

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00059 vom 31. August 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00059

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00059 du 31 août 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00059 del 31 agosto 2011

Erwägungen

E. 3

3.1.1.1

Nach dem Unfallereignis wurde der Beschwerdeführer in das Spital A.____ gebracht, wo "un traumatisme crânien avec perte de connaissance", eine Wunde am Kinn, welche genäht werden musste, multiple Prellungen (contusions multiples) und eine Grundphalanx-Fraktur des Fingers V rechts (une fracture de la base) diagnostiziert wurden. Die neurologische Überwachung sei normal gewesen. Der Versicherte habe das Spital mit einem Analgetikum verlassen. Die Weiterbehandlung erfolge in der Schweiz (Urk. 9/ZM1).

Da die Zürich-Notfall-Nummer nicht funktioniert habe und damit keine Kostengarantie für den ausländischen Spitalaufenthalt gegeben worden sei, sei der Versicherte frühzeitig aus dem Spital entlassen worden. Ein Freund habe ihn dann mit dem Auto in die Schweiz gebracht (Urk. 9/Z29 S. 5).

Dr. B.____, der Hausarzt des Versicherten, welchen er am 23. Mai 2005 aufsuchte, stellte die Diagnosen einer Commotio cerebri, einer Distorsion der HWS, einer Grundphalanx-Fraktur des Fingers V rechts und eines Verdachts auf eine Mandibula-Fraktur. Er erhob die Befunde eines Unterarmgipses rechts bei Grundphalanxfraktur, von multiplen Schürfwunden insbesondere am Kinn, am Becken links und an beiden Ellenbogen, sowie einer Stirnwunde. Die Rechtsrotation der HWS sei endgradig eingeschränkt, links frei, und es bestehe eine ausgeprägte segmentale Dysfunktion in der mittleren HWS beidseits. Der Versicherte sei neurologisch unauffällig, die Sensomotorik sei intakt. Dr. B.____ attestierte dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und überwies ihn für weitere Abklärungen an das Spital C.____ (Urk. 9/ZM3, vgl. Urk. 9/ZM5).

Aus dem Bericht des Spitals C.____ vom 29. Juni 2005 gehen die Diagnosen einer Grundphalanxfraktur des Fingers V rechts sowie einer Mandibulakontusion rechts hervor (Urk. 9/ZM5). Am 2. Juni 2005 wurde eine offene Reposition sowie eine Spickdraht-Osteosynthese der Grundphalanx des Fingers V rechts vorgenommen. Im Operationsbericht wurde weiter aufgeführt, die Computertomographie(CT)-Untersuchung des Schädels mit Mittelgesicht und Mandibula am 23. Mai 2005 habe keine pathologischen Befunde gezeigt. Beim Eintritt für die geplante Osteosynthese der Kleinfingerfraktur rechts am 30. Mai 2005 habe der Versicherte über persistierende Schmerzen im Karpus sowie über ein Unwohlsein und eine vor dem Unfall nicht vorhanden gewesene Vergesslichkeit geklagt. Deshalb seien weitere CT-Abklärungen anstelle der vorgesehenen Operation durchgeführt worden. Im Karpus hätten kleine ossäre Flakes dorsal am Os capitatum sowie am Os trapezoideum

diagnostiziert werden können. Das Schädel-CT sei unauffällig gewesen (Urk. 9/ZM7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem undatierten Bericht betreffend den Zeitraum vom 8. Juli bis zum 11. Oktober 2005 hielt Dr. B.____ die Diagnosen einer Commotio cerebri mit residuellem hirnorganischem Psychosyndrom, einer Konzentrations- und Kurzzeitgedächtnisstörung, einer HWS-Distorsion, eines Zervikalsyndroms und einer Grundphalanxfraktur des rechten Kleinfingers bei einem Status nach Osteosynthese am 2. Juni 2005 fest. Für eine neuropsychologische Beurteilung habe er den Versicherten an Prof. Dr. D.____ von der Klinik E.____ überwiesen. Die Konzentrations- und Gedächtnisleistungen würden sich Schritt für Schritt verbessern, es würden entsprechende Übungen durchgeführt. Es bestehe eine segmentale Dysfunktion am Kopfgelenk und in der mittleren Halswirbelsäule links betont, ansonsten sei die neurologische Situation unauffällig (Urk. 9/ZM12).

