



Fall-Nr.: UV 2014/1
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 14.08.2014
Entscheiddatum: 14.08.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 14.08.2014

Art. 6 UVG: Unfallkausale irreversible Hirnschädigung bei Diagnose eines psychoorganischen Syndroms verneint. Verneinung einer organischen (neurologischen) Hirnverletzung auch mit Blick auf die im Rahmen der neuropsychologischen Abklärungen festgestellten Einschränkungen. Verneinung einer unfallkausalen psychischen Beeinträchtigung, weshalb sowohl eine Adäquanzbeurteilung in Anwendung der "Schleudertrauma-Praxis" als auch der "Psycho-Praxis" ausser Betracht fällt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. August 2014, UV 2014/1).Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_721/2014.

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, a.o. Versicherungsrichter Christian Zingg; Gerichtsschreiber Peter Wohnlich

Entscheid vom 14. August 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen

CSS Versicherung AG, Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21,
Postfach 2568, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,



betreffend

Versicherungsleistungen / Invalidenrente

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war als Lehrbeauftragter an der Kantonsschule B.____ beim Kanton St. Gallen angestellt und dadurch bei der CSS Versicherung AG (nachfolgend: CSS) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 25. Juli 2009 im Urlaub in Island auf einer gemeinsamen Wanderung mit seinem ____-jährigen Sohn stürzte. Die Erstversorgung erfolgte im Krankenhaus der isländischen Stadt C.____. Laut Bericht des behandelnden Arztes, Dr. med. D.____, HNO-Spezialist, vom 30. Juli 2009 war der Versicherte nach dem Sturz während ca. 5-10 Minuten bewusstlos. Anschliessend seien er und sein Sohn zum Mietauto gelaufen. Am nächsten Tag seien sie durch Personen einer organisierten Rettungsaktion im Auto schlafend gefunden worden. Das Krankenhaus hätten sie also am 26. Juli 2009, 30 Stunden nach dem Unfallereignis erreicht. Das Computertomogramm (CT) des Schädels habe keine Zeichen auf eine intrakranielle Blutung oder andere Störungen gezeigt. Ein CT des Gesichts habe hingegen eine Fraktur in der rechten Maxilla mit Dyslokation des Arcus zygomaticus und Depression des Orbitalbodens hervorgebracht. Als Diagnosen hielt Dr. D.____ eine Malar- und Maxillarknochenfraktur (S02.4) sowie eine Gehirnerschütterung (S06.0) fest. Die Behandlung sei unter konservativen Massnahmen erfolgt. Der Versicherte zeige eine vollständige Amnesie für fast die gesamte letzte Woche. Am 30. Juli 2009 erfolgte nach einem weiteren Schädel-CT ohne Zeichen einer intrakraniellen Blutung die Entlassung aus dem Krankenhaus und der Heimtransport mit einem Sanitätsflugzeug der E.____ nach Österreich (UV-act. 1-3, 14, 26, 36, 144). Der Versicherte wurde gleichentags ins Landeskrankenhaus F.____ eingewiesen, wo laut ärztlichem Bericht vom 18. August 2009 eine CT-Untersuchung des Schädels/Gesichtsschädels vom 31. Juli 2009 eine Maxillarknochen- und Jochbogenfraktur mit Orbitabodenfraktur gezeigt hatte. Cerebral waren die Befunde weiterhin unauffällig ohne Hinweis auf eine Einblutung oder Raumforderung. Laut Konsilien der Psychiatrie und Augenklinik des Landeskrankenhauses F.____ vom 6. bzw.



8. August 2009 waren das hirnorganische Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma am Abklingen und die ophthalmologischen Befunde unauffällig. Am 7. August 2009 hatte die operative Sanierung der zentralen Mittelgesichtsfrakturen mittels Osteosynthese sowie eine Rekonstruktion der Orbitawand stattgefunden. Am 9. August 2009 wurde der Versicherte aus dem Krankenhaus entlassen (UV-act. 17 f., 21). Nachfolgend konsultierte er Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, der in seinem Bericht vom 7. September 2009 - gestützt auf das Ergebnis einer durch Dr. med. H.____, Magnet Resonanz Institut I.____ AG, vorgenommenen magnetresonanztomographischen (MRT-) Untersuchung des Schädels vom 21. August 2009 (UV-act. 23) - einen Zustand nach Schädelhirntrauma mit psychoorganischem Syndrom diagnostizierte und feststellte, dass beim Versicherten bei Belastung Konzentrations-, Raumorientierungs- sowie Antriebsstörungen auftreten würden. In seiner Tätigkeit als Lehrer sei er 0% arbeitsfähig (UV-act. 25). Am 28. September 2009 folgte eine testpsychologische Untersuchung mit Befundaufnahme durch Mag. Dr. J.____, Klinischer- und Gesundheitspsychologe, Allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger, Psychotherapeut i.A. (UV-act. 35). Am 16. Oktober 2009 wurde der Versicherte von der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva), welche für die CSS die Schadenabwicklung vornahm, zu seinen körperlichen Beschwerden und kognitiven Fähigkeiten befragt (UV-act. 29). Auf Zuweisung von Dr. G.____ hielt sich der Versicherte vom 4. Januar bis 5. Februar 2010 in der Klinik Valens zu einer ambulanten neurologischen Rehabilitation und psychotherapeutischen Begleitung auf (UV-act. 101). Der zuweisende Arzt hatte der Klinik Valens am 27. Oktober 2009 berichtet, dass der Versicherte aktuell noch leicht irritiert, vergesslich, perseverierend und unkonzentriert sei und erneuerte die Diagnose eines Schädelhirntraumas mit psychorganischem Syndrom. Als Vorzustand vermerkte er eine depressive Episode nach der Trennung von der Ehefrau mit einer ausweglosen juristischen Situation. Der Versicherte habe zwei Kinder im Alter von 10 und 13 Jahren (UV-act. 34). Am 16. Februar 2010 übermittelte Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapeut für KIP, bei dem sich der Versicherte vom 27. Februar 2004 bis 27. Dezember 2006 in fachärztlicher Behandlung befunden hatte, die damals von ihm angelegte Krankengeschichte (UV-act. 63-96). Ab 19. Februar 2010 war der Versicherte erneut bei Dr. K.____ in psychiatrischer Behandlung (UV-act. 111). Am 27. Mai 2010 berichtete der Versicherte der Suva über sein aktuelles Befinden (UV-act.



St.Galler Gerichte

113). Mit Vorbescheid vom 6. Juli 2010 lehnte die Invalidenversicherung (IV) den Antrag des Versicherten auf berufliche Massnahmen (konkret die Ausbildung zum Mediator an einer fremdsprachigen ausländischen Universität; UV-act. 127, 133) oder Rentenleistungen ab. Gemäss ihren medizinischen Unterlagen habe eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit spätestens Anfang Juni 2010 sei der Versicherte jedoch in seiner angestammten Tätigkeit als Lehrer wieder voll erwerbsfähig (UV-act. 115). Prof.

Dr. med. L.____, Chefarzt der Klinik Valens, reagierte hierauf mit Schreiben vom 12. Juli 2010 an den Hausarzt des Versicherten, Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und die IV mit der Feststellung, dass der Versicherte zurzeit bis auf Weiteres medizinisch begründet dienstunfähig sei im Rahmen des Beschäftigungsgrades für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lehrperson an der Kantonsschule B.____. Der Gesundheitszustand sei allerdings besserungsfähig (UV-act. 117, 136). Mit Schreiben vom 4. August 2010 bestätigte Prof. Dr. L.____ gegenüber dem IV-internen Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eine Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Lehrer. Die Suche nach einer angepassten erwerblichen Tätigkeit sollte unterstützt werden (UV-act. 125). Mit Berichten vom 21., 29. und 31. Juli 2010 sowie vom 6. August 2010 liessen sich auch Dr. K.____, Dr. M.____, RAD-Arzt Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, und Dr. med. O.____, Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin, IfS-Beratungsstelle, Institut für Sozialdienste Vorarlberg, gegenüber der Suva, der Versicherungskasse für das Staatspersonal des Kantons St. Gallen bzw. der IV zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten vernehmen (UV-act. 130, 132 f., 135). Mit Eingabe vom 27. August 2010 erhob dieser gegen den Vorbescheid der IV Einwand (UV-act. 138). Am 3. September 2010 nahm lic. phil. P.____, Psychologe FSP, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, St. Gallen, der den Versicherten nach dem Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik Valens in der Zeit der beruflichen Neuorientierung und Reintegration begleitet hatte, zur Frage der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf und der Umschulung zum Mediator sowie zur psychosozialen Situation des Versicherten Stellung (UV-act. 141).

