



Fall-Nr.: UV 2005/78
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 05.05.2020
Entscheiddatum: 18.01.2007

Entscheid Versicherungsgericht, 18.01.2007

Art. 10 ff. UVG. Natürliche Kausalität allfälliger körperlicher Beschwerden nach Distorsion der Halswirbelsäule verneint; bei der im Verlauf der zeit aufgetretenen psychischen Symptomatik die natürliche und die adäquate Kausalität verneint, da eine eigenständige psychogene Störung vorliegt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Januar 2007, UV 2005/78).

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und

Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Wolfgang Mayer

Entscheid vom 18. Januar 2007

In Sachen

A.____

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Speck, St. Gallerstrasse 29, 9032 Engelburg,

gegen

Zürich Versicherungs-Gesellschaft, Recht, Postfach, 8085 Zürich,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Peter Rösler, Aeplistrasse 7, Postfach,



St.Galler Gerichte

9008 St. Gallen,

betreffend

Versicherungsleistungen

hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.

A.- a) A.____, geboren 1973, ist diplomierter Dolmetscher von Beruf und war seit dem 1. Januar 1996 in seiner eigenen Firma für Versicherungsberatung, der E.____ als Geschäftsführer angestellt und damit bei der "Zürich" Versicherungs-Gesellschaft (im Folgenden: Zürich), Zürich, obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 13. Dezember 1996 wurde der (angegurtete) Versicherte in einen Auffahrunfall verwickelt, als er hinter einer stehenden Kolonne anhalten musste, woraufhin der Lenker des hinter ihm folgenden Fahrzeuges nicht mehr rechtzeitig bremsen konnte und gegen das Heck des Fahrzeuges des Versicherten prallte. Dieser zog sich dabei jedoch keine äusseren oder solche Verletzungen zu, die eine sofortige medizinische Versorgung notwendig machten, und er konnte seine Fahrt fortsetzen. Nach einem beschwerdefreien Intervall von ca. ein bis zwei Stunden traten zunehmende Nacken- und Kreuzschmerzen auf, die in den Kopfbereich ausstrahlten und von Übelkeit begleitet waren (vgl. Bericht von Dr. med. H.____, Spezialarzt für Neurologie FMH vom 8. Juli 1997 an die Kolping Krankenkasse und Gutachten der Klinik X.____ vom 5. April 1998). Als die Beschwerden am nächsten Tag – in erster Linie in Form von rasenden Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen – andauerten, suchte der Versicherte das Spital Y.____ auf. Bei der medizinischen Erstbehandlung am 14. Dezember 1996 diagnostizierte Dr. med. B.____, Assistenzarzt an der Klinik für orthopädische Chirurgie, eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS). Im Arztzeugnis vom 13. März 1997 erwähnte Dr. B.____ keine weiteren Symptome und verneinte eine Arbeitsunfähigkeit.

b) In der Folge litt der Versicherte auch eineinhalb Monate nach dem Unfall noch an starken lokalen Schmerzen bei Kopfbewegungen, ganz massiv auch nachts beim



Schlafen. Im ärztlichen Zwischenbericht vom 31. Januar 1997 diagnostizierte Hausarzt Dr. med. C.____, Innere Medizin FMH einen Status nach Beschleunigungstrauma mit schwerem zerviko-okzipitalem Syndrom bei Subluxation C4/5 und bestätigte dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 13. Dezember 1996. Die in der Klinik Z.____ am 27. Januar 1997 durchgeführten radiologischen Untersuchungen (Schädel-CT und HWS-MRI) zeigten keinerlei Auffälligkeiten (vgl. Bericht vom 28. Januar 1997). Im Zusatzfragebogen für HWS-Verletzungen verneinte Dr. C.____ am 21. März 1997 das Vorliegen von Sensibilitätsstörungen und anderen neurologischen Ausfällen, erwähnte jedoch als Begleitdiagnose nicht initiale Depressionen und bescheinigte dem Versicherten weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die neurologische Untersuchung bei Dr. H.____ bestätigte den für diesen Fachbereich unauffälligen Befund, obwG.____I der Versicherte weiterhin über starke Kopfschmerzen, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, Schlafstörungen sowie über eine stark eingeschränkte HWS-Beweglichkeit klagte (vgl. Bericht vom 14. April 1997). In der Untersuchung vom 10. Mai 1997 erklärte der Versicherte gegenüber Dr. C.____, dass sich die Nackenschmerzen stark gebessert hätten. In seinem Bericht vom 20. Mai 1997 hielt Dr. C.____ fest, dass der Versicherte aus seiner Sicht ab dem 16. Mai 1997 wieder arbeitsfähig sei, dies aber letztendlich von einer weiteren neurologisch-neuropsychologischen Beurteilung abhängen. In den Berichten vom 26. Mai und 8. Juli 1997 bestätigte der Neurologe Dr. H.____ gegenüber der Zürich und der Kolping Krankenkasse eine bis auf weiteres andauernde Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Der Versicherte habe grosse Mühe, sich zu konzentrieren, und sei in der Strukturierung und Vorausplanung seiner Arbeit sehr beeinträchtigt.

c) Am 28. November 1997 erfolgte eine audio-neuro-otologische Untersuchung bei Dr. med. D.____, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie. Aus dessen Bericht geht hervor, dass der Beschwerdeführer an komplexen Funktionsstörungen mit Kopfschmerzen, Nackenverspannung, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit sowie – erstmals einige Tage nach dem Unfall aufgetretenem – Schwindel mit Gleichgewichtsstörungen und Tinnitus beidseits leide. In der Diagnose werden ein Status nach HWS-Akzelerationstrauma mit propriozeptivem Zervikalschwindel, eine Commotio labyrinthi rechts mit hochgradiger Hochtosenke und der Verdacht auf ein mildes Schädel-Hirn-Trauma mit zentraler vestibulärer Komponente angeführt.