3.1.2Ä Ä Prof. Dr. D.____ hielt in seinem Bericht vom 24. August 2005 fest, bei einem Status nach Commotio cerebri und einer indirekten Verletzung der HWS beständen bei der neuropsychologischen Prüfung in erster Linie Probleme in der Strategie der Entfaltung der Leistungen. Gemäss den Beobachtungen im Test bringe sich der Versicherte in "Stress", was zur Anspannung der Muskulatur (insbesondere im Nackenbereich) führe und im Sinne eines Circulus vitiosus wieder die Aufmerksamkeitszuwendung beeinflussen dürfte. Es sei in Unkenntnis der prätraumatischen Leistungsfähigkeit nicht möglich zu beurteilen, inwiefern es sich teilweise um prätraumatische (strategiebezogene) Probleme oder um traumatisch bedingte Schwierigkeiten handle. Die Auswirkungen auf die Leistungsentfaltung seien zweifellos zu befürchten, so auch im beruflichen Alltag. Dem Versicherten sei angesichts der Beobachtung der hohen Stressanfälligkeit eine Biofeedback-Therapie empfohlen worden. Bei der Rückkehr an die Arbeit werde ein stufenweises Vorgehen empfohlen (Urk. 9/ZM13).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 30. Januar 2006 führte Dr. B.____ aus, der Beschwerdeführer leide nach wie vor an Nackenschmerzen sowie Konzentrationsstörungen. Auffällig seien auch Störungen im Kurzzeitgedächtnis sowie Denkblockaden unter Stresssituationen. Therapeutisch sei eine Kombination aus Neuraltherapie, Manipulationen manueller Therapie und Akupunktur sowie Physiotherapie durchgeführt worden. Anlässlich der letzten Konsultation am 21. Dezember 2005 hätten immer noch eine klinisch nachweisbare endgradige Linksrotationseinschränkung und multiple segmentale Dysfunktionen in der mittleren und unteren Halswirbelsäule sowie im zervikothorakalen Übergang bestanden. Es sei zusätzlich eine Kraniosakraltherapie durchgeführt worden. Bis zum 15. Februar 2006 betrage die Arbeitsfähigkeit 50 %. Innerhalb eines Monats sollte aber eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden (Urk. 9/ZM23).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Überweisungsschreiben an Dr. phil. F.____ vom 7. März 2006 hielt Dr. B.____ fest, die chronischen Nackenschmerzen seien mittlerweile deutlich regredient. Unter der Kraniosakraltherapie habe der Versicherte schon deutliche Fortschritte verzeichnen können. Allerdings ständen stark belastende Konzentrationsstörungen sowie Störungen des Kurzzeitgedächtnisses im Vordergrund (Urk. 9/ZM31).

3.1.3Ä Ä Am 24. Mai 2006 führte Dr. phil. F.____ eine neuropsychologische Untersuchung durch. Sie hielt fest, es lägen neuropsychologische Funktionsstörungen

vor. Weit im Vordergrund ständen eine reduzierte Aufmerksamkeit und Konzentration, ein verzerrtes Lernen und reduziertes Behalten. Weiter seien deutliche Wortfindungsstörungen, Perseveration und Blockaden beobachtet worden. Die Fehler- und Handlungskontrolle sei erschwert, die kognitive Dauerbelastbarkeit reduziert. Die Befunde wiesen auf eine leichte neuropsychologische Funktionsstörung hin, welche dem Störungsbild nach *Commotio cerebri* entspreche. Eine neuropsychologische Therapie sei angebracht. Es bestehe die Aussicht, in circa einem Jahr eine deutliche Verbesserung zu erreichen. Eine intensive kognitive Beanspruchung sei zur Zeit noch nicht möglich. Der Beschwerdeführer benötige Pausen und Zeit für die Kontrollen. Stark erschwert sei die Leistungsfähigkeit "an der Front", wo nebst den Kommunikationsstörungen auch eine Verunsicherung leistungsmindernd wirke (Urk. 9/ZM32). Im Bericht vom 18. Oktober 2006 hielt Dr. phil. F. ___ fest, der Versicherte stehe bei der Firma G. ___ nach wie vor unter enormem Erfolgsdruck. Das Einteilen der Kräfte sei dem Versicherten fast nicht möglich. Er sei immer wieder völlig erschöpft zur neuropsychologischen Therapie gekommen und habe sich zu wenig Zeit für die Rehabilitation nehmen können. Wegen der Überforderung sei es zu Beschwerden und unter anderem auch zu Schlafstörungen gekommen. Der Versicherte habe die Kraft oft nicht mehr aufgebracht, sich für eine angepasste Arbeitseinteilung zu wehren (Urk. 9/ZM41).