A.b Nach Einholung einer psychiatrischen Beurteilung von med. pract. Q.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Versicherungspsychiatrischer Dienst der Suva, vom 8. Oktober 2010 (UV-act. 144) und einer neurologischen Beurteilung von Dr.



med. R.____, Facharzt für Neurologie FMH, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Zertifizierter medizinischer Gutachter FMH, Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, vom 25. Januar 2011 (UV-act. 160.1) zu den Fragen, wie der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 25. Juli 2009 und den heute bestehenden Beschwerden sowie die unfallbedingte Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aus psychiatrischer und neurologischer Sicht einzuschätzen und ob weitere Untersuchungen zur Abklärung dieser Fragen notwendig seien, teilte die Suva dem Versicherten mit Schreiben vom 1. Februar 2011 mit, dass die Unfallversicherungsleistungen mit einer Übergangsfrist per 28. Februar 2011 eingestellt würden. Begründend wurde festgehalten, dass auf neurologischem und neuropsychologischem Gebiet insofern keine weiterführenden Untersuchungen indiziert seien, als sie keinen Nachweis von organischen Unfallfolgen erwarten liessen. Eine Einschränkung der zeitlichen und leistungsmässigen Arbeitsfähigkeit des Versicherten in seiner angestammten Tätigkeit oder einer Verweistätigkeit könne nicht mit wahrscheinlich unfallbedingten strukturellen Schädigungen des Gehirns begründet werden. Spätestens ab Ende August 2010 habe keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit, weder in der Tätigkeit als Kantonsschullehrer noch in einer anderen zumutbaren Tätigkeit, mehr vorgelegen (UV-act. 160).

A.c Nachdem die IV inzwischen mit Schreiben vom 3. Januar 2011 an ihrer Leistungsablehnung vom 6. Juli 2010 (UV-act. 115) festgehalten hatte (UV-act. 157), hielt der Rechtsvertreter des Versicherten im Rahmen des IV-Verfahrens (vgl. UV-act. 211), Rechtsanwalt lic. iur. D. Studer, Kreuzlingen, seinerseits am Einwand vom 27. August 2010 (UV-act. 138) fest (UV-act. 172). Rechtsanwalt Studer erhob sodann im UV-Verfahren am 28. April 2011 vorsorglichen Einwand. Er machte geltend, dass eine definitive Beurteilung der Leistungspflicht der Suva bzw. CSS zum heutigen Zeitpunkt verfrüht sei. Die reinen Aktenbeurteilungen von med. pract. Q.____ und Dr. R.____ allein vermöchten den Wegfall der Leistungspflicht der Unfallversicherung nicht zu begründen. Im vorliegenden Fall sei eine polydisziplinäre Begutachtung - wie im IV-Verfahren bereits subeventualiter beantragt - auch im Unfallversicherungsverfahren unabdingbar (UV-act. 174). Am 15. Juli 2011 erfolgte die verfügungsweise Ablehnung des Leistungsbegehrens des Versicherten durch die IV (UV-act. 176). Mit Abschreibungsentscheid vom 26. Oktober 2011 trat das Bundesverwaltungsgericht auf



St.Galler Gerichte

die vom Versicherten gegen die IV-Verfügung vom 15. Juli 2011 erhobene Beschwerde vom 16. September 2011 zufolge verspäteter Einreichung nicht ein (UV-act. 180 ff.).

A.d Am 5. Juni 2012 übermittelte der Versicherte der Suva einen Bescheid der Pensionsversicherungsanstalt der Landesstelle Wien vom 14. Mai 2012, wonach ihm diese eine bis 31. Oktober 2013 befristete Berufsunfähigkeitspension gewährte (UV-act. 195 f.). Die Suva ersuchte die Pensionsversicherungsanstalt hierauf um Zustellung medizinischer Akten (UV-act. 197, 201). Mit Schreiben vom 1. August 2012 reichte diese einen Bericht ("Detailed Medical Report") von Dr. med. S.____, Newton Massachusetts (USA), vom 28. Februar 2012 ein (UV-act. 205 f.). Am 29. November 2012 legte der Versicherte einen Einstellungsbeschluss des Bezirksgerichts Bregenz vom 26. August 2011 betreffend Bestellung eines Sachwalters für ihn vor (UV-act. 210 f.). Mit E-Mail vom 27. Dezember 2012 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass sie an ihrem Entscheid vom 1. Februar 2011 (UV-act. 160) festhalte (UV-act. 212). Nachdem sich der Versicherte in einer weiteren E-Mail vom 31. Dezember 2012 abermals gegen die Leistungseinstellung gestellt hatte (UV-act. 212), erliess die Suva am 18. März 2013 nach Rückfrage bei ihrem Kreisarzt Dr. med. T.____ (UV-act. 213), ob sich durch den Bericht von Dr. S.____ neue Tatsachen oder Beweismittel ergeben hätten, die zu einer Beurteilung von Dr. R.____ vom 25. Januar 2011 (UV-act. 160.1) gegenteiligen Schluss führen würden, eine einsprachefähige Verfügung (UV-act. 214).

B.

B.a Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. M. Bühler, St. Gallen, mit Eingabe vom 19. April 2013 vorsorglich Einsprache. Am 30. Mai 2013 reichte Rechtsanwältin M.A. HSG in Law, K. Herzog, St. Gallen, die Einsprachebegründung ein (act. 12.1).

B.b Mit Einspracheentscheid vom 17. Dezember 2013 wies die CSS die Einsprache ab (act. G 1.1).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid erhob der Versicherte mit Eingabe vom 17. Januar 2014 Beschwerde (act. G 1). Er beantragte, die Verfügung vom 18. März



St.Galler Gerichte

2013 bzw. sinngemäss der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. Dezember 2013 seien aufzuheben und es seien weitere Abklärungen vorzunehmen sowie dem Versicherten ab 1. März 2011 die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zusammen mit der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer unter anderem einen ärztlichen Bericht des Landeskrankenhauses Feldkirch vom 17. August 2009 (act. G 1.3), einen weiteren Bericht von Dr. K.____ vom 6. September 2010 (act. G 1.5), einen Bescheid der Pensionsversicherungsanstalt der Landesstelle Wien vom 16. Dezember 2013 (act. G 1.6) sowie ein nervenfachärztliches Gutachten von Dr. med. U.____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Allgemein beedeter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger, vom 11. Oktober 2013 ein (act. G 1.7).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 13. Februar 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (act. G 3).

C.c Mit Replik vom 5. März 2014 (act. G 5) bestätigte der Beschwerdeführer seine Anträge und ergänzte diese am 25. März 2014 durch ein weiteres Schreiben (act. G 7) und einen Beschluss des Bezirksgerichts Bregenz vom 19. März 2014 betreffend Pflugschaftssache (act. G 7.1).

C.d Mit Schreiben vom 24. April 2013 (richtig: 2014) stellte die Beschwerdegegnerin fest, dass auf den Beschluss des Bezirksgerichts Bregenz sowie auf das Gutachten von Dr. U.____ nicht abgestellt werden könne. Im Übrigen verzichtete sie auf die Einreichung einer Duplik (act. G 9).

C.e Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie die Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

1.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Heilkosten- und Taggeldleistungen, welche dem Beschwerdeführer von der Beschwerdegegnerin im Anschluss an das Unfallereignis



vom 25. Juli 2009 ausgerichtet wurden, auf den 28. Februar 2011 eingestellt werden durften oder nicht. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die Bestimmung über die Leistungspflicht des Unfallversicherers (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]) bzw. die diesbezügliche Voraussetzung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem Gesundheitsschaden (einschliesslich Schleudertrauma der Halswirbelsäule und diesem äquivalenten Verletzungen) zutreffend dar. Gleiches gilt in Bezug auf den in diesem Zusammenhang massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit und den Beweiswert von medizinischen Berichten, insbesondere denjenigen von Berichten versicherungsinterner Ärzte (Erwägungen 2.2 und 2.3). Darauf kann verwiesen werden. Während es Aufgabe des Arztes ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2 sowie in BGE 135 V 465 nicht publizierte E. 2 des Urteils 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009, je mit Hinweisen). Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, so entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, sobald der Unfall nicht mehr 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 (allenfalls 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 Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine) erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326; A. Rumo-Jungo/A.P. Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 54).

1.2 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid ausserdem die Voraussetzungen des Anspruchs auf Heilbehandlung und Taggeld dar. Eine Prüfung derselben hat nur solange zu erfolgen, als zwischen dem Unfall und den geklagten Beschwerden sowohl die natürliche als auch die adäquate Kausalität zu bejahen ist. Andernfalls entfällt zum Vornherein ein Anspruch auf Heilbehandlung und Taggeld. Bei fehlendem natürlichen Kausalzusammenhang ist demzufolge auch die im



Rahmen eines Taggeldanspruchs relevante Voraussetzung einer Arbeitsunfähigkeit und in Bezug auf die Heilbehandlung die Frage, ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann, nicht weiter zu prüfen (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 116 V 44 E. 2c; A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 274).

1.3 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Beim Nachweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens handelt es sich um eine leistungsaufhebende Tatfrage. Die entsprechende Beweislast liegt hier- anders als bei der Frage, ob im Grundfall oder auch bei Rückfällen und Spätfolgen ein (erneuter) leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Selbstverständlich greift die vorgenannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und - im Beschwerdefall - das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen; A. Rumo-Jungo/A.P. Holzer, a.a.O., S. 3 ff.; BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

2.

