom 9. Juli 2010 attestiert worden sei. Der Versicherte habe eine Tätigkeit mit 40 % als Gemeindeangestellter aufgenommen, nachdem es bei einer Steigerung des Arbeitspensums zu Überforderungssituationen gekommen sei mit psychischen Einbrüchen und der Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung. Unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden mehrjährigen Dokumentation mit Jahreskontrolle in der D. lasse sich ersehen, dass zunächst am 6. Februar 2017 ein Pensum von 40 % bei der C. bestanden habe. Ab 26. Februar 2018 (recte: 1. April 2017) sei das Arbeitspensum auf 60 % gesteigert worden. Dieses sei auch im Rahmen der D. -Jahreskontrolle im Februar 2019 bestätigt worden. Am 11. Februar 2020 sei über Schwierigkeiten bei der Arbeitstätigkeit berichtet worden. Im privaten Bereich sei jedoch eine Mental Coach Ausbildung absolviert worden. Es habe der Verdacht eines Überschreitens der Leistungsgrenzen bestanden und es sei eine neuropsychologische Therapie empfohlen worden, um Kompensationsmechanismen zu korrigieren. Neurologisch-versicherungsmedizinisch sei ersichtlich, dass über einen längeren Zeitraum ein Arbeitspensum von 60 % bei der C. gut kompensiert worden sei und so lange zu keiner Überforderungssymptomatik geführt habe, wie im privaten Bereich keine Überschreitung der Leistungsgrenzen wie z.B. durch komplementäre Therapien (Meditation, Akupunktur, Licht-therapie etc.), Ausbildung (Mental Coach) oder durch die familiäre Situation (Trennung, Versorgung Neugeborener) bestanden habe. Entsprechend sei "weder durch die vorliegende neuropsychologische Untersuchung durch Dr. F. (Bericht vom 18 Juli 2022) oder durch die im Original vorliegende Bilddiagnostik organisch erklärbar, dass klinisch eine Verschlechterung mit einem Rückfall nachweisbar" sei. Entsprechend seien in der neuropsychologischen Untersuchung nachvollziehbar testpsychologisch keine Leistungsminderungen festgestellt worden. Diese habe formal einer leicht bis mittelschweren Hirnfunktionsstörung entsprochen und die Arbeitsfähigkeit sei langfristig auf mindestens 50 % geschätzt worden. Aus neuropsychologischer Sicht seien die Einschränkung mit affektiven Veränderungen und der verminderten Belastbarkeit auf das Schädelhirntrauma mit einem ausgedehnten Substanzdefekt zurückgeführt worden. Insgesamt bestünden somit neurologisch sowohl bilddiagnostisch als auch neuropsychologisch unveränderte Befunde und die reduzierte Arbeitsfähigkeit sei organisch nicht erklärbar. 7.4.8 In den Akten befindet sich auch eine Stellungnahme des Kreisarztes Dr. H. . Am 23. August 2022 verneinte er das Vorliegen einer Verschlechterung des Gesundheitszustands seit dem 14. Dezember 2016 (Bericht von med. pract. K. , act. 407, vgl. oben E. 7.3.3). Die attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % könne – gleich wie im Bericht von Dr. G. vom 12. August 2022 – aus psychiatrischer Sicht bestätigt werden. Auch die Frage, ob von der vorgeschlagenen Behandlung mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Besserung der psychischen Unfallfolgen erwartet werden könne, verneinte Dr. H. . Da aus rein psychiatrischer Perspektive überwiegend wahrscheinlich keine unfallbedingte Verschlimmerung zu attestieren sei, würden weitere Ausführungen zu

Behandlungen entfallen. Zur Prophylaxe einer zukünftigen Verschlechterung des neuropsychiatrischen Gesundheitszustands sei im Hinblick auf die psychischen Mitreaktionen bei Status nach Schädelhirntrauma eine supportive psychotherapeutische Behandlung nach Massgabe der bisher involvierten Behandlungsstellen sicher empfehlenswert.