3.1.4.4 Vom 18. Februar bis zum 23. März 2007 hielt sich der Beschwerdeführer zur Neurorehabilitation in der Klinik H. ___ auf. Im zusammenfassenden Bericht vom 29. März 2007 wurden die Diagnosen eines Status nach *Commotio cerebri*, einer reaktiven Depression und des Verdachts auf eine Somatisierungsstörung aufgeführt. Im Bereich höherer kognitiver Funktionen habe der Beschwerdeführer keine Defizite gezeigt, so dass er den inhaltlichen Anforderungen seiner bisherigen aber grundsätzlich auch anderen Arbeiten gewachsen sein sollte. Die Fehlerquote sei sehr schwankend gewesen, oftmals aber deutlich erhöht. Es habe sich dabei in der Regel um aufmerksamkeitsbedingte Fehler gehandelt, die dadurch beeinflussbar gewesen seien, dass zur wenigstens vorübergehenden Entlastung der Arbeitsprozess besser strukturiert worden sei. Es sei wichtig, dass der Beschwerdeführer nur ein Pensum annehme, das er auch wirklich in der vereinbarten Zeit bewältigen könne. Voraussichtlich müsse die Diskrepanz zwischen Selbstanspruch und aktuell verminderter Leistungsfähigkeit psychologisch aufgefangen werden. Der Beschwerdeführer sei mit einer 60%igen Arbeitsfähigkeit aus der Klinik ausgetreten. Die tägliche Präsenz am Arbeitsplatz sollte gleichmässig auf die Fünftagewoche verteilt und gegebenenfalls von aussen supervidiert werden. Einer sukzessiven Steigerung der täglichen Präsenz sollten Standortgespräche und Zielvereinbarungen vorausgehen, um die jeweiligen Steigerungsschritte inhaltlich, vom Arbeitsverhalten sowie auch von der Präsenz am Arbeitsplatz her im Vorfeld zu vereinbaren. Die Schmerzen im Nackenbereich hätten bis auf ein Minimum reduziert werden können. Sie seien noch nach grosser Anstrengung aufgetreten, hätten aber gelöst werden können. Gelegentlich sei ein Schwindelgefühl aufgetreten, welches aber nur durch sehr schnelle Bewegungen ausgelöst worden sei. Das Gleichheitsgefühl sei nicht mehr vorhanden gewesen. Tischtennis und Federball habe der Beschwerdeführer gut 45 Minuten bei grosser Belastung spielen können (Urk. 9/ZM56).

Im klinisch-psychologischen/neuropsychologischen Bericht vom 20. März 2007 wurde festgehalten, es habe sich beim Eintritt eine mittelschwere