Gemäss Art. 49 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) hat der Versicherungsträger über Leistungen,



Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, schriftlich Verfügungen zu erlassen. Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die nicht unter Art. 49 Abs. 1 ATSG fallen, können nach Art. 51 Abs. 1 ATSG in einem formlosen Verfahren behandelt werden; diesfalls räumt Abs. 2 dieser Bestimmung der betroffenen Person die Möglichkeit ein, den Erlass einer Verfügung zu verlangen. Gemäss Art. 124 lit. b der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) ist eine Verfügung insbesondere über die Kürzung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu erlassen. Die Einstellung der Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen durch die Beschwerdegegnerin per 28. Februar 2011 infolge Dahinfallens der Unfallkausalität erfolgte zunächst nur mit dem einfachen Schreiben vom 1. Februar 2011 im Sinn von Art. 51 Abs. 2 ATSG (UV-act. 160). Grundsätzlich erlangt auch ein solches, möglicherweise den vorstehend geschilderten rechtlichen Anforderungen nicht genügendes Schreiben, Verbindlichkeit, wenn die versicherte Person nicht innerhalb eines Jahres Einwände erhebt (BGE 134 V 145 E. 5). Nachdem der damalige Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Schreiben vom 28. April 2011 gegen die Leistungseinstellung "vorsorglich Einwand" erhoben bzw. eine polydisziplinäre Begutachtung als unabdingbar erachtet hatte (UV-act. 174), in der Folge von Seiten der Beschwerdegegnerin das Verwaltungsverfahren betreffend ihrer Leistungspflicht fortgesetzt wurde, indem Handlungen getätigt wurden, welche davon ausgehen liessen, dass offensichtlich auch sie nicht von einem rechtskräftigen Fallabschluss ausging (vgl. UV-act. 197, 201, 212 f.), und sich der Beschwerdeführer dabei erneut gegen die Leistungseinstellung stellte (UV-act. 212), gehen die Verfahrensparteien übereinstimmend (für die Beschwerdegegnerin vgl. act. G 1.1) und richtigerweise davon aus, dass das Schreiben vom 1. Februar 2011 keine Rechtskraft erlangt hat. Ein Revisionsverfahren im Sinne von Art. 53 Abs. 1 ATSG fällt damit unbestrittenermassen ausser Betracht. Entsprechend ist auch die E-Mail des Beschwerdeführers vom 31. Dezember 2012 nicht als Revisionsgesuch zu verstehen, zumal auch ihr Wortlaut keine solche Interpretation nahe legt (UV-act. 212). Die Einstellung der Leistungen wegen Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens per 28. Februar 2011 erfolgte sodann formell richtig mit der Verfügung vom 18. März 2013 (UV-act. 214; Art. 49 Abs. 1 ATSG). Die Beschwerdegegnerin spricht zwar darin fälschlicherweise von einem Gesuch des Beschwerdeführers um prozessuale Revision. Der den



Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildende Einspracheentscheid vom 17. Dezember 2013 (act. G 1.1) beinhaltet jedoch nochmals eine umfassende, nicht auf die Revisionsvoraussetzungen begrenzte, materiell rechtliche Prüfung der vorliegenden Streitfrage des Zeitpunkts der Leistungseinstellung unter Berücksichtigung des massgebenden, bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalts (vgl. BGE 131 V 243 E. 2.1, 129 V 4 E. 1.2 und 129 V 169 E. 1, je mit Hinweis). Streitig und umfassend zu prüfen ist mithin im Folgenden, ob für Heilbehandlungen und Arbeitsunfähigkeiten wegen fortbestehender gesundheitlicher Störungen über den 28. Februar 2011 hinaus eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht.

3.

3.1 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sind den medizinischen Akten keine Anhaltspunkte zu entnehmen, wonach die vom Beschwerdeführer über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung (28. Februar 2011) hinaus geklagten Beschwerden mit klar ausgewiesenen organischen (neurologischen) Befunden im Sinn nachweisbarer unfallkausaler struktureller Veränderungen erklärbar wären.

3.2 Der Beschwerdeführer erlitt anlässlich des Unfalls vom 25. Juli 2009 verschiedene Frakturen im Bereich des Gesichtsschädels, welche am 7. August 2009 im Landeskrankenhaus Feldkirch operativ behandelt wurden. Der operative sowie postoperative Verlauf war im Wesentlichen komplikationslos und der Beschwerdeführer konnte am 9. August 2009 aus dem Krankenhaus entlassen werden (UV-act. 17, 21). In ihrem Kostengutsprachege such vom 1. Februar 2010 an die Beschwerdegegnerin zur Weiterführung der ambulanten Therapien (Physiotherapie mit Schwerpunkt Gesichtsbehandlung für zunächst drei Monate ab 11. Februar 2010) führte die Klinik Valens im Rahmen der Diagnose eines Status nach Schädelhirntrauma durch Sturz mit Gesichtsfrakturen ein noch liegendes Metallosteosynthesematerial in der rechten Gesichtshälfte mit Schwierigkeiten beim weiten Kieferöffnen sowie Schmerzen und Sensibilitätsstörungen an (UV-act. 59). Am 10. Februar 2010 legte der Beschwerdeführer gegenüber der Suva dar, dass die Wangenknochen permanent schmerzen würden, der Schmerz jedoch auszuhalten sei. Wovon der Schmerz herrühre, könne er nicht sagen. Immerhin sei die Osteosyntheseplatte noch drin und



werde voraussichtlich auch immer drin bleiben. Oberhalb des rechten Auges schmerze es ab und zu. Aktuell knacke es im Kiefer, doch sei die Mundöffnungsmöglichkeit durch die intensive Therapie in der Klinik Valens grösser geworden (UV-act. 61). In ihrem Bericht vom 12. Februar 2010 betreffend den ambulanten Rehabilitationsaufenthalt vom 4. Januar bis 5. Februar 2010 (UV-act. 101) hielt die Klinik Valens als neurologischen Status eine Hypästhesie in der rechten Gesichtshälfte und dortige Schmerzangabe bei Status nach Osteosynthese mit noch liegendem Osteosynthesematerial fest. Im Rahmen der physiotherapeutischen Massnahmen habe insbesondere im Bereich des rechten Gesichts eine Gewebsauflockerung und in der Folge auch eine Schmerzreduktion erreicht werden können. Für die ambulante Weiterbehandlung sei die Fortführung der physiotherapeutischen Gesichtsbehandlung organisiert worden. Am 27. Mai 2010 gab der Beschwerdeführer gegenüber der Suva an, dass er nach wie vor Schmerzen im Bereich der Operationsstelle habe. Mit diesen Schmerzen, die auf der Schmerzskala im optimalsten Fall einem Wert von 2 und im schlechtesten Fall einem Wert von 4 oder gar 5 entsprechen würden, oder auch einem druckähnlichen Gefühl könne er leben. Besondere Massnahmen würden deshalb nicht getroffen (UV-act. 113). In den nachfolgenden medizinischen Akten werden Beschwerden im Zusammenhang mit den Gesichtsfrakturen nicht mehr thematisiert. Selbst wenn gestützt auf die Ausführungen des Beschwerdeführers in der Beschwerde vom 17. Januar 2013 (act. G 1) im Zusammenhang mit den Gesichtsfrakturen noch von gewissen Unfallrestfolgen auszugehen wäre, beansprucht er diesbezüglich offenbar keine Leistungen des Unfallversicherers mehr.

3.3 Hingegen geht der Beschwerdeführer davon aus, dass er beim Unfall vom 25. Juli 2009 eine schwere organische Hirnverletzung in Form eines organischen Psychosyndroms erlitten habe, aufgrund welcher er über das Datum der Leistungseinstellung hinaus unter Einschränkungen der kognitiven und körperlichen Leistungsfähigkeit sowie psychischen Veränderungen leide (vgl. dazu UV-act. 111, act. G 15). Die Beschwerdegegnerin verneint das Bestehen einer schweren, unheilbaren organischen Hirnverletzung und stützt sich dabei auf die - wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen - überzeugende und schlüssige neurologische Aktenbeurteilung von Dr. R.____ vom 25. Januar 2011 (UV-act. 160.1).



