

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00389 vom 26. September 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-09-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00389

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00389 du 26 septembre 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00389 del 26 settembre 2006

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin begründete im angefochtenen Einspracheentscheid die Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Mai 2005 im Wesentlichen damit, dass das Vorliegen eines Schädelhirntraumas, eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule oder einer äquivalenten Verletzung aufgrund der Akten nicht als erstellt betrachtet werden könne. Es sei zudem davon auszugehen, dass die psychischen Beschwerden während des ganzen Verlaufs, und schon kurz nach dem Unfall ganz im Vordergrund gestanden hätten. Somit sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den geklagten (nicht objektivierbaren) Beschwerden und dem Unfall vom 26. Juli 2004 in Anwendung der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) zu präzisieren. Angesichts dessen, dass es sich beim Unfallereignis vom 26. Juli 2004 höchstens um einen mittelschweren Unfall an der Grenze zu den leichten Unfällen gehandelt habe, und unter Berücksichtigung der von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien sei die Adäquanz zu verneinen, weshalb die Frage der natürlichen Kausalität offen bleiben könne.

E. 2.2

Demgegenüber liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend machen, dass er nach wie vor an Unfallfolgen leide und die behandelnden Ärzte ihn als unfallbedingt 100 % arbeitsunfähig erachteten, was aus den Einträgen im Unfallschein hervorgehe. Der Beschwerdeführer habe am 26. Juli 2004 ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule beziehungsweise eine äquivalente Verletzung erlitten. Dies sei in den Akten mehrfach ausgewiesen. Die gegenteilige Behauptung der Beschwerdeführerin sei aktenwidrig. Weiter sei zu berücksichtigen, dass beim Unfall vom 26. Juli 2004 tatsächlich Todesgefahr bestanden habe. Zudem sei es die Beschwerdeführerin unterlassen habe, bei den behandelnden Ärzten, Dr. H. ____, Dr. G. ____ und Dr. D. ____, Berichte einzuholen. Auch liess sie keine neuropsychologischen Abklärungen zur diagnostizierten Contusio capitis vor. Allein aufgrund der Unvollständigkeit der Abklärungen sei eine Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids und eine Rückweisung der Sache an die Beschwerdeführerin angezeigt. Auch bezüglich Einordnung des Unfalles könne der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden. Es habe sich um ein schweres Unfallereignis gehandelt. Im Eventualfall sei mit Sicherheit von einem im obersten Rahmen liegenden mittelschweren Unfall auszugehen. In jedem Fall sei die Adäquanz zu bejahen.

E. 3

3.1. Strittig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen zu Recht per 31. Mai 2005 einstellte, weil zu diesem Zeitpunkt beim Beschwerdeführer keine auf einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 26. Juli 2004 zurückzuführenden Gesundheitsbeeinträchtigungen mehr vorgelegen hätten. In diesem Zusammenhang ist auch umstritten, ob die Beschwerdegegnerin die Adäquanzprüfung zu Recht unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall vorgenommen hat, da der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 26. Juli 2004 kein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, kein Schädelhirntrauma und auch keine äquivalente Verletzung erlitten habe beziehungsweise von einer psychischen Überlagerung des Beschwerdebilds auszugehen sei.

3.2. Dr. med. H. ____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Rheumatologie, von der Klinik C. ____, diagnostizierte in seinem Bericht vom 12. Oktober (Urk. 8/3) einen Unfall mit Kontusion (26. Juli 2004), eine Periarthropathie am oberen Sprunggelenk rechts und Vorfussschmerz, ein cervicocephales und thorakospondylogenes Syndrom rechts bei einer Kontusion der Thoraxwand rechts mit Kopfaufprall, ein leichtes chronisches Lumbovertebralsyndrom bei einer Fehlförmigkeit der Wirbelsäule sowie ein posttraumatisches Syndrom. Der Beschwerdeführer klagt unter anderem über starke Schmerzen im HWS-Bereich und Kopfschmerzen.

Dr. B. ____, äußerte sich in seinem Bericht vom 15. Oktober 2004 (Urk. 8/2) dahingehend, dass sich der Beschwerdeführer am 26. Juli 2004 Kontusionen am Kopf (rechts), am rechten Thorax, am rechten Ellbogen und auch rechten Fuss zugezogen habe.