Beeinträchtigung der freien Abrufleistung bei figuralem Material gezeigt. Für die Abrufleistung des verbalen Materials sei eine leichte Beeinträchtigung deutlich geworden. Es habe keine Anhaltspunkte für eine Simulation gegeben. Der Versicherte habe jedoch im HADS(Hospital Anxiety and Depression Scale)-Fragebogen erhöhte Angst- und Depressionswerte gehabt und habe insgesamt einen stark angespannten Eindruck gemacht. Vor dem Austritt sei der Versicherte weniger depressiv erschienen. Während des Aufenthaltes habe er mit mehr Abstand auf seine bisherige Herangehensweise vor allem im beruflichen Alltag blicken und bestimmte kritische Verhaltensweisen für sich erkennen können. In der abschliessenden neuropsychologischen Testung seien lediglich noch leicht erhöhte Werte im HADS-Fragebogen sichtbar gewesen, welche für eine depressiv getragene Stimmungslage gesprochen hätten. Alle weiteren kognitiven Leistungen seien nicht mehr auffällig gewesen. Zusammenfassend könnten die zu Beginn des Aufenthaltes vorhandenen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen auf eine depressive Symptomatik zurückgeführt werden. Daneben habe das Persönlichkeitsbild des Versicherten eine anankastische Ausprägung mit starker Leistungsorientierung gezeigt (Urk. 9/ZM50 S. 1 und S. 4 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus dem Austrittsbericht der Berufstherapie vom 20. März 2007 geht sodann hervor, es hätten sich keine Hinweise auf Einschränkungen im Bereich höherer kognitiver Funktionen gezeigt, so dass der Versicherte den inhaltlichen Anforderungen seiner bisherigen Arbeit aber grundsätzlich auch anderen Arbeiten gewachsen sein sollte. Die Fehlerquote sei im Verlauf (gegen Ende des Aufenthaltes jedoch deutlich geringer) schwankend gewesen. Die Fehler seien aber nicht zwingend im Zusammenhang mit der subjektiv geschilderten Tagesform und auch nicht im Zusammenhang mit der Dauer der konzentrativen Belastung gestanden. Diese aufmerksamkeitsbedingten Defizite könnten daher in einem Zusammenhang mit dem psychischen Befinden interpretiert werden (Urk. 9/ZM49 S. 3 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich wurde im Austrittsbericht Physiotherapie der Klinik H. ____ vom 2. April 2007 aufgeführt, die Schmerzen im Nackenbereich hätten bis auf ein Minimum reduziert werden können. Sie träten noch nach fordernden Arbeiten am Computer und nach längeren Sportaktivitäten auf, könnten aber durch leichte Übungen gelöst werden. Gelegentlich trete noch ein Schwindelgefühl auf, welches aber nur durch sehr schnelle Bewegungen ausgelöst werde. Das Schwindelgefühl sei nicht mehr aufgetreten. Der Versicherte fühle sich nach sportlicher Betätigung (Tischtennis, Biken und so weiter) freier und ausgeglichener. Tischtennis- und Federballspielen könne er gut 45 Minuten bei grosser Belastung. Im Verlauf des Aufenthaltes in der Klinik H. ____ habe der Versicherte seine Trainingsleistungen deutlich steigern können. Des Weiteren sei die Schwimmtechnik angepasst und die Crawl Technik erlernt worden. Damit sei es dem Versicherten möglich, wieder länger zu schwimmen, ohne eine übermässige Beschwerdezunahme zu provozieren. In Rückenlage habe er auf dem Wasser gut entspannen können (Urk. 9/ZM53).

3.1.5Ä Ä Dr. I. ____ ging in seinem Bericht vom 16. November 2007 ohne das den Unfallvorgang betreffende Video gesehen zu haben von einem Unfallgeschehen mit mehreren Salti und Kopfanprall aus. Er hielt sodann fest, beim Motorradunfall habe sich eine Contusio cerebri mit Dezelerationstrauma der Halswirbelsäule ereignet. Das Ausmass des Schädelhirntraumas sei zweifellos unterschätzt worden. Dem Unfallmechanismus gemäss gehe die Diagnose über eine akuten Comotio