7.4.9 Im Rahmen des Einspracheverfahrens wies die Fachpsychologin und Neuropsychologin N. am 3. März 2023 darauf hin, dass als direkte Folge des Schädelhirntraumas ein organisches Psychosyndrom resultiere. Im neuropsychologischen Untersuchungsbericht von Dr. F. vom 18. Juli 2022 seien die Hirnverletzungsfolgen nochmals vertieft psychometrisch erfasst und in der Beurteilung sehr differenziert beschrieben worden. Es bestünden leichte bis mittelschwere kognitive Einschränkungen sowie eine stark verminderte Belastbarkeit und Stresstoleranz. Bei Überschreitung der Belastungsgrenzen komme es zu körperlichen und vegetativen Stress- und schliesslich zu ängstlichdepressiven Symptomen. Dazu kämen als weitere primäre Hirnverletzungsfolgen ein vermindertes Störungsbewusstsein und affektive Veränderungen, welche die Anpassung und die Krankheitsverarbeitung erschweren würden. Entsprechend würden Verhaltensanpassungen jeweils erst spät erfolgen. Andererseits sei es dem Beschwerdeführer trotz wiederholter Erfahrungen bisher nur minimal möglich gewesen, die veränderte Leistungsfähigkeit in sein Selbstbild zu integrieren und dieses dadurch weiterzuentwickeln sowie entsprechend seine Lebensziele zu verändern. Er treibe sich deshalb immer wieder selber an, seine Leistungsgrenzen auszuweiten und suche nach Möglichkeiten, seine Hirnverletzungsfolgen zu überwinden. Aufgrund seiner hohen Leistungsorientierung sei er bisher in einem ausserordentlichen Ausmass bereit, auf Beziehungsleben und lustvolle, interessen geleitete Freizeitaktivitäten zu verzichten, um ein möglichst hohes Arbeitspensum zu erreichen. Dadurch habe er das ärztlich empfohlene Pensum von 40 % auf 60 % steigern können. Es handle sich aber immer um ein fragiles Gleichgewicht. Bei Zunahme der beruflichen oder familiären Belastungen oder Abnahme der Erholung und ausgleichenden Aktivitäten sei es immer wieder zu den beschriebenen Erschöpfungssymptomen gekommen. Die Familiengründung im Jahr 2021 habe ein kritisches Lebensereignis dargestellt, welches das Gleichgewicht des Versicherten stark aus dem Lot gebracht und zur Entwicklung einer mittelschweren depressiven Episode geführt habe (höhere Anforderungen, weniger Schlaf und Ruhemöglichkeiten, weniger Zeit für stressregulierende Massnahmen). Diese Zustandsverschlechterung stehe in direktem Zusammenhang mit den Folgen des erlittenen Schädelhirntraumas. Der Versicherte werde zeitlebens gefordert sein, seine Leistungseinschränkungen und seine reduzierte Belastbarkeit mit seinen Leistungsansprüchen und den Anforderungen des Lebens in Einklang zu bringen. Er habe sich in der aktuellen Behandlungsphase auf eine antidepressive medikamentöse Therapie einlassen können. Er sei kontinuierlich dabei, sein Energiemanagement an seine neue Lebenssituation anzupassen, und er sei sehr bemüht um eine Auseinandersetzung mit seiner Leistungsorientierung. Am 1. Februar 2023 habe er sein Arbeitspensum von 30 % auf 40 % erhöhen können (bezogen auf 100 %). Prognostisch gehe sie davon aus, dass das Arbeitspensum in der aktuellen Tätigkeit und der aktuellen Lebenssituation maximal auf 50 % (bezogen auf 100 %) gesteigert werden könne.

7.4.10 Schliesslich ist auf den Bericht des RAD vom 20. Juni 2023 hinzuweisen. Dr. med. O. , Facharzt für Arbeitsmedizin, hielt im Rahmen der Rentenprüfung zusammenfassend fest, dass die Arbeitsfähigkeit und die Arbeitsleistung beim Beschwerdeführer ausschliesslich durch Unfallfolgen tangiert und reduziert seien. Wesentliche unfallfremde Aspekte lägen nicht vor. Weiter wies er darauf hin, dass der Versicherte in einem 60%igen Pensum in

