

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00139 vom 1. April 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-04-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00139

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00139 du 1 avril 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00139 del 1 aprile 2010

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1947, war seit 1992 bei der S. als Ratsschreiber tätig (Urk. 10/M1 Ziff. 1, Ziff. 3) und damit bei der "Winterthur" Schweizerische Versicherungs-Gesellschaft (Winterthur; heute: AXA Versicherungen AG) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 7. Dezember 1999 erlitt der Versicherte einen Auffahrunfall (Urk. 10/M1 Ziff. 4, Ziff. 6). Anlässlich der Erstbehandlung wurde ein akutes Zervikalsyndrom diagnostiziert (Urk. 10/M1 Ziff. 5).

1.2. Mit Verfügung vom 19. Februar 2004 sprach die Winterthur dem Versicherten eine Integritätsentschädigung sowie ein Schmerberbrückungskapital zu (Urk. 10/61). Am 14. Juli 2005 schlossen die Parteien einen Vergleich (Urk. 10/66b). Daraufhin erliess die Winterthur am 18. August 2005 eine entsprechende Verfügung (Urk. 10/66a), womit das unfallversicherungsrechtliche Verfahren abgeschlossen wurde.

1.3. Am 11. Januar 2006 meldete der Versicherte einen Rückfall (Urk. 10/70). In der Folge holte die Winterthur verschiedene Arztberichte ein (Urk. 10/M28, Urk. 10/M30, Urk. 10/M32). Ferner holte sie ein interdisziplinäres Gutachten bei der Rehaklinik Y. ein (Urk. 10/M35-M38).

Mit Verfügung vom 1. Oktober 2007 (Urk. 10/122) verneinte die Winterthur ihre Leistungspflicht (Urk. 10/122 S. 6). Gegen die Verfügung vom 1. Oktober 2007 erhob der Versicherte am 31. Oktober 2007 Einsprache (Urk. 10/128), welche mit Einspracheentscheid vom 28. März 2008 abgewiesen wurde (Urk. 10/132 = Urk. 2).

2. Gegen den Einspracheentscheid vom 28. März 2008 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 28. April 2008 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es seien ihm die gesetzlich geschuldeten Leistungen, insbesondere Heilbehandlungskosten sowie Taggelder, auszurichten (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 8. September 2008 beantragte die AXA Versicherungen AG die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), worauf mit Verfügung vom 12. September 2008 der Schriftenwechsel geschlossen wurde (Urk. 11).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Die

1.1. Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes

Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 296 Erw. 2c mit Hinweisen).

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 296 Erw. 2c in fine).

1.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.3 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).

E. 2

2.1 Streitig und zu beurteilen ist, ob die Beschwerdegegnerin für den am 11. Januar 2006 gemeldeten Rückfall leistungspflichtig ist.

2.2 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass die geklagten Beschwerden in keinem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem am 7. Dezember 1999 erlittenen Unfall ständen (Urk. 9 S. 10 unten). Die Reizbarkeit, die Affektlabilität und die Wesensveränderungen seien durch psychiatrische Prozesse erklärbar (Urk. 9 S. 5

unten). Wenn man alle Berichte und Aussagen der involvierten Mediziner zusammenfasse, würden sämtliche Beschwerden, unter denen der Beschwerdeführer leide, zuverlässig aufgezeigt. Es dränge sich deshalb kein weiteres Gutachten auf, zumal dasjenige der Rehaklinik Y. ___ schlüssig, vollständig, begründet und nachvollziehbar sei (Urk. 9 S. 5 unten).

Beim Beschwerdeführer lägen durchaus gewisse organische Befunde vor. Die gegenwärtige Arbeitsunfähigkeit sei indes weitestgehend psychisch geprägt, dies sei bereits in der Zeit zwischen dem Unfall und der neuen Situation vom Herbst 2005 so gewesen. Schon damals habe es sich bei den Beschwerden, die den Beschwerdeführer seinen Aussagen zufolge bei der Arbeit beeinflussten, um solche psychischer Genese und nicht um solche organisch-somatischer Natur gehandelt (Urk. 9 S. 6 oben). Die physischen Beschwerden hätten im Verlauf der gesamten Entwicklung nurmehr eine vergleichsweise untergeordnete Rolle gespielt. Für die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers hätten sie keine Relevanz, weshalb die Adäquanz gestützt auf BGE 115 V 133 zu prüfen sei (Urk. 9 S. 9 unten). Das Unfallereignis sei im mittleren Bereich anzusiedeln. Es sei vorliegend keines der erforderlichen Kriterien erfüllt, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen sei (Urk. 9 S. 10 unten).

2.3.3 Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, er sei seit 5. Oktober 2005 zu 100 % arbeitsunfähig, am 10. Mai 2006 durch Dr. K. ___ als 100 % berufsinvalide geschrieben und invaliditätshalber auf den 31. Oktober 2006 aus dem Staatsdienst entlassen worden. Die Invalidenversicherung sei zum Schluss gekommen, eine weitere Arbeitstätigkeit sei nicht mehr zumutbar und habe ihm per 1. Oktober 2006 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente zugesprochen (Urk. 1 S. 5 Ziff. 4). Die Beschwerdegegnerin gehe gestützt auf das Gutachten der Rehaklinik Y. ___ vom 8. März 2007 davon aus, dass ausschliesslich psychische Probleme für die Beschwerden massgebend seien. Dieses sei indessen nicht beweiskräftig (Urk. 1 S. 6 Ziff. 7). In der Folge führte der Beschwerdeführer zahlreiche Gründe an, weshalb das Gutachten der Rehaklinik Y. ___ nicht zu überzeugen vermöge (Urk. 1 S. 6 Ziff. 7.1 ff.). Dabei brachte er in der Hauptsache vor, es seien einerseits organische Unfallfolgen ausgewiesen, andererseits seien organische Unfallfolgen gar nicht abgeklärt worden (Urk. 1 S. 10 f. Ziff. 8.5). Auch sei der kraniozervikale Übergang (HWS C0-C2) nicht untersucht worden, obwohl sich nach entsprechenden Unfällen in der funktionellen Magnetresonanztomografie (nachfolgend fMRT) häufig Verletzungen in diesem Bereich zeigten (Urk. 1 S. 9 f. Ziff. 8.2).

Die Adäquanz sei bereits einmal geprüft und implizit bejaht worden. Gründe, weshalb diese heute nicht mehr ausgewiesen sein soll, lägen keine vor. Es sei deshalb rechtsmissbräuchlich, wenn die Beschwerdegegnerin sich nun auf die fehlende Adäquanz berufe (Urk. 1 S. 11 Ziff. 9).

Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass die typischen Beschwerden nach HWS-Distorsion unmittelbar nach dem Unfall ganz in den Hintergrund getreten seien. Auch unter Berücksichtigung der Entwicklung seit 2005 könne die Beurteilung nicht anders ausfallen (Urk. 1 S. 13 oben). Es sei deshalb die Rechtsprechung zum Schleudertrauma anzuwenden (Urk. 1 S. 14 Ziff. 11). Die Adäquanz sei jedoch auch klar zu bejahen, wenn sie nach BGE 115 V 133 geprüft würde (Urk. 1 S. 17 Ziff. 12).

E. 3

Ziff. 4):

- Status nach mäßigem HWS-Distorsionstrauma (Auffahrkollision vom 7. Dezember 1999) mit:
 - persistierendem Zervikalsyndrom (aktuell nur leichtes Zervikalsyndrom)
 - posttraumatischem zervikoenzepalem Syndrom (Kopfschmerzen)
 - posttraumatischem zervikovertebralem Syndrom (Konzentrations- und Frischgedächtnisstörungen, psychische Veränderungen mit Affektlabilität und reaktiver Depression)
 - posttraumatisch intermittierender Brachialgie rechts (wahrscheinlich pseudoradikulärer Genese)
 - intermittierender Stolpertendenz im rechten Bein (nicht gekläarter Ursache aber möglicherweise posttraumatisch)
 - mild traumatic brain injury (MTBI) als Folge des Unfalles vom 7. Dezember 1999 möglich, aber nicht wahrscheinlich
- Status nach leichtem HWS-Distorsionstrauma 1986, nach wenigen Tagen beschwerdefrei

Nach dem Unfall seien sofort Nacken-Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Brachialgien beidseits, Schwindel und relativ rasch auch Konzentrations- und Gedächtnisstörungen aufgetreten. Es hätten sich bald auch psychische Veränderungen, Störungen im Gesichtsbereich betreffend Sensibilität sowie Störungen im rechten Bein gezeigt (Urk. 10/M13 S. 9 Ziff. 1). Aktuell persistierten weiterhin praktisch tägliche Nacken- und seitliche Halsschmerzen, begleitet von okzipitalen Kopfschmerzen, eine Dauer-Konzentrations- und Frischgedächtnisstörung sowie eine psychische Labilität mit Affektinkontinenz und wahrscheinlich depressiver Verstimmung (Urk. 10/M13 S. 9 Ziff. 2).

Die neurologischen Befunde seien mehrheitlich normal. Von Seiten der HWS finde sich objektiv ein leichtes bis mäßiges Zervikalsyndrom. Es finde sich dagegen eine deutliche psychische Labilität mit einer reaktiven Depression (Urk. 10/M13 S. 9 Ziff. 3).

Neben einer psychologischen Betreuung, der Behandlung mit Lexotanil und bei Bedarf mit Ponstan sowie gelegentlichen Infiltrationen in die Nackenmuskulatur sei die Behandlung durch Dr. A. ___ wesentlich (Urk. 10/M13 S. 10 unten). Die objektiven Befunde ständen überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 7. Dezember 1999. Dies treffe auch für die nicht objektivierbaren Symptome wie Kopfschmerzen, Brachialgien rechts und eventuelle Beschwerden im rechten Bein zu. Die Konzentrationsstörungen, welche bei der Untersuchung nicht nachweisbar seien, seien ebenfalls glaubhaft und ebenso unfallbedingt wie die psychische Affektion betreffend Affektinkontinenz und Depression (Urk. 10/M13 S. 11 Ziff. 6.1).

Derzeit sei die Arbeitsfähigkeit um 20 % eingeschränkt, wobei auch während der nächsten Monate mit einer entsprechenden Arbeitsunfähigkeit zu rechnen sei (Urk. 10/M13 S. 11 Ziff. 7). Eine weitere Behandlung sei notwendig, zweckmäßig und geeignet, den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit nachhaltig zu verbessern (Urk. 10/M13 S. 12 oben). Gesamthaft sei eine recht günstige Langzeitprognose zu stellen, umso mehr, als normale klinische Befunde vorliegen (Urk. 10/M13 S. 11 Ziff. 6.3).

3.4. Im Zwischenbericht vom 6. April 2001 (Urk. 10/M14) führte Dr. A. aus, es zeige sich eine fortlaufende leichte Besserung mit wiederholten Rezidiven. Es bestehe weiterhin eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/M14 Ziff. 2a, Ziff. 4a).