St.Galler Gerichte

d) Vom 12. Februar bis 12. März 1998 hielt sich der Versicherte zur stationären Rehabilitation sowie zur klinisch-neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Abklärung in der Klinik X.____ auf. Dabei zeigte die neuropsychologische Untersuchung ein uneinheitliches Bild, die Resultate seien mit Vorsicht aufzunehmen. Der Versicherte klagte über intermittierende starke Kopfschmerzen, welche sich rechtsbetont in den Bereich von Nacken und Schulterblatt und zeitweise gar in den gesamten rechten Arm bis in die Fingerspitzen ausdehnten und zu Kraftlosigkeit führten, über eine praktisch permanent anhaltende Schwindelsymptomatik (mit Gangunsicherheit), einen hochfrequenten Tinnitus links, verminderte Belastbarkeit, verminderte Konzentrations- und Merkfähigkeit sowie Vergesslichkeit. Sodann fühle sich der Versicherte zusätzlich belastet durch die angespannte berufliche und finanzielle Situation, was zu einer Anpassungsstörung geführt habe. Aufgrund multifaktorieller Verarbeitungsstörungen des Unfalltraumas habe sich ein subdepressives Zustandsbild entwickelt, was erfahrungsgemäss zu einer Verstärkung der Beschwerden führen könne. Die Ärzte diagnostizierten einen Status nach HWS-Distorsionstrauma mit chronischem zervikozepalem und zervikospondylogem Schmerzsyndrom rechtsbetont, zervikogenem Schwindel, schmerzbedingten fluktuierenden Einschränkungen der kognitiven Funktionen und radiologisch dem Verdacht auf Dysfunktion der oberen HWS-Segmente, sodann einen Status nach Commotio labyrinthi mit intermittierendem Tinnitus und einer Hochtonsenke rechts, schliesslich noch eine posttraumatische reaktive subdepressive Entwicklung mit Schmerzverarbeitungsstörung. Die Arbeitsfähigkeit in den bisherigen Tätigkeiten als Dolmetscher bzw. Versicherungsberater wurde auf 25 % geschätzt mit der Prognose einer schrittweisen Steigerung innerhalb von sechs bis zwölf Monaten (Gutachten vom 5. April 1998). – In der Folge stellte sich hinsichtlich der genannten Beschwerden zwar eine Besserung ein, eine Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit erfolgte aber noch nicht (vgl. dazu die späteren Zwischenberichte von Dr. H.____ vom 9. Dezember 1998 und 25. Mai 1999).

e) Die Zürich erliess am 24. April 1998 eine erste Verfügung, in welcher sie die faktisch bereits auf den 30. Juni 1997 erfolgte Einstellung der Versicherungsleistungen bestätigte. Die Einsprache gegen diese Verfügung wurde von der Zürich mit Entscheid vom 13. Juli 1998 abgewiesen. Die gegen diesen Einspracheentscheid gerichtete Beschwerde konnte vom Präsidenten des Versicherungsgerichtes wegen Anerkennung



St.Galler Gerichte

des Rechtsbegehrens und der Bereitschaft der Beschwerdegegnerin, ab dem 1. Juli 1997 weiterhin Versicherungsleistungen auszurichten, als erledigt am Protokoll abgeschrieben werden (Verfügung vom 23. Dezember 1998).

f) Angesichts der trotz guter Prognosen andauernden Arbeitsunfähigkeit beauftragte die Zürich Prof. Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Neurologie im Dezember 1999 mit einer umfassenden neurologischen Begutachtung, welche am 9. Februar 2000 stattfand. Der Versicherte klagte über Schwächeanfälle bei Belastung, Schwindel, Augendruck, Brechreiz, Atemnot, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Vergesslichkeit und Konzentrationsverminderung, rechtsseitigen Tinnitus, Brust- und Schulterschmerzen sowie Schlafstörungen. Bis zum Klinikaufenthalt in X.____ stand nach den Angaben des Versicherten die Schmerzproblematik im Vordergrund, seither eher die rasche Ermüdbarkeit und die Konzentrationsverminderung. Während der Untersuchung stellte Prof. E.____ Inkonsistenzen zwischen den Angaben und dem Verhalten des Versicherten und den schliesslich ermittelten Ergebnissen fest. In neurologischer Hinsicht zeigten sich keine Auffälligkeiten. Die aktuellen Beschwerden wie Schmerzen, Übelkeit etc. seien rein subjektiv und nicht durch entsprechende organische Schädigungen bedingt. Darum sei auch die gegenwärtige, in erster Linie vom Versicherten empfundene und nicht durch objektivierbare Störungen zu rechtfertigende Arbeitsunfähigkeit nicht auf den Unfall zurückzuführen. In der Diagnose verwies Prof. E.____ auf ein multiples psychosomatisches Beschwerdebild (Somatisationsstörung) mit Schmerzen, Tinnitus, Schwindel, vegetativen Symptomen, neuropsychologischen Minderleistungen, depressiver Entwicklung, chronischer Erschöpfung und rechtsseitiger Hochtonschwerhörigkeit. Die initiale Schmerzsymptomatik sei auf das Unfallgeschehen zurückzuführen, die aktuelle Symptomatik mit Müdigkeit, Kraftlosigkeit, depressiver Entwicklung, progredienter Dekompensation und Ausweitung der Symptomatik jedoch auf andere Umstände, eventuell im Rahmen einer (unfallfremden) Anpassungsstörung an eine ungünstige psycho-soziale Situation. Angesichts der offensichtlich falschen und massiven sowie von demonstrativem Verhalten begleiteten Überinterpretation gewisser kleiner Befindlichkeitsstörungen (dies zeige auch die starke Wetterabhängigkeit der G.____nehin subjektiven Symptome wie Müdigkeit und Schwindel) empfehle er dringend eine psychiatrische Beurteilung.



