

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/2 vom 14. November 2007

Sg Versicherungsgericht, 2007-11-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2007_2

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/2 du 14 novembre 2007

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2007/2 del 14 novembre 2007

Regeste

Art. 6 UVG: Unfallkausalität einer Knieverletzung nach einem Berufsunfall und einer HWS-Distorsion nach einem Auffahrunfall. Prüfung der Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. November 2007, UV 2007/2). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_12/2008.

Erwägungen

E. 1

Streitig ist vorliegend, ob die nach dem 31. Dezember 2004 vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden eine natürliche und adäquate Folge der Unfälle vom 3. April und 21. Oktober 2002 bilden und demnach eine weitere Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zur Folge haben. Mit Einsprache-Entscheidung vom 9. Oktober 2006 wurde auf die Einsprache gegen die Verfügung vom 26. April 2006 nicht eingetreten. Den Begründungen in der Beschwerdeschrift fehlt jeglicher Bezug zum formellen Nichteintreten, weshalb das Nichteintreten auf die Verfügung vom 26. April 2006 nicht Gegenstand dieses Verfahrens bildet, auch wenn der Beschwerdeführer mit der Beschwerde den angefochtenen Entscheid vollumfänglich aufheben lassen wollte.

E. 2

a) Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinn des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist 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. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung oder im Beschwerdefall das Gericht nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Kausalzusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE

129 V 181, BGE 119 V 337 f. E. 1). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs 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 Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181, 119 V 337 f. E. 1). Aufgabe des Arztes ist es dabei, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (PVG 1984 Nr. 82, 174). Bei physischen Unfallfolgen hat jedoch die Adäquanzen gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). b) Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. 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 Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden Arztberichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt. 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 abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Bezug eines Gerichtsgutachtens - abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 E. 1a).

E. 3

a) Bezüglich der Kniebeschwerden des Beschwerdeführers erfolgte am 11. August 2003 eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. F.____. Dem Bericht vom 11. August 2003 (Suva-act. G 4.2/16) ist zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer bereits am 25. September 2000 wegen zunehmender belastungsabhängiger linksseitiger Kniebeschwerden eine Arthroskopie durchgeführt wurde. Die Operation habe in der Folge zu Beschwerdefreiheit geführt. Bezüglich der Kniebeschwerden nach dem Unfall vom 3. April 2002 sei unter Berücksichtigung aller Umstände davon auszugehen, dass sie mit der

Kniekontusion im April 2002 zusammenhängen, obwohl es sich nicht um ein meniskustypisches Trauma handle. Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin bezüglich der geklagten Kniebeschwerden einen Leistungsanspruch bis 31. Dezember 2004 anerkannt. b) Wenn die Beschwerdegegnerin nun geltend macht, ab dem 1. Januar 2005 seien keine behandlungsbedürftigen Restfolgen des Unfalls mehr vorhanden, so ist darauf hinzuweisen, dass die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst entfällt, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b). Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des EVG vom 18. Dezember 2003 [U 258/02] i/S Z., 25. Oktober 2002 [U 143/02] i/S L. und vom 31. August 2001 [U 285/00] i/S O.). c) Dem Bericht des H. ___ vom 22. August 2003 (Suva-act. G 4.2/21) ist zu entnehmen, dass neben dem Riss im Resthinterhorn des medialen Meniskus, bereits leichte Zeichen einer Femoropatellararthrose sowie leichte degenerative Veränderungen im medialen Kniekompartiment vorhanden waren. Im Gutachten der Rheumaklinik des Universitätsspitals Zürich vom 2. März 2004 (Suva-act. G 4.2/43) wurden unklare chronische Knieschmerzen links bei Status nach Bagatelltrauma am 3. April 2002 sowie bei Status nach mehreren Arthroskopien diagnostiziert. Am 15. März 2004 erfolgte durch Dr. F. ___ eine weitere kreisärztliche Untersuchung. Mit ergänzendem Bericht vom 7. Mai 2004 (Suva-act. G 4.2/50) hielt er fest, dass das neu angefertigte MRI den postoperativen Zustand nach medialer Teilmeniskektomie mit degenerativen Veränderungen im Restmeniskus zeige. Zusammenfassend handle es sich um einen regulären postoperativen Zustand ohne erneut operativ behandlungswürdige Binnenpathologie; der kernspintomografische Befund passe zu dem nicht gravierenden intraoperativen Befund, der anlässlich der Teilmeniskektomie medial am 18. November 2003 erhoben wurde. Für eine leichte wechselbelastende Arbeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, für eine mittelschwere bis schwere Arbeit eine solche von 50%, mit Steigerungsfähigkeit auf 100% nach dreimonatigem Training. Nach der von der Rheumaklinik vorgeschlagenen medizinischen Trainingstherapie (MTT) und der stationären Rehabilitation seien die therapeutischen Verbesserungsmöglichkeiten ausgeschöpft und die Behandlung bezüglich der Kniebeschwerden könne abgeschlossen werden. Laut Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 5. November 2004 (Suva-act. G 4.2/62) zeigten sich klinisch reizlose Knieverhältnisse ohne Ergussbildung und ohne Instabilitätszeichen. Radiologisch liessen sich ebenfalls keine Auffälligkeiten verifizieren. Die Beweglichkeit sei seitengleich erhalten. Unter Berücksichtigung sämtlicher Beschwerden sei dem Beschwerdeführer eine

leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit ganztags möglich, wobei zusätzliche Pausen bei erfolgreicher Eingliederung in den ersten zwei Monaten und die speziellen Einschränkungen einzuhalten seien. Am 17. November 2004 hielt der Suva-Arzt fest, dass am Knie keine objektivierbaren invalidisierenden Schäden nachweisbar seien (Suva-act. G 4.2/64). Dr. med. G.____, Radiologie und Nuklearmedizin FMH, teilte mit Schreiben vom 14. Dezember 2004 (Suva-act. G 4.2/70) mit, dass im linken Knie der Szintigraphiebefund immer noch abnorm in der Spätphase sei, mit Anreicherung einerseits in der Gegend Tuberositas tibiae, andererseits auch im medialen linken Kniegelenkspalt. Letzterer Befund bedeute eine beginnende mediale Gonarthrose links. d) Laut ärztlicher Beurteilung von Dr. D.____ vom 4. April 2006 (Suva-act. G 4.2/100) war nach der zweiten arthroskopischen Meniskusoperation vom 18. November 2003 die pathologische Situation am medialen Meniskus behoben. Arthroskopisch hätten höchstens Anzeichen einer beginnenden Arthrose festgestellt werden können. Lediglich skelettszintigraphisch finde man sowohl am 7. März wie auch am 14. Dezember 2004 eine vermehrte Anreicherung im medialen Gelenkcompartment, angedeutet auch im lateralen Vergleich zu rechts, ausserdem die bekannte deutliche Mehranreicherung im Bereich der Tuberositas tibiae, die sowohl von den Radiologen wie von den Rheumatologen und Orthopäden ätiologisch nicht interpretiert werden könne. Konventionell-radiologisch hätten am 2. Dezember 2004 beide Kniegelenke absolut normal und altersentsprechend ausgesehen. Am 25. September 2000 sei durch Dr. E.____ arthroskopisch eine Plica-Spaltung mit partieller Synovektomie ventral durchgeführt worden. Es sei also schon damals ein pathologischer Prozess im Knie im Gang gewesen. Unter Umständen sei die skelettszintigraphisch sichtbare Mehranreicherung in der rechten Tuberositas tibiae noch eine Spätfolge davon, da bislang keine andere Interpretation gefunden werden konnte. Des Weiteren sei bei einem BMI von 34,5 klar, dass bei einem derartigen Übergewicht speziell in den Kniegelenken zunehmende Knorpelschäden auftreten und sich auch verschlimmern würden, unabhängig davon, ob an diesem Gelenk je operiert worden sei oder nicht. Da durch die Sanierung der Situation am medialen Meniskus links ein günstiger Zustand erreicht worden sei, müsse man annehmen, dass sowohl die Mehranreicherung links, im Einklang mit der zwischenzeitlich auch aufgetretenen leichten Mehranreicherung rechts medial, nicht auf die Operation zurückzuführen sei, sondern höchstwahrscheinlich auf den natürlichen Verlauf einer beginnenden Gonarthrose bei Übergewicht. Die Situation am linken operierten Kniegelenk sei einstweilen stabilisiert, von weiteren Behandlungsmassnahmen sei mit Sicherheit keine Besserung mehr zu erwarten. Aufgrund der radiologischen Befunde und der bestehenden Symptomatik bestehe sicher eine eingeschränkte Zumutbarkeit, die jedoch nicht mit Wahrscheinlichkeit auf die operativ sanierte Meniskusituation medial zurückgeführt werden könne, sondern mit allergrösster Wahrscheinlichkeit auf die durch das massive Übergewicht getriggerte und höchstwahrscheinlich auch beschleunigt beginnende Gonarthrose. Somit bestehe rein unfallbedingt keine relevante Einschränkung der Zumutbarkeit für das linke Kniegelenk mehr, da auch keine bleibende organische Schädigung nach sanierter Meniskusituation vorhanden sei. e) Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten, wie vorliegend diejenige von Dr. D.____, ist nicht an sich unzulässig, wenn genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371, 1993 Nr. U 167 S. 95). Die Beurteilung von Dr. D.____ ist offensichtlich in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden, indem die übereinstimmenden Gutachten anderer Ärzte in seine Beurteilung miteinbezogen wurden. Es handelt sich bei Dr. D.____ um einen Facharzt für orthopädische Chirurgie und damit um einen Arzt mit der im konkreten Fall massgebenden