einer geeigneten Tätigkeit auf der Gemeinde gearbeitet habe. Hierbei sei er jedoch wiederholt und zunehmend überfordert gewesen, was in direktem Zusammenhang mit der deutlich verminderten Belastbarkeit nach Schädelhirntrauma mit neuropsychologischen Folgen zu sehen sei. Sowohl die D. als auch die neuropsychologische Gutachterin Dr. F. würden langfristig eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 % als realistisch ansehen, wobei sich diese Arbeitsfähigkeit auf das Pensum von 60 % beziehe. Insgesamt liege bezogen auf ein 100 % Pensum eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt vor bzw. bei einem 60%igen Pensum sei eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % zu attestieren. Ein höheres Erwerbspensum sei bei diesem Versicherten langfristig nicht realistisch. Der Verlauf zeige, dass die Selbsteinschätzung des Versicherten gut übereinstimme mit der fachärztlichen und neuropsychologischen Einschätzung.

8.1.1. Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts in ihrer Einspracheentscheid vom 11. Mai 2023 auf die Beurteilung ihrer Kreisärzte Dr. G. und Dr. H. vom 12. und 23. August 2022 (vgl. oben E. 7.4.7 und 7.4.8). Demzufolge ging sie davon aus, dass die im Mai 2021 bzw. September 2021 als Rückfall gemeldeten Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 9. Juli 2010 zurückzuführen seien. Diesem Ergebnis der vorinstanzlichen Beweiswürdigung kann nicht gefolgt werden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiervor), kommt dem Bericht eines beratenden Arztes oder einer beratenden Ärztin rechtsprechungsgemäss nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. Ein solcher Bericht ist daher nur insoweit zu berücksichtigen, als keine – auch nur geringe – Zweifel an der Richtigkeit seiner Schlussfolgerungen bestehen (BGE 145 V 97 E. 8.5 mit Hinweis). Solche Zweifel sind vorliegend nicht von der Hand zu weisen. Die Einschätzungen von Dr. G. und Dr. H. sind weder für die streitigen Belange umfassend noch überzeugen sie in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und der Beurteilung der medizinischen Situation. Es fällt insbesondere auf, dass sich beide Kreisärzte entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht rechtsgenügend mit der komplexen neuropsychologischen Problematik und den entsprechenden Berichten auseinandergesetzt haben. Nur so lässt sich erklären, dass Dr. F. eine Verschlechterung des Gesundheitszustands unter Hinweis auf die neuropsychologische Untersuchung durch Dr. F. (vgl. oben E. 7.4.6) und die Bilddiagnostik verneinte. Diese Einschätzung berücksichtigt jedoch das Kernthema der vorliegenden Rückfallmeldung nicht. Diese wurde nicht wegen einer Veränderung des seit Jahren gleichgebliebenen (hirn-)organischen Zustands des Versicherten eingereicht, sondern wegen einer erneuten neuropsychologischen Zustandsverschlechterung nach Schädelhirntrauma. Dr. F. beschränkte sich in seiner versicherungsmedizinischen Argumentation jedoch auf eine Beurteilung in organischer Hinsicht, was nicht ausreichend ist. Diese Auffassung vertrat auch der Kreisarzt Dr. I. in seinen Beurteilungen vom 6. März 2015 und 8. November 2016. Er machte deutlich, dass die organischen und neuropsychologischen Aspekte nicht isoliert betrachtet werden könnten und die geklagten sowie testmässig erhobenen neuropsychologischen Leistungsminderungen in verschiedensten Modalitäten eindeutig die Folge der bildgebend gesicherten traumatischen Hirnverletzung seien. Weiter hielt er fest, dass diese Befunde die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflussen würden und attestierte eine Arbeitsfähigkeit von 40 % bis maximal 60 %. Dr. G. verzichtete in der von der Beschwerdegegnerin als beweiskräftig bezeichneten Stellungnahme vom 12. August 2022 auf eine kritische Auseinandersetzung mit den nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. I. und dessen einleuchtender Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Er stellte sich zudem gestützt