g) Am 15. August 2001 erfolgte die psychiatrische Untersuchung bei Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Chefarzt der MEDAS. Im Gutachten vom 29. August 2001 diagnostiziert Dr. F.____ eine psychogene Chronifizierung von HWS-Distorsionsfolgen, vorwiegend in Form somatoformer Symptome, aktuell einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) bei einer leistungsorientierten Persönlichkeit. In der Beurteilung führt Dr. F.____ dazu aus, der psycho-pathologische Befund sei G.____ne grosse Auffälligkeiten, der Versicherte habe sich bei der Untersuchung in einer subdepressiven Stimmungslage befunden, die der aktuellen Lebenssituation völlig adäquat sei. Es lägen zwar vegetative Angstsymptome vor, doch könnten diese nicht als eigentliche Angsterkrankung klassifiziert werden. Die geschilderten Beschwerden seien jedoch über den Mechanismus der Somatisierung psychischen Erlebens sehr gut erklärbar. Das Zusammentreffen mehrerer ungünstiger Faktoren wie vorbestehende Persönlichkeitsstruktur (leistungsorientiert), familiäre Besonderheiten (Invalidität des Vaters und Schwangerschaft der Partnerin mit daraus resultierender Verantwortung), sehr hG.____er Anspruch bezüglich des Einkommens und ungünstige, eine Chronifizierung fördernde ärztliche Behandlung (anfängliche Vernachlässigung psychischer Aspekte bei der Behandlung; angebliche, jedoch nicht näher dokumentierte Erklärung von Prof. Dr. med. G.____, Klinik St. Georg, Goldach, eine schwere HWS-Operation sei notwendig) habe zu einer psychogenen Störung geführt. Diese sei also mindestens multifaktoriell bedingt, wobei der Unfall eine wichtige Teilursache für den Beginn der Symptomatik sei. Für die im Verlauf der Zeit einsetzende Chronifizierung und Symptomausweitung seien jedoch mehr und mehr unfallfremde Faktoren verantwortlich, jedoch auch die als Unfallfolge zu betrachtende, eine psychogene Chronifizierung begünstigende Behandlung durch Prof. G.____ (den dadurch bedingten Anteil an der psychogenen Störung bzw. psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit schätze er auf maximal 50 %). Die notwendige ärztliche Behandlung für die beschriebene psychogene Störung, die überwiegend als neurotische Erkrankung zu werten sei, sei die Durchführung einer Psychotherapie. Die aus der psychischen Störung resultierende Arbeitsunfähigkeit schätze er auf 50 %.

h) Mit Verfügung vom 23. Oktober 2001 bestätigte die Zürich die faktisch bereits auf den 31. Dezember 1999 erfolgte Einstellung der Versicherungsleistungen. Sie wies darauf hin, dass bei den spezialärztlichen Untersuchungen keine objektivierbaren Abnormitäten hätten festgestellt werden können und die Ärzte von einem



psychosomatischen Beschwerdebild sowie von psychischen Störungen gesprochen hätten. Für die nach dem 1. Januar 2000 noch geltend gemachten Beschwerden sei angesichts dieser medizinischen Feststellungen bereits der natürliche Kausalzusammenhang zu verneinen. In Anbetracht des Verlaufes von Unfallgeschehen und Heilungsprozess wäre jedoch auch der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen gewesen, so dass mit Sicherheit keine Leistungspflicht mehr bestehe.

B.- Am 21. November 2001 liess der Versicherte gegen diese Verfügung Einsprache erheben. Er wies insbesondere darauf hin, dass die Fragen zum natürlichen Kausalzusammenhang in den vorliegenden Gutachten nicht präzise beantwortet worden seien. Ebenso sei dem Hinweis auf eine ärztliche Fehlbehandlung durch Prof. G.____ nicht weiter nachgegangen und der Empfehlung von Dr. F.____, eine psychotherapeutische Behandlung durchzuführen, bislang keine Folge geleistet worden. Die Zürich holte deshalb bei Prof. G.____ eine Stellungnahme ein und liess die Gutachten von Prof. E.____ und Dr. F.____ zur Frage der Unfallkausalität, insbesondere der psychischen Beschwerden, ergänzen. Dr. F.____ hielt am 9. Februar 2005 fest, dass die psychische Reaktion des Versicherten viel mit unfallfremden Faktoren zu tun habe, insbesondere einer bestimmten vorbestehenden Persönlichkeitsstruktur. Hinsichtlich Unfallkausalität der aktuellen psychischen Störungen sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass im Zeitpunkt der Untersuchung im August 2001 der "status quo sine" erreicht gewesen sei. Nach Gewährung des rechtlichen Gehörs wies die Zürich die Einsprache mit Entscheid vom 19. August 2005 ab.

C.- Die IV-Stelle der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Y.____ sprach dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Januar 1999 auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 70 % eine ganze Rente der Invalidenversicherung (IV) zu (vgl. dazu die Verfügungen der IV-Stelle vom 12. Februar und 13. Mai 2004).

D.- a) Gegen den Einspracheentscheid vom 19. August 2005 richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Speck, Engelburg/SG, für den Versicherten am 14. Oktober 2005 eingereichte Beschwerde mit dem Antrag, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Januar 2000 eine Invalidenrente von 70 % (Fr. 3'640.-- pro Monat), eventuell Taggelder (Fr. 110.-- pro Tag) auf der Basis einer



Arbeitsunfähigkeit von 70 % auszurichten; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. – Zur Begründung wird geltend gemacht, dass zwischen den gesundheitlichen Störungen des Beschwerdeführers seit dem 1. Januar 2000 und dem Unfall vom 13. Dezember 1996 ein offensichtlicher Kausalzusammenhang bestehe. Soweit dies in Frage gestellt werde, beantrage der Beschwerdeführer die Einholung einer Expertise. Ohne den Unfall befände sich der Beschwerdeführer heute in einer anderen Situation. Die Feststellung im Gutachten von Prof. E.____, dass als unfallfremder Aspekt eine ungünstige psycho-soziale Struktur bestehe, sei eine Unterstellung ohne Grundlage. Auch der Verweis auf andere, nicht näher genannte unfallfremde Aspekte sei dubios. Der adäquate Kausalzusammenhang sei zu bejahen, selbst wenn die Leiden des Beschwerdeführers psychologisch erklärt würden. Denn die bislang neunjährige Behandlungsdauer mit entsprechenden Dauerbeschwerden sei als ungewöhnlich lang, die trotz Empfehlung unterbliebene psychiatrische Behandlung als ärztliche Fehlbehandlung, die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit als massiv und dauerhaft (seit dem 1. Januar 2000 zu 70 %) zu qualifizieren. Ein ganz wichtiger Faktor sei zudem im Verhalten der Beschwerdegegnerin zu sehen, die den Beschwerdeführer durch die zweimal, vor Erlass der ursprünglichen Verfügung während sehr langer Zeit erfolgte Einstellung der Versicherungsleistungen (10 bzw. 22 Monate) vor existentielle Probleme gestellt habe. Dieses Verhalten sei hinsichtlich Einfluss auf die psychische Gesundheit durchaus mit einer ärztlichen Fehlbehandlung zu vergleichen. Die Gesamtwürdigung ergebe, dass der Beschwerdeführer nach wie vor Anspruch auf Versicherungsleistungen habe.