3.5. Im Bericht vom 20. März 2001 führte lic. phil. C. und Prof. Dr. phil. D., Neurologische Klinik, Universitätsspital T. (T.) aus, der Beschwerdeführer klagt seit dem Unfall über persistierende Nackenbeschwerden mit starker Abnahme der Leistungsfähigkeit. Der psychische Zustand habe sich ebenfalls deutlich verschlechtert (Urk. 10/M15 S. 1). Anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung fanden sich eine kognitive Leistungsbeeinträchtigung in den verbalen Gedächtnisfunktionen und der Konzentrationsfähigkeit sowie eine Affektlabilität. Der Beschwerdeführer sei deshalb nicht voll arbeitsfähig (Urk. 10/M15 S. 2).

3.6. Im Bericht vom 13. Juli 2001 führte Dr. A. aus, der Verlauf sei günstig, die Beschwerden nähmen langsam ab, insbesondere die Nacken-Hinterkopfschmerzen seien aber noch nicht verschwunden (Urk. 10/M16 Ziff. 2a). Die Behandlung erfolge medikamentös und mittels Physiotherapie (Urk. 10/M16 Ziff. 3a). Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 20 % (Urk. 10/M16 Ziff. 4a).

3.7. Im Bericht vom 20. Oktober 2001 führte Dr. E., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, der Beschwerdeführer leide seit dem Unfall unter verschiedenen psychischen Problemen (Urk. 10/M17 S. 1). Die Konzentration und die mnestischen Funktionen seien vermindert. Er fühle sich schnell überfordert und leide unter Insuffizienzgefühlen, gestörten Selbstwertgefühlen, einem Initiative- sowie Interessenverlust. Es bestehe eine posttraumatische mittelgradige depressive Episode, eine antidepressive Behandlung mit Seropram sei eingeleitet worden. Die therapeutischen Bemühungen konzentrierten sich auf eine Entlastung und den Umgang mit den kognitiven Defiziten sowie den affektiven Schwierigkeiten im Alltag (Urk. 10/M17 S. 2).

3.8. Im Bericht vom 23. November 2001 führte Dr. A. aus, der Beschwerdeführer klagt über das Auftreten von Nacken-Hinterkopfschmerzen nur nach längerer Belastung. Bei einer geregelten Arbeit von acht Stunden fühle er sich wohl. Seit dem 20. Oktober 2001 arbeite er wieder voll (Urk. 10/M18). Eine entsprechende Arbeitsfähigkeit bestätigte Dr. A. in seinem Bericht vom 25. Juni 2002. Zugleich wies er daraufhin, dass sich gesamthaft ein günstiger Verlauf zeige (Urk. 10/M19).

In seinem Bericht vom 23. September 2002 führte Dr. A. aus, klinisch-neurologisch hätten sich keine neuen Gesichtspunkte ergeben. Die HWS-Kontrolle im Kernspintomogramm zeige eine Spondylose und Spondylarthrose der mittleren HWS mit Spondylose auch nach posterior ohne Einengung des Spinalkanals sowie durch die Spondylarthrose verursachte leichte bilaterale foraminelle Stenosen im Bereich der mittleren HWS (Urk. 10/M20, vgl. auch Urk. 10/M 21).

3.9. In der Stellungnahme vom 11. November 2002 führte Dr. med. F., Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, beratender Psychiater, aus, es lägen keine hirnorganisch verursachten kognitiven Defizite vor, da seiner Ansicht nach keine Commotio cerebri stattgefunden habe (keine Amnesie, lediglich eine sogenannte Benommenheit, welche der Beschwerdeführer selber als Schockzustand erlebt habe). Die anlässlich der ersten neuropsychologischen Untersuchung vom 1. März 2001 gefundenen Defizite seien damals schmerz- und depressionsbedingt gewesen. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer sich im Sommer 2001 um eine äußerst anspruchsvolle

und wichtige Führungposition beworben und die entsprechende Stelle auch angetreten. Sofern nun vermehrte Beschwerden auftraten, sei dies wohl im Zusammenhang mit der ihm von der Ausbildung her doch eher unvertrauten Tätigkeit zu sehen (Urk. 10/M22).

3.10 In ihrem Bericht vom 3. April 2003 (Urk. 10/M24) führte lic. phil. G.____, Psychologin FSP, anlässlich der neuropsychologischen Testuntersuchung aus, der Beschwerdeführer habe angegeben, die insgesamt etwa acht Gespräche bei Dr. E.____ hätten ihm geholfen, das Seropram habe er nach zweifachigem Versuch allerdings wieder abgesetzt und seither keine weiteren medikamentösen Therapien ausprobiert. Den plötzlichen, umfassenden und noch immer etwa zweimal monatlich auftretenden Kontrollverlust über seine Emotionen erlebe er als schlimm. Ein möglicher Zusammenhang mit dem Unfalltrauma werde bejaht (Urk. 10/M24 S. 2 unten).

Die Befunde wiesen auf leicht ausgeprägte Hirnfunktionsstörungen hin. Aufgrund des grossen Durchhaltewillens könne der Beschwerdeführer den Arbeitsalltag in der Regel erfolgreich bewältigen, was jedoch abendliche körperliche und geistig-seelische Erschöpfungszustände, Leistungseinbrüche und andere Überforderungsreaktionen sowie psychische Reaktionen zur Folge habe. Auch die schmerzbedingten Überlagerungen hätten einen direkten Einfluss auf die gesamte kognitive Leistungsfähigkeit (Urk. 10/M24 S. 3 f.).

Zusammenfassend könne aus neuropsychologischer und psychologischer Sicht festgehalten werden, dass sich der bis zum Unfall am 7. Dezember 1999 sehr erfolgreiche und leistungsstarke Beschwerdeführer seit diesem Ereignis mit körperlichen wie auch geistig-seelischen Beeinträchtigungen auseinander zu setzen habe, was ihm aufgrund der hohen Motivation und der starken Persönlichkeit in bemerkenswerter Weise gelinge. Dabei sei festzuhalten, dass er den beruflichen Alltag nur unter deutlich erhöhtem Energieaufwand bewältige und es infolgedessen regelmässig zu Leistungseinbrüchen und Erschöpfungsphasen komme, in welchen der Beschwerdeführer vorübergehend auch geistig-seelisch dekompenziere. Es sei ihm deshalb - auch im Zusammenhang mit dem fraglos noch unverarbeiteten gewichtigen Unfalltrauma - eine neuropsychologisch orientierte Psychotherapie zu empfehlen (Urk. 10/M24 S. 4 unten).

3.11 In seinem Gutachten vom 7. April 2003 (Urk. 10/M23) nannte Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Neurologie, folgende Diagnosen (Urk. 10/M23 S. 13 Ziff. 4):

- chronisches anhaltendes zervikovertebrales und zervikozephalales sowie zervikobrachiales Schmerzsyndrom mit durchgemachtem Horner-Syndrom links infolge Gurtenschadens am Hals

- in der Wertigkeit unklare diskrete Abschwächung der linksseitigen Bauchhautreflexe und der Koordination, im Wesentlichen ohne heute sichtbare neurologische Veränderungen, aber mit leicht ausgeprägten neuropsychologisch erfassbaren Hirnleistungsfunktionsstörungen nach HWS-Distorsion am 7. Dezember 1999

Anlässlich der aktuellen Exploration fanden sich normale klinische Befunde bezüglich des peripheren oder zentralen Nervensystems. An den Weichteilen bestanden noch eindeutige Irritationsveränderungen an Hals-, Nacken- und Schultermuskulatur mit teilweise aktiven Triggerpunkten, welche die Ausstrahlungen zum Kopf erklärten und den Beschwerdeführer ausserordentlich limitierten. Des Weiteren

bestätigen weiterhin nachweisbare leicht ausgeprägte Hirnleistungsstörungen (Urk. 10/M23 S. 12 oben).

Die Befunde bestätigen überwiegend wahrscheinlich bis sicher in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 7. Dezember 1999 (Urk. 10/M23 S. 14 Ziff. 5.1). Die altersgemässen degenerativen Veränderungen der HWS seien durch das Trauma zum Teil aktiviert worden und unterhielten die reflektorischen Muskelverspannungen. Vom medizinischen Standpunkt her wäre eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit vertretbar, damit der Beschwerdeführer genügend Erholungszeit habe und in seiner Arbeitstätigkeit wirklich die volle Leistung erbringen könne (Urk. 10/M23 S. 14 Ziff. 6.1).

Eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes sei - vorbehaltlich einer fachärztlichen Begutachtung durch den Rheumatologen - durch eine weitere Heilbehandlung wahrscheinlich nicht möglich (Urk. 10/M23 S. 15 Ziff. 7). Zum Erhalt der Restarbeitsfähigkeit sei dagegen eine ärztliche Behandlung und Pflege notwendig und sinnvoll (Urk. 10/M23 S. 15 Ziff. 7.2). Insbesondere sei eine neuropsychologische Behandlung sinnvoll. Auch die Weichteilstörungen bedürften weiterhin einer Behandlung (Urk. 10/M23 S. 12 unten). Eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität als Folge des Unfalls vom 7. Dezember 1999 sei anzunehmen. Aufgrund der von der HWS ausgehenden Beschwerden sei eine solche von 10 % und aus neuropsychologischen Gründen eine solche von 20 % gegeben (Urk. 10/M23 S. 16 oben).

3.12 Im rheumatologischen Gutachten vom 15. April 2003 (Urk. 10/M25) nannte Dr. med. I. ____, Facharzt FMH für physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, folgende Diagnosen (Urk. 10/M25 S. 10 Ziff. 4):

- Status nach Autounfall vom 7. Dezember 1999 mit Distorsion der HWS, bedeutende Restbeschwerden in Form von
- zervikozepalem Syndrom bei schwerer Osteochondrose C4-C7 und Segmentstörung im Bereich von C4/C5
- anstrengungsabhängige Nacken- und Kopfschmerzen
- Schwankschwindelanfälle
- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen mit Erschöpfbarkeit
- Status nach erstem Autoauffahrunfall vom 21. Februar 1987 mit Distorsion der HWS

Die Röntgenbilder vom Unfalltag zeigten keine Anzeichen für ossäre Läsionen, aber bereits eine Diskopathie C4-C7 mittleren Grades. Die am 16. August 2002 durchgeführte Magnetresonanztomografie zeige eine Osteochondrose C4-C7 mit Diskuspropulsionen und Einengung der seitlichen Foramina, jedoch ohne Störung neuraler Strukturen. Die neu angefertigten Röntgenbilder vom 15. April 2003 zeigten eine bedeutende Verschlechterung der Abnützungsbefunde. Durch das Unfallereignis vom 7. Dezember 1999 sei es vom medizinisch-rheumatologischen Standpunkt her zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung des degenerativen Befundes im Bereich des HWS gekommen. Aus rheumatologischer Sicht seien die Behandlungsmöglichkeiten noch nicht erschöpft (Urk. 10/M25 S. 14 f.).

