



3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

### E. 1.3

1.3.1.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.3.2 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109 ff.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

1.3.3.1 Natürlich unfallkausale psychische Beschwerden nach einem Unfall mit Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule (oder einem äquivalenten Verletzungsmechanismus) dürfen aber nicht unterschiedslos, ohne nähere Betrachtung ihrer Pathogenese, nach den Kriterien gemäss BGE 117 V 359 Erw. 6a S. 366 auf ihre Adäquanz hin überprüft werden. Abweichend ist zum Beispiel zu verfahren, wenn nicht von einem vielschichtigen somatisch-psychischen Beschwerdebild - das heisst von einem komplexen Gesamtbild unfallbedingter psychischer Beschwerden und ebenfalls unfallkausaler organischer Störungen - gesprochen werden kann, das einer Differenzierung kaum zugänglich ist (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 327 Erw. 3 [U 273/99]). In solchen Fällen ist die Prüfung der adäquaten Kausalität unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall gemäss BGE 115 V 133 Erw. 6 S. 138 und 403 Erw. 5 S. 407 vorzunehmen, das heisst, psychische Komponenten bleiben bei der Beurteilung und Gewichtung der einzelnen Kriterien unberücksichtigt. Wenn die zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Schleudertraumas gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zur ausgeprägten psychischen Problematik aber unmittelbar nach dem Unfall ganz in den Hintergrund treten oder die physischen Beschwerden im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben, ist die Prüfung der adäquaten Kausalität praxisgemäss unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall gemäss BGE 115 V 133 ff. vorzunehmen (BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a S. 99; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 [U 164/01]). Ebenfalls nach BGE 115 V 133 vorzugehen ist, wenn bei einer versicherten Person bereits vor dem Unfall psychische Beschwerden vorlagen, die durch das Unfallereignis verstärkt wurden (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 Erw. 3c [U 273/99]).

2. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer ab 1. Dezember 2006 weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat.

Die SUVA hielt im Einspracheentscheid und in der Beschwerdeantwort fest, die geklagten somatischen Beschwerden liessen sich nicht objektivieren. Insbesondere sei es zu keiner richtungsgebenden Verschlechterung vorbestehender degenerativer Veränderungen gekommen. Im Einspracheentscheid verneinte sie die Adäquanz gestützt auf die Schleudertrauma-Rechtsprechung. In der Beschwerdeantwort erachtete sie zwar ein Schleudertrauma als ausgewiesen, dieses aber von psychischen Beschwerden überlagert, weshalb sie die Adäquanz in Anwendung der Praxis gemäss BGE 115 V 133 bestritt (Urk. 2, Urk. 8). Der Beschwerdeführer stellte sich auf den Standpunkt, die somatischen Beschwerden seien objektivierbar. Ohne detailliertere Abklärungen

können organische Unfallfolgen nicht ausgeschlossen werden. Falls man das Vorliegen organischer Unfallfolgen dennoch verneine, sei die Adäquanz in Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung zu bejahen (Urk. 1, Urk. 13).

### E. 3

3.1 Zu Art und Verlauf der nach dem Unfall vom 7. April 2005 eingetretenen Beschwerden ist den medizinischen Akten Folgendes zu entnehmen:

3.2 Einen Tag nach dem Unfall bestand beim Beschwerdeführer auf der Höhe C5/6 ein massiver Muskelhartspann links mehr als rechts. Die neurologischen Befunde waren unauffällig. Dr. B. verordnete Physiotherapie und Analgesie (Urk. 9/3). Wegen Sensibilitätsstörungen im Bereich C8 links wurde am 7. Juli 2005 ein MRI angefertigt. Dieses ergab eine Segmentdegeneration C3 bis C7 ohne eindeutige Zeichen einer lokalisierten nervalen Kompression, insbesondere nicht im Bereich C8 links. Ebenfalls fanden sich keine Hinweise auf eine posttraumatische osteoligamentäre Pathologie (Urk. 9/9). Dr. B. führte im Bericht vom 21. September 2005 aus, bis August 2007 hätten sich die Nackenbeschwerden gebessert und die Physiotherapie sei sistiert worden. Anfang September 2005 sei es zu einer erneuten Exazerbation gekommen. Er habe dem Beschwerdeführer Physiotherapie, Analgesie und neu Antidepressiva verschrieben. Zugleich wies er darauf hin, dass der arbeitslose Beschwerdeführer im August ausgesteuert worden sei (Urk. 9/10). Am 15. Dezember 2005 berichtete er von einem protrahierten, teilweise durch eine depressive Symptomatik überlagerten Verlauf mit Tendenz zur Besserung. Die Wiederaufnahme der Arbeit zu 50 % stellte er auf Anfang 2006 in Aussicht (Urk. 9/15).

Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 19. Januar 2006 klagte der Beschwerdeführer insbesondere über dauernde und in der Intensität wechselnde Nackenschmerzen, über ein schlechteres Sehvermögen, ein Druckgefühl im Hals, Vergesslichkeit und Stimmungstiefs. Der Kreisarzt Dr. C. hielt fest, das MRI vom 7. Juli 2005 zeige keine traumatischen Schäden. Evident sei eine nach caudal zunehmende Segmentdegeneration. Klinisch stellte er eine Funktionseinschränkung der Halswirbelsäule und eine generalisierte Palpationsempfindlichkeit im Bereich der Halswirbelsäule ohne Hinweis für eine segmentale Funktionsstörung fest. Zudem bestand ein vermehrter Tonus der Trapeziusmuskulatur bei fehlendem Hinweis auf eine radikuläre Reiz- und Ausfallsymptomatik. Letzterer Befund erachtete Dr. C. als mit der angefertigten Kernspintomographie übereinstimmend, welche ebenfalls keine Hinweise für eine Kompression neuraler Strukturen enthalte (Urk. 9/18).

Die von Dr. C. veranlassten Funktionsaufnahmen der Halswirbelsäule vom 13. Februar 2006 zeigten bei maximaler Inklination eine eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule mit Treppenphänomen auf der Höhe C4/5 und eine diskrete Anterolisthesis von HWK7 auf Th1 um 2 mm. Keine Einschränkung bestand bei eingeschränkter Reklination (Urk. 9/23/2). Zur vom Beschwerdeführer geschilderten Sehabnahme im linken Auge, hielt Dr. D. im Bericht vom 17. Februar 2006 fest, diese sei durch einen Katarakt bedingt. Bis auf die Anpassung einer Nahkorrektur bestehe aus ophthalmologischer Sicht kein Handlungsbedarf (Urk. 9/24).

Am 23. März 2006 erfolgte die neurologische Untersuchung. Dr. E. hielt im entsprechenden Bericht fest, es bestehe ein posttraumatisches chronisches

Schmerzsyndrom als Folge der Heckkollision am 7. April 2005 ohne Kompromittierung neuraler Strukturen. Therapeutisch im Vordergrund stehe eine medikamentöse Behandlung, aber auch non-pharmakologische Massnahmen seien angezeigt. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/26).

Im Nachtrag zum Bericht vom 19. Januar 2006 erklärte Dr. C.\_\_\_\_, die Funktionsaufnahmen der Halswirbelsäule würden keine Hinweise auf eine segmentale Instabilität ergeben. Des Weiteren zeigten die Aufnahmen im Vergleich zum MRI vom 7. Juli 2005 keine Progredienz der Segmentdegeneration, welche als Zeichen einer dauernden und richtungsweisenden unfallbedingten Verschlimmerung eines der vorbestehend degenerativ veränderten Bewegungssegmente zu interpretieren wäre. Aus diesem Grunde dürfe die HWS-Distorsion als ausgeheilt betrachtet werden, nachdem auch initial keine strukturelle Schädigung der Wirbelsäule auf dieser Etage habe diagnostiziert werden können. Zusammenfassend hielt er fest, die Beschwerden seien wohl klinisch fassbar, aber ein unfallbedingter Schaden im Sinne einer strukturellen Läsion liege nicht vor. Insbesondere sei eine dauernde und richtungsweisende Verschlimmerung der vorbestehenden Degenerationen an der Halswirbelsäule durch die Resultate der bildgebenden Abklärungen ausgeschlossen. Im somatisch-medizinischen Bereich seien bei der Beurteilung des Beschwerdebildes alle relevanten Fachgebiete berücksichtigt worden (Bericht vom 13. April 2006, Urk. 9/29).