b) Die Beschwerdegegnerin stellt in ihrer von Rechtsanwalt Peter Rösler, St. Gallen, eingereichten Beschwerdeantwort vom 2. März 2006 Antrag auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei. Der Unfall vom 13. Dezember 1996 sei ein leichter Bagatellunfall mit geringen somatischen Folgen gewesen, und schon kurze Zeit nach dem Unfall hätten nur noch psychische Beschwerden festgestellt werden können. Ab dem 15. Mai 1997 habe Dr. C.____ denn auch keine Arbeitsunfähigkeit mehr erkennen können, und Dr. H.____ habe im selben Zeitpunkt ebenso deutlich dargelegt, dass mentale und nicht mehr zervikale Probleme die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigten. Hinsichtlich der psychischen Beschwerden verweise Dr. F.____ auf eine Somatisierungsstörung und damit auf eine eigenständige psychische Erkrankung, die auf einer geringen gesundheitlichen Beeinträchtigung irgendwelcher Art aufbaue. Der



Unfall habe die psychische Problematik weder ausgelöst noch begünstigt, er stehe in keinem Zusammenhang mit den psychischen Beschwerden. Wegen der prätraumatischen Persönlichkeitsstörung des Beschwerdeführers hätte sich die Somatisierungsstörung auch ohne diesen Unfall im selben Ausmass entwickelt. Der natürliche Kausalzusammenhang sei folglich zu verneinen. Selbst bei Bejahung bestehe jedoch kein Anspruch auf Versicherungsleistungen für die Zeit ab 1. Januar 2000, da auch der adäquate Kausalzusammenhang verneint werden müsste. Soweit der Beschwerdeführer auch die dem Einspracheentscheid zugrunde liegende Verfügung vom 23. Oktober 2001 anfechte, sei auf die Beschwerde nicht einzutreten. Denn diese Verfügung sei durch den Einspracheentscheid ersetzt worden, so dass kein schützenswertes Interesse an der Anfechtung dieser Verfügung mehr bestehe.

c) Mit Replik vom 21. April 2006 und Duplik vom 14. Juli 2006 hielten die Verfahrensbeteiligten an ihren bisherigen Anträgen und Ausführungen fest. Dabei reichte die Beschwerdegegnerin das im Auftrag der IV-Stelle ausgearbeitete Gutachten von Dr. F.____ vom 26. April 2006 ein.

d) Die Verfahrensbeteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

II.

1.- Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Mit ihm sind zahlreiche Bestimmungen im Bereich des Unfallversicherungsrechts geändert worden. Weil in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 E. 1; vorliegend: Unfallereignis vom 13. Dezember 1996), und weil das Versicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falls grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Einsprache-Entscheids (hier: 19. August 2005) eingetretenen Sachverhalt abstützt (BGE 121 V 366 E. 1b; RKUV 2001 Nr. U 419 S. 101), stellt sich die Frage, ob die vor oder nach dem 1. Januar 2003 geltenden Bestimmungen anwendbar sind. Da das In-Kraft-Treten des neuen Gesetzes indessen für die vorliegend streitige Angelegenheit keine materielle Änderung bewirkt, rechtfertigt es sich, in Anwendung



des Grundsatzes der Widerspruchslosigkeit der Rechtsordnung und des daraus abgeleiteten Geltungsprinzips, wonach geltendes neues Recht generell anwendbar ist (RALPH JÖHL, Übergangsrechtliche Probleme im Leistungsrecht der Sozialversicherung, Diss. St. Gallen 1996, S. 1 ff.), das seit 1. Januar 2003 geltende Recht anzuwenden.

2.- a) Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 13. Dezember 1996 und erbrachte entsprechende Versicherungsleistungen. Umstritten ist in materieller Hinsicht, ob sie auch für die nach dem 31. Dezember 1999 (Leistungseinstellung) geltend gemachten Beschwerden wie andauernde, teils sehr starke Kopfschmerzen, ständiger rechtsseitiger Tinnitus und beidseitiger Tinnitus bei starken Schmerzen, Übelkeit, Schwindel, Schwächeanfälle mit Atemnot/Erstickungsgefühl und Schweissausbruch, Herzklopfen/Herzrasen, Kurzatmigkeit, Taubheitsgefühle, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Müdigkeit/Energielosigkeit und leichte Ermüdbarkeit sowie Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen, welche eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % bewirken sollen, aufzukommen hat (vgl. dazu insbesondere das neue Gutachten von Dr. F.____ vom 26. April 2006, S. 7 bis 10).

b) Gemäss ständiger Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG; ab 1. Januar 2007: Sozialversicherungsrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) kann ein nach einem versicherten Unfall aufgetretenes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität; BGE 115 V 133 und 399 sowie 117 V 359 und 369). Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 119 V 338 und 118 V 289). Das Gericht hat vielmehr jene Ursache als kausal zu betrachten, die es von allen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 119 V 9 E. 3c/aa mit Hinweisen). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen, wobei für die Adäquanz nicht die subjektive, sondern die objektive Voraussehbarkeit des eingetretenen Erfolgs entscheidend ist (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Adäquat ist der Kausalzusammenhang dann, wenn ein Ereignis geeignet ist, den eingetretenen Erfolg zu bewirken, so dass an andere Ursachen vernünftigerweise nicht zu denken ist (BGE 117 V 359 und 112 V 30). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es dem Gericht



obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 und 112 V 30). Nicht jeder natürliche Kausalzusammenhang ist zugleich in rechtlicher Hinsicht adäquat. Der adäquate Kausalzusammenhang ist ein Korrektiv zum naturwissenschaftlichen Ursachenbegriff, der vom Recht als natürliche Kausalität übernommen wurde, aber der Einschränkung bedarf, um für die rechtliche Verantwortlichkeit tragbar zu sein und eine vernünftige Begrenzung der Haftung zu ermöglichen (BGE 122 V 415 E. 2c und 123 III 110 E. 3a).