auf die Beurteilung von Dr. F. auf den Standpunkt, dass dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % zu attestieren sei. Dabei verkannte er, dass die Neuropsychologin in ihrem Gutachten vom 18. Juli 2022 davon ausging, dass dem Versicherte eine Tätigkeit im Umfang von höchstens 50 % zumutbar sei; eine Arbeitsfähigkeit von über 50 % anerkannte sie somit gerade nicht. Als aktenwidrig erweist sich auch der Hinweis von Dr. G., dass Dr. F. testpsychologisch keine Leistungsminderungen festgestellt habe. Dr. F. stellte fest, dass die testpsychologische Untersuchung vom 27. April 2022 eine Standardabweichung unter jener von früheren Untersuchungen gezeigt habe. Insgesamt sei unter Einbezug der stark verminderten Belastbarkeit und Stresstoleranz, der limitierten Fähigkeit, Belastungsgrenzen wahrzunehmen, sowie möglicher organischer Anteile der affektiven Störung gesamthaft von einer mittelschweren Hirnfunktionsstörung auszugehen. Auch die Ausführungen des Kreisarztes Dr. H. überzeugen nicht. Während er im Rahmen des Verwaltungsverfahrens am 15. Februar 2022 und 5. April 2022 bestätigte, dass der Aufenthalt des Versicherten in der Privatklinik E. und die geltend gemachte psychische Störung mindestens überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 9. Juli 2010 zurückzuführen seien, verneinte er am 23. August 2022 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands aus psychiatrischer Sicht. Diesen offensichtlichen Widerspruch begründete er nicht und verwies mehrheitlich auf die ungenügenden Ausführungen von Dr. G., welchen er ohne weiteres folgte. Dabei unterliess er es, sich zu den psychischen und neuropsychologischen Verhaltensauffälligkeiten zu äussern und die entsprechenden Ausführungen von Dr. F. und N. zu würdigen. Dieses Vorgehen ist jedoch unsorgfältig und unzureichend. Es überrascht daher nicht, dass sich die beiden Kreisärzte in ihren oberflächlichen Ausführungen nicht mit den seit Mai 2021 bestehenden veränderten und in den medizinischen Stellungnahmen/Gutachten der D., der Privatklinik E., von Dr. F. und von N. festgestellten Beschwerden auseinandersetzen. Sie beschränkten sich diesbezüglich lediglich auf den Hinweis auf psychosoziale Belastungsfaktoren wie zum Beispiel die Geburt der Tochter im März 2021. Unter diesen Umständen war es ihnen auch nicht möglich zu erkennen, dass die im Jahr 2021 geäusserten Verhaltensauffälligkeiten wie die Selbstüberschätzung und die depressive Reaktion im Kontext mit der Hirnverletzung standen und eine Verschlechterung des Gesundheitszustands verursachten. 8.1.2. Somit ist festzuhalten, dass vorliegend erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilungen von Dr. G. vom 12. August 2022 und Dr. H. vom 23. August 2022 bestehen. Nach dem oben Gesagten (vgl. E. 4.3 und 8.1.1 hiervor) kann bei diesem Beweisergebnis nicht auf die versicherungsinternen Beurteilungen abgestellt werden. Hält man sich zum einen die Komplexität des Beschwerdebilds des Versicherten und zum andern die sich aus dem Untersuchungsgrundsatz ergebende Pflicht des Versicherungsträgers, den rechtserheblichen (medizinischen) Sachverhalt vollständig festzustellen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG), vor Augen, so müssen die von der Suva im Verwaltungsverfahren getroffenen Abklärungen letztlich als unzureichend bezeichnet werden. 8.2.1. Die Vorgaben des Bundesgerichts an eine beweiswertige medizinische Expertise erfüllt demgegenüber das Gutachten von Dr. F. vom 18. Juli 2022 (vgl. oben E. 7.4.5). Zwar wurde dieses auf Ersuchen des Beschwerdeführers erstellt. Da die Beschwerdegegnerin die Kosten für die Begutachtung übernahm, ist jedoch davon auszugehen, dass auch sie dieses als erforderlich erachtete, weshalb von einem externen Gutachten auszugehen ist (vgl. oben E. 5.2). Dr. F. nahm eine umfassende und detaillierte Anamnese vor. Weiter führte sie im Rahmen ihrer