3.3.1 Der Umstand, dass Dr. R.____ seine Beurteilung ausschliesslich aufgrund der Akten abgegeben und den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht hat, steht dem Beweiswert seiner Beurteilung nicht entgegen (vgl. dazu PVG 1996, 267 E. 3b; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 E. 5b). Der Neurologe führt die für seine Beurteilung massgebenden medizinischen Unterlagen ("Bilddokumentation", "neurologisch relevante Aktenlage") an. Die medizinischen Akten belegen, dass beim Beschwerdeführer infolge des Unfalls vom 25. Juli 2009 ein organisches Psychosyndrom diagnostiziert wurde (UV-act. 11, 28, 32, 34, 101). Dr. R.____ stellt die Diagnose in seiner Beurteilung nicht in Abrede. Im Folgenden gilt es jedoch zu beachten, dass mit der Diagnose eines psychoorganischen Syndroms nicht bereits eine konkrete Hirnverletzung definiert wird, sondern alle psychischen Veränderungen bezeichnet werden bzw. ein Beschwerdebild beschrieben wird, dem eine hirnorganische - traumatische oder krankheitsbedingte - Ursache zu Grunde liegt (vgl. dazu Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl. München 2003, S. 1532; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2013, 264. Aufl. Berlin 2012, S. 1730). Die Diagnose eines Syndroms bedeutet nicht automatisch das Vorliegen unfallkausaler struktureller Gesundheitsschädigungen. Laut Roche Lexikon Medizin (a.a.O., S. 1791) handelt es sich bei einem Syndrom um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster" manifestierendes, mit verschiedenen Ätiogenesen mögliches Krankheitsbild. Im Weiteren ist zu berücksichtigen, dass eine Hirnverletzung nicht in jedem Fall eine Hirnschädigung mit Langzeitfolgen darstellt (vgl. Roche Lexikon Medizin, a.a.O., S. 1641 f.). Entsprechend kann die Diagnose "organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma" auch für die Beschreibung des akuten Beschwerdeverlaufs nach einer leichten, voll reversiblen Hirnverletzung ohne anatomische Veränderung (vgl. dazu Roche Lexikon Medizin, a.a.O. S. 353) gebraucht, sollte aber nicht für die Charakterisierung des Langzeitverlaufs verwendet werden (vgl. S. Johannes/R. Schaumann-Von Stosch, Grundlegende Aspekte der leichten traumatischen Hirnverletzung, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 78 [2007], 74-77). Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals C.____ sowie des Landeskrankenhauses stellten in ihren Berichten vom 30. bzw. 31. Juli 2009 die einer leichten traumatischen Hirnverletzung entsprechende Diagnose einer Gehirnerschütterung bzw. Comotio cerebri (UV-act. 36, 20) und der nachbehandelnde Arzt Dr. G.____ die übereinstimmende



Diagnose eines Status nach Schädel-Hirntrauma (UV-act. 28; vgl. auch UV-act. 26 [Commotio cerebri]). Angesichts des konkreten Unfallmechanismus und der unmittelbaren Unfallfolgen des Beschwerdeführers (Sturz mit Bewusstlosigkeit, Amnesie und kognitive Einschränkungen sowie Gesichtsschädelfrakturen) erscheint die Zuordnung zu den vorgenannten Diagnosen grundsätzlich ohne weiteres nachvollziehbar (UV-act. 34, 36, act. G 1.3, vgl. auch S. Johannes/R. Schaumann-Von Stosch, a.a.O., 74-77). Gleich stellt auch Dr. R. ___ in seiner neurologischen Beurteilung fest, dass eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI) der klinischen Kategorie 3 nach der Definition der Europäischen Vereinigung der neurologischen Gesellschaft EFNS aufgrund der anamnestischen Angaben bezüglich des für den 25. Juli 2009 angegebenen Unfalls angenommen werden könne. Die Diagnose Gehirnerschütterung bzw. Schädelhirntrauma erfolgt aufgrund bestimmter Symptome nach kranialen Traumen und bedeutet nicht schon, dass eine objektiv nachweisbare Funktionsstörung vorliegt. Hierzu bedarf es einer feststellbaren intrakraniellen Läsion oder eines messbaren Defektzustands in Form neurologischer Ausfälle. Fehlt es hieran, ist die Adäquanz der Unfallkausalität im gegebenen Fall nach der für Schleudertraumen der HWS und Schädel-Hirntraumen ohne nachweisbare Funktionsausfälle geltenden Rechtsprechung zu beurteilen (Urteil des EVG vom 29. März 2006, U 197/04, E. 3.1 mit Hinweisen auf die medizinische Literatur). Die Beschwerdegegnerin hat nach dem Unfall vom 25. Juli 2009 unfallkausale gesundheitliche Störungen des Beschwerdeführers anerkannt und während rund eindreiviertel Jahren Taggeld- und Heilbehandlungskostenleistungen erbracht. Streitig und zu prüfen ist jedoch, wie bereits erwähnt, ob beim Beschwerdeführer für die Zeit danach, d.h. ab 1. März 2011, noch von einer objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Hirnverletzung auszugehen ist. Von einer solchen kann erst dann gesprochen werden, wenn die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 E. 9, 117 V 359 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsmethoden müssen zugleich wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, sowie vom 7. Februar 2008, U 13/07, E. 3.2 und 3.3, und vom 22. September 2010, 8C_240/2010).



3.3.2 Das Ergebnis der im Landeskrankenhaus Feldkirch am 31. Juli 2009 durchgeführten CT-Untersuchung des Kopfes zeigte sich laut ärztlichem Bericht vom 18. August 2009 cerebral unauffällig ohne Hinweis auf eine Einblutung oder Raumforderung (UV-act. 21). Eine am 2. August 2009 wiederholte CT-Untersuchung blieb ebenfalls ohne pathologischen Befund (UV-act. 19 f.). Dr. R.____ beurteilte die Bilddokumentation vom 31. Juli 2009 spezifisch neurologisch. Im Bereich der Frontbasis beidseits seien (überwiegend wegen Knochenartefakten) keine klaren Aussagen bezüglich Hirnkontusionen oder Hirnblutungen zu machen. Eine vereinzelte Hypo- oder Hyperdensität könne nicht ausgeschlossen werden. Einzelne punktförmige Hyperdensitäten (z.B. fronto-parietal links) seien nicht sicher von Gefäss-Artefakten zu unterscheiden. Es liege eine wahrscheinlich anlagebedingte Ventrikelasymmetrie der Seitenventrikel mit engerem linksseitigem Seitenventrikel vor. Zeichen für eine Einblutung in die Ventrikel seien nicht zu finden. In den Aufnahmen vom 2. August 2009 zeige sich ein weitgehend gleichartiger (unauffälliger) Befund wie am 31. Juli 2009. Die zum Unfall vom 25. Juli 2009 zeitnahen CT-Aufnahmen liessen keine eindeutige Schädigung des Hirnparenchyms und keine sicheren Hinweise auf intrazerebrale Einblutungen erkennen. Anhand der Ergebnisse der CT-Untersuchungen lässt sich gestützt auf die Ausführungen von Dr. R.____ keine überwiegend wahrscheinliche organische Hirnverletzung nachweisen. Angesichts dessen, dass seine Beurteilung, wie von ihm festgehalten, den radiologischen Befund des Landeskrankenhauses Feldkirch bestätigt, bereits das CT des Spitals C.____ unauffällig ohne Blutung war (UV-act. 36) und auch im nachfolgenden MRT-Untersuchungsergebnis (vgl. nachfolgende Erwägung 3.3.3) der Befund einer Asymmetrie der Seitenventrikel beschrieben wird, besteht kein Anlass, sie in Frage zu stellen. Dr. R.____ fügt zwar an, dass die anamnestische Angabe einer Bewusstlosigkeit im Rahmen des Unfalls für das Vorliegen einer diffusen axonalen Schädigung des Gehirns spreche, hält dann aber einschränkend fest, dass die Tatsache von Gesichtsschädel-Frakturen für sich genommen keine klare Unterscheidung zwischen einer leichten traumatischen Hirnschädigung und einer sogenannten Scher-Verletzung (DAI = diffuse axonal injury) des Gehirns erlaube.

3.3.3 Dr. H.____ erhob am 21. August 2009 folgende MRT-Befunde: Multiple kleine, im Mittel ca. 2 bis 3 mm messende Hämosiderinablagerungen im Marklager beider Grosshirnhemisphären insbesondere frontal, hier frontobasal betont;