c) Bei Unfällen mit Schleudertrauma der HWS oder äquivalenter Verletzung spielt bei klar ausgewiesenen organischen Unfallfolgen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Dagegen ist bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen dagegen, dass eine versicherte Person eine der erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar (teilweise) vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 366 E. 6a und 382 E. 4b festgelegten Kriterien (BGE 127 V 103 E. 5b/bb). Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b).



d) Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind (BGE 122 V 160 E. 1c; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 mit Hinweisen). Zu beachten ist sodann, dass der Versicherer bei der Einholung von Gutachten sinngemäss nach den Bestimmungen des Bundeszivilprozesses (BZP; SR 273) zu verfahren und insbesondere die in Art. 57 ff. BZP genannten Mitwirkungsrechte der Verfahrensbeteiligten zu beachten hat (BGE 125 V 353 E. 3b/bb). Im Hinblick auf die Geltendmachung allfälliger Einwendungen ist der Versicherte über die Person des Gutachters vor dessen Bestellung ins Bild zu setzen. Sodann ist ihm Gelegenheit einzuräumen, sich zu den Fragen an den Sachverständigen zu äussern sowie Abänderungs- und Ergänzungsanträge zu stellen (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 f. E. 5b).

e) Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 108 Abs. 1 lit. c UVG, vgl. auch Art. 61 lit. c ATSG; ULRICH MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zürich 1997, S. 229). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (Urteil des EVG vom 3. Juli 2002 [I 537/01] in Sachen B., E. 1c).

3.- a) Zu prüfen ist im Folgenden, ob die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden (vgl. Erwägung 2a) immer noch in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 13. Dezember 1996 stehen.



b) Ist ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e). Aber auch im Bereich von schleudertraumatypischen Beschwerden bedarf es für die Leistungsberechtigung gegenüber dem Unfallversicherer, dass die geklagten Beschwerden medizinisch einer fassbaren gesundheitlichen Beeinträchtigung zugeschrieben werden können und dass diese Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem versicherten Unfall steht (BGE 119 V 341 E. 2b/bb). Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung können bei einem Schleudertrauma der HWS auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten. Dabei ist es nicht entscheidend, ob die im Anschluss an ein Schleudertrauma der HWS auftretenden Beschwerden medizinisch eher als organischer oder psychischer Natur bezeichnet werden, zumal diese Differenzierung angesichts des komplexen Beschwerdebildes gelegentlich grosse Schwierigkeiten bereitet. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma der HWS typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EGG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 359 E. 5d/aa). – Diese für Schleudertraumen entwickelte Rechtsprechung ist auch anwendbar, wenn analoge Beschwerdebilder nach Distorsionen der HWS und Schädel-Hirn-Traumen auftreten (BGE 117 V 369 E. 7b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2). Distorsionen der HWS sind Folgen von Beschleunigungskräften, die im Sinn einer Überdehnung und Überbiegung auf die HWS einwirken und mit einem Kopfanprall verbunden sein können. Ein eigentliches Schleudertrauma liegt nur dann vor, wenn durch die plötzliche Beschleunigung des getroffenen Fahrzeugs der Kopf eines Insassen - ohne dass sein Kopf anprallt - zuerst nach hinten zu knicken scheint und anschliessend nach vorne beschleunigt wird. Führt der Beschleunigungsmechanismus zu einem Kopfanprall, sollte nicht von einem Schleudertrauma, sondern von einer HWS-Distorsion



gesprachen werden (vgl. dazu THOMAS LOCHER, HWS-Distorsionen [Schleudertrauma] – Einführung in die Rechtslage nach schweizerischem Recht, in: MURER/NIEDERER/RADANOV/RUMO-JUNGO/

STURZENEGGER/ WALZ [Hrsg.], Das sogenannte "Schleudertrauma" – medizinische, biomechanische und rechtliche Aspekte der Distorsionen der Halswirbelsäule, Bern 2001, S. 31 f.).

c) Nach Lage der medizinischen Akten, insbesondere des Arztberichtes des erstbehandelnden Arztes Dr. B.____, ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer am 13. Dezember 1996 eine Distorsion der HWS und der LWS, ansonsten jedoch keine weiteren Verletzungen erlitten hat. Unmittelbar nach dem Unfall traten gemäss detaillierter Schilderung im Arztbericht von Dr. H.____ keine Beschwerden auf, erst ca. ein bis zwei Stunden später verspürte der Beschwerdeführer zunehmende Nacken- und Kreuzschmerzen, die in den Kopfbereich ausstrahlten und von Übelkeit begleitet waren. Am folgenden Tag kamen noch Konzentrationsstörungen dazu. Weitere Verletzungen oder Symptome sind aus den echtzeitlichen Akten nicht ersichtlich. Die Distorsion der LWS heilte schnell ab, und Schmerzen im unteren Rückenbereich waren bei den folgenden medizinischen Untersuchungen kein Thema mehr. Die am 27. Januar 1997 durchgeführten radiologischen Untersuchungen (Schädel-CT und HWS-MRI) zeigten keinerlei Auffälligkeiten oder Anhaltspunkte für posttraumatische Veränderungen an der HWS (vgl. Bericht der Klinik Z.____ vom 28. Januar 1997), und auch die am 14. April 1997 erfolgte neurologische Untersuchung bei Dr. H.____ ergab keine abweichenden Befunde. Obwohl ausser einer eingeschränkten HWS-Beweglichkeit kein organisches Substrat erhoben werden konnte, klagte der Beschwerdeführer in den folgenden Monaten weiterhin über starke Kopfschmerzen, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen sowie Schlafstörungen. Bei der Untersuchung vom 20. Mai 1997 stellte Dr. C.____ dann zwar eine starke Besserung der Nackenschmerzen fest, doch verschlechterte sich die gesundheitliche Situation in der Folge wieder ganz massiv. Im Bericht von Dr. D.____ vom 28. November 1997 werden neben den bisherigen Beschwerden erstmals Schwindel mit Gleichgewichtsstörungen und Tinnitus beidseits erwähnt, und der Beschwerdeführer blieb bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Beim Aufenthalt in der Klinik X.____ im Februar/März 1998 klagte der Beschwerdeführer über starke Kopfschmerzen, welche sich rechtsbetont in den