Untersuchung zahlreiche Testverfahren durch und beschrieb deren Ergebnisse eingehend (vgl. oben E. 7.4.5, S. 12 - 14). In ihrem Gutachten nahm Dr. F. auch Bezug auf die früheren neuropsychologischen Untersuchungen (vgl. Gutachten Seiten 32 ff; vgl. oben E. 7.4.5, S. 15) und würdigte diese ausführlich. Sie kam dabei zum Schluss, dass im Vergleich zu den Verlaufskontrollen der Jahre 2014 und 2016 aktuell schwerere Einschränkungen festgestellt worden seien, welche sich bereits im Austrittsbericht der Privatklinik E. vom 10. Januar 2022 manifestiert hätten (vgl. oben E. 7.5.3). Dr. F. betonte auch, dass im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit die von Beginn an leicht verminderte intrinsische Aktivierung bedeutsam sei, die im Tagesverlauf um eine Standardabweichung auf ein mittelgradig vermindertes Niveau abgenommen habe. Sie begründete auch plausibel den seit dem Unfall schwankenden Verlauf der Beschwerden. So hätten schon frühere medizinische Untersuchungen übereinstimmend ergeben, dass es beim Versicherten ab einer bestimmten Arbeitsbelastung und einem bestimmten Arbeitspensum zu körperlichen und vegetativen (Stress-)Beschwerden und Symptomen komme (vgl. dazu auch den Bericht von Dr. I. vom 6. März 2016, oben E. 7.2.3). Dies habe sich auch vorliegend wiederholt und es habe sich gezeigt, dass der Beschwerdeführer bereits bei Wiederaufnahme der partnerschaftlichen Beziehung intermittierend zunehmende körperliche Beschwerden bemerkt habe (vgl. Gutachten S. 31). Im Hinblick auf die Geburt seiner Tochter und insbesondere danach sei der bis zu diesem Zeitpunkt relativ stabile Zustand dekompenziert und in eine neuerliche Erschöpfungsdepression gekippt. Aktuell habe sich der Versicherte mit partieller Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit und der Vaterrolle an der Grenze seiner Belastbarkeit gefunden. Seine Stresstoleranz sei aber wie die Befunde der Leistungs- und Persönlichkeitstests, die eigen- und fremdanamnestischen Angaben und der langjährige Verlauf zeigen würden, nicht nur zum jetzigen Zeitpunkt, sondern situationsübergreifend eindeutig erheblich gemindert (Gutachten S. 34). Auch diese Einschätzung ist begründet und nachvollziehbar und stimmt mit den Berichten der D. aus den Jahren 2012 und 2014, den Ausführungen von Dr. I. , dem Austrittsbericht der Privatklinik E. und auch den Drittauskünften der Lebenspartnerin überein. Es wird deutlich, dass der Beschwerdeführer mit der durchgehend hohen Leistungsbereitschaft und den hohen Ansprüchen an seine Leistungsfähigkeit immer wieder seine persönlichen Grenzen überschreitet. Dadurch kommt er in Überforderungssituationen, bei welchen die beruflichen Zielsetzungen den kognitiven und psychischen Belastungsgrenzen ungenügend Rechnung tragen und der Versicherte dekompenziert (vgl. auch zum Beispiel oben E. 7.2.2). Einleuchtend und plausibel ging Dr. F. denn auch zusammenfassend davon aus, dass unter Einbezug der stark verminderten Belastbarkeit und Stresstoleranz, der limitierten Fähigkeit, Belastungsgrenzen wahrzunehmen, sowie möglicher organischer Anteile der affektiven Störung von einer mittelschweren Hirnfunktionsstörung auszugehen ist, die ihren Ursprung im Schädelhirntrauma hat, das der Beschwerdeführer am 9. Juli 2010 erlitt. 8.2.2. Als Zwischenergebnis ist festzustellen, dass das Gutachten von Dr. F. vom 18. Juli 2022 für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet. Es wird deutlich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich zu 2017 (Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf 60 %) verschlechtert hat. Diesbezüglich kann auf das Gutachten abgestellt werden. 8.3 Unklar ist hingegen die Zumutbarkeitsbeurteilung im Gutachten von Dr. F. vom 18. Juli 2022. Sie schätzte die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der aktuellen Tätigkeit des Versicherten