Fachkompetenz. Aufgrund der medizinischen Unterlagen war es ihm möglich, sich ein lückenloses Bild über den Verlauf und die gegenwärtigen Beschwerden zu verschaffen. Sodann wurden die vorhandenen Akten umfassend gewürdigt, die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet und nachvollziehbar. Es bestehen keine Anhaltspunkte für eine Voreingenommenheit oder fehlende Objektivität des Versicherungsmediziners. Die ärztliche Beurteilung von Dr. D.____ hat deshalb vollen Beweiswert. Mit der zusätzlich ins Recht gelegten ärztlichen Beurteilung vom 6. Februar 2007 teilt Dr. D.____ mit, dass die einseitige Quadrizepsatrophie nicht allein mit dem Übergewicht des Beschwerdeführers zu erklären sei. Massgebend sei die operativ befrachtete Krankengeschichte am linken Knie sowie offensichtlich eine mangelnde Compliance seitens des Beschwerdeführers mit Tendenz zu Selbstlimitation und verminderter Leistungsbereitschaft. Entgegen der Annahme des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers handelt es sich dabei nicht um einen Widerspruch zu der Beurteilung vom 4. April 2006, sondern um ergänzende und gemäss Bericht der Rehaklinik Bellikon belegbare Aussagen. Dr. D.____ legt im Bericht dar, dass für die unterschiedlichen Befunde jeweils verschiedene Ursachen in Frage kommen können. Die entsprechenden Befunde wurden allerdings nicht auf unterschiedliche oder widersprüchliche Ursachen zurückgeführt. Ebenfalls kein Widerspruch besteht zwischen dem Bericht des Suva-Arztes vom 17. November 2004 und dem Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon, da in letzterem die Arbeitsfähigkeits- bzw. die Zumutbarkeitsbeurteilung aufgrund sämtlicher Beschwerden und nicht lediglich bezüglich der geklagten Kniebeschwerden erfolgt ist. Sodann gilt es zu beachten, dass eine prospektive Festsetzung der Arbeitsfähigkeit – wie praxisgemäss beim Rentenanspruch – auch bei der Zusprechung von Taggeldern zulässig ist. Eine diesbezügliche nachträgliche Prüfung der Prognose ist schwierig, da weiterhin unfallfremde Beschwerden bestehen. Aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten, die den Sachverhalt hinreichend und insgesamt miteinander harmonisierend darstellen, kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass spätestens seit 31. Dezember 2004, als die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen bezüglich der Kniebeschwerden links einstellte, keine behandlungsbedürftigen Restfolgen des Unfalls vom 3. April 2002 mehr gegeben waren.

E. 4

a) Gemäss Arzzeugnis vom 26. November 2002 (Suva-act. G 4.3/2) diagnostizierte Dr. B.____ am 25. Oktober 2002 beim Beschwerdeführer eine Distorsion der HWS. Nach dem Unfall seien zunehmend Nackenschmerzen aufgetreten. Die HWS-Beweglichkeit sei etwas eingeschränkt und es bestünden Schmerzen im Bereich der mittleren HWS und Schmerzen und Hartspann beidseits suprascapular. Bei der kreisärztlichen Untersuchung bei Dr. F.____ vom 6. Dezember 2002 teilte der Beschwerdeführer mit (Suva-act. G 4.3/9), immer noch Rückenschmerzen, praktisch ausschliesslich im Kreuz, zu haben. Im Nacken oben verspüre er nur noch leichtere Schmerzen, wenn er längere Zeit den Kopf in gleicher Stellung halte. Dr. F.____ beurteilte die geklagten Restbeschwerden als lumbovertebrales Schmerzsyndrom, ohne radikuläre Ausfälle. Eine radiologische Abklärung der LWS vom 13. Dezember 2002 (Suva-act. G 4.3/11) ergab keine morphologischen Veränderungen der lumbalen Wirbelsäule oder des Beckens. Zeichen eines posttraumatischen Schadens oder Degenerationen der Hüftgelenke wurden keine festgestellt. Ein am 4. Februar 2003 durchgeführtes MRI ergab im Bereich der LWS keinen fassbaren pathologischen Befund, insbesondere keine Wirbelverschiebungen, keine Diskushernien und keine Kompressionen

der neuralen Strukturen (Suva-act. G 4.3/15). Laut Bericht vom 30. September 2003 diagnostizierte Dr. C. ___ einen Status nach Auffahrkollision vom 21. Oktober 2002 mit einem thorako-lumbovertebralen Syndrom, einem Zervikalsyndrom, Einschränkungen der Beweglichkeit der HWS sowie persistierende Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule (Suva-act. G 4.3/50 Beilage). Gemäss Gutachten der Rheumaklinik des Universitätsspitals Zürich vom 2. März 2004 wurde beim Beschwerdeführer ein Zerviko- und Lumbovertebralsyndrom bei Wirbelsäulenfehlhaltung, leichten degenerativen Veränderungen mit Diskusprotrusionen C2/3-C6/7, kleiner medianer Diskushernie C4/5 ohne Myelonkompression und Status nach HWS-Distorsionstrauma vom 21