Dr. D. ____, äußerte in seinem Schreiben vom 16. Oktober 2004 (Urk. 8/6) aus, dass der Beschwerdeführer nach einer Kopfverletzung an verschiedenen Beschwerden (Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Flimmern vor den Augen, affektive Labilität) leide.

Kreisarzt Dr. E. ____, hielt in seinem Bericht vom 20. Oktober 2004 (Urk. 8/7) fest, dass der Beschwerdeführer über Kopfschmerzen, Schwindel, Vergesslichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Augensymptome mit Flimmern klagt. Die genauen Umstände des Unfalles seien ihm (dem Kreisarzt) bis heute klar (gemeint wohl: unklar), weshalb der Sachverhalt vom Aussendienst aufgenommen werden sollte. Die genannten Symptome könnten mit dem Unfallereignis nicht erklärt und medizinisch auch nicht verifiziert werden. Allein die somatischen Befunde mit erheblicher Schmerzangabe und klinisch einigen Befunden auf der rechten Seite, vor allem im Bereich der oberen Wirbelsäule (HWS/BWS) und im Bereich des rechten Vorfußes mit massiver Druckdolenz, und der lange Verlauf, inklusive psychiatrischer Behandlungen, machten die Situation verworren. Der Rehabilitationsverlauf sei eindeutig verzögert, so dass unbedingt eine stationäre Standortbestimmung und Rehabilitation angezeigt sei.

Dr. phil. N. ____, Fachpsychologin für klinische Psychologie und Psychotherapie FSP, und der Leitende Arzt Dr. med. K. ____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, von der Rehabilitationsklinik F. ____, diagnostizierten in ihrem Bericht (psychosomatisches Konsilium) vom 1. September 2004 (Urk. 8/13) Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung nach traumatisierendem Unfallereignis (ICD-10: F43.1) bei vorbestehender psychosozialer Belastung (kranke

Ehefrau, Verlusterlebnisse). Der Beschwerdeführer habe über Schmerzen im Hinterkopf und Nacken sowie in der rechten Schulter geklagt. Die Fussbeschwerden seien inzwischen besser geworden. Nachts schlafe er schlecht. Weiter klage er über ein Herzstechen, Sehschwierigkeiten beim Lesen, Schwitzen, Nervosität, Zittern, Aggressivität im Umgang mit anderen Menschen und ein verschlechtertes Gedächtnis. Der Beschwerdeführer sei schon vor dem Unfall psychosozial belastet gewesen durch Verlusterlebnisse im Jugoslawien-Krieg, das Scheitern seiner ersten Ehe, geringe Kontinuität im beruflichen Curriculum (Temporärstellen mit Phasen von Arbeitslosigkeit) sowie durch die Krankheit seiner kriegstraumatisierten und verunfallten zweiten Ehefrau. Entsprechend habe es schon vor dem Unfall Hinweise für eine psychische Destabilisierung mit veränderter Stimmungslage im Sinne einer Dysthymie sowie einer diskreten Somatisierungstendenz (in Form häufiger Kopfschmerzen) gegeben. Eine erhebliche Verunsicherung sei im letzten Jahr auch durch eine unklare Explosion in der Wohnung hervorgerufen worden. Im Anschluss an das subjektiv stark traumatisierende Unfallereignis vom 26. Juli 2004 habe der für psychische Affektionen vulnerable Patient Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Intrusionen (Unfallträume, bildhafte Nachhallen), Vermeidungsverhalten (Angst vor Kränen, Baustellen) sowie einem Hyperarousal (Schreckhaftigkeit, Nervosität, Handschweiss, kognitive Schwächen) entwickelt. Hinzu komme eine Somatisierungstendenz mit persistierender Schmerzhaftigkeit, Herzstechen und Verschwommensehen. Psychodynamisch sei auch eine gewisse Opferrollenproblematik von Relevanz, weil sich der Beschwerdeführer als unschuldiges Opfer von Hektik und Organisationsdefiziten am Arbeitsplatz fühle und sich auch juristische Schritte gegen den Arbeitgeber überlege.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Oberassistentärztin Dr. med. L. ___ und Dr. med. M. ___, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin, von der Rehabilitationsklinik F. ___ erhoben in ihrem Austrittsbericht vom 28. Dezember 2004 (Urk. 8/14) folgende Diagnosen:

1. Ä Ä Ä Zerviko-thorakales Schmerzsyndrom

2. Ä Ä Ä Symptome einer PTBS nach traumatisierendem Unfallereignis (ICD-10: F43.1) bei vorbestehender psychosozialer Belastung (kranke Ehefrau, Verlusterlebnisse)

3. Ä Ä Ä Belastungsabhängige Fusschmerzen rechts im Bereich des MT V bei Status nach traumatisierter Fraktur 1996 (konservativ behandelt) und Retraumatisierung beim Unfall vom 26.07.2004

4. Ä Ä Ä Extensionsdefizit und leichte Ulnardeviation im PIP Dig. V rechts seit dem Unfall vom 26.07.2004, DD: Bandläsion

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dem Beschwerdeführer seien medizinisch-theoretisch - so Dr. L. ___ und Dr. M. ___ weiter - bis mittelschwere Tätigkeiten ohne zeitliche Limitierung zumutbar. Etwa fünf Monate nach dem Arbeitsunfall mit multiplen Kontusionen (Kopf und Thorax rechts, Ellbogen und Fuss rechts) bestehe heute ein unter stationärer Physiotherapie nicht wesentlich regredientes zerviko-thorakales Schmerzsyndrom mit muskulärer Dysbalance der Schultergürtelmuskulatur rechtsbetont. Der therapeutische Zugang sei schmerzbedingt erschwert gewesen. Zudem bestehe auch eine allgemeine Dekonditionierung. Im Vordergrund habe aber während der gesamten stationären Rehabilitation die psychische Problematik gestanden mit Angst und deprimierten Gefühlen sowie mangelnden Zukunftsperspektiven. Schmerzbedingt ergebe sich eine

verminderte HWS- und BWS-Belastbarkeit.

Dr. G. gab bezüglich der Resultate der von ihm durchgeführten computertomographischen Untersuchungen vom 18. und 19. Januar 2005 folgende Beurteilungen ab (Urk. 8/18): Die Aufnahmen des Schädels der Felsenbeine zeigten einen normalen intracerebralen Befund, keine Hinweise auf eine Läsion im Bereich der Felsenbeine und des Kleinhirnbrückenwinkels. Das Computertomogramm des cervico-cranialen Übergangs zeige eine Densdezentrierung nach rechts. Ansonsten seien die anatomischen Verhältnisse der Kopf Gelenke normal. Es seien keine Fehlstellungen ersichtlich. Die Aufnahmen der Halswirbelsäule hätten minimalste Protrusionen C3/4, C4/5 und C5/6 ohne signifikante Eindellung des Subarachnoidalraums gezeigt. An C7 lägen beidseits artikulierende Halsrippen vor. Es gebe keine Hinweise auf eine neurale Kompression. Als Nebenbefund sei eine Verknöcherung des Ligamentum nuchae zu erheben.

Dr. M. Äusserte sich am 4. März 2005 dahingehend, dass zervikothorakal subjektive Beschwerden vorlägen, die zur Zeit noch eine gewisse Einschränkung für den Einsatz bei schwerer Tätigkeit bedeuteten. Objektiv radiologisch hätten aber keine Unfallfolgen dargestellt werden können. Zu berücksichtigenden seien die vom Psychiater festgehaltenen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (Urk. 8/22).

Dr. G. diagnostizierte in seinem Bericht vom 13. April 2005 (Urk. 8/27) eine Contusio capitis/cervicalis, neurovegetative Symptome und eine wahrscheinliche posttraumatische Belastungsstörung. Der Beschwerdeführer könne seine Arbeit als Bauarbeiter nicht wieder aufnehmen; er solle sich eine leichte Arbeit ohne Lastenheben suchen.