Die Befunde bestätigen überwiegend wahrscheinlich in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 7. Dezember 1999 (Urk. 10/M25 S. 16 Ziff. 5.1). Die bedeutende Abnützung der HWS stelle einen unfallfremden Vorzustand dar, der

durch den Kollisionsunfall richtungsgebend verschlimmert worden sei (Urk. 10/M25 S. 17 Ziff. 5.2). In der aktuellen Tätigkeit in einer Chef-Funktion sei weiterhin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben und vom Beschwerdeführer auch gewünscht (Urk. 10/M25 S. 17 Ziff. 6.1).

Eine weitere Heilbehandlung in Form von lokalen und allgemeinen Therapien durch Dr. A.____ sowie weitere Physiotherapien und ein gelegentlicher Rehabilitationsaufenthalt seien geeignet, die bestehende volle Arbeitsfähigkeit zu erhalten (Urk. 10/M25 S. 18 Ziff. 7.1). Nach medizinisch rheumatologischen Erwägungen sei der Integritätsschaden gemäss Anhang 3 UVV und der SUVA-Tabelle 7.2 mit 20 % zu bewerten. Die Abnützung der HWS berechtige als unfallfremder Faktor zu einem Abzug von einem Viertel, womit unfallbedingt ein Integritätsschaden von 15 % vorliege. Eine zusätzliche, durch neuropsychologische Gründe bedingte Integritätsschädigung, müsse durch den Psychiater festgelegt werden (Urk. 10/M25 S. 19 Ziff. 8).

3.13 Im Bericht vom 4. November 2003 führte Dr. H.____ aus, dem Beschwerdeführer gehe es besser. Am Morgen und bei der Arbeit sei er weitgehend beschwerdefrei, nach einem Achtstundentag habe er aber Beschwerden. Unter Physiotherapie gehe es ihm besser (Urk. 10/M27).

4.1.1.1.1.1.1

4.1.1.1.1.1.1.1 Für die Zeit nach dem am 11. Januar 2006 gemeldeten Rückfall (Urk. 10/70) finden sich in den Akten die folgenden medizinischen Berichte:

Im Bericht vom 20. April 2006 (Urk. 10/M28) nannte Dr. med. J.____, Innere Medizin FMH, als Diagnose einen Status nach HWS-Distorsion (Urk. 10/M28 Ziff. 1). Der Beschwerdeführer klagt über chronische Nacken- und Schulterschmerzen beidseits, Druck in den Augen, einen Tinnitus, Schwindel, Trittsicherheit sowie neuropsychologische Defizite (Urk. 10/M28 Ziff. 2a). Gegenwärtig absolviere er ein- bis zweimal wöchentlich eine Physiotherapie und nehme Analgetika. Die Konsultationen fanden recht unregelmässig statt (Urk. 10/M28 Ziff. 2 a, Ziff. 2c). Seit dem 1. März 2006 bestehe dauerhaft eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/M28 Ziff. 4a).

Die entsprechenden Angaben bestätigte Dr. J.____ sodann in seinem Bericht vom 3. Mai 2006 (Urk. 10/M29).

4.2.1.1.1.1.1 In der Folge veranlasste die Beamtenversicherungskasse des Kantons U.____ eine Abklärung der Berufsinvalidität bei Dr. med. K.____, FMH für Innere Medizin. Dieser nannte in seinem Gutachten vom 10. Mai 2006 (Urk. 10/M30) als Diagnose ein chronisches anhaltendes zervikovertebrales und zervikozephalisches Schmerzsyndrom mit leicht ausgeprägten neuropsychologischen Hirnleistungsfunktionsstörungen nach HWS-Distorsion (Urk. 10/M30 S. 7).

Nach Angaben des Beschwerdeführers habe sich sein Gesundheitszustand seit Mitte 2004 laufend verschlechtert. Im Alltag sei er durch Nacken- und Kopfschmerzen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, eine psychische Labilität und eine Stolpertendenz mit dem rechten Bein beeinträchtigt. Im November 2005 sowie im Januar 2006 habe er einen Hürsturz erlitten und leide seither unter einem stark störenden Tinnitus beidseits, rechts mehr als links, sowie einer Gehörverminderung auf der rechten Seite. Beim intensiven Lesen habe er Mühe, da er nach zirka einer Stunde nur noch verschwommen sehe. Im März 2006 habe er wegen der zunehmenden Ausdehnung einer

vorbestehenden Psoriasis einen Monat in Ärztlicher Behandlung in Indien verbracht. Vom 5. bis 28. Oktober 2005 sei er von seinem Hausarzt zu 100 %, vom 29. Oktober 2005 bis Ende Februar 2006 zu 40 % und seither erneut zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden (Urk. 10/M30 S. 8 f.). Beim Beschwerdeführer liege eine Berufsinvalidität von 100 % vor. Auch eine angepasste Tätigkeit sei ihm bis auf Weiteres nicht zumutbar (Urk. 10/M30 S. 9).

4.3 In seinem Bericht vom 3. Juli 2006 zuhanden der Invalidenversicherung (Urk. 10/M32) führte Dr. H. ___ aus, der Beschwerdeführer habe ihn am 9. Mai 2006 aufgesucht und berichtet, die Leistungsfähigkeit werde allmählich schlechter und er leide unter Stresssymptomen wie Verstopfung und Unsicherheit. Ferner habe er Hörstärze erlitten. Er arbeite jetzt definitiv nicht mehr (Urk. 10/M32 S. 1 f.). Im aktuellen neurologischen Befund seien keine pathologischen Abweichungen mehr sichtbar. Auch rheumatologisch sei die Muskelsituation befriedigend und die Kopfbeweglichkeit sei gut. Der Beschwerdeführer zeige dagegen deutliche neurasthenische Symptome mit depressivem Einschlag, weshalb eine interdisziplinäre Begutachtung mit Einbezug einer psychiatrischen Stellungnahme empfohlen werde (Urk. 10/M32 S. 3).

4.4 Anlässlich der interdisziplinären Begutachtung in der Rehaklinik Y. ___ führten Dr. phil. L. ___, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, und Prof. Dr. med. M. ___, Facharzt Neurologie, in ihrem neuropsychologischen Bericht vom 12. Januar 2007 (Urk. 10/M36) aus, Ende 2005 sei es zu einem Leistungseinbruch gekommen (Urk. 10/M36 S. 2 unten). Aufgrund der Anamnese sowie der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, welche auf eine gute bis überdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit schliessen liessen, sei eine ausgedehnte neuropsychologische Testuntersuchung nicht angebracht, da eine solche - wegen des zu erwartenden Deckungseffektes - höchstwahrscheinlich keine neuen Erkenntnisse bringen würde (Urk. 10/M36 S. 3 unten). Die Befunde liessen auf intakte neuropsychologische Funktionen schliessen (Urk. 10/M36 S. 1, S. 4 oben).

Die glaubhaften subjektiven Angaben des Beschwerdeführers sowie die klinischen Beobachtungen wiesen auf eine von vielfachen körperlichen Symptomen begleitete erhöhte Ermüdbarkeit hin, welche die Aufmerksamkeitsleistungen, insbesondere die längerfristige komplexe Aufmerksamkeitszuwendung, beeinträchtigte. Die Literatur zeige, dass entsprechende Erschöpfungssphänomene mit Veränderungen in der Stresshormonachse und damit in der Stressverarbeitung einhergingen, die auch bei Patienten mit HWS-Beschleunigungstraumen hätten nachgewiesen werden können (Urk. 10/M36 S. 4).

Die Befunde könnten dahingehend interpretiert werden, dass im Anschluss an das HWS-Beschleunigungstrauma ein erhöhtes Risiko bestehe, dass schmerzphysiologische, psychotraumatologische sowie psychosoziale Stressfaktoren - gerade bei stark leistungsorientierten Persönlichkeiten - die initiale Symptomatik im Sinne eines Teufelskreises aufrecht erhielten, verstärkten und schliesslich zu einer Chronifizierung führten. Vor diesem Hintergrund erscheine es als wahrscheinlich, dass der Unfall und das dabei erlittene HWS-Beschleunigungstrauma zumindest eine Teilursache der heutigen Problematik darstelle (Urk. 10/M36 S. 4).

4.5 Im physikalisch-medizinischen Teilgutachten vom 21. Februar 2007 (Urk. 10/M35) nannte Dr. med. N. ___, Fachärztin für Physikalische Medizin und

Rehabilitation FMH, Rehaklinik Y.____, als Diagnose ein zerviko-zephalisches Schmerzsyndrom bei deutlicher Osteochondrose, Spondylose und unkovertebralearer Arthrose C4 bis C7 sowie sicherlich reaktiv bedingte Muskelverspannungen. Auffallend sei, dass sich die konventionell-radiologischen Befunde seit dem Unfall innert vier Jahren deutlich verschlechtert hätten, so dass zum Zeitpunkt des Unfalls bestehende degenerative Veränderungen durch das Unfallereignis eine richtungsgebende Verschlimmerung erfahren hätten. Die geschilderten Beschwerden seien insgesamt nur vor dem Hintergrund einer multikausalen Problematik zu interpretieren. Aus therapeutischer Sicht sei dem Beschwerdeführer zu empfehlen, weiterhin ein wohldosiertes Aktivitätslevel aufrechtzuerhalten (Urk. 10/M35 S. 7 unten).

4.6. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 26. Februar 2007 (Urk. 10/M37) nannte Dr. med. O.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Rehaklinik Y.____, folgende Diagnosen (Urk. 10/M37 S. 17 Ziff. 4):

- aktuell mehrheitlich remittierte, depressive Episode ab Herbst 2005, mittelgradig mit sogenannten somatischen Symptomen

- anlässlich des Unfalls vom 7. Dezember 1999 wahrscheinlich akute Belastungsstörung, übergehend in eine gewisse Persönlichkeitsveränderung (zwar nicht den ICD-10-Kriterien einer Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung entsprechend), komorbid mit einer verstärkten Neigung zu Depressivität, teils aber den Grad einer depressiven Episode erreichend

Aktuell zeige sich eine Situation, die zunächst als psychisch unauffällig imponiere. Erstaunlich seien jedoch die seltenen, aber ganz unvermittelt und heftig einsetzenden emotionalen Einbrüche des Beschwerdeführers, die zumindest auf eine erhöhte emotionale Labilisierung hinwiesen. Der Beschwerdeführer beschreibe einen Zustand im Sinne eines psychischen Tiefpunktes zwischen November 2005 und März 2006, der von der Qualität her eindeutig als depressive Episode, mindestens mittelgradig, mit somatischen Symptomen zu bezeichnen sei. Diese sei im Verlauf - teilweise durch Entlastung und Distanzierung von der Arbeitssituation sowie unterstützt durch einen Kuraufenthalt in Südafrika und insbesondere unter der seit einem halben Jahr stattfindenden Psychotherapie bei der Psychologin lic. phil. von G.____ - deutlich gebessert, wobei besonders in den letzten drei Monaten ein Fortschritt offensichtlich sei (Urk. 10/M37 S. 13 unten).