Dem Verlaufsbericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 26. September / 13. Oktober 2006 ist zu entnehmen, dass er dem Beschwerdeführer seit 18. März 2006 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bescheinigt. Er führte aus, das chronische Schmerzsyndrom im Sinne einer Verspannungssymptomatik im Bereich der Hals- und oberen Brustwirbelsäule scheine teilweise recht gut im Griff zu sein. Jedoch komme es immer wieder zu unerwarteten Verschlechterungen der Symptomatik. Die depressive Verstimmung und die psychosozialen Belastungen würden in einem ähnlichem Rhythmus verlaufen. Es sei davon auszugehen, dass die Schmerzsymptomatik künftig bestehen bleibe (Urk. 9/37). Diese Angaben bestätigte Dr. B.\_\_\_\_ im Wesentlichen im Bericht vom 9. Juli 2007. Zur Kausalität führte er aus, die Beschwerden hätten vor dem Unfall nicht bestanden. Auch spreche die fehlende strukturelle Läsion nicht gegen eine Kausalität (Urk. 15/3).

#### E. 4

4.1 Posttraumatisch bedingte strukturelle Verletzungen als Ursache der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden liessen sich weder mittels Röntgenbilder und MRI noch neurologisch nachweisen (Urk. 9/9, Urk. 9/23/2, Urk. 9/26). Im MRI vom 7. Juli 2005 fanden sich keine Hinweise auf eine posttraumatische osteoligamentäre Pathologie (Urk. 9/9). Der Röntgenbefund vom 13. Februar 2006 ergab zwar eine diskrete Anterolisthesis von C7 auf Th1 (Urk. 9/23/2). Diese ist allerdings klinisch nicht fassbar, und Dr. C.\_\_\_\_ erkannte darin keinen Hinweis auf eine segmentale Instabilität. Davon gingen auch die weiteren involvierten Ärzte Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ aus, zumal sie beide ein strukturelles Substrat für die geklagten Beschwerden verneinten (Urk. 9/18 S. 3, Urk. 9/26, Urk. 9/29 S. 1, Urk. 15/3). Was die Segmentdegenerationen C3 bis C7 betrifft, war in der Funktionsaufnahme vom 13. Februar 2006 keine Progredienz im Vergleich zum MRI vom 7. Juli 2005 auszumachen, womit sich eine dauernde und richtungsgebende Verschlimmerung ausschliessen lässt. Unter diesen Umständen erübrigen sich die in diesem Zusammenhang vom Beschwerdeführer angebehrten weiteren Abklärungen

(antizipierte Beweiswürdigung, BGE 124 V 94 Erw. 4b, Urk. 13 S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anlässlich der Erstuntersuchung einen Tag nach dem Unfall war der neurologische Befund unauffällig (Urk. 9/3). Die in der Folge geklagten Sensibilitätsstörungen C8 konnten durch das MRI vom 7. Juli 2005 nicht objektiviert werden (Urk. 9/9). Gestützt auf die Anamnese, eigene klinische Untersuchungen und die bildgebenden Abklärungen bestätigte schliesslich der Neurologe Dr. E.\_\_\_\_, wie bereits zuvor Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_, einen unauffälligen Neurostatus (Urk. 9/3, Urk. 9/18, Urk. 9/26). Was das verminderte Sehvermögen betrifft, ist dieses auf einen unfallfremden Katarakt zurückzuführen (Urk. 9/24).