Hämosiderinablagerungen im dritten Ventrikel; kleine punktförmige Demyelinisierungen im frontalen Marklager rechts; eine Asymmetrie der Seitenventrikel zugunsten rechts; keine stattgehabte transependymale Liquordiapedese und Diffusionsrestriktion (UV-act. 23). Dr. R.____ schreibt hierzu, in den vorliegenden T1- und T2-gewichteten axialen Sequenzen und Hämosiderin-empfindlichen Sequenzen seien die von radiologischer Seite beschriebenen Zeichen früherer kleiner Einblutungen in allenfalls minimaler Ausprägung im sogenannten entorhinalen Cortex nachzuvollziehen, mit leichter Rechtsbetonung auch subkortikal im frontalen Marklager. Die Hinweise auf Hämosiderinablagerungen im 3. Ventrikel könnten jedoch in der neurologischen Beurteilung nicht eindeutig nachvollzogen werden. Zum einen wäre eine isolierte Einblutung in den 3. Ventrikel im Rahmen eines Schädelhirntraumas ein ungewöhnlicher Befund, zum andern könne das Suszeptibilitäts-Defizit, welches in den vorliegenden Hämosiderin-empfindlichen Aufnahmen erkennbar sei, einen Artefakt darstellen, insbesondere da in den echtzeitlichen CT's dort keine Blutungszeichen erkennbar seien. Die Schlussfolgerung von Dr. H.____, dass "diskrete punktförmige Demyelinisierungen im frontalen Marklager rechts" im Kontext ebenfalls postkontusionell zu werten seien, sei in der neurologischen Beurteilung nicht zu bestätigen. Es sei eher von unspezifischen Marklagerveränderungen, ohne wahrscheinliche Beziehung zum Unfall vom 25. Juli 2009 auszugehen. Dr. R.____ räumt zwar ein, dass in der neurologischen Beurteilung der MRT-Aufnahmen Befunde nachvollziehbar seien, die auf eine erlittene sogenannten diffuse axonale Schädigung des Gehirns im Rahmen des Unfalls vom 25. Juli 2009 hinweisen könnten. Es seien jedoch keine ausgedehnten Hirnparenchymschädigungen zu erkennen, welche eine wahrscheinliche Folge des fraglichen Schädelhirntraumas darstellen könnten. Die neurologische Beurteilung der MRT-Bildgebung des Kopfes des Beschwerdeführers zeige keine sicheren Hinweise auf Zeichen früherer Einblutungen im Bereich des Balkens (Corpus colosum); dies weise auf eine nicht sehr ausgedehnte DAI hin. Der fehlende klinische Hinweis auf eine Störung des beidseitigen Geruchvermögens (z. B. im neurologischen Status des Berichts der Klinik Valens vom 12. Februar 2010 [UV-act. 101]) könne als Zeichen für eine eher geringfügige Schädigung des fronto-basalen Gehirns (sog. entorhinaler Cortex) gewertet werden. Eine leichtgradige, frontal-betonte Hirnschädigung sei als Unfallfolge nicht auszuschliessen. Sowohl im Falle der Annahme einer leichten traumatischen Hirnverletzung als auch für den Fall einer



leichten diffusen axonalen Schädigung des Gehirns sei allerdings jeweils zu erwarten, dass anfängliche unspezifische Beschwerden in den Wochen bis spätestens Monaten nach der Schädigung abklingen würden. Beim Beschwerdeführer seien zu keinem Zeitpunkt Ausfälle im klinischen-neurologischen Untersuchungsbefund beschrieben worden (vgl. dazu UV-act. 26, 101). Dr. R.____ setzt sich ausführlich mit den MRT-Befunden vom 21. August 2009 auseinander und legt schlüssig und überzeugend dar, dass selbst die als unfallkausal nachzuvollziehenden Befunde aufgrund ihrer Geringfügigkeit keiner bleibenden Schädigung des Gehirns entsprechen. Insbesondere auch der Hinweis auf das Fehlen klinisch-neurologischer Untersuchungsbefunde rundet seine Einschätzung der radiologischen MRT-Dokumentation ab und lässt insgesamt offensichtlich nur vom möglichen Sachverhalt einer dauerhaften unfallkausalen Hirnschädigung ausgehen. Im Sozialversicherungsrecht ist jedoch der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit notwendig (BGE 126 V 360 E. 5b). Es besteht keine Veranlassung, nicht auf die Beurteilung von Dr. R.____ abzustützen. Der Bericht von Dr. S.____ vom 28. Februar 2012 (UV-act. 205) führt zu keinen anderen Erkenntnissen. Auch er stellte die Diagnose "organic brain syndrome", erhob jedoch insgesamt "nur" Normalbefunde. Mit dem alleinigen Befund "flat affect" kann keine Hirnverletzung angenommen werden. Seine Diagnose "2° Trauma" entbehrt jeglicher Begründung und der blosser Vermerk "21. August 2009 MRI" bildet zwar einen Bestandteil des vorliegenden Sachverhalts, doch ist nicht bekannt, was Dr. S.____ daraus ableitet.

3.3.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden jedenfalls für die Zeit ab 1. März 2011 nicht auf eine objektivierbare organische (neurologische) Hirnschädigung zurückführen lassen, die mit dem Unfall vom 25. Juli 2009 in Zusammenhang zu bringen wäre. Der im konkreten Fall gestellten Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma liegt somit keine überwiegend wahrscheinlich nachgewiesene, irreversible Hirnverletzung zu Grunde, womit die fragliche Diagnose selbst keine unfallkausalen Langzeitfolgen zu begründen vermag.

3.4 Es gibt Fälle, in denen bei sonst unauffälligen Untersuchungsbefunden neuropsychologische Abklärungen Hirnleistungsstörungen aufzeigen können und der neuropsychologische Befund der einzige verlässliche Parameter ist (BGE 117 V 378 E.



3d). Sodann kann der neuropsychologischen Diagnostik bei eindeutigem, nicht diffusem Befund - im Rahmen der neurologischen Gesamtwürdigung - nach der Rechtsprechung auch bei der Kausalitätsbeurteilung ein Aussagewert zukommen (BGE 119 V 343 E. 3c). Hingegen vermag es die Neuropsychologie nicht, selbständig die Beurteilung der Genese abschliessend vorzunehmen (RKUV 2000 Nr. U 395 S. 316 E. 3). Nach B.P. Radanov (Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, SZS 1996, S. 471 ff.) sind psychologische Probleme (und eingenommene Medikamente) geeignet, die kognitiven Leistungen negativ zu beeinflussen (S. 477). Psychologische Probleme bzw. die Interrelation psychologischer und kognitiver Funktionen könnten die reduzierte Leistungsfähigkeit miterklären (S. 475).

3.4.1 Mag. Dr. J.____ beschrieb in seinem Bericht vom 28. September 2009 eine deutliche depressive Verstimmung des Beschwerdeführers und eruierte psychische Belastungen. Relevante kognitive Einbussen konnten demgegenüber von ihm keine erhoben werden und er hielt zusammenfassend fest, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung mit dem verwendeten Verfahren keine Hinweise auf kognitive Einbussen bzw. mnestiche Defizite fassbar gewesen seien. Die Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeitsleistung sowie die Umstellungsfähigkeit auf neue Details seien gut ausgeprägt. Der Denkprozess erscheine nicht verlangsamt. Auffällig seien hingegen die eruierte überdurchschnittliche psychische Belastung und die vorherrschende depressive Verstimmung (UV-act. 35). Das kognitive Leistungsprofil der neuropsychologischen Untersuchung der Klinik Valens vom 14. Januar 2010 zeigte (zusammengefasst) leichte bis mittelgradige Verminderungen (von 18 geprüften Funktionen waren vier mittelschwer und zwei leicht beeinträchtigt, die restlichen Funktionen zeigten Normalbefunde). Berücksichtige man jedoch die psychische Komponente, so würden sich Hauptschwierigkeiten im Antrieb und Arbeitstempo sowie in der Belastbarkeit, Umstellfähigkeit und Handlungsdurchführung ergeben. Je nach Verfassung könne die obgenannte Diagnose mehr beeinträchtigt sein (UV-act. 101). Dr. K.____ berichtete der IV am 20. April 2010 unter anderem, dass sich der Beschwerdeführer aufgrund einer mittelgradig bis schwer ausgeprägten depressiven Episode (Depression im Sinne einer Anpassungsstörung) vom 27. Februar 2004 bis 27. Dezember 2006 bei ihm in regelmässiger psychiatrischer Behandlung befunden habe. Seit dem 19. Februar 2010 betreue er den Beschwerdeführer neuerlich psychiatrisch



und psychotherapeutisch. Die damalige depressive Störung sei einerseits durch einen schweren Partnerkonflikt und Konflikte am Arbeitsplatz, andererseits durch eine äusserst rigide Persönlichkeitsstruktur mit zwanghaften und schizoiden Persönlichkeitsanteilen mitverursacht gewesen. Aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur sei es dem Beschwerdeführer nur sehr schwer möglich gewesen, mit den multiplen Konfliktsituationen adäquat umzugehen und diese in seinen Lebensplan zu integrieren. Trotz intensiver Psychotherapie und einer medikamentösen Therapie sei es im Verlauf der depressiven Erkrankung zu einer chronischen Suizidalität und fast zu einer Invalidisierung gekommen. Aufgrund der beschriebenen Situation bestehe seit Jahren ein dysthymes Zustandsbild, welches sich bei exogenen Belastungsmomenten zu mittelgradig bis schwer ausgeprägten depressiven Episoden entwickeln könne und sich in der Vergangenheit auch entwickelt habe. Als Diagnosen stellte Dr. K.____ eine rezidivierende Störung (gegenwärtig leichtgradige Episode ohne somatisches Syndrom) und Dysthymie (double depression) bei zugrunde liegender kombinierter Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften und schizoiden Persönlichkeitsanteilen (ICD-10 Nr. : F33.00/F34.1/F61.0) sowie ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10 Nr.: F07.2; UV-act. 111). In seinem Bericht an die Suva vom 31. Juli 2010 erklärte er, dass allein durch das in seinem Bericht vom 20. April 2010 beschriebene psychische Störungsbild eine beträchtliche Leistungseinschränkung bestehe (UV-act. 130). Lic. phil. P.____ erlebte den Beschwerdeführer laut seinem Bericht vom 3. September 2010 (UV-act. 141) sehr motiviert und leistungsbereit. Die festgestellte Symptomatik (kognitive Defizite in der gerichteten Aufmerksamkeit, Umstellungsfähigkeit, reduzierte Belastbarkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, verringertes Arbeitstempo) sei noch vorhanden. Die psychosoziale Situation des Beschwerdeführers sei in der Tat sehr belastend für ihn. Er leide zwischenzeitlich an depressiven Störungen. Aktuell sei allerdings keine sozialphobische Problematik auszumachen. Die grossen Kränkungen betreffend Trennung, Scheidung, Sorgerecht, Besuchsrechte) hätten anfangs 2009 stattgefunden. Der Beschwerdeführer sei als Lehrer immer voll arbeitsfähig gewesen. Erst der Unfall habe zu den festgestellten neurologischen und neuropsychologischen Problemen geführt. Es sei daher nicht logisch, jetzt die psychosozialen Gründe kausal in die Argumentation gegen berufliche Massnahmen einzubringen. Am 6. September 2010 berichtete Dr. K.____ der IV, dass zum jetzigen Zeitpunkt ein organisches Psychosyndrom bestehe, welches durch eine