Auf telefonische Anfrage hin habe lic. phil. G.____ angegeben, der Beschwerdeführer befinde sich seit Spätsommer 2006 bei ihr in Therapie. Eine entsprechende therapeutische Betreuung habe sie bereits früher empfohlen, gemeldet habe sich der Beschwerdeführer indes erst im Sommer 2006 nach dem Abschied aus seinem Amt. Es liege eine psychoreaktive Depression vor. Mittlerweile habe er sich psychisch stabilisiert. Der Einbruch der Leistungsfähigkeit im Herbst 2005 sei aufgrund der früheren Befunde (kognitive und schmerzbedingte Überforderung) aus neuropsychologischer Sicht zu erwarten gewesen (Urk. 10/M37 S. 12 f.). Die Ehefrau des Beschwerdeführers führte gegenüber dem Gutachter aus, ihr Mann sei seit dem Unfall labiler und empfindlicher. Ihrem Eindruck nach habe er nach dem Unfall alle Kraft dafür benützt, die berufliche Leistung aufrecht zu erhalten. Seit dem Unfall leide er zudem unter Schlafstörungen mit der Angst, sich nicht richtig ausruhen zu können, habe oft die unbestimmte Angst geäußert, zu spinnen, sei müde und erschöpft gewesen und habe unter

beruflichen Situationen zu begründen. Einfache kognitive Tätigkeiten seien durch die neuropsychologischen Funktionsstörungen dagegen im Wesentlichen nicht beeinträchtigt (Urk. 10/M38 S. 11 unten). Der Beschwerdeführer habe jedoch kognitiv ausgesprochen anspruchsvolle Tätigkeiten ausgeübt. Es sei deshalb durchaus einleuchtend, dass er bei seiner beruflichen Tätigkeit vorschnell erschöpft gewesen sei. Anlässlich der aktuellen neurologischen Untersuchung sei keine klinische Symptomatik aufgefallen, die geeignet sei, eine Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems wahrscheinlich zu machen. Insgesamt bleibe festzustellen, dass das Unfallereignis nicht mit Wahrscheinlichkeit zu einer traumatischen Hirnverletzung respektive einer leichten traumatischen Hirnverletzung geführt habe. Das wesentliche Beschwerdebild bestehe aus Schmerzen im Nacken- und Hinterkopfbereich sowie aus kognitiven Beschwerden, die unter mentaler oder körperlicher Belastung auftraten. Rein neurologisch lasse sich die geklagte Symptomatik nicht hinreichend begründen, es werde auf die interdisziplinäre Zusammenfassung verwiesen (Urk.10/M38 S. 12).

4.7 In ihrer interdisziplinären Zusammenfassung (Urk. 10/M38 S. 13- 21) nannten Prof. Dr. M., Dr. N., Dr. L. sowie Dr. O., Rehaklinik Y., folgende Diagnosen (Urk. 10/M38 S. 17 Ziff. 4):

- Unfall vom 7. Dezember 1999 mit möglicher, aber nicht wahrscheinlicher leichter traumatischer Hirnverletzung
- kein Hinweis auf eine persistierende Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems
- in Belastungssituationen auftretende kognitive Beeinträchtigungen, am ehesten stressassoziiert
- zervikozephalales Schmerzsyndrom

Die Gutachter der Rehaklinik Y. führten aus, es lägen einige Symptome des typische Beschwerdebildes nach Schleudertraumata vor, welche sich allerdings vor allem durch des spezifische psychotraumatologische Störungsbild erklären liessen (Urk. 10/M38 S. 16 Ziff. 2a). Es bestehe ein komplexes Beschwerdebild, von dem gewisse Anteile mit somatisch-organischen Befunden verknüpft seien. So sei beispielsweise ein gewisser Muskelhartspann feststellbar. Bildgebend liessen sich jedoch keine strukturellen Schäden nachweisen. Es bestehe kein Zweifel daran, dass das Beschwerdeerleben - insbesondere das Schmerzerleben sowie die abnorme Erschöpfbarkeit - ganz wesentlich durch die psychiatrische Störung unterhalten werde (Urk. 10/M38 S. 17 Ziff. 5.2).

Die Beschwerden seien vor allem auf die unfallassozierte psychische Störung zurückzuführen (Urk. 10/M38 S. 17 Ziff. 5.3). Rein somatisch-organisch liege keine relevante Arbeitsunfähigkeit vor. Das Zumutbarkeitsprofil schliesse lediglich repetitive Überkopfarbeiten und das längerdauernde Einnehmen von Zwangspositionen aus. Unter Einbezug des psychiatrischen Störungsbildes sei von einer persistierenden Teilarbeitsunfähigkeit auszugehen. Diese limitiere zumutbare Tätigkeiten auf kognitiv leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in einem zeitlichen Umfang von zirka 70 % einer vollschichtigen Tätigkeit (Urk. 10/M38 S. 18 Ziff. 6). Das Beschwerdebild sei grundsätzlich besserungsfähig, mit entsprechenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/M38 S. 18 Ziff. 6.3). Von rein somatisch-organisch orientierten Therapiemassnahmen sei keine Verbesserung zu erwarten, von der Fortsetzung der

Psychotherapie dagegen schon (Urk. 10/M38 S. 19 Ziff. 7.1).

4.8. Im Bericht vom 3. Juli 2007 (Urk. 3/4) anlässlich der fMRI vom 2. Juli 2007 führte Dr. med. P., Facharzt für Medizinische Radiologie, FMRI-Zentrum, V., aus, das rechte Ligamentum alare lasse sich im Unterschied zur linken Seite auf den meisten Schichten nicht abgrenzen. Dies entspreche höchstwahrscheinlich einem alten kompletten Riss (Urk. 3/4 S. 2).

4.9. Dr. F., beratender Arzt, hielt in seiner Stellungnahme vom 11. September 2007 (Urk. 10/M39) fest, das psychiatrische Gutachten der Rehaklinik Y. sei einwandfrei, mit Ausnahme der Würdigung eines schweren beidseitigen Tinnitus, der im Rahmen von Hörstörungen sowie eines Morbus Menière Ende 2005/Anfang 2006 - die nicht als Unfallfolgen interpretiert werden könnten - aufgetreten sei. Ein schwerer Tinnitus sei ein psychisch zermürbender Faktor, der sicher teilweise für die weitere psychische Zustandsverschlechterung mitverantwortlich sei (Urk. 10/M39).

4.10. Dr. med. Q., Facharzt für Neurologie, beratender Arzt, führte in seiner Stellungnahme vom 12. September 2007 (Urk. 10/M40) aus, selbst wenn eine MTBI bestanden hätte, sei nicht nachvollziehbar, weshalb diese vorliegend zu bleibenden Beschwerden hätte führen sollen. Aus den Akten gehe hervor, dass der Beschwerdeführer unter einem Morbus Menière leide. Diese Krankheit gehe regelmässig mit einem Tinnitus einher. Es gebe überdies bislang keine zuverlässigen Berichte, wonach ein Morbus Menière kausal wegen eines Traumas auftreten könne. Es seien mehrere neuropsychologische Untersuchungen durchgeführt worden, welche allesamt typische Befunde für eine Schmerzinterferenz zeigten hätten. Eine strukturelle Hirnschädigung habe nie belegt werden können (Urk. 10/M40 S. 7 Mitte). Die aktuellen Schwindelbeschwerden dürften im Rahmen des unfallfremden Morbus Menière erklärbar sein. Für eine Visusbestimmung sei keine spezialärztliche Untersuchung notwendig, diese könne von jedem Arzt durchgeführt werden (Urk. 10/M40 S. 7 unten).

Es lägen durchaus gewisse organische Befunde vor. Die hieraus ableitbare Arbeitsunfähigkeit dürfte indes sehr klein sein, die gegenwärtige Arbeitsunfähigkeit sei weitestgehend psychisch geprägt (Urk. 10/M40 S. 8 oben).

E. 5

5.1. Mit Verfügung vom 19. Februar 2004 wurde dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung von Fr. 34'020.-- sowie ein Überbrückungskapital von Fr. 120'608.-- zugesprochen (Urk. 10/62). Am 14. Juli 2005 schlossen die Parteien sodann einen Vergleich, wonach für künftige Heilbehandlungen (jährlich vier Serien Physiotherapie - neun Sitzungen, Medikamente, Arztkonsultationen sowie ein Rehabilitationsaufenthalt pro Jahr) ein kapitalisierter Betrag von Fr. 88'946.-- vereinbart wurde. Damit wurde das unfallversicherungsrechtliche Verfahren abgeschlossen, wobei Rückfälle und Spätfolgen vorbehalten blieben (Urk. 10/66b).

5.2. Zunächst gilt es zu beurteilen, ob diese vergleichsweise Erledigung des unfallversicherungsrechtlichen Verfahrens einer Prüfung der Adäquanz anlässlich des am 11. Januar 2006 gemeldeten Rückfalls (Urk. 10/70) entgegensteht.

Der Beschwerdeführer brachte vor, aufgrund des Vergleichs sei die Adäquanz bereits einmal geprüft und implizit bejaht worden. Es seien zudem weitere Leistungen im Fall einer mehr als 20%igen Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit vorbehalten worden. Ein

entsprechender Vorbehalt hätte nicht gemacht werden dürfen, wenn bei Verwirklichung der genannten Bedingungen weitere Leistungen zufolge fehlender Adäquanz ausgeschlossen würden. Deshalb sei es rechtsmissbräuchlich, wenn die Beschwerdegegnerin sich nun hierauf berufe (Urk. 1 S. 11 Ziff. 9).

Mit diesem Vorbringen verkennt der Beschwerdeführer indes, dass zur Begründung der Leistungspflicht eines Versicherers - unabhängig davon, ob das unfallversicherungsrechtliche Verfahren mittels einer Leistungseinstellung oder aber aufgrund eines Vergleichs abgeschlossen wurde - beim Vorliegen eines Rückfalls stets sowohl ein natürlicher wie auch ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und dem Unfallereignis bestehen muss (vgl. vorstehend Erw. 1.1). Demzufolge steht der zwischen den Parteien im Juli 2005 geschlossene Vergleich einer Prüfung der Adäquanz im Rahmen des Rückfalls keineswegs entgegen. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 11 Ziff. 9) aufgrund des abgeschlossenen Vergleichs bislang eben gerade keine detaillierte Prüfung der Adäquanz erfolgte.

Zur Begründung der erneuten Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ist demnach zu prüfen, ob die anlässlich des Rückfalls geklagten Beschwerden in einem rechtsgenügenden Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 7. Dezember 1999 stehen.