Bereich von Nacken und Schulterblatt und zeitweise gar in den gesamten rechten Arm bis in die Fingerspitzen ausdehnten und zu Kraftlosigkeit führten, über eine praktisch permanent anhaltende Schwindelsymptomatik (mit Gangunsicherheit), einen hochfrequenten Tinnitus links, verminderte Belastbarkeit, verminderte Konzentrations- und Merkfähigkeit sowie Vergesslichkeit. Damit machte der Beschwerdeführer eine Verstärkung der bisherigen Beschwerden und eine Symptomausweitung geltend. Im Bericht von Prof. E.____ zur neurologischen Untersuchung vom 9. Februar 2000 ist mit Schwächeanfällen, Atemnot, Müdigkeit/Energielosigkeit und leichter Ermüdbarkeit, Augendruck sowie Brustschmerzen eine weitere Symptomausweitung dokumentiert. Im Vordergrund stünden jetzt aber die rasche Ermüdbarkeit und die Konzentrationsschwäche, die Schmerzproblematik sei seit dem Aufenthalt in der Klinik X.____ eher in den Hintergrund gerückt.

d) Die vom Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 1. Januar 2000 geklagten Schmerzen bzw. Beschwerden (vgl. Erwägung 2a) stellen zwar ein typisches Leidensprofil für eine HWS-Verletzung dar. Das Auftreten solcher Beschwerden bzw. die Entwicklung von anfänglich eher leichten zu letztendlich invalidisierenden Beschwerden nach mehreren Jahren ist bei einer HWS-Distorsion grundsätzlich möglich. Voraussetzung, dass ein wesentlich später auftretendes akutes Beschwerdebild der vor Jahren erlittenen HWS-Verletzung zugerechnet werden kann, ist jedoch, dass sich entsprechende Beschwerden gemäss einem einhellig anerkannten biologischen Basisprinzip grundsätzlich innert 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall erstmals manifestiert haben (RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29). Ein solches Beschwerdebild war in den ersten Tagen nach dem Unfall jedoch nur teilweise gegeben, ein Teil der geklagten Beschwerden wurde vom Beschwerdeführer erst Monate später geltend gemacht. So waren innerhalb der Latenzzeit von 72 Stunden lediglich Kopf- und Nackenschmerzen, Übelkeit und Konzentrationsstörungen aufgetreten, die weiteren Beschwerden wie die in das rechte Schulterblatt bis in den rechten Arm und bis in die Fingerspitzen der rechten Hand ausstrahlenden Schmerzen, die permanente Schwindelsymptomatik, der beidseitige Tinnitus, die Schwächeanfälle mit Atemnot/Erstickungsgefühl und Schweissausbruch, sodann Herzklopfen/Herzrasen, Kurzatmigkeit, Taubheitsgefühle, Reizbarkeit, Müdigkeit/ Energielosigkeit und leichte Ermüdbarkeit sind erst nachträglich aufgetreten. Dieses Beschwerdebild lässt sich damit schon wegen der grossen Latenzzeit nicht als natürlich-kausale



Unfallfolge ansehen; blossе Klagen über diffuse Beschwerden genügen jedoch nicht, um einen natürlichen Kausalzusammenhang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darzutun (vgl. BGE 119 V 341 E. 2b/bb). Der Beschwerdeführer hat nach dem Unfall zwar teilweise an einem für eine schleudertrauma-ähnliche Verletzung typischen Beschwerdebild gelitten. Von einem Leidensprofil mit einer Vielzahl typischer Symptome für eine solche Verletzung der HWS kann allerdings nicht gesprochen werden. Angesichts der fehlenden Häufung in den ersten Tagen nach dem Unfall und der Ergebnisse der radiologischen sowie kernspintomographischen Untersuchungen, die keine – auf ein Unfalltrauma zurückzuführenden – Auffälligkeiten an der HWS zeigten, ist es deshalb nicht möglich, die im Januar 2000 geltend gemachten körperlichen Beschwerden in Anwendung der Rechtsprechung zu den Unfällen mit HWS-Schleudertrauma (BGE 117 V 359 ff.) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der im Dezember 1996 erlittenen Verletzung der HWS zuzurechnen. Die natürliche Kausalität allfälliger körperlicher Beschwerden ist deshalb zu verneinen.

4.- a) Aus den medizinischen Akten ergibt sich im Weiteren, dass beim Beschwerdeführer im Verlauf der Zeit eine psychische Symptomatik aufgetreten ist. Es stellt sich deshalb die Frage, ob diese im Zusammenhang mit dem Unfall steht. Der Unfall führte zu einer HWS-Distorsion ohne Beteiligung des Kopfes oder feststellbare Verletzungen im Bereich der HWS, so dass die erlittenen Verletzungen grundsätzlich als leicht bezeichnet werden können und nicht geeignet sind, langfristig erhebliche psychische Beeinträchtigungen mit der Folge weitgehender Arbeitsunfähigkeit zu verursachen. Die bei den Akten liegenden medizinischen Berichte bestätigen denn auch das Bild, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass die über den fraglichen Zeitrahmen hinaus weiterhin geklagten Beschwerden nicht mehr auf organische Unfallrestfolgen zurückzuführen sind bzw. medizinisch nicht mehr einer fassbaren gesundheitlichen Beeinträchtigung zugeschrieben werden können, so dass deren Ursache im psychischen Bereich zu suchen ist. Die umfassende radiologische Untersuchung durch die Klinik Z.____ vom 27. Januar 1997 zeigte keinerlei Auffälligkeiten oder Anhaltspunkte für posttraumatische Veränderungen an der HWS. Auch in den folgenden Untersuchungen durch die Klinik X.____ und in den neurologischen Untersuchungen bei Dr. H.____ und Prof. E.____ war kein organisches Substrat objektivierbar, und es wurde wiederholt auf Diskrepanzen und Inkonsistenzen



zwischen den angegebenen Beschwerden und dem günstigen organischen Befund hingewiesen, was ebenfalls auf einen überwiegend psychischen Anteil hindeutet.