mittelschwer beeinträchtigte kognitive Leistungsstörung vor allem im Bereich des Arbeitstempos, der Aufmerksamkeit und des verbalen Gedächtnisses bestehe. Dies sei testpsychologisch verifiziert worden. Aufgrund der kognitiven Beeinträchtigungen sei der Beschwerdeführer nach Schädelhirntrauma und der vorbestehenden dysthymen Stimmungslage den Anforderungen des Schulunterrichts nicht gewachsen und es werde bei Arbeitsaufnahme als Lehrer rasch wieder zu einer reaktiv-depressiven Störung kommen, welche eine Arbeitsunfähigkeit verursache (act. G 1.5).

3.4.2 Zum neuropsychologischen Untersuchungsergebnis der Klinik Valens hält Dr. R.____ zunächst allgemein schlüssig und nachvollziehbar fest, dass in Bezug auf die Ergebnisse neuropsychologischer Untersuchungen grundsätzlich auf die beste vom Beschwerdeführer erbrachte Leistung abgestellt werden könne. Verschlechterungen nach vorangehenden guten Leistungen könnten nicht mit organischen neurologischen Unfallfolgen erklärt werden. Die Befunde der neuropsychologischen Untersuchung der Klinik Valens seien offenbar ohne Verwendung von Symptomvalidierungstests (zur Überprüfung der Verlässlichkeit der Befunde) durchgeführt worden. Sie zeigten nicht sehr spezifische und überwiegend leichtgradige Minderleistungen, welche durch psychische Einflüsse (zum Beispiel durch die gleichzeitig beschriebene "schwankende Stimmung, Verdacht auf Depression") erklärt werden könnten. Die mittelschwere Beeinträchtigung im Parameter "Ausmass der psychischen Energie (b 1300)" sei aus neurologischer Sicht eher nicht als objektiver neuropsychologischer Parameter (welcher mit einem Normalkollektiv verglichen werden könne) zu werten. Von Seiten der Untersucher sei eine Ausbildung zum "Coach/Mediator" für möglich erachtet worden; dies weise auf eine fehlende bis geringfügige Auswirkung der beschriebenen Auffälligkeiten auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hin. Die Beschwerden und Symptome des Beschwerdeführers nach Abschluss der neurologischen stationären Rehabilitationsbehandlung bis zum Februar 2010 in der Klinik Valens könnten aus neurologischer Sicht nicht mehr von den Symptomen und Beschwerden des Beschwerdeführers unterschieden werden, die in der psychiatrischen Behandlung des Beschwerdeführers durch Dr. K.____ dokumentiert worden seien (UV-act. 63-96). Die vorliegenden Beschreibungen des Verhaltens des Beschwerdeführers im Zeitraum nach dem Unfall vom 25. Juli 2009 wiesen im Vergleich zu den Berichten der Jahre 2004 bis 2006 nicht auf eine wesentliche Verhaltens- oder Persönlichkeitsveränderung hin. Dr. R.____ geht mithin davon aus, dass sich auch auf neuropsychologischem Gebiet



kein selbständiger, klar abgrenzbarer Befund im Sinne einer organischen Hirnverletzung nachweisen lässt.

3.4.3 Aufgrund der in Erwägung 3.4.2 dargelegten medizinischen Aktenlage erscheint die Beurteilung von Dr. R.____ schlüssig und überzeugend. So wird von Seiten der Klinik Valens, aber auch von Dr. K.____ eine eindeutige Wechselwirkung psychischer und kognitiver Probleme beschrieben und geht aus den Berichten von Dr. Köb und Dr. K.____ eine massgebende psychische Problematik des Beschwerdeführers hervor; vorbestehend, aber auch aktuell. Dementsprechend geht Dr. K.____ aufgrund der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers mit einem seit Jahren bestehenden dysthymen Zustandsbild davon aus, dass sich bei exogenen Belastungsmomenten - wie in den Jahren 2004 bis 2006 - jederzeit wieder eine mittelgradig bis schwere Depression entwickeln könne. Er diagnostizierte am 20. April 2010 (UV-act. 111) eine rezidivierende depressive Störung und nannte in seinem Bericht vom 31. Juli 2010 (UV-act. 130) eine allein durch das im Bericht vom 20. April 2010 beschriebene psychische Störungsbild verursachte beträchtliche Leistungseinschränkung. Der Parameter "Temperament & Persönlichkeit - Psychische Stabilität" im neuropsychologischen Bericht der Klinik Valens wurde als mittelschwer beeinträchtigt beurteilt. Gemäss der von Dr. K.____ vom 27. Februar 2004 bis 27. Dezember 2006 angelegten Krankengeschichte war die psychische Stabilität des Beschwerdeführers jedoch bereits früher sehr schwankend (vgl. UV-act. 63, 73 ff., 85, 87 f., 90). Die psychische Beeinflussung der kognitiven Funktionen wird sodann dadurch bekräftigt, dass der von Dr. R.____ für fraglich erachtete objektive Beweiswert des Parameters "Ausmass der psychischen Energie (b 1300) auch für den mittelschwer eingeschränkten Parameter "Temperament & Persönlichkeit/Psychische Stabilität" gelten dürfte, handelt es sich dabei doch ebenfalls um einen typischen, den rein psychischen Zustand eines Menschen beschreibenden Faktor. Lic. phil. P.____ (UV-act. 141) und Dr. K.____ (UV-act. 111) erwähnen schliesslich die von der Klinik Valens durch die psychische Komponente sich ergebenden Hauptschwierigkeiten im Antrieb und Arbeitstempo sowie in der Belastbarkeit, Umstellfähigkeit und Handlungsdurchführung als kognitive Defizite, woraus eine weitere Wechselbeziehung zwischen psychologischen Problemen und kognitiven Leistungen abzuleiten ist. Insgesamt rechtfertigt es sich damit, der Aussage von Dr. R.____, die Beschwerden und Symptome des Beschwerdeführers nach Abschluss der neurologischen stationären Rehabilitationsbehandlung bis zum Februar



2010 in der Klinik Valens könnten aus neurologischer Sicht nicht mehr von den Symptomen und Beschwerden unterschieden werden, die in der psychiatrischen Behandlung vom 27. Februar 2004 bis 27. Dezember 2006 durch Dr. K.____ dokumentiert worden seien (UV-act. 63-96), zu folgen. Wie von Dr. R.____ formuliert, fehlt es für den Nachweis organischer neurologischer Unfallfolgen an einer seit dem Unfall wesentlichen, sich vom Vorzustand abhebenden Verhaltens- oder Persönlichkeitsveränderung. Damit muss beim Beschwerdeführer von einer Beeinflussung/Überlagerung der kognitiven Funktionen durch psychische Probleme ausgegangen werden, weshalb auch die im Rahmen der neuropsychologischen Abklärungen festgestellten Einschränkungen nicht im Rahmen einer organischen (neurologischen) Hirnverletzung gesehen werden können.

3.5 Gestützt auf die Berichte bzw. Schreiben von Prof. Dr. L.____ vom 12. Juli und 4. August 2010 (UV-act. 117, 125), von Dr. M.____ vom 29. Juli 2010 (UV-act. 132), von Dr. O.____ vom 21. Juli 2010 (UV-act. 135) und von lic. phil. P.____ vom 3. September 2010 (UV-act. 141), worin der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Lehrer zu 100% arbeitsunfähig beurteilt wird, können die fortdauernden Beschwerden des Beschwerdeführers medizinisch ebenfalls keiner fassbaren organischen, irreparablen Hirnverletzung zugeschrieben werden. Eine Arbeitsunfähigkeit kann auf verschiedenen Ursachen beruhen. Wie von Dr. R.____ festgehalten, finden sich jedoch in keinem der obgenannten Berichte bzw. Schreiben konkrete objektive neurologische bzw. neuropsychologische Befunde entsprechend einer unfallkausalen organischen Hirnleistungsstörung, auf welche die Arbeitsunfähigkeit zurückgeführt wird.