E. 6

6.1 Umstritten ist, wie die Adäquanz zu beurteilen ist. Während die Beschwerdegegnerin die Prüfung nach der Praxis zu psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) vornahm (Urk. 2 S. 4 Ziff. 2.4), machte der Beschwerdeführer geltend, es sei die Schleudertraumapraxis des Bundesgerichts (BGE 134 V 109) anwendbar (Urk. 1 S. 14 Ziff. 11).

Entscheidend für die Anwendung der sogenannten Psychopraxis ist, ob die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund getreten sind (vgl. vorstehend Erw. 1.4). Das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht hat sodann wiederholt darauf hingewiesen, dass die besondere Adäquanzprüfung nach Schleudertrauma den Fällen vorbehalten sei, in denen sich die psychische Problematik als Teil des typischen organisch-psychischen Beschwerdebildes des Schleudertraumas der HWS darstelle oder wo eine psychische Fehlentwicklung mit dem organisch-psychischen Beschwerdebild eng verflochten sei. Von diesen Fällen seien diejenigen zu unterscheiden, wo sich nach einem Unfall - losgelöst vom organisch-psychischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas oder vergleichbarer Verletzungen - eine selbständige, sekundäre psychische Gesundheitsstörung manifestiere oder wo eine derartige selbständige psychische Beeinträchtigung vorbestanden und sich durch einen Unfall verschlimmert habe. Die Unfalladäquanz solcher Gesundheitsschädigungen sei ebenfalls nach den allgemeinen, für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien zu beurteilen (RKUV 2001 Nr. U 412 S. 79 ff., 2000 Nr. U 397 S. 327 ff., Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen B. vom 23. März 2005, U 457/04 Erw. 3 mit Hinweisen sowie in Sachen D. vom 7. November 2002, U 377/01, und in Sachen B. vom 24. Oktober 2002, U 424/01).

Würden psychische Beschwerden, die im Anschluss an einen Unfall mit Distorsionsverletzung der HWS auftreten, ungeachtet ihrer Pathogenese stets nach den Kriterien gemäss BGE 117 V 366 Erw. 6a auf ihre Adäquanz hin überprüft, bestünde die Gefahr, identische natürlich kausale psychische Unfallfolgen adäquanzrechtlich allein deshalb unterschiedlich zu beurteilen, je nachdem, ob beim Unfall zusätzlich eine Distorsionsverletzung der HWS (oder ein äquivalenter Verletzungsmechanismus) auftrat oder nicht, was nicht angeht (Urteil in Sachen P. vom 30. September 2005, U 277/04, Erw. 2.2 und Erw. 4.2.2, insbesondere mit Hinweis auf RKUV 2001 Nr. U 412 S. 79 ff. Erw. 2b = Urteil in Sachen B. vom 12. Oktober 2000, U 96/00; siehe auch Urteil in Sachen R. vom 25. Januar 2005, U 106/03, Erw. 5.3).

6.2 Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass der Beschwerdeführer bei der Auffahrkollision vom 7. Dezember 1999 eine Distorsionsverletzung der HWS erlitt und bei ihm in der Folge mehrere Symptome des typischen Beschwerdebildes wie beispielsweise Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindel auftraten (vgl. u.a. Urk. 10/M1 Ziff. 2).

Im Juli 2005, als der vergleichsweise Abschluss des unfallversicherungsrechtlichen Verfahrens erfolgte, litt der Beschwerdeführer hauptsächlich noch unter neuropsychologischen Beeinträchtigungen (vgl. u.a. Urk. 10/M23 S. 12 unten), währenddem sich die Nacken- und Hinterkopfschmerzen im Verlauf deutlich gebessert hatten (vgl. u.a. Urk. 10/M18). Zum Erhalt der vollen Arbeitsfähigkeit wurde dennoch von ärztlicher Seite her weiterhin Physiotherapie sowie ein gelegentlicher Rehabilitationsaufenthalt als notwendig erachtet (Urk. 10/M23 S. 15 Ziff. 7.2, Urk. 10/M25 S. 18 Ziff. 7.1). Dieser Umstand wurde im Rahmen des Vergleichs vom Juli 2005 berücksichtigt und dem Beschwerdeführer eine kapitalisierte Summe von Fr. 88'946.-- für die genannten Heilbehandlungen zugesprochen (Urk. 10/66a, Urk. 10/66b).

6.3 Organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen liegen beim Beschwerdeführer insofern vor, als dass sich vorbestehende degenerative Veränderungen an der HWS durch die Kollision vom 7. Dezember 1999 richtungsgebend verschlimmerten (Urk. 10/M25 S. 15, Urk. 10/M37 S. 7) und in der Folge die reflektorischen Muskelverspannungen unterhielten (Urk. 10/M23 S. 14 Ziff. 6.1). Diesem Umstand wurde indes im Rahmen des im Juli 2005 geschlossenen Vergleichs Rechnung getragen (vgl. vorstehend Erw. 6.2). Aufgrund der Akten ist sodann überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass die dadurch verursachten Beschwerden grundsätzlich ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers blieben.

Weitere objektiv ausgewiesene organische Unfallfolgen sind vorliegend keine ersichtlich. Insbesondere konnten beim Beschwerdeführer keine ossären Läsionen festgestellt werden (Urk. 10/M25 S. 14). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 6 Ziff. 7.1) ist sodann nicht überwiegend wahrscheinlich vom Vorliegen einer MTBI auszugehen. Bereits im neurologischen Gutachten vom 16. Januar 2001 führte Dr. B. ___ aus, eine solche sei zwar möglich, aber nicht wahrscheinlich (Urk. 10/M13 S. 10 Ziff. 4). Anlässlich der Begutachtung in der Rehaklinik Y. ___ wurde eine MTBI ebenfalls als möglich, nicht aber wahrscheinlich angenommen (Urk. 10/M38 S. 12, Urk. 10/M38 S. 17 Ziff. 4). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen dagegen nicht (vgl. vorstehend Erw. 1.2). Der Umstand, dass nur möglicherweise eine MTBI vorlag,

genügt demnach nicht, um von einer solchen auszugehen. Anzuführen bleibt, dass nach der Rechtsprechung eine MTBI nicht gegeben ist, wenn eine halbe Stunde nach dem Unfall ein

Glasgow Coma Scale-Wert von 13 bis 15 gegeben ist (Urteil des EVG i.S. T. vom 29. März 2006, U 197/04, Erw. 3.1). Angesichts der unauffälligen Schilderungen des erstbehandelnden Dr. Z. ___ (Urk. 10/M1-2) erscheint solches als unwahrscheinlich.

6.4 Der Beschwerdeführer brachte weiter vor, der zwischenzeitlich aufgetretene und im Rahmen des Rückfalls angegebenen Tinnitus sei nicht genügend abgeklärt worden (Urk. 1 S. 11 oben). Dr. Q. ___ führte in seiner Stellungnahme vom 12. September 2007 nachvollziehbar aus, dass ein Morbus Menière, welcher beim Beschwerdeführer vorliege, regelmässig mit einem Tinnitus einhergehe (Urk. 10/M40 S. 7 Mitte). Des Weiteren ist dokumentiert, dass der Beschwerdeführer sowohl im Herbst 2005 wie auch anfangs 2006 Hörstärken erlitt (Urk. 10/M30 S. 6 unten). Dr. F. ___ wies in seiner Stellungnahme vom 11. September 2007 darauf hin, dass der Tinnitus im Zusammenhang mit diesen Hörstörungen sowie dem Morbus Menière zu sehen sei, welche beide nicht als Unfallfolgen interpretiert werden könnten (Urk. 10/M39). Diese Beurteilung leuchtet auch deshalb ein, weil als mögliche Ursachen eines Tinnitus unter anderem Hörstärken, Stress sowie ein Morbus Menière diskutiert werden (vgl. www.sprechzimmer.ch/sprechzimmer/Krankheitsbilder/Ohrensausen_Tinnitus.php). Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten ist jedenfalls zwischen dem erst einige Jahre nach dem Unfallereignis aufgetretenen Tinnitus sowie dem Unfall vom 7. Dezember 1999 ein natürlicher Kausalzusammenhang nicht belegt (Urk. 10/M38 S. 11 unten, Urk. 10/M39, Urk. 10/M40 S. 7 Mitte).

6.5 Der Beschwerdeführer machte weiter geltend, der Schwindel als organische Unfallfolge sei ebenfalls ungenügend abgeklärt worden (Urk. 1 S. 11 oben). Zwar trifft es zu, dass der Beschwerdeführer bereits unmittelbar nach dem Unfall über Schwindel klagte (Urk. 10/M1 Ziff. 1). Dr. B. ___ hielt indes in seinem neurologischen Gutachten vom 16. Januar 2001 fest, der Schwindel sei inzwischen abgeklungen (Urk. 10/M13 S. 9 Ziff. 2). In seiner Stellungnahme vom 12. September 2007 führte Dr. Q. ___ sodann nachvollziehbar aus, dass der vom Beschwerdeführer geklagte Schwindel in Zusammenhang mit dem bei ihm vorliegenden Morbus Menière zu sehen sei (Urk. 10/M40 S. 7 unten). Ärztliche Beurteilungen, die auf einen bestehenden natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem anlässlich des Rückfalls geklagten Schwindel und dem Unfallereignis vom 7. Dezember 1999 hinweisen würden, liegen dagegen keine vor.

6.6 Der Beschwerdeführer brachte weiter vor, der kraniozervikale Übergang (Halswirbelsäule C0 bis C2) sei nicht abgeklärt worden, obwohl sich nach Unfall, wie er einen erlitten habe, in der fMRT sehr häufig Verletzungen im entsprechenden Bereich zeigten. Ohne diese notwendigen Abklärungen können nicht gefolgert werden, dass keine organischen Unfallfolgen vorliegen (Urk. 1 S. 9 f. Ziff. 8.2). Zugleich gab der Beschwerdeführer einen Bericht des FMRI-Zentrums Zürich vom 3. Juli 2007 zu den Akten, welchem zufolge höchst wahrscheinlich ein alter kompletter Riss des rechten Ligamentum alare vorliege (Urk. 3/4 S. 2). Aufgrund des Berichtes bleibt derweil unklar, ob dieser wahrscheinliche Riss auf das Unfallereignis vom 7. Dezember 1999 zurückzuführen ist. Dies kann indessen offen bleiben.