b) Von Seiten der medizinischen Forschung (GERHARD JENZER, Klinische Aspekte bei HWS-Belastungen durch Kopfanprall oder Beschleunigungsmechanismus; Grenzbereich zu leichten Schädel-Hirn-Trauma, in: SZS 1996 S. 462 ff.) wird festgehalten, der typische posttraumatische Verlauf nach einem leichten Schädel-Hirn-Trauma bzw. einer Verletzung der HWS entspreche einer Erholung innert sechs bis zwölf Wochen (JENZER, a.a.O., S. 467). Ungewöhnlich lang dauernde und schwere Verläufe nach Beschleunigungsverletzung würden bei Fehlen der klinischen Kriterien einer traumatischen Hirnschädigung nach einer Interpretation ausserhalb einer hirnorganischen Schädigung rufen (JENZER, a.a.O., S. 469 mit Hinweis und S. 463; vgl. auch B. P. RADANOV, Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach HWS-Distorsion, in: SZS 1996 S. 471 ff., 472 f. und 475). Dabei ist zu beachten, dass eine gesundheitliche Schädigung nicht schon dann als durch den Unfall verursacht gelten kann, wenn sie zeitlich nach diesem aufgetreten ist (vgl. BGE 119 V 341 f.).

c) Im Zusatzfragebogen für HWS-Verletzungen erwähnte Dr. C.____ am 21. März 1997 als Begleitdiagnose nicht initiale Depressionen, die zu dieser Zeit durchaus als Symptom der HWS-Distorsion gesehen werden konnten, da sich eine Depression oder eine Wesensveränderung ja nicht schon in den ersten Tagen nach dem Unfall manifestieren kann. Für die Qualifikation dieser Depressionen sind deshalb die weiteren ärztlichen Beurteilungen zu beachten. Im Arztbericht vom 14. April 1997 diagnostizierte Dr. H.____ ohne Hinweis auf eine depressive Symptomatik ein posttraumatisches Stress-Syndrom. Die neuropsychologische Untersuchung in der Klinik X.____ zeigte ein uneinheitliches Bild. Im Gutachten vom 5. April 1998 wurde deshalb auf eine Anpassungsstörung bzw. eine posttraumatische reaktive subdepressive Entwicklung mit Schmerzverarbeitungsstörung geschlossen. Sodann wurde darauf hingewiesen, dass die Belastung durch die angespannte berufliche und finanzielle Situation ein wesentlicher Faktor für diese Entwicklung sei. Bis zur neurologischen Untersuchung bei Prof. E.____ am 9. Februar 2000 verstärkte sich der Einfluss persönlicher Umstände auf die psychische Symptomatik noch. So stellte auch Prof. E.____ Inkonsistenzen zwischen Angaben und Verhalten des Beschwerdeführers und den schliesslich ermittelten



Ergebnissen fest. Die aktuellen Beschwerden wie Schmerzen, Übelkeit etc. seien rein subjektiv und nicht durch entsprechende organische Schädigungen bedingt. Darum sei auch die gegenwärtige, in erster Linie vom Versicherten empfundene und nicht durch objektivierbare Störungen zu rechtfertigende Arbeitsunfähigkeit nicht auf den Unfall zurückzuführen. Es sei von einem psychosomatischen Beschwerdebild (Somatisationsstörung) auszugehen, wobei die initiale Schmerzsymptomatik auf das Unfallgeschehen zurückzuführen sei, die aktuelle Symptomatik jedoch auf andere Umstände, eventuell im Rahmen einer Anpassungsstörung. Die von Prof. E.____ angesichts der offensichtlich falschen und massiven sowie von demonstrativem Verhalten begleiteten Überinterpretation kleiner Befindlichkeitsstörungen empfohlene, am 15. August 2001 bei Dr. F.____ durchgeführte psychiatrische Untersuchung zeigte eine psychogene Chronifizierung von HWS-Distorsionsfolgen, vorwiegend in Form somatoformer Symptome, aktuell einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0). Bei dieser psychogenen Störung handle es sich um eine neurotische Erkrankung, die durch unfallfremde Faktoren begünstigt worden sei, insbesondere einer vorbestehenden narzisstischen Persönlichkeitsstruktur.

d) Die von Dr. C.____ erstmals im März 1997 erwähnte reaktive subdepressive Entwicklung wurde zunächst mit einem Stress-Syndrom, einer Schmerzverarbeitungsstörung und der persönlichen – d.h. familiären, beruflichen und finanziellen Belastungssituation – in Verbindung gebracht. Im Februar 2000 sprach Prof. E.____ von einer Somatisationsstörung und hielt ausdrücklich fest, dass die aktuelle psychische Symptomatik nicht mehr auf das Unfallgeschehen zurückzuführen sei. Er bezeichnete die aktuellen Beschwerden wie Schmerzen, Übelkeit etc. als rein subjektiv. Im psychiatrischen Gutachten von Dr. F.____ wird diese Einschätzung bestätigt. Es wird auf eine psychogene Chronifizierung von HWS-Distorsionsfolgen in Form somatoformer Symptome bzw. einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) und damit auf eine psychische bzw. neurotische Erkrankung hingewiesen. Beschwerden somatoformer Art wie vorliegend unterscheiden sich jedoch von den Symptomen her nicht von somatischen Beschwerden. Die festgestellte psychische Erkrankung ist gemäss Gutachten durch unfallfremde Faktoren, insbesondere eine vorbestehende narzisstische Persönlichkeitsstruktur und familiäre Besonderheiten begünstigt worden. Der Unfall kann somit lediglich als wichtige Teilursache für den Beginn der Symptomatik bezeichnet werden, für die spätere Chronifizierung und