oder einer anderen vergleichbar anspruchsvollen Beschäftigung langfristig auf mindestens 50 % ein, wenn neben der Vaterrolle noch ein Mindestmass an Freizeitaktivitäten aufrechterhalten werden soll. In der aktuellen subakuten Phase nach Erschöpfungsdepression attestierte sie dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 70 %. Aus diesen Angaben wird jedoch nicht ersichtlich, auf welches Pensum sich Dr. F. bezog. Fest steht, dass der Beschwerdeführer seit dem 1. April 2017 in einem 60%igen Pensum bei der C. angestellt ist. Gemäss Angaben seiner Arbeitgeberin arbeitete er jedoch seit dem 21. September 2021 nicht mehr oder nur noch teilweise (vgl. act. 493). Im Rahmen der Anamneseerhebung gab er gegenüber Dr. F an, ab Mitte Dezember 2021 noch in einem Pensum von 30 % zu arbeiten (50 % von 60 %). Mit Blick auf die längerfristige Zumutbarkeitsbeurteilung der Gutachterin ist daher unklar, ob sie die 50%ige Arbeitsfähigkeit auf ein Pensum von 100 % stützte oder von dem seit Jahren ausgeübten Beschäftigungsgrad von 60 % ausging. Insgesamt erweist sich die vorgenommene Zumutbarkeitsbeurteilung daher als unklar. 8.4 Zusammenfassend steht aufgrund der vorstehenden Erwägungen fest, dass das Gutachten von Dr. F. vom 18. Juli 2022 in Bezug auf die Beurteilung des Gesundheitszustands überzeugt. Unter diesen Umständen ist ein Rückfall im Sinne von Art. 11 UVG zwischen den ab Mai 2021 geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 9. Juli 2010 zu bejahen. Hingegen kann auf die von ihr vorgenommene Zumutbarkeitsbeurteilung nicht abgestellt werden. Insbesondere ist nicht ersichtlich, auf welches Pensum Dr. F. die attestierte maximale 50%ige bzw. 30%ige Arbeitsfähigkeit stützte. Die dem Beschwerdeführer verbleibende Restarbeitsfähigkeit kann unter diesen Umständen nicht zuverlässig beurteilt werden, weshalb sich weitere Abklärungen aufdrängen.

E. 9

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur (neuen) Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die Suva bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1). Da die Beschwerdegegnerin den rechtserheblichen Sachverhalt betreffend den Umfang der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im vorliegenden Fall unvollständig abgeklärt hat und es nicht die Aufgabe des kantonalen Gerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 11. Mai 2023 zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dabei scheint es naheliegend, bei Dr. F. eine konkrete Rückfrage zur Frage der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit unter Berücksichtigung des effektiv geleisteten Pensums und unter Angabe des Vollzeitpensums zu tätigen. Danach wird die Suva über die Ansprüche neu zu verfügen haben. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 10.1 Es bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden. Nach Art. 61 lit. f bis ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies

im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. anwendbaren Fassung ist das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenlos, weshalb vorliegend keine Kosten zu erheben sind. 10.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 28. Juli 2023 einen Zeitaufwand von 10.5833 Stunden geltend gemacht. Dieser Aufwand ist angemessen und ist mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Stundenansatz von Fr. 250.- zu vergüten (vgl. § 3 Abs. 1 der Tarifordnung für Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003). Nicht zu beanstanden sind die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 67.90. Dem Beschwerdeführer ist somit eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'922.70 (10.5833 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 67.90 plus 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Suva zuzusprechen. 11.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbstständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (vgl. Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2). 11.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 11. Mai 2023 aufgehoben und das Vorliegen eines Rückfalls zum Unfall vom 9. Juli 2010 bestätigt wird. Die Angelegenheit wird im Sinne der Erwägungen zur ergänzenden Abklärung und anschliessender Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Die Suva hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 2'922.70 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu entrichten. Gegen diesen Entscheid hat die Beschwerdegegnerin am 5. März 2024 Beschwerde beim Bundesgericht erhoben (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. 8C_143/2024).