Eine medizinisch-diagnostische Methode muss nämlich wissenschaftlich anerkannt sein, damit der mit ihr erhobene Befund eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage zu bieten vermag. Dabei gilt eine Untersuchungsart dann als wissenschaftlich anerkannt, wenn sie von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis anerkannt ist (BGE 134 V 232 Erw. 5.1 mit Hinweisen). Gemäss höchststrichterlicher Rechtsprechung handelt es sich bei der fMRT aber um eine neuere Form der Kernspintomographie, wobei die fachärztlichen Meinungen hinsichtlich des Aussagewertes von fMRT-Untersuchungen des kraniozervikalen Übergangs stark auseinander gehen. Ein breiter Konsens, der erlauben würde, die entsprechende Abklärungsmethode als zuverlässige Grundlage für die Beurteilung der Unfallkausalität von Beschwerden nach HWS-Traumen zu betrachten, liegt dagegen nicht vor. Die fMRT-Untersuchung ist deshalb nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft ein nicht geeignetes Beweismittel zur Beurteilung der Unfallkausalität von Beschwerden nach Traumen der Halswirbelsäule (BGE 134 V 235 Erw. 5.4).

6.7 Nach Ansicht des Beschwerdeführers sind sodann auch die Augenprobleme typische Folgen von Unfällen, wie er einen erlitten habe. Diese könnten spezialärztlich als organische Unfallfolgen objektiviert werden (Urk. 1 S. 10 Ziff. 8.4). In den Akten werden zwar nach dem Unfallereignis vom 7. Dezember 1999 auftretende Augenbeschwerden erwähnt (Urk. 10/3 S. 2 Ziff. 2.3). In den weiteren medizinischen Akten fanden sich jedoch keine Hinweise mehr darauf. Die Visusprobleme wurden erstmals nach der Rückfallmeldung wieder erwähnt. Anlässlich der infolge des Rückfalls durchgeführten medizinischen Abklärungen konnte sodann kein Zusammenhang zwischen den vom Beschwerdeführer geklagten Augenbeschwerden und dem Unfallereignis vom 7. Dezember 1999 bestätigt werden.

Dr. Q. führte in seiner Stellungnahme vom 12. September 2007 nachvollziehbar aus, eine Visusbestimmung könne von jedem Arzt durchgeführt werden, eine spezialärztliche Untersuchung sei hierfür nicht notwendig (Urk. 10/M40 S. 7 unten). Im Übrigen wurden die Augen des Beschwerdeführers anlässlich der Exploration in der Rehaklinik Y. untersucht, wobei der Augenhintergrund, die Bulbusmotilität sowie die Pupillenreaktionen unauffällig waren. Ferner hielten die Gutachter fest, es liege kein pathologischer Nystagmus vor und der Beschwerdeführer klage zudem nicht über das Sehen von Doppelbildern (Urk. 10/M38 S. 10 oben). Ein natürlicher Kausalzusammenhang (vgl. vorstehend Erw. 1.2) zwischen der Augenproblematik und dem Unfallereignis vom 7. Dezember 1999 ist aufgrund der Aktenlage jedenfalls nicht ausgewiesen.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers sind sodann keine Gründe ersichtlich, weshalb zur Beurteilung der vorliegenden Streitsache eine weitere Abklärung der Visusstörungen notwendig wäre. Wenn der Beschwerdeführer eine entsprechende Exploration als unabdinglich ansah, ist nicht nachzuvollziehen, weshalb er nicht von sich aus einen Facharzt aufsuchte. Da er dies unterliess, ist davon auszugehen, dass er der geklagten Visusproblematik ebenfalls keine allzu grosse Bedeutung beimass.

6.8 Beim Beschwerdeführer konnte sodann keine Schädigung des peripheren oder zentralen Nervensystems und folglich kein struktureller Hirnschaden nachgewiesen werden (Urk. 10/M13 S. 9 Ziff. 3, Urk. 10/M23 S. 12 oben, Urk. 10/M25 S. 14, Urk. 10/M38 S. 12). Demnach liegt kein organisches Substrat vor, auf welches die den Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit hauptsächlich beeinträchtigenden

kognitiven Einschränkungen zurückzuführen wären. Diese sind folglich nicht hirnganisch bedingt.

Die Rechtsprechung hat neuropsychologische Defizite ohne organische Befunde den psychischen Problemen gleichgesetzt, mit der Folge, dass sie bei Dominanz auch als psychische Überlagerung betrachtet werden, wobei die Adäquanzprüfung unter diesen Umständen ebenfalls nach der Praxis gemäss BGE 115 V 133 zu folgen hat (Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2007, U 321/06 Erw. 4.1 mit Hinweisen). Die beim Beschwerdeführer ausgewiesenen neuro-psychologischen Defizite lassen auf eine psychische Überlagerung schliessen. Für eine solche spricht denn auch der Verlauf seit dem Unfall vom 7. Dezember 1999.

So finden sich bereits in den Akten vor der Rückfallmeldung Hinweise auf eine beginnende psychische Überlagerung. Dr. Z. ___ hielt anlässlich seiner Berichterstattung vom 11. Januar 2000 - also rund einen Monat nach dem Unfallereignis - fest, der Beschwerdeführer klagte über emotionelle Störungen (Urk. 10/M4). Einen Monat später wies Dr. A. ___ darauf hin, dass der Beschwerdeführer unter anderem über Konzentrationsstörungen, Aggressivität, Durchschlafstörungen sowie eine verminderte Belastbarkeit klagte (Urk. 10/M6). Dr. B. ___ führte in seinem Gutachten vom 16. Januar 2001 aus, es hätten sich schon bald nach dem Unfall auch psychische Veränderungen gezeigt (Urk. 10/M9 Ziff. 1). Aktuell finde sich eine deutliche psychische Labilität mit Affektinkontinenz und einer reaktiven Depression (Urk. 10/M13 S. 9 Ziff. 2 f.). Infolgedessen erachtete Dr. B. ___ eine psychologische Betreuung sowie die Behandlung mit Lexotanil als notwendig (Urk. 10/M13 S. 10 unten). Im Bericht vom 20. Oktober 2001 nannte Dr. E. ___, bei dem der Beschwerdeführer kurze Zeit in psychiatrisch-psychologischer Behandlung stand (vgl. Urk. 10/M24 S. 2 unten), als Diagnose eine posttraumatische mittelgradige depressive Episode (Urk. 10/M17 S. 2). Die Psychologin von G. ___ empfahl in ihrem Bericht vom 3. April 2003 - auch im Zusammenhang mit dem unverarbeiteten gewichtigen Unfalltrauma - eine neuropsychologisch orientierte Psychotherapie (Urk. 10/M24 S. 4 unten). Dr. H. ___ hielt in seinem Gutachten vom 7. April 2003 ebenfalls fest, die von lic. phil. G. ___ vorgeschlagene Behandlung sei sinnvoll (Urk. 10/M23 S. 12 unten).

In seinem Gutachten vom 10. Mai 2006 führte Dr. K. ___ sodann aus, der Beschwerdeführer sei in seinem Alltag unter anderem durch eine psychische Labilität beeinträchtigt (Urk. 10/M30 S. 8). Dr. H. ___ wies am 3. Juli 2006 darauf hin, dass der Beschwerdeführer unter Stresssymptomen leide und deutliche neurasthenische Symptome mit depressivem Einschlag zeige. Infolgedessen empfahl er eine interdisziplinäre Begutachtung mit psychiatrischer Stellungnahme (Urk. 10/M32 S. 3). Dr. O. ___ führte dann in seinem psychiatrischen Teilgutachten aus, beim Beschwerdeführer liege eine im Zeitpunkt der Begutachtung mehrheitlich remittierte depressive Episode mit somatischen Symptomen sowie eine anlässlich des Unfallereignisses vom 7. Dezember 1999 wahrscheinlich akute Belastungsstörung vor, welche in eine gewisse Persönlichkeitsveränderung übergegangen sei (Urk. 10/M37 S. 17 Ziff. 4). Der Gutachter legte nachvollziehbar dar, worauf der vom Beschwerdeführer erwähnte psychische Tiefpunkt zwischen November 2005 und März 2006 zurückzuführen sei (Urk. 10/M37 S. 14 oben). Seit Spätsommer 2006 befand sich der Beschwerdeführer bei lic. phil. G. ___ in psychologischer Therapie (vgl. Urk. 10/M37 S. 12). Diese gab im Rahmen der eingeholten Fremdanamnese gegenüber

dem psychiatrischen Gutachter der Rehaklinik Y. ___ an, es liege eine psychoreaktive Depression vor. Der Einbruch im Herbst 2005 sei aufgrund der kognitiven sowie schmerzbedingten \ddot{A} berforderung zu erwarten gewesen (Urk. 10/M37 S. 12 f.). Im Rahmen der Fremdanamnese kontaktierte Dr. O. ___ zudem die Ehefrau des Beschwerdef \ddot{A} hrers, welche angab, ihr Ehemann sei seit dem Unfall labiler und empfindlicher (Urk. 10/M37 S. 13 Mitte). Die Gutachter der Rehaklinik Y. ___ legten sodann \ddot{A} berzeugend dar, dass beim Beschwerdef \ddot{A} hrer zwar gewisse Symptome des typischen Beschwerdebildes nach Schleudertrauma vorl \ddot{A} gen, diese sich aber zur Hauptsache durch das spezifische psychotraumatologische St \ddot{A} rungsbild erkl \ddot{A} ren liessen und insbesondere das Schmerzerleben sowie die abnorme Ersch \ddot{A} pfbarkeit wesentlich durch die psychiatrische St \ddot{A} rung unterhalten w \ddot{A} rden (Urk. 10/M38 S. 17 Ziff. 5.2). Weiter f \ddot{A} hrten sie aus, es liege rein somatisch-organisch keine relevante Arbeitsunf \ddot{A} higkeit vor (Urk. 10/M38 S. 18 Ziff. 6), was aufgrund der beim Beschwerdef \ddot{A} hrer festgestellten Diagnosen und Befunde durchaus nachvollziehbar ist. Entsprechend hielten die Gutachter fest, von somatisch-organisch orientierten Therapien sei keine Besserung des Zustandes zu erwarten (Urk. 10/M38 S. 19 Ziff. 7.1). Dies wurde im \ddot{A} brigen bereits in fr \ddot{A} heren Arztberichten festgestellt (vgl. Urk. 10/M23 S. 15 Ziff. 7). Aufgrund der diagnostizierten Depression sei der Beschwerdef \ddot{A} hrer indessen seit Herbst 2005 wahrscheinlich weitgehend arbeitsunf \ddot{A} hig gewesen (Urk. 10/M37 S. 18 Ziff. 6.1). Aus psychiatrischer Sicht sei aktuell aufgrund der verminderten Belastungstoleranz sowie der teilremittierten Depression eine 30%ige Arbeitsunf \ddot{A} higkeit ausgewiesen (Urk. 10/M37 S. 18 Ziff. 6.1).