4.2 Ä Ä Ä Zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas beziehungsweise eines Distorsionstraumas der Halswirbelsäule gehört eine Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Äbelkeit oder Wesensveränderungen usw. (BGE 117 V 360 Erw. 4b). Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts müssen Beschwerden und Befunde in der Halsregion oder an der Wirbelsäule im Anschluss an eine solche Verletzung binnen 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten (RKUV 2000 Nr. U 259 S. 29). Im Rahmen der Abklärungen von HWS-Fällen gab der Beschwerdeführer am 7. Oktober 2005 an, innerhalb von drei Tagen unter Nacken-, Kopf- und Rückenschmerzen sowie Vergesslichkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen gelitten zu haben (Urk. 9/11). Im weiteren Verlauf trat aktenkundig eine depressive Symptomatik dazu (Urk. 9/10, Urk. 9/15). Die Diagnose einer HWS-Distorsion wurde von Beginn an gestellt und von keinem der involvierten Ärzte in Frage gestellt (Urk. 9/3, Urk. 9/18, Urk. 9/26). Zwischen den Parteien ist denn auch zu Recht unbestritten, dass der Beschwerdeführer am 7. April 2005 ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule erlitten hat und ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geklagten Beschwerden, soweit zum typischen Beschwerdebild gehörend, anzunehmen ist (BGE 117 V 360 Erw. 4b; Urk. 1, Urk. 2, Urk. 8, Urk. 13).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was die psychische Problematik anbelangt, wiesen sowohl Dr. B.\_\_\_\_ als auch Dr. E.\_\_\_\_ verschiedentlich auf einen Zusammenhang zwischen der depressiven Symptomatik und der schwierigen psychosozialen Situation bei Arbeitslosigkeit und getrennter Ehe hin (Urk. 9/26, Urk. 9/37, Urk. 15/3). Auffallend ist auch, dass die Exazerbation Anfang September 2006 zu einem Zeitpunkt erfolgte, als der Beschwerdeführer ausgesteuert wurde (Urk. 9/10). Inwiefern die psychische Problematik in einem unfallkausalen Zusammenhang steht, erscheint daher als fraglich, kann jedoch angesichts der Beurteilung der Adäquanz dahingestellt bleiben.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der Beschwerdeantwort auf den Standpunkt, die psychischen Beschwerden ständen eindeutig im Vordergrund und würden die Beschwerden des Beschwerdeführers nicht nur unterhalten, sondern hervorrufen. Es rechtfertige sich daher die Anwendung von den in BGE 115 V 133 ff. statuierten Grundsätzen (Urk. 8 S. 9). Dem kann nicht gefolgt werden. Wie unter Erw. 1.3.3 ausgeführt, wäre die Prüfung der adäquaten Kausalität unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung dann vorzunehmen, wenn die zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Schleudertraumas gehörenden Beeinträchtigungen im Vergleich zur psychischen Problematik unmittelbar nach dem Unfall ganz in den Hintergrund getreten wäre. Dies ist jedoch nicht der Fall, nachdem die erste ernsthafte depressive Symptomatik erst Anfang September 2005 auftrat (Urk.

9/10-11). Weiter war die depressive Symptomatik nicht derart dominant, dass gesagt werden könnte, die physischen Beschwerden hätten im Verlauf der gesamten Entwicklung nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt, was sich auch darin zeigt, dass diverse somatische Abklärungen in die Wege geleitet wurden.

#### **E. 4.3.1**

Wie bereits unter Erw. 1.3.2 zusammenfassend dargestellt, hat das Bundesgericht in BGE 134 V 109 die Praxis zur Kausalitätsprüfung bei Unfall mit Schleudertrauma, äquivalenter Verletzung der HWS oder Schädel-Hirntrauma ohne organisch objektiv ausgewiesene Beschwerden (sog. Schleudertrauma-Praxis) in mehrfacher Hinsicht präzisiert. Am Erfordernis einer besonderen Adäquanzprüfung bei Unfällen mit solchen Verletzungen wird festgehalten (Erw. 7-9 S. 118 ff. des erwähnten Urteils). Die bewährten Grundsätze über die bei dieser Prüfung vorzunehmende Einteilung der Unfälle nach deren Schweregrad und den abhängig von der Unfallschwere gegebenenfalls erforderlichen Einbezug weiterer Kriterien in die Adäquanzbeurteilung sind nicht zu ändern (Erw. 10.1 S. 126). Das Bundesgericht hat aber die adäquanzrelevanten Kriterien teilweise modifiziert. Dies betrifft zunächst das Kriterium der "ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung", das nur dann vorliegt, wenn nach dem Unfall fortgesetzt spezifische und die versicherte Person belastende ärztliche Behandlungen im Zeitraum bis zum Fallabschluss notwendig gewesen waren (Erw. 10.2.3 S. 128). Weiter wird für die Erfüllung des Kriteriums "Dauerbeschwerden" vorausgesetzt, dass diese erheblich sind, was aufgrund glaubhaft geltend gemachter Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person im Lebensalltag erfährt, zu beurteilen ist (Erw. 10.2.4 S. 128 f.). Hinsichtlich des Kriteriums "Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit" ist nicht die Dauer an sich, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche massgeblich, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternommen hat (Erw. 10.2.7 S. 129).