Symptomausweitung sind jedoch mehr und mehr unfallfremde Faktoren verantwortlich, die schliesslich zu einer eigenständigen psychogenen Störung geführt haben. Damit ist die Kausalität zwischen den aktuellen Beschwerden und dem Unfall vom 13. Dezember 1996 mit der anfänglichen zervikalen Symptomatik unterbrochen. Die andauernden, insbesondere nach dem 31. Dezember 1999 noch festgestellten Beschwerden können in Anbetracht der geschilderten medizinischen Untersuchungsergebnisse nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als natürlich kausale Unfallfolge anerkannt werden. Die Beschwerdegegnerin hat die natürliche Kausalität zwischen dem Unfall und den nach der Leistungseinstellung per Ende Dezember 1999 geltend gemachten Beschwerden somit zu Recht verneint. Ein Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere Versicherungsleistungen ist deshalb klar zu verneinen.

e) Selbst wenn die natürliche Kausalität der psychischen bzw. psychisch bedingten Beschwerden zu bejahen wäre, müsste die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die ab dem 1. Januar 2000 geklagten Beschwerden mangels Vorliegens eines adäquaten Kausalzusammenhanges verneint werden. Bei einem durch vegetativ-psychische Störungen aufrechterhaltenen Beschwerdebild hat die Adäquanzbeurteilung rechtsprechungsgemäss (RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 ff. mit Hinweisen) nicht nach den für Schleudertraumen bzw. schleudertrauma-ähnlichen Verletzungen der HWS (BGE 117 V 359 ff.), sondern nach den für psychische Unfallfolgen (BGE 115 V 133 ff.) geltenden Regeln zu erfolgen (BGE 123 V 98 ff.; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 ff.). Der adäquate Kausalzusammenhang ist demzufolge zu bejahen, falls ein einzelnes der nach der Rechtsprechung einzubeziehenden Kriterien (besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; 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 Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit; BGE 115 V 140 E. 6c/aa) besonders ausgeprägt vorhanden ist oder die massgebenden unfallbezogenen Kriterien insgesamt in gehäufte respektive in auffallender Weise gegeben sind.

f) Der Unfall des Beschwerdeführers ist bei der im Rahmen der Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhanges vorzunehmenden Katalogisierung aufgrund des



Geschehensablaufs und der erlittenen Verletzungen (HWS-Distorsionstrauma mit einem nur teilweise vorhandenen Beschwerdebild, vorübergehende Kreuzschmerzen) sowie mit Blick auf die entsprechende Kasuistik (vgl. ALEXANDRA RUMO-JUNGO, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, UVG, 3. Aufl. Zürich 2003, S. 55 ff.) bestenfalls den mittelschweren Unfällen zuzuordnen. Hinsichtlich der in diesem Bereich zu erfüllenden Kriterien ist festzuhalten, dass bei der Auffahrkollision nicht von einer besonderen Eindrücklichkeit oder von besonders dramatischen Begleitumständen gesprochen werden kann. Insbesondere war der Unfallablauf ein sehr kurzes Ereignis, und der Beschwerdeführer war angegurtet. Die anfänglich objektivierbaren somatischen Verletzungen waren leicht. Die erlittene HWS-Distorsion (dafür typische Beschwerden sind unmittelbar nach dem Unfall nur teilweise aufgetreten; fehlende strukturelle Schädigungen; vgl. Erwägung 3c) und die vorübergehenden Kreuzschmerzen können nur als leichte Verletzungen bezeichnet werden. Ihre Auswirkungen waren sodann nicht derart gravierend, dass das Kriterium der besonderen Art der Verletzung zu bejahen wäre. Im Zusammenhang mit der Frage der Dauer der Behandlung der somatischen Unfallfolgen und der Dauer der somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist zu beachten, dass die anfänglichen Beschwerden mit Arbeitsunfähigkeit schon nach einigen Monaten nicht mehr durch primär organische, sondern durch psychische Faktoren aufrechterhalten wurden. Die dadurch verursachte Arbeitsunfähigkeit darf jedoch nicht in die Adäquanzbeurteilung einbezogen werden (BGE 123 V 99 E. 2a). Die nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden erforderten lediglich die Abgabe schmerzlindernder Medikamente im Rahmen hausärztlicher Kontrolluntersuchungen, einige ambulante Physiotherapien und schliesslich die Therapien im rund einmonatigen stationären Aufenthalt in der Klinik X.____. Intensivere Therapien wurden nicht durchgeführt. Unter diesen Umständen kann nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung gesprochen werden. Denn gemäss Rechtsprechung des EVG können selbst über zwei bis drei Jahre hinweg durchgeführte ambulante physiotherapeutische Behandlungen nicht als medizinische Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer betrachtet werden (Urteil des EVG vom 3. November 2006 [U 39/06] in Sachen M., E 5.2). Nachdem physisch begründete Beschwerden bereits einige Monate nach dem Unfall je länger desto mehr verneint werden müssen, sind folgerichtig auch körperlich bedingte Dauerschmerzen zu verneinen. Für eine ärztliche Fehlbehandlung fehlen Anhaltspunkte. Mangels bleibender



physischer Verletzungen erübrigen sich auch die Fragen nach dem Heilungsverlauf und nach der Erheblichkeit von entsprechenden Komplikationen. Damit ist von den massgebenden Kriterien kein einziges erfüllt. Selbst wenn der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geklagten, auf psychische Ursachen zurückzuführenden gesundheitlichen Beschwerden als gegeben erachtet wird, ist aufgrund der geschilderten Umstände als erstellt zu erachten, dass der in Frage stehende Unfall nicht geeignet war, die bestehenden (vegetativ-psychisch bedingten) Beschwerden auch über den Dezember 1999 hinaus adäquat-kausal zu beeinflussen. Die Einstellung der Leistungen ab dem genannten Datum durch die Beschwerdegegnerin lässt sich daher nicht beanstanden.

5.- Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen und der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. August 2005 zu bestätigen. Für dieses Verfahren sind keine Gerichtskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

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