6.9 \hat{A} \hat{A} \hat{A} Die dargelegte medizinische Situation sowie der Verlauf seit dem Unfall zeigen deutlich, dass - entgegen dem Vorbringen des Beschwerdef \ddot{A} hrers (Urk. 1 S. 13 unten) - die psychischen Probleme nicht "lediglich herbeigeschrieben" wurden, sondern durch \ddot{A} rztliche Berichte zweifellos belegt sind und deutlich im Vordergrund stehen. Insbesondere ist auch der Einwand des Beschwerdef \ddot{A} hrers, es seien keine fremdanamnestischen Ausk \ddot{A} nfte eingeholt worden (Urk. 1 S. 13), nicht zu h \ddot{A} ren. Aus dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. O. ___ ergibt sich zweifelsfrei, dass dieser sehr wohl Ausk \ddot{A} nfte im Umfeld des Beschwerdef \ddot{A} hrers einholte und die fremdanamnestischen Angaben sowohl der Ehefrau als auch der behandelnden Psychologin in seine Beurteilung einbezog (Urk. 10/M37 S. 12 f.).

6.10 \hat{A} \hat{A} Dem Bericht von Dr. J. ___ vom 20. April 2006 (Urk. 10/M28) l \ddot{A} sst sich sodann nichts entnehmen, was einen anderen Schluss zulassen w \ddot{A} rde. Dr. J. ___ attestierte dem Beschwerdef \ddot{A} hrer zwar eine dauerhafte volle Arbeitsunf \ddot{A} higkeit seit 1. M \ddot{A} rz 2006, ohne jedoch zu begr \ddot{A} nden, weshalb dieser aufgrund der gleichbleibenden Diagnose einer HWS-Distorsion nun bleibend arbeitsunf \ddot{A} hig sein soll, nachdem er zuvor seit dem 20. Oktober 2000 voll arbeitsf \ddot{A} hig war. Die Beurteilung einer bleibenden vollst \ddot{A} ndigen Arbeitsunf \ddot{A} higkeit durch den Hausarzt ist somit nicht nachvollziehbar und vermag infolgedessen nicht zu \ddot{A} berzeugen.

6.11 \hat{A} \hat{A} In den Akten findet sich weiter das Gutachten von Dr. K. ___ zuhanden der Beamtenversicherungskasse des Kantons Z \ddot{A} rich (Urk. 10/M30). Darin attestierte dieser dem Beschwerdef \ddot{A} hrer eine 100%ige Berufsinvalidit \ddot{A} t und wies zugleich darauf hin, dass eine angepasste T \ddot{A} tigkeit bis auf Weiteres ebenfalls nicht zumutbar sei (Urk. 10/M30 S. 9). Das Studium des Gutachtens zeigt, dass Dr. K. ___ anl \ddot{A} slich seiner Beurteilung - aufgrund der vorliegenden Akten - einzig den Verlauf seit dem Unfall sowie die vom

Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden darlegte. Eine eigene Beurteilung der Situation durch den Gutachter findet sich dagegen nicht (Urk. 10/M30 S. 8-9). Infolgedessen ist die von Dr. K. ___ attestierte 100%ige Berufsinvalidität weder begründet noch ist nachvollziehbar, wie dieser zu seiner Einschätzung gelangte. Infolgedessen vermag das Gutachten vom 10. Mai 2006 nicht zu überzeugen und ist im vorliegenden Verfahren nicht verwertbar.

Im Übrigen ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass die IV-Stelle bei Prüfung des Rentenanspruches des Beschwerdeführers ebenfalls nicht von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit sowohl für die angestammte als auch für eine angepasste Tätigkeit ausging. Vielmehr erachtete sie den Beschwerdeführer in einer geeigneten Tätigkeit als zu 70 % arbeitsfähig (Urk. 10/129b S. 2), was mit der Einschätzung durch die Gutachter der Rehaklinik Y. ___ übereinstimmt. Zwar trifft es zu, wenn der Beschwerdeführer vorbringt, er erhalte von der Invalidenversicherung bei Vorliegen eines Invaliditätsgrades von 100 % eine ganze Rente (Urk. 1 S. 5 Ziff. 4). Diese wurde ihm indes nicht aufgrund seines Gesundheitsschadens zugesprochen, sondern weil aufgrund seines fortgeschrittenen Alters die Anpassungsfähigkeit für eine neue Tätigkeit als nicht mehr gegeben erachtet wurde und es ihm nicht mehr zumutbar sei, in einer angepassten Tätigkeit in untergeordneter Stellung tätig zu sein (Urk. 10/129b S. 2).

6.12 Nach dem Gesagten ergibt sich, dass das Beschwerdebild im Anschluss an den Unfall vom 7. Dezember 1999 von einer psychischen Komponente überlagert wurde, die spätestens im hier zu beurteilenden Zeitpunkt deutlich im Vordergrund stand. Demnach ist die Beurteilung der adäquaten Kausalität nach der Praxis zu psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) vorzunehmen, wie dies die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid tat. Hieran vermag auch der Hinweis des Beschwerdeführers auf das Urteil des Bundesgerichts vom 31. August 2007 (U 286/06) nichts zu ändern, da der darin zu beurteilende Sachverhalt mit dem vorliegenden nicht vergleichbar ist.

7.1

7.1 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemäße Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

7.2.2.2 Im Hinblick auf die Adäquanzprüfung ist folglich zunächst die Schwere des Unfallereignisses zu würdigen.

Aus den Akten ergibt sich, dass es sich beim Unfallereignis vom 7. Dezember 1999 um einen zweiphasigen Auffahrunfall handelte, bei dem ein nachfolgender Personenwagen in das stehende Fahrzeug des Beschwerdeführers fuhr. Dabei wurde dessen Fahrzeug in - respektive unter - das Heck des vor ihm stehenden LKW geschoben. Der Personenwagen des Beschwerdeführers erlitt infolgedessen einen Totalschaden (Urk. 10/3a S. 2, Urk. 10/3c S. 1 Ziff. 1, S. 2 Ziff. 7). Dabei ergab die unfallanalytische Abklärung, dass das Fahrzeug des Beschwerdeführers eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung von 13-18 km/h erfahren hat (Urk. 2 S. 4 unten).

Die Beschwerdegegnerin ordnete das Ereignis als mittelschweren Unfall ein (Urk. 2 S. 4 unten). Der Beschwerdeführer machte geltend, es handle sich um einen Unfall im Grenzbereich zu den schweren (Urk. 1 S. 3 Ziff. 6).

7.3.3.3.3 Das Bundesgericht stuft Auffahrkollisionen auf ein (stehendes) Fahrzeug regelmässig als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis ein (Urteil des damaligen EVG i.S. A. vom 17. März 2006, U 287/04 Erw. 10, RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237 Erw. 5.1.2 mit Hinweisen; vgl. auch die in SZS 2001 S. 432 ff. erwähnten Urteile in Sachen A. vom 29. Dezember 1998, U 100/97, und in Sachen V. vom 30. Juni 1997, U 231/96; ferner Urteile in Sachen M. vom 12. Juli 2002, U 34/02, Erw. 4a sowie in Sachen T. vom 6. Dezember 2002, U 61/00, Erw. 3a, je mit diversen Hinweisen). Insbesondere rechtfertigt der Umstand allein, dass ein Fahrzeug durch den Aufprall in ein vor ihm stehendes Fahrzeug geschoben wird, keine andere Beurteilung (vgl. RKUV 2005 S. 237 Erw. 5.2.1).

Als zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zählend gelten nach der Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen H. vom 8. Februar 2008, U 587/06, Erw. 3.3.1 mit Rechtsprechungsübersicht) ein Verkehrsunfall, der sich in einem Tunnel mit drei beteiligten Fahrzeugen ereignete und bei welchem eine Person starb und mehrere weitere Personen verletzt wurden (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207); eine Mehrfachkollision auf der Autobahn bei einer Geschwindigkeit von rund 80 km/h, wobei es sich beim ersten Zusammenstoss um eine Streifkollision in gleicher Fahrtrichtung mit geringer Geschwindigkeitsdifferenz und bei den anschliessenden Zusammenstössen um seitliche und seitlich-frontale Kollisionen handelte (Urteil des damaligen EVG in Sachen P. vom 15. Dezember 2000, U 105/00); ein Unfall, bei welchem der vom Versicherten gesteuerte Personenwagen mit einer Geschwindigkeit von rund 80 km/h in einem Tunnel auf die Gegenfahrbahn geriet und mit drei entgegenkommenden Fahrzeugen zusammenstiess, der Versicherte mittelschwer verletzt, eine Person getötet und drei weitere leicht bis schwer verletzt wurden (Urteil des damaligen EVG in Sachen K. vom 15. November 2004, U 334/03); ein Verkehrsunfall, bei dem die versicherte Person mit hoher Geschwindigkeit aus einem sich mehrfach überschlagenden Auto hinaus auf die Gegenfahrbahn geschleudert wurde und dabei ein Schädelhirntrauma mit Jochbogenfraktur links, eine Fissur der Schädelbasis, ein ausgedehntes Galeahämatom fronto-parietal links, eine Fazialis-Parese links (Stirnmast) nach Kontusion, zwei Rissquetschwunden Stirne links, eine subkonjunktivale Blutung Auge links sowie einige Schärfwunden erlitt; ein Reifenplatzer auf der Autobahn bei ca. 95 km/h mit anschliessendem Herausschleudern des Versicherten durch das Fenster eines Autos; ein Frontalzusammenstoss, wobei der Versicherte mit dem Bein bis zur Hüfte im umgestürzten Wagen eingeklemmt blieb und sich eine Gehirnerschütterung, eine Kopfverletzung, einen Mittelhandbruch und Verletzungen in der Leistengegend zuzog (Urteil des EVG i.S. B. vom 27. April 2005, U 458/04, Erw. 3.4.1 mit Rechtsprechungsübersicht; vgl. Rechtsprechungsübersicht in RKUV 1999 Nr. U 330 S. 122 ff. Erw. 4b/bb, RKUV 1999 Nr. U 335 S. 208 f. Erw. 3b/aa und bb, RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 und 1999 Nr. U 330 S. 122; Urteile des damaligen EVG in Sachen J. vom 23. April 2007, U 502/06, Erw. 3.2.2 und in Sachen P. vom 15. Dezember 2000, U 105/00, Erw. 5a).

Aus der Praxisübersicht ergibt sich, dass ein Unfall regelmässig dann als schwer qualifiziert wurde, wenn er zu ganz erheblichen, schweren Verletzungen geführt hat. Auch schwerere Fälle im mittleren Bereich waren oft durch gravierende Verletzungen gekennzeichnet. Aufgrund des Geschehensablaufs und der Verletzungen, die sich der Beschwerdeführer anlässlich des Ereignisses vom 7. Dezember 1999 zuzog, liegt kein

ausserordentlich schweres, lebensbedrohendes Geschehen vor, weshalb es sich nicht um einen schweren Unfall im Sinne der Rechtsprechung handelte. Der Unfall ist sodann auch nicht zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen. Denn im Gegensatz zu den erwähnten, von der Rechtsprechung als schwere Unfälle im mittleren Bereich qualifizierten Fällen, erlitt der Beschwerdeführer anlässlich des fraglichen Unfalls lediglich eine HWS-Distorsion und damit keine gravierende Verletzung. Auch beim Unfallhergang handelte es sich weder um eine Frontalkollision mit einem anderen Fahrzeug, noch um ein Überschlagen des Fahrzeuges, noch wurde der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls aus dem Fahrzeug geschleudert oder eingeklemmt. Beim Unfall vom 7. Dezember 1999 handelte es sich vielmehr um ein mittelschweres Ereignis im mittleren Bereich.