3.6 Ebenfalls keine Hinweise auf eine unfallkausale organische Hirnverletzung lassen sich aus dem Beschluss des Bezirksgerichts Bregenz vom 26. August 2011 (UV-act. 210), dem nervenärztlichen Gutachten von Dr. U.____ vom 11. Oktober 2013 (act. G 1.7) sowie den Bescheiden der Pensionsversicherungsanstalt Landesstelle Wien vom 14. Mai 2012 (UV-act. 195) und 16. Dezember 2013 (act. G 1.6) ableiten. Die Feststellung im Beschluss des Bezirksgerichts, der Betroffene habe am 25. Juli 2009 nach einem Sturz in Island ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma erlitten, ist unbestritten. Die weitere Aussage, der Beschwerdeführer sei aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage, seinen Beruf als Lehrer auszuüben, überzeugt sodann die im vorliegenden unfallversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahren



massgebende Frage der Unfallkausalität. Der Beschluss des Bezirksgerichts Bregenz setzt sich in keiner Weise mit der medizinischen Situation des Beschwerdeführers auseinander; vielmehr geht es dabei allein um die Bestellung eines Sachwalters. Dies zeigt auch die Aussage, es habe nicht festgestellt werden können, ob die medizinischen Voraussetzungen zur Bestellung eines Sachwalters beim Beschwerdeführer vorliegen würden, was im konkreten Fall jedoch ohne Bedeutung für die Frage der Bestellung des Sachwalters sei. Dem nervenärztlichen Gutachten von Dr. U.____ kommt sodann - wie von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 13. Februar 2014 (act. G 3) zutreffend festgestellt - für das vorliegende Verfahren insofern kein Beweiswert zu, als es ebenfalls im Rahmen eines anderen Verfahrens ("Pflegschaftssache") erstellt wurde und darin kein direkter Bezug auf das Unfallereignis vom 25. Juli 2009 bzw. die Kausalitätsfrage der gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers genommen wird. Dr. U.____ spricht zwar in seinem Gutachten von kognitiven Störungen sowie psychischen Problemen nach einer schweren Kopfverletzung. Eine Differenzierung, inwiefern die Kopfverletzung schwer ist und die kognitiven sowie psychischen Störungen auf die Kopfverletzung zurückzuführen sind, findet jedoch im Gutachten nicht statt. Der Umstand, dass der Gutachter wiederholt von einem Fahrradunfall spricht, stellt den Beweiswert des fraglichen Gutachtens weiter in Frage. Auch im Zusammenhang mit der geschätzten Arbeitsunfähigkeit äussert sich Dr. U.____ in keiner Weise zur Frage, inwiefern diese auf das Ereignis vom 25. Juli 2009 zurückzuführen ist. Wenn er feststellt, beim Beschwerdeführer bestehe jedenfalls seit dem Fahrradunfall mit schwerer Kopfverletzung im Sommer 2009 eine erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung, die zur Folge habe, dass der Betroffene bis auf Weiteres arbeitsunfähig für eine Erwerbstätigkeit sei, und er sei insbesondere nicht in der Lage, seinen Beruf als Lehrer auszuüben, fehlt zudem die Antwort, für welchen Zeitraum nach dem Unfall eine Arbeitsunfähigkeit bestand. Auch die Beschwerdegegnerin hat nach dem Unfall bis 28. Februar 2011 Heilbehandlungskostenleistungen sowie Taggeldleistungen erbracht, stellte jedoch ihre Leistungen wegen Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens per vorgenanntem Datum ein. Kein genügender Beweiswert kommt schliesslich auch den Bescheiden der Pensionsversicherungsanstalt der Landesstelle Wien zu, deren Entscheidungsgrundlagen -



wie von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort zutreffend bemerkt - nicht weiter bekannt sind. Der Unfall vom 25. Juli 2009 wird darin mit keinem Wort erwähnt.

4.

4.1 Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist nun aber bekannt, dass bei Schleuderverletzungen sowie äquivalenten Verletzungen wie Distorsionen der HWS sowie Schädelhirntraumata (vgl. Urteil des EVG vom 17. August 2004, U 243/03; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 316, E. 3; BGE 117 V 369) auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Neuropsychologische Einschränkungen - wie auch diejenigen psychischer Art - können Teil des typischen Beschwerdebildes nach einem leichten Schädelhirntrauma bilden. Das Vorliegen eines Schädelhirntraumas, worunter sämtliche Hirnfunktionsstörungen mit oder ohne morphologisch fassbare Schädigung des Gehirns subsumiert werden, rechtfertigt die analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis, wenn die erlittene Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen Commotio und Contusio cerebri liegt. Leichte Hirnerschütterungen hingegen reichen hierfür nicht aus (vgl. Urteile des EVG vom 6. Mai 2003, U 6/03, und vom 13. Juni 2005, U 276/04. E. 2.2.1). Vorliegend ist wie erwähnt von einer Commotio cerebri auszugehen, womit die Schleudertrauma-Praxis zur Anwendung gelangt. Die Adäquanz beurteilt sich damit grundsätzlich nach Massgabe der in BGE 117 V 359 E. 6 entwickelten und in BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien. Auch bei Vorliegen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung steht jedoch der Nachweis offen, dass es sich bei den nach einem Unfall aufgetretenen psychischen Störungen nicht um eine unfallkausale psychische Beeinträchtigung handelt (RKUV 2001 Nr. U 412 S. 79) oder dass eine ausgeprägte psychische Problematik ganz im Vordergrund steht (RKUV 1999 Nr. U 341 E. 3b). Sodann ist - wie in den vorerwähnten Fällen - dort, wo keine mit dem Status nach leichter traumatischer Hirnverletzung in engem Zusammenhang stehende psychische Problematik, sondern eine selbständige sekundäre Gesundheitsschädigung vorliegt, die Adäquanzbeurteilung auch dann nach BGE 115 V 133 (d.h. nach der sogenannten "Psycho-Praxis") vorzunehmen, wenn das psychische Beschwerdebild die körperlichen Beschwerden nicht eindeutig in den Hintergrund gedrängt hat (Urteil des EVG vom 23. Mai 2006, U 5/06, E. 3.2.2 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 17.



Oktober 2008, 8C-124/2008, E. 72, mit welchem der st. gallische Entscheid vom 20. Dezember 20. Dezember 2007, UV 2007/24, bestätigt wurde).

4.2 In den medizinischen Akten ist regelmäßig von einer vorbestehenden sowie aktuellen psychischen Problematik des Beschwerdeführers die Rede (vgl. Erwägung 3.4.1). Med. pract. Q.____ nimmt in seiner psychiatrischen Beurteilung vom 8. Oktober 2010 (UV-act. 144) zur Frage Stellung, ob die jetzigen psychischen Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 25. Juli 2009 stehen und stellt fest, dass die psychische Problematik im konkreten Fall ganz im Vordergrund steht, es sich dabei aber nicht eine unfallkausale psychische Beeinträchtigung handelt. Ausgehend von dieser Betrachtungsweise würde sowohl eine Adäquanzbeurteilung in Anwendung der "Schleudertrauma-Praxis", aber auch eine solche nach der "Psycho-Praxis" ausser Betracht fallen.

4.3 Med. pract. Q.____ beginnt seine Einschätzung mit dem zutreffenden Hinweis auf den Bericht von Mag. Dr. J.____ vom 28. September 2009 (UV-act. 35), aus welchem hervorgehe, dass schon zum damaligen Zeitpunkt eine überdurchschnittliche psychische Belastung und deutlich vorherrschende depressive Verstimmung auffallend gewesen seien. Es seien keine neuropsychologischen, wohl aber psychologische und psychotherapeutische Massnahmen (Entspannungsübungen, Erlernen anderen Umgangs mit Emotionen und Kognitionen, allenfalls Medikation) empfohlen und durchgeführt worden (vgl. auch UV-act. 111). Med. pract. Q.____ folgert schlüssig, dass bereits ab diesem Zeitpunkt das Bestehen einer unfallbedingten neuropsychologischen Beeinträchtigung zugunsten einer psychisch bedingten Ursache der gemeldeten Beschwerden anzunehmen gewesen sei. Im weiteren Verlauf habe der Beschwerdeführer Akzeptanzschwierigkeiten seiner limitierten kognitiven Leistungen gezeigt und diese auf die Hirnerschütterung und nicht auf eine grundlegende psychische Problematik zurückgeführt. Im Rahmen des Neurorehabilitationsaufenthalts in der Klinik Valens sei ebenfalls darauf hingewiesen worden, dass die psychische Komponente die neuropsychologische Beeinträchtigung beeinflusse. Im Rahmen der dortigen Untersuchung seien die psychische Instabilität des Beschwerdeführers und sein Leidensdruck wieder ersichtlich gewesen. Diese Ergebnisse, in Kombination mit der ersten neuropsychologischen Untersuchung unterstreiche die Annahme, dass eine psychische Störung im Sinne einer depressiven Störung und keine neurokognitive