cerebri hinaus. Eine leichte traumatische Hirnschädigung liege vor und erkläre die neuropsychologischen Defizite. Im Verlauf sei aber eine wesentliche Besserung eingetreten, was bei derartigen Schädelhirnverletzungen nicht ungewöhnlich sei, zumal die Einstellung des Unfallopfers sehr positiv sei. Es fände sich keine organische Abnormität. Auch im MRI hätten sich keine Zeichen einer persistierenden traumatischen Schädigung finden lassen können. Die Herdbefunde im EEG könnten noch funktionellen Störungen entsprechen, eine Normalisierung sei anzunehmen. Die Symptomatik entspreche am Ehesten einer fronto-basalen Ausfallfunktion. Die bisherige Unterbrechung der Arbeit sei einführbar. Ein voller Arbeitseinsatz sei ab November 2007 vorgesehen, eine weitere Behandlung sei nicht erforderlich (Urk. 9/ZM62, vgl. auch den Bericht vom 14. November 2007, Urk. 9/ZM63). Im Bericht vom 15. November 2007 hatte Dr. I. ___ in Bezug auf die neurologischen Befunde festgehalten, die Hirnnerven seien unauffällig, die Okulomotorik sei in Ordnung, es liege eine seitengleiche Optokinetik vor. Das Gehör sei kursorisch geprüft worden. Es sei seitengleich und unauffällig. Die Eigenreflexe seien mittellebhaft, es lägen keine pathologischen Pyramidenzeichen vor. Die Motorik, Feinmotorik, Koordination und Sensibilität seien in allen Qualitäten in Ordnung (Urk. 9/ZM61). Im MRI des Schädels vom 14. November 2007 habe sich ein normales, dem Alter entsprechendes Cerebrum ohne Nachweis einer intra- oder extracerebralen traumatischen Läsion gezeigt. An der HWS habe eine minimale Diskusprotrusion C5/6 (gemäss dem Bericht von Dr. I. ___ vom 16. November 2007: C6/7 [Urk. 9/ZM62 S. 3]) links ohne Wurzel- oder Rückenmarkskompression beziehungsweise im Wesentlichen altersentsprechend unauffällige Verhältnisse vorgelegen (Urk. 9/ZM59). Weiter ergab das EEG eine normale Hirnstromkurve mit spontanen Vigilanzschwankungen sowie einen diskreten Herdbefund frontal beidseits rechtsbetont. Die Click-evozierten gemittelten Hirnstammpotentiale seien unauffällig und die Laufzeiten im Normbereich gewesen (Urk. 9/ZM60).

3.1.6. Der Versicherte begab sich ab dem 8. August 2007 bei Dr. phil. M. ___ in psychotherapeutische Behandlung. Dieser diagnostizierte einen Status nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma am 21. Mai 2005 mit leichter reaktiver Depression. Der Beschwerdeführer sei sehr erschöpft gewesen (berufliche Anforderung) und habe leicht depressiv (bedrückt, pessimistisch) reagiert. Die Psychotherapie sei äusserst produktiv gewesen, der psychische Zustand des Versicherten habe sich verbessert. Er leide jedoch immer noch an den Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen (Urk. 9/ZM64).

3.1.7. Im Versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 30. Januar 2009 hielt Dr. J. ___ fest, es liege keine psychische Störung von Krankheitswert vor. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen subjektiven Beschwerden und objektivierbaren Symptomen und Einschränkungen. Zudem würden ausschliesslich unfallfremde Faktoren wirken. Es könne aber angenommen werden, dass neurologische postcommotionelle und physische Beschwerden unmittelbar nach dem Unfall bestanden hätten, welche Wochen bis wenige Monate danach Befindlichkeit und Leistungsfähigkeit eingeschränkt hätten. Aufgrund der neurologischen, neuropsychologischen, rheumatologischen, radiologischen, rehabilitativmedizinischen und psychologischen Berichte dürfte ein interdisziplinäres Gutachten keine neuen Erkenntnisse bringen (Urk. 9/ZM65 S. 22 ff.).

3.2. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1) sind keine organischen Unfallfolgen des Unfalls vom 21. Mai 2005 ausgewiesen (vgl. auch

Erwagung 2.2 und 2.3). Denn strukturelle traumatische Läsionen konnten nie nachgewiesen werden (Urk. 9/ZM3, Urk. 9/ZM7, Urk. 9/ZM59). Auch ergaben die neurologischen Untersuchungen einen normalen Status (Urk. 9/ZM1, Urk. 9/ZM3, Urk. 9/ZM12 S. 2, Urk. 9/ZM56 S. 4, Urk. 9/ZM61).

 In Bezug auf die geltend gemachten neuropsychologischen Defizite ist festzuhalten, dass, auch wenn von einer mittels neuropsychologischer Testung objektivierten leichten neurologischen Funktionsstörung (Urk. 9/ZM32 S. 3) auszugehen wäre, diese mangels Bestätigung durch apparative / bildgebende Abklärungen trotzdem als organisch nicht objektiv fassbar zu bezeichnen wäre (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_33/2008 vom 20. August 2008, E. 5.1 sowie U 75/07 vom 23. Oktober 2007, E. 4.2.1; vgl. auch BGE 119 V 335 E. 2b.bb). Weiter genügt gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts beziehungsweise des Eidgenössischen Versicherungsgerichts die elektroenzephalografische Untersuchung vom 6. November 2007, welche bei normaler Hirnstromkurve mit spontanen Vigilanzschwankungen einen diskreten Herdbefund frontal beidseits rechtsbetont zeigte (Urk. 9/ZM60), - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 6) - nicht für die Annahme einer Schädigung des Gehirns im Sinne einer strukturellen unfallbedingten Änderung (Urteil des Bundesgerichts 8C_890/2010 vom 28. März 2011, E. 3.2 und des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 444/05 vom 6. November 2006, E. 5.1). Damit erübrigt sich eine vertiefte Auseinandersetzung mit erwähnter Diagnose.

 Zusammengefasst ist damit festzuhalten, dass der Beschwerdefhrer zum Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 19. Januar 2010 respektive der Einstellung der Leistungen per 1. April 2008 an Konzentrationsschwierigkeiten, einer reduzierten Belastbarkeit und Kopfschmerzen litt (vgl. Urk. 1 S. 3), wobei diesen Beschwerden keine organischen Unfallfolgen zugrunde lagen.

3.3 Ob der Beschwerdefhrer anlässlich des Unfalls vom 21. Mai 2005 - angesichts der von Dr. I. ___ diagnostizierten Contusio cerebri mit Dezelerationstrauma der Halswirbelsäule beziehungsweise der leichten traumatischen Hirnschädigung (Urk. 9/ZM62 S. 2 f.) - ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung erlitt, kann vorliegend offen gelassen werden. Denn die Beschwerde ist - auch wenn von der natürlichen Kausalität der oben erwähnten Beeinträchtigungen auszugehen wäre - mangels Erfüllens der Adäquanzkriterien gemäss BGE 117 V 366 abzuweisen (vgl. E. 4.2 und E. 4.3).

 Festzuhalten ist sodann, dass weder der Beschwerdefhrer noch die involvierten Ärzte weitere, wissenschaftlich anerkannte Heilbehandlungen nannten, die eine namhafte, ins Gewicht fallende Besserung des Gesundheitszustandes erwarten liessen, weshalb die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges erfolgen kann (BGE 134 V 109 E. 4.3).

 Schliesslich ist zu erwähnen, dass die Zürich - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - nicht lediglich Abklärungen in Bezug auf etwaige psychische Beschwerden vornehmen liess. Vielmehr veranlasste beziehungsweise übernahm sie zuerst die neuropsychologischen und neurologischen Untersuchungen (vgl. Urk. 9/ZM13, Urk. 9/ZM32, Urk. 9/ZM49-56, Urk. 9/ZM59-62). Da sich aus den entsprechenden Berichten immer wieder und übereinstimmend Hinweise auf eine mögliche Mitwirkung psychischer Faktoren ergaben, liess sie schliesslich eine

psychiatrische Begutachtung durchführen (Urk. 9/ZM65). Dies ist nicht zu beanstanden. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass selbst Dr. phil. F. ____, auf deren Beurteilung sich der Beschwerdeführer ansonsten beruft, in ihrem Verlaufsbericht vom 18. Oktober 2006 festhielt, dass sich der Beschwerdeführer am Arbeitsplatz überfordert habe, womit der Rehabilitationsverlauf stark erschwert worden sei (Urk. 9/ZM41). Angesichts der oben erwähnten umfassenden somatischen und psychiatrischen Abklärungen, sind sodann keine weiteren und keine interdisziplinären Abklärungen vorzunehmen. Denn es ist nicht anzunehmen, dass weitere Abklärungen zu einer davon abweichenden Einschätzung führen würden (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 122 V 157 E. 1d).

4.4.4.4.4

4.1.4.4.4 Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfallige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch Folgen des Unfalls oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können (BGE 134 V 109 E. 10.1; Urteil des Bundesgerichts U 2/07 vom 19. November 2007 E. 5.3.1).

4.4.4.4.4 Der Unfall ist - in Anbetracht der Darstellung des Unfallhergangs (Urk. 9/Z1, Urk. 9/Z5, Urk. 9/Z29 S. 1), der Videoaufnahme (Urk. 3/3) sowie unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_949/2008 vom 4. Mai 2009, E. 4.1 mit zahlreichen Hinweisen) - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 7) - als mittelschwer einzustufen. Denn das Eidgenössische Versicherungsgericht qualifizierte selbst einen Fall, in welchem der Lenker eines Lieferwagens beim Überqueren der Strasse die mit einer Geschwindigkeit von 40 bis 50 km/h herannahende Motorradfahrerin übersah, die linke Vorderseite des Motorrads rammte, wodurch dieses umgestossen wurde, unter die Fahrzeugfront des Lieferwagens geriet und samt Lenkerin rund 9,3 m weit in eine Nebenstrasse geschoben wurde, als mittelschweren Unfall (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 88/01 vom 24. Dezember 2002, E. 3.3.2). Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre daher zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder mehrere der zu berücksichtigenden Kriterien gegeben sind.

4.2.4.4.4

4.2.1.4.4 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann weder von besonders dramatischen Begleitumständen noch von besonderer Eindringlichkeit des Unfalls gesprochen werden. Dabei ist zu beachten, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindringlichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Denn die Unfälle, welchen das Bundesgericht eine besondere Eindringlichkeit zusprach (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_949/2008 vom 4. Mai 2009, E. 4.2.1 mit zahlreichen Hinweisen), zeichnen sich durch eine besondere Eindringlichkeit und Intensität aus. So handelt es sich um Massenkarambolagen auf der Autobahn oder in einem Autobahntunnel, um ein längeres Herschieben durch einen Sattelschlepper oder um ein in der 29. Woche schwangeres Unfallopfer. Damit ist das Ereignis eines Motorradunfalls während eines Motorradtrainings in einer grösseren Gruppe Motorradfahrer nicht zu vergleichen. Denn die Teilnehmer eines derartigen Motorradtrainings müssen damit rechnen, jederzeit von links und rechts und ohne

Einhaltung grÄsserer Sicherheitsabstände Äberholt zu werden. Aufgrund dieser Erkenntnis ist davon auszugehen, dass mit einer erhÄhhten Konzentration und auch unter Einkalkulierung eines gewissen Unfallrisikos gefahren wird. Damit fehlt es beim Unfall vom 21. Mai 2005 im Gegensatz zu den im Urteil des Bundesgerichts vom 4. Mai 2009 erwÄhhten UnfÄllen (vgl. vorne) an der erforderlichen EindrÄcklichkeit und den dramatischen BegleitumstÄnden.

4.2.2Ä Ä Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung wird sodann mit der diagnostizierten Contusio cerebri mit Dezelerationstrauma der HalswirbelsÄule, der Grundphalanxfraktur des Fingers V rechts und der Kontusion der rechten Mandibula (vgl. Urk. 9/ZM3, Urk. 9/ZM7, Urk. 9/ZM62 S. 2 f.) nicht erfÄhht. Dabei ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass der BeschwerdefÄhrer das Spital in L.____ spÄtestens am 23. Mai 2005 mit lediglich einem Analgetikum verlassen konnte (vgl. Urk. 9/ZM1, Urk. 9/ZM3). Zwar erfolgte die Entlassung aus dem Spital wegen versicherungstechnischer Unklarheiten mÄglicherweise verfrÄhht (Urk. 9/Z29 S. 5). Der BeschwerdefÄhrer wurde indessen von seinem Hausarzt nach der Konsultation am 23. Mai 2005 nicht erneut in stationÄre Spitalpflege Äberwiesen. Vielmehr erfolgten lediglich ambulante Untersuchungen und Behandlungen am Spital C.____ (Urk. 9/ZM5, Urk. 9/ZM7).