Die Adäquanz ist daher vorliegend zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, oder wenn die zu berücksichtigenden Kriterien insgesamt in gehäuft oder auffälliger Weise erfüllt sind (vgl. vorstehend Erw. 7.1).

7.4.4 Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens beziehungsweise des anlässlich eines Unfallereignisses aufgetretenen Angst- und Schreckensgefühl der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207 Erw. 3b/cc; Urteil vom 31. Januar 2007 in Sachen D., U 167/06, Erw. 5.2). Solche sind vorliegend keine zu sehen. Zwar mag der Beschwerdeführer durch das Unfallereignis geprägt sein. Dies genügt indes nicht, um das Kriterium der besonderen Eindrücklichkeit oder der besonders dramatischen Begleitumstände zu bejahen.

7.5.4 Aus den Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Auffahrkollision vom 7. Dezember 1999 eine HWS-Distorsion erlitt. Der Umstand allein, dass aus einem Unfall eine HWS-Distorsion resultiert, genügt nicht, um das Kriterium der Schwere und der besonderen Art der erlittenen Verletzung, die geeignet ist eine psychische Fehlentwicklung der eingetretenen Art auszulösen, zu bejahen. Vielmehr bedarf es hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen könnten (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 Erw. 5.2.3 [Urteil C. vom 15. März 2005, U 380/04]). Solche sind vorliegend indes nicht gegeben.

Weitere, besonders schwere Verletzungen sind keine dokumentiert. Unfallbedingt bestand zudem direkt nach der Kollision lediglich eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Das Kriterium der Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen (vgl. vorstehend Erw. 7.1) liegt demnach ebenfalls nicht vor.

7.6.4 Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat (vgl. vorstehend Erw. 7.1), finden sich in den Akten keine.

7.7.4 Ohne weiteres zu verneinen ist sodann das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und erheblicher Komplikationen. Dass beim Beschwerdeführer, wie er geltend macht, verschiedene sich teilweise beeinflussende Beschwerden vorliegen, ändert hieran ebenso wenig wie der Umstand, dass ihm zum Erhalt einer vollen Arbeitsfähigkeit weiterhin Physiotherapie sowie gelegentlich ein Rehabilitationsaufenthalt empfohlen wurde. Aufgrund dessen kann jedenfalls nicht zwangsläufig auf einen schwierigen

Heilungsverlauf geschlossen werden. Vielmehr müssten besondere Gründe gegeben sein, welche die Heilung beeinträchtigt haben (vgl. aus jüngerer Zeit: Urteile 8C_1015/2008 vom 6. April 2009 Erw. 5.3.3 mit Hinweis und 8C_304/2008 vom 1. April 2009 Erw. 5.2.1 mit Hinweisen). Dafür bestehen indessen keine Anhaltspunkte.

7.8 Nach dem Unfall war der Beschwerdeführer vom 7. Dezember 1999 bis 9. April 2000 zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 10/M1 Ziff. 5, Urk. 10/M2 Ziff. 6, Urk. 10/M7). Vom 10. April 2000 bis September 2000 erfolgte versuchsweise die Aufnahme einer vollen Erwerbstätigkeit (Urk. 10/M9). Von September 2000 bis 20. Oktober 2001 wurde dem Beschwerdeführer eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 10/M10 Ziff. 4a, Urk. 10/M13 S. 11 Ziff. 7, Urk. 10/M14 Ziff. 2a, Urk. 10/M6 Ziff. 4a). Seit dem 20. Oktober 2000 bestand dann eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/M18, Urk. 10/M19). Die Würdigung der ärztlichen Berichte hat gezeigt, dass die seit dem Rückfall vom Herbst 2005 bestehende Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit psychisch bedingt war. Eine durch ein psychisches Leiden verursachte Arbeitsunfähigkeit ist vorliegend jedoch nicht zu berücksichtigen.

Demnach lag in der Zeit zwischen dem Unfall vom 7. Dezember 1999 und dem Rückfall im Herbst 2005 während rund vier Monaten eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Während ungefähr 13.5 Monaten war der Beschwerdeführer sodann zu 20 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Dies bedeutet zwar, dass er über eine gewisse Zeitdauer hinweg nicht voll arbeitsfähig war. Angesichts der lediglich 20%igen Arbeitsunfähigkeit kann indessen nicht von einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gesprochen werden, weshalb - auch unter Berücksichtigung der Praxis zu diesem Punkt (RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff.) - das entsprechende Kriterium ebenfalls nicht erfüllt ist.

7.9 Nach dem Unfall vom 7. Dezember 1999 klagte der Beschwerdeführer über Nacken- und Kopfschmerzen. Es erfolgte deswegen zunächst eine Behandlung mit Analgetika, Myorelaxantien sowie mittels Physiotherapie (Urk. 10/M1 Ziff. 7, Urk. 10/M2/B2 Ziff. 6). Vom 8. März bis 4. April 2000 war der Beschwerdeführer auf Ischia zur Kur (Urk. 10/5-6). Seit Mitte Januar 2000 fanden Konsultationen bei Dr. A. ___ statt (Urk. 10/M5). Diese erfolgten nach Bedarf (Urk. 10/M9 Ziff. 3c, Urk. 10/M10 Ziff. 3c), wobei teilweise alle sechs Wochen eine Beratung stattfand (vgl. Urk. 10/M14 Ziff. 3c). Daneben wurde der Beschwerdeführer symptomatisch-medikamentös therapiert (Urk. 10/M9 Ziff. 3a, Urk. 10/M10 Ziff. 3a, Urk. 10/M14 Ziff. 3a, Urk. 10/M13 S. 4 unten). Bis zirka September 2000 erfolgte neben der medikamentösen Therapie eine Behandlung mit Kraniosakraltherapie und Manualtherapie. Bei massiven Schmerzen erhielt der Beschwerdeführer überdies Infiltrationen in die Nackenmuskulatur, was über den Zeitraum von rund einem Jahr jedoch lediglich fünf bis sechsmal nötig war (Urk. 10/M13 S. 4 unten). In seinem Bericht vom 13. Juli 2001 wies Dr. A. ___ darauf hin, dass weiterhin eine Behandlung mittels Medikamenten und Physiotherapie erfolge (Urk. 10/M16 Ziff. 3a), währenddem die Konsultationen bei ihm nurmehr alle paar Monate stattfänden (Urk. 10/M16 Ziff. 3c). Am 23. November 2001 berichtet Dr. A. ___, die Behandlung werde - unter Vorbehalt - abgeschlossen (Urk. 10/M18).

In den Akten findet sich erst wieder ein vom 25. Juni 2002 - mithin also mehr als ein halbes Jahr später - datierter ärztlicher Bericht. Darin führte Dr. A. ___ aus, am 7. Juni 2002 sei eine Kontrolluntersuchung erfolgt, der Beschwerdeführer spreche gut auf die Antirheumatika und die Physiotherapie an (Urk. 10/M19). Weitere Konsultationen bei Dr.

A.____ fanden am 16. sowie am 20. August 2002 statt (Urk. 10/M20). Wiederholt wurden medikamentöse und physiotherapeutische Massnahmen durchgeführt (Urk. 10/M20). In seinem Bericht vom 4. November 2003 anlässlich einer Kontrolluntersuchung führte Dr. H.____ aus, der Beschwerdeführer mache Heimübungen und absolviere weiterhin Physiotherapie bei Frau R.____ (Urk. 10/M27).

Nach dem Rückfall vom Herbst 2005 wies Dr. J.____ darauf hin, dass der Beschwerdeführer weiterhin Physiotherapie mache und Analgetika einnehme (Urk. 10/M29 Ziff. 3a). Die ärztlichen Konsultationen würden alle zwei bis fünf Wochen stattfinden (Urk. 10/M29 Ziff. 3c). Anlässlich der Begutachtung in der Rehaklinik Y.____ gab der Beschwerdeführer an, er sei nicht mehr in der Physiotherapie, er gehe nur einmal wöchentlich zur psychotherapeutischen Behandlung zu lic. phil. G.____ (Urk. 10/M35 S. 4 Mitte).

Eine Behandlungsbedürftigkeit von zwei bis drei Jahren nach HWS-Distorsion ist nicht unüblich (RUKV 2005 Nr. U 549 S. 239 Erw. 5.2.4 mit Hinweisen). Vorliegend dauerte die Behandlung insgesamt zwar länger. Indessen bestand sie weitgehend in der Durchführung ambulanter Physiotherapie, der Einnahme von Medikamenten - wobei der Beschwerdeführer selber angegeben hatte, er beschränke sich diesbezüglich auf eine minimale Therapie (Urk. 10/M13 S. 4 unten) - sowie in ärztlichen Behandlungen, wobei die Konsultationen sehr unregelmässig und teilweise in Abständen von mehreren Wochen erfolgten und es sich zudem zu einem erheblichen Teil um medizinische Verlaufskontrollen handelte. Dem Bericht vom 6. Oktober 2006 der behandelnden Physiotherapeutin, welche den Beschwerdeführer von 2003 bis 2006 manualtherapeutisch betreute, lässt sich sodann entnehmen, dass durchschnittlich pro Jahr drei Verordnungen neun Sitzungen nötig gewesen seien (Urk. 10/M34 S. 1). Dies ergibt 27 Sitzungen Physiotherapie jährlich, weshalb nicht von einer zeitlich intensiven Therapie gesprochen werden kann. Seit August 2006 befand sich der Beschwerdeführer ausserdem nicht mehr in physiotherapeutischer Behandlung (Urk. 10/M34 S. 4).

Aufgrund des Gesagten ist das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung somit ebenfalls als nicht erfüllt zu erachten.

7.10. Offen bleiben kann schliesslich, ob körperliche Dauerschmerzen im Sinne von über den gesamten Zeitraum andauernden Beschwerden bestanden haben. Denn selbst wenn dieses Kriterium als erfüllt betrachtet würde, wäre es nicht so ausgeprägt, dass dies für die Bejahung der Adäquanz ausreichen würde.

7.11. Nach dem Gesagten sind die massgebenden Kriterien weder geprüft noch in ausgeprägter Weise gegeben. Damit fehlt es am adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 7. Dezember 1999 und den anlässlich des Rückfalls im Herbst 2005 geklagten Beschwerden.

Der Einsprachentscheid erweist sich damit als rechtens und die Beschwerdegegnerin hat einen Leistungsanspruch folglich zu Recht verneint.

Die Beschwerde ist demzufolge abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Jürg Senn
- AXA Versicherungen AG
- Bundesamt für Gesundheit

4. 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.