Beeinträchtigung mehr bestanden habe. Dieser Schlussfolgerung ist mit Blick auf die Erwägungen in Ziff. 3.4.3 zu folgen. Med. pract. Q.____ weist sodann darauf hin, dass aus psychiatrischer Sicht zuerst eine posttraumatische Reaktion mit Depressivität vermutet worden sei. Obwohl der Beschwerdeführer über kein direktes traumatisches Erlebnis berichtet habe, hätten sich die ersten psychotherapeutischen Behandlungen auf die Verarbeitung des Traumas bzw. die Folgen der Hirnverletzung bezogen. Allmählich seien verschiedene unfallfremde Faktoren bekannt geworden, die den psychischen Zustand des Beschwerdeführers massgeblich beeinflusst hätten, deren psychische Folgen sich als neurokognitive Störungen gezeigt und das kognitive Leistungsprofil des Beschwerdeführers beeinflusst hätten. So würden eine schwere soziale Phobie und eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung mit zwischenmenschlichen Beziehungsschwierigkeiten mindestens seit der Adoleszenz des Beschwerdeführers, eine rezidivierende depressive Störung mit Episoden im Jahre 2004 und 2007 und - vermutlich schon vor dem Islandaufenthalt im Juli 2009 - eine aktuelle depressive Episode mit Ablehnung einer antidepressiven Medikation sowie zahlreiche psychosoziale Belastungsfaktoren (Verletzungsverarbeitungsschwierigkeiten, Scheidung und Trennung von seinen Kindern mit persistierenden juristischen Streitereien, angstbedingte Rückkehr an seine Lehrertätigkeit im Frontalunterricht, Fehlen eines tragfähigen, sozialen Umfeldes an seinem Wohnort, Fixierung auf eine Mediationsausbildung in den USA als alleinige richtungsweisende Zukunftsperspektive) beschrieben. Der von med. pract. Q.____ angeführte psychische Vorzustand des Beschwerdeführers ist insbesondere der von Dr. K.____ dokumentierten Krankengeschichte vom 27. Februar 2004 bis 27. Dezember 2006 (UV-act. 63-96) detailliert zu entnehmen. Ein psychischer Vorzustand kann erfahrungsgemäss massgebende Auswirkungen auf eine Beschwerdesymptomatik haben und stellt ein Indiz gegen die Unfallkausalität psychischer Beschwerden dar. Sodann zeigen die Berichte von Dr. K.____, wie bereits erwähnt, auf, dass beim Beschwerdeführer das unfallfremde dysthyme Zustandsbild als Vorzustand, aber auch nach dem Unfall bestand. Dieses bildete bzw. bildet die Grundlage für die Entwicklung depressiver Episoden. In diesem Sinn ist die von Dr. K.____ im Bericht vom 20. April 2010 (UV-act. 110) gestellte psychiatrische Diagnose (rezidivierende depressive Störung [gegenwärtig leichtgradige Episode ohne somatisches Syndrom] sowie Dysthymie [double depression] bei zugrundeliegender kombinierter



Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften und schizoiden Persönlichkeitsanteilen) als selbständige und nicht als aus dem Unfall hervorgehende psychiatrische Diagnose zu werten. Insgesamt wird in den medizinischen Akten im Zusammenhang mit der aktuellen psychischen Komponente des Beschwerdeführers immer wieder auf dessen Vorzustand Bezug genommen. Der Unfall wird hingegen als Ursache nicht massgebend thematisiert. Das Thema bzw. die Hinweise auf das dysthyme Zustandsbild setzten sich nach dem Unfall im Wesentlichen gleichermassen fort. Med. pract. Q.____ hält folglich schlüssig fest, dass - ausser dem postulierten organischen Psychosyndrom - sämtliche psychiatrischen Diagnosen unfallfremd seien. Allenfalls seien sie durch die Folgen des Sturzes vom 25. Juli 2009 vorübergehend verstärkt worden, doch sei im jetzigen Zeitpunkt anzunehmen, dass dadurch kaum mehr ein Einfluss auf deren Weiterbestehen ausgeübt werde. Mit seiner Aussage im Bericht vom 20. April 2010 (UV-act. 111) - die aktuelle Situation werde durch den stattgehabten Unfall am 25. Juli 2009 in Island noch verkompliziert - weist Dr. K.____ gleichfalls auf eine Verschlimmerung der psychischen Problematik durch den Unfall hin. Es bestehen in den medizinischen Akten jedoch keine Anhaltspunkte dafür, dass es sich hierbei nicht nur um eine vorübergehende, spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung dahingefallene Verkomplizierung handelte. Zumindest konkretisierte auch Dr. K.____ seine Aussage in keiner Weise. In seinem späteren Bericht vom 6. September 2010 stellte er wieder nur allgemein fest, dass die jetzige Dienstunfähigkeit als Lehrer letztendlich aus den Folgen eines schweren Unfalls mit Schädelhirntrauma vom 25. Juli 2009 resultiere. Er weist jedoch auch hier, ohne jeglichen Bezug auf den Unfall vom 25. Juli 2009, insbesondere auf die vorbestehende dysthyme Stimmungslage und die bei Aufnahme der Lehrertätigkeit wieder rasch entstehenden reaktiv-depressiven Störungen hin, zu denen sich das dysthyme Zustandsbild entwickeln könne (vgl. UV-act. 111, act. G 1.5). Zur Beantwortung der Frage des weiteren Bestehens des von Dr. K.____ ebenfalls diagnostizierten organischen Psychosyndroms empfahl med. pract. Q.____ eine neurologische Beurteilung, welche durch Dr. R.____ vorgenommen wurden. Wie in Erwägung 3.3 dargelegt ist das Weiterbestehen des organischen Psychosyndroms nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen, womit eine diesbezügliche unfallkausale psychische Problematik ausser Betracht fällt. Auch von den Aussagen von lic. phil. P.____ im Bericht vom 3. September 2010 (UV-act. 141; vgl. Erwägung 3.4.1) lassen sich keine unfallkausalen psychischen Beschwerden mehr



ableiten. Bei ihnen steht nicht die Unfallkausalitätsfrage, sondern die Frage, inwieweit die IV-fremden sozialpsychologischen Gründe gegen berufliche Massnahmen sprechen würden, im Vordergrund. Soweit lic. phil. P.____ auf den Unfall Bezug nimmt, indem er von neurologischen und neuropsychologischen Unfallfolgen ausgeht, gilt es dies zu bestätigen, doch ist im Zeitpunkt der Leistungseinstellung von deren Dahinfallen auszugehen (vgl. Erwägung 3.2, 3.4). Der Beschwerdeführer selbst gab im Übrigen am 27. Mai 2010 gegenüber der Suva an, dass ihm die familiäre Situation nach wie vor zu schaffen mache. Seit dem Unfall habe er nur noch mehr verloren, den Job und auch die Kinder. Mit ihnen habe er letztmals im Dezember 2009 Kontakt gehabt. Er sei einmal in der Woche bei Dr. O.____ in der Therapie, wo es insbesondere um die emotionale Verarbeitung des Verlustes seiner Kinder gehe (UV-act. 113). Die unfallfremde psychosoziale Belastungssituation stand damit offenbar durchaus im Raum.

4.4 Angesichts des Gesagten und entsprechend der Schlussfolgerung von med. pract. Q.____ kann zusammengefasst nicht als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegt betrachtet werden, dass der Unfall vom 25. Juli 2009 im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (28. Februar 2011) noch eine natürlich-kausale (Teil-)Ursache der psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers bildete. Im konkreten Fall ist von einer eigenständigen, vorbestehenden, nicht mit dem Status nach leichtem Schädelhirntrauma in Zusammenhang stehenden psychischen Problematik auszugehen. Deren allfällige unfallkausale Verstärkung wirkte lediglich vorübergehend bzw. fiel spätestens per 28. Februar 2011 dahin. Med. pract. Q.____ legte in seiner psychiatrischen Beurteilung die Anamnese lückenlos dar und setzte sich damit schlüssig und nachvollziehbar auseinander. Es bestehen keine konkreten Anhaltspunkte für unrichtige Annahmen oder Würdigungen. Da der vorliegende Schadenfall ausreichend mit medizinischen Berichten dokumentiert ist und nicht anzunehmen ist, dass weitere medizinische Abklärungen für die Beurteilung des vorliegenden Sachverhalts neue Erkenntnisse bringen, kann darauf verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 124 V 90 E. 4b, 136 I 229 E. 5.3). Mangels natürlich-kausaler psychischer Unfallrestfolgen erübrigt sich eine Adäquanzprüfung.

5.



Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 17. Dezember 2013 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.