4.2.3Ä Ä Weiter musste sich der BeschwerdefÄhrer nach dem Unfall keinen fortgesetzt spezifischen, belastenden Ärztlichen Behandlungen bis zum Fallabschluss unterziehen. So wurden ihm vor allem passive Behandlungen verschrieben (Physiotherapie, Neuraltherapie, Akupunktur, Kraniosakraltherapie, Osteopathie, vgl. Urk. 9/ZM23 S. 1 f., Urk. 9/Z39, Urk. 9/Z49). Zwar fÄhrte der BeschwerdefÄhrer eine neuropsychologische Therapie durch (Urk. 9/ZM41) und engagierte sich wÄhrend der Rehabilitation in der Klinik H.____. Diese Therapien kÄnnen jedoch nicht als belastend bezeichnet werden. Ferner dienten die bis zum Fallabschluss vorgenommenen medizinischen Untersuchungen sodann grÄsstenteils lediglich der AbklÄrung.

4.2.4Ä Ä DafÄhr, dass eine Ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, stattgefunden hat, fehlen jegliche Hinweise. In Bezug auf die Kriterien des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen ist ferner festzuhalten, dass von der Ärztlichen Behandlung und den geltend gemachten Beschwerden nicht auf einen schwierigen Heilungsverlauf und/oder erhebliche Komplikationen geschlossen werden darf. Denn es bedarf hierfÄhr besonderer GrÄnde, welche die Heilung beeintrÄchtigt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_915/2008 vom 11. September 2009, E. 5.5). Da solche nicht ersichtlich sind, ist das Kriterium zu verneinen.

4.2.5Ä Ä Was schliesslich das Kriterium der ArbeitsunfÄhigkeit anbelangt, ist festzuhalten, dass sich der BeschwerdefÄhrer bereits nach kurzer Zeit bemÄhht hat, die Arbeit im bisherigen Ausmass wieder aufzunehmen, er entsprechende Therapien durchfÄhrte und sich dabei nicht schonte (vgl. Urk. 9/ZM41, Urk. 9/ZM49-56). DemgegenÄber hielt die Neuropsychologin Dr. phil. F.____ bereits am 24. Mai 2006 fest, eine deutliche Verbesserung der neuropsychologischen Defizite werde circa in einem Jahr eintreten (Urk. 9/ZM32 S. 4). Zudem wurde ihm ab Dezember 2007 Ärztlicherseits keine ArbeitsunfÄhigkeit mehr attestiert (Urk. 9/ZM63). Das Kriterium ist daher in leichtem Ausmass erfÄhht.

4.2.6. Adäquanzrelevant können sodann nur in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche der Versicherte durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (vgl. BGE 134 V 109 E. 10.2.4). Dieses Kriterium kann in Anbetracht der geklagten Beschwerden grundsätzlich als erfüllt angesehen werden. Dies aber weder auffallend noch in besonders ausgeprägter Form, da die Beschwerden weder intensive und einschneidende Therapiephasen und Massnahmen noch wiederholte Rehabilitationsaufenthalte nötig machten. Ausserdem bestatigte Dr. I. ___ eine grundsätzliche 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/ZM63). Es ist daher davon auszugehen, dass die noch geklagten Beeinträchtigungen eine Erwerbstätigkeit ohne Weiteres zulassen.

4.3. Zusammenfassend sind höchstens zwei der sieben Kriterien erfüllt, jedoch nicht in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise. Dies reicht zur Adäquanzbejahung praxisgemäss nicht aus (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_252/2007 vom 16. Mai 2008, E. 8 und 8C_370/2007 vom 26. Juni 2008, E. 5.5).

Damit kommt dem Unfall vom 21. Mai 2005 keine rechtlich massgebende Bedeutung für die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden zu. Die Zürich hat daher hierfür keine Versicherungsleistungen zu erbringen. Damit erbringen sich auch weitere Ausführungen zu einem Rentenanspruch und zum Anspruch auf eine Integritätsentschädigung.

Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

- Die Beschwerde wird abgewiesen.
- Das Verfahren ist kostenlos.
- Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Luzius Hafén
 - Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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