E. 3.3

3.3.1 Die Beschwerdegegnerin befragte im Rahmen des vorinstanzlichen Verfahrens verschiedene Arbeitskollegen und Vorgesetzte des Beschwerdeführers zum Unfallhergang (vgl. Urk. 8/24-25). Die Aussagen dieser Personen erweisen sich jedoch im vorliegenden Zusammenhang als weitgehend unergiebig, denn keiner der Befragten konnte den eigentlichen Unfall beobachten. Auch der am Unfall beteiligte Kranführer konnte nicht sagen, ob der Beschwerdeführer vom am Kran hängenden Korb (der kleineren Mulde) getroffen wurde oder nicht. Er halte es zwar möglich, dass der Beschwerdeführer getroffen worden sei, weil der Korb gezittert habe; gesehen habe er es aber nicht. Es kann auf die Aussagen des Kranführers, der den eigentlichen Unfallhergang nach eigenen Angaben im Einzelnen nicht gesehen hat, aber dennoch von einem eher leichten Unfall ausging, nicht abgestellt werden.

Im vorliegenden Fall sind keine Gründe ersichtlich, weshalb an der Aussage des Beschwerdeführers vom 5. November 2004 (Urk. 8/11) zum Unfallhergang gezweifelt werden sollte. Der Beschwerdeführer schilderte auf Befragen durch die Beschwerdegegnerin detailliert und widerspruchsfrei den Unfall vom 26. Juli 2004. Im Wesentlichen machte er zusammengefasst folgende Angaben: Der Kranführer habe eine kleine Mulde heben wollen, die sich in einer grösseren Mulde befunden habe. Er sei in der grossen Mulde gestanden und habe versucht, die kleine Mulde, die verklemmt gewesen sei, mittels eines sogenannten Kangohammers zu lösen. Als der Kran die kleine Mulde angehoben habe, sei sie in eine Schräglage geraten und habe ihn am rechten Fuss

getroffen. Er sei in der grossen Mulde umgefallen. Dabei habe ihn die kleine Mulde, die am Kran gehangen habe, in der Mitte des rechten Oberkärpers, im rechten Schulterbereich und an der rechten Kopfseite getroffen. Sein rechter Fuss habe sich nun unter der kleinen Mulde befunden. Der Kranführer habe die kleine Mulde immer noch am Seil gezogen, und er sei mitgeschleppt worden. Er habe grosses Glück gehabt, dass die kleine Mulde nicht zurückgeschwungen sei, ansonsten wäre er von ihr erdrückt worden.

Da die Schilderungen des Beschwerdeführers zu den vom erstbehandelnden Arzt, Dr. B., diagnostizierten Kontusionen am rechten Kopf, rechten Thorax, rechten Ellbogen und rechten Fuss passen, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich das Unfallereignis vom 26. Juli 2004 so ereignet hat, wie es vom Beschwerdeführer anlässlich der Befragung vom 5. November 2004 (Urk. 8/11) geschildert wurde. Entgegen den Erwägungen im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2 S. 5) ist der Unfall vom 26. Juli 2004 nicht als höchstens mittelschwer und an der Grenze zu den leichten Unfällen zu qualifizieren. Ausgehend von der Schilderung des Beschwerdeführers muss vielmehr zumindest von einem mittelschweren Unfall im engeren Sinne ausgegangen werden, dem zudem (auch angesichts der Unfalldynamik und der beteiligten Massen) eine gewisse Eindringlichkeit nicht abzusprechen ist.

3.3.2 Aus den oben wiedergegebenen medizinischen Akten ergibt sich, dass beim Beschwerdeführer nach wie vor erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen vorliegen, denen aber offenbar kein organisches Substrat mehr zugrunde liegt. Zu prüfen ist nunmehr, ob die noch vorliegenden Beschwerden auf das Unfallereignis vom 26. Juli 2004 zurückgeführt werden können. Diesbezüglich fällt auf, dass den medizinischen Akten keine ausdrückliche Kausalitätsbeurteilung zu entnehmen ist. Die Aussagen von Kreisarzt Dr. E. sind zwar wohl so zu deuten (vgl. Urk. 8/7), dass er die Unfallkausalität der meisten Beschwerden verneint beziehungsweise bezeichnete er das Unfallereignis als medizinisch nicht erklärbar, wobei aber gerade der Kreisarzt weitere Abklärungen zum (damals unklaren) Unfallhergang forderte. Deshalb kann der impliziten Kausalitätsbeurteilung des Kreisarztes lediglich vorläufiger Charakter zukommen, was sich auch daraus ergibt, dass der Kreisarzt nicht den sofortigen Fallabschluss mangels Kausalität empfahl, sondern eine stationäre Rehabilitation. Schliesslich lässt sich auch aus den Berichten der medizinischen Fachpersonen der Rehabilitationsklinik F. (vgl. Urk. 8/13-14) keine Kausalitätsbeurteilung entnehmen. Aus dem psychosomatischen Konsilium hatte sich zwar ergeben, dass der Beschwerdeführer psychosozial vorbelastet war und dass Hinweise für eine vorbestehende psychische Destabilisierung vorlagen (Urk. 8/13), aber damit ist die Kausalitätsfrage noch nicht beantwortet.

Aufgrund der medizinischen Aktenlage lässt sich nicht ausschliessen, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 26. Juli 2004 ein Schädelhirntrauma oder eine äquivalente Verletzung im Sinne der Erw. 1.3.5 erlitten hat. Dafür sprechen zum einen der Unfallhergang (vgl. Erw. 3.3.1) und zum anderen enthalten auch die medizinischen Akten gewisse Hinweise: Bereits der erstbehandelnde Arzt, Dr. B., hatte unter anderem eine Kontusion am Kopf diagnostiziert (Urk. 8/2). Auch Dr. H. sprach von einem Kopfaufprall (Urk. 8/3). Schliesslich diagnostizierte Dr. G. eine Contusio capitis/cervicalis (Urk. 8/27). Zum anderen ist aber auch zu berücksichtigen, dass die beim Beschwerdeführer von den Ärzten der Rehabilitationsklinik F. unter anderem diagnostizierte posttraumatischen

Belastungsstörung üblicherweise nicht Teil des typischen, sogenannten bunten Beschwerdebildes nach Schleudertraumata der Halswirbelsäule, Schädelhirntraumata oder äquivalenten Verletzungen ist (vgl. dazu oben Erw. 1.2). Somit ist der medizinische Sachverhalt auch hinsichtlich der Frage, ob der Beschwerdeführer tatsächlich ein Schädelhirntrauma oder eine äquivalente Verletzung erlitten hat, abklärungsbedürftig.

3.3.3 Auch soweit sich die Beschwerdegegnerin (eventualiter) auf den Standpunkt stellte, dass letztlich offen bleiben könne, ob der Beschwerdeführer ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, ein Schädelhirntrauma oder eine äquivalente Verletzung erlitten habe, weil die Adäquanz der geklagten Beschwerden ohnehin gemäss der Rechtsprechung bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall (BGE 115 V 133) zu prüfen sei, weil die psychische Problematik bereits früh im Vordergrund gestanden habe und das Beschwerdebild beherrscht habe (Urk. 7 S. 6), kann ihr nicht gefolgt werden.

Dennoch Denn die Behauptung der Beschwerdegegnerin, es liege beim Beschwerdeführer eine ausgeprägte psychische Problematik im Sinne der in Erw. 1.3.6 zitierten Praxis vor, kann durch die vorliegende Aktenlage nicht hinreichend gestützt werden (vgl. zu den Voraussetzungen auch: Peter Jäger, Darstellung und Kritik der neueren Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertrauma der Halswirbelsäule, HAVE 2003 S. 291 ff. mit Hinweisen). Zwar ist ersichtlich, dass beim Beschwerdeführer heute auch psychische Beschwerden vorliegen. Dies ist allerdings nach Schleudertraumata der Halswirbelsäule, Schädelhirntraumata oder äquivalenten Verletzungen nichts Aussergewöhnliches. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Rechtsprechung nach BGE 123 V 99 Erw. 2a (vgl. Erw. 1.3.6 hievore) der Sachverhalt zu Grunde liegt, dass sehr bald nach einem Unfall, gleichsam an diesen anschliessend, die psychische Problematik derart überwiegt, dass die mit dem Schleudertrauma, dem Schädelhirntrauma oder äquivalenten Verletzungen einhergehenden Beeinträchtigungen (so genanntes buntes Beschwerdebild, vgl. BGE 117 V 360 Erw. 4b) völlig in den Hintergrund treten. Da Opfer der genannten Traumata mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Unfall immer häufiger an einer im Vordergrund stehenden psychischen Problematik leiden, würde durch einen Verzicht auf das Erfordernis eines nahen zeitlichen Zusammenhangs zwischen Unfall und deutlich überwiegender psychischer Problematik im Ergebnis die Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der Halswirbelsäule unterlaufen.

Soll die Rechtsprechung gemäss BGE 123 V 99 Erw. 2a in einem späteren Zeitpunkt angewendet werden, ist die Frage, ob die psychische Problematik die übrigen Beschwerden ganz in den Hintergrund treten lässt, nicht auf Grund einer Momentaufnahme zu beantworten. So ist es nicht zulässig, längere Zeit nach einem solchen Unfall, wenn die zum typischen Beschwerdebild gehörenden physischen Symptome weitgehend abgeklungen sind, die psychische Problematik aber fortbesteht, die Adäquanz des Kausalzusammenhangs nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen zu beurteilen, während sie in einem früheren Stadium nach der Schleudertrauma-Praxis beurteilt worden wäre. Vielmehr ist diesfalls zu prüfen, ob im Verlauf der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz

in den Hintergrund getreten sind. Nur wenn dies zutrifft, ist die Adäquanz nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) zu beurteilen (vgl. etwa Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i.S. D. vom 7. Januar 2003, U 326/01, Erw. 2.2).

Die Beschwerdegegnerin stützte ihre Annahme einer psychischen Überlagerung im Wesentlichen auf den folgenden, im Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik F.____ vom 28. Dezember 2004 (wohl nachträglich) gelb markierten Satz (Urk. 8/14 S. 2; vgl. Urk. 2 Erw. 2): «Im Vordergrund stand während der gesamten stationären Rehabilitation die psychische Problematik mit Angst und deprimierten Gefühlen sowie mangelnden Zukunftsperspektiven.» Diese Feststellung legt aber nach dem soeben Ausgeführten für sich alleine noch nicht, um von einer psychischen Überlagerung zu sprechen. Offen ist vielmehr, seit wann der psychische Zustand des Beschwerdeführers problematisch war und welches Ausmass diese Probleme haben. Nicht zu verkennen ist nämlich, dass der Beschwerdeführer durchaus über typische Beschwerden nach Schädelhirntraumata klagte, so etwa Kopfschmerzen, Schwindel, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörung und Sehstörungen sowie Wesensveränderung. Auch insoweit erweist sich die medizinische Aktenlage als zu wenig aussagekräftig. In diesem Zusammenhang liess der Beschwerdeführer zu Recht rügen, dass die Beschwerdegegnerin bei den behandelnden Ärzten (namentlich bei Dr. D.____) keine beziehungsweise nur unzureichende Auskunft eingeholt habe.

3.3.4 Die Sache ist deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie ein verwaltungsunabhängiges polydisziplinäres Gutachten, das - neben der Erhebung von genauen Diagnosen - insbesondere zu den Fragen der natürlichen Kausalität und der psychischen Überlagerung Stellung nimmt, einhole und hernach über ihre Leistungspflicht ab 1. Juni 2005 neu verfäge.

Auf die Einholung eines umfassenden polydisziplinären, namentlich auch psychiatrischen Gutachtens kann vorliegend auch deshalb nicht verzichtet werden, weil (falls die Beschwerden natürlich-kausal sein sollten) der Beantwortung der Frage, ob eine psychische Überlagerung des Beschwerdebilds vorliegt oder nicht, - soweit dies heute schon beantwortet werden kann - streitentscheidende Bedeutung zukommen dürfte.

4. Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Als Obsiegen gilt insoweit auch die Rückweisung an den Versicherungsträger zur weiteren Abklärung (BGE 110 V 57 Erw. 3a). Dies gilt umso mehr, als der Beschwerdeführer ausdrücklich die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin beantragen liess. Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung in der Höhe von Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 1. September 2005 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen ein verwaltungsunabhängiges polydisziplinäres Gutachten einhole und hernach über ihre Leistungspflicht ab 1. Juni 2005 neu verfäge.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung in der Höhe von Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

E. 4

Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Winterthur-ARAG Rechtsschutzversicherungs-Gesellschaft
- Rechtsanwalt Christian Leupi
- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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