4.3.2 Die von der Beschwerdegegnerin veranlasste biomechanische Kurzbeurteilung ergab für das Fahrzeug des Beschwerdeführers eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung unterhalb von 10 bis 15 km/h (Urk. 9/21 S. 2). Diesfalls wäre im Lichte der Rechtsprechung des Bundesgerichts von einem leichten Fall auszugehen (vgl. RKUV 2003 Nr. U 489 S. 360 Erw. 4.2 mit Hinweisen), was die Beschwerdegegnerin denn auch postuliert (Urk. 2, Urk. 8 S. 9). Doch ist dem Beschwerdeführer beizupflichten, dass auf die Kurzbeurteilung nicht abgestellt werden kann (Urk. 13 S. 3). Eine nachvollziehbare Berechnung der kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung liegt nicht vor, was angesichts der fehlenden Daten auch nicht möglich ist. Ganz offensichtlich gründet die Kurzbeurteilung im Wesentlichen auf der Tatsache, dass sich die Schäden am Fahrzeug des Beschwerdeführers einzig auf Lackschäden an der Stossstange begrenzten (Urk. 9/21 S. 1). Die Reparaturkosten hiefür beliefen sich auf Fr. 840.-- (Urk. 9/11).

Nach der Rechtsprechung werden einfache Auffahrunfälle in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten qualifiziert (RKUV 2005 Nr. 459 S. 236, Urteil des Bundesgerichts in Sachen R. vom 16. März 2007, U 457/06 Erw. 4). Davon ist mit dem Beschwerdeführer auszugehen (vgl. Urk. 13 S. 5). Selbst wenn man von einem leichten Unfall ausgehen wollte, rechtfertigte es sich, bei der Adäquanzbeurteilung die Kriterien heranzuziehen, die für Unfälle im mittleren Bereich gelten, zumal die unmittelbaren Folgen das Beschwerdebild nicht mehr als



(Urk. 1, Urk. 2, Urk. 8, Urk. 13).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu verneinen ist schliesslich auch das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Dabei ist zunächst festzuhalten, dass der Hausarzt Dr. B. \_\_\_ den Beschwerdeführer seit 18. April 2006 als zu 50 % arbeitsfähig beurteilt (Urk. 9/37, Urk. 15/3). Die nach wie vor bestehende teilweise Arbeitsunfähigkeit führte er primär auf die depressive Symptomatik zurück, die wesentlich durch psychosoziale Umstände unterhalten wurde (Urk. 9/37, Urk. 15/3, vgl. auch Urk. 9/26). Vor diesem Hintergrund wäre bereits nach alter Rechtsprechung das Kriterium des Grads und Dauer der Arbeitsunfähigkeit zu verneinen gewesen (vgl. dazu die in RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff. zitierten Referenzurteile). Damit liegt auch keine erhebliche Arbeitsunfähigkeit im Sinne der modifizierten Rechtsprechung vor. Mit Eingabe vom 16. September 2008 reichte er Nachweise von Arbeitsbemühungen für die Dauer ab April 2008 ein (Urk. 21/1-8). Diese sind nicht beachtlich, weil der Sachverhalt massgeblich ist, wie er sich bis zum Erlass des Einspracheentscheids vom 8. Februar 2007 verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ist festzustellen, dass keines der massgeblichen Adäquanzkriterien erfüllt ist. Der adäquate Kausalzusammenhang des Unfalls vom 7. April 2005 mit den über den 1. Dezember 2006 hinaus geklagten gesundheitlichen Beschwerden ist daher zu verneinen. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.
3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Thomas Laube
- Rechtsanwalt Nils Grossenbacher
- Bundesamt für Gesundheit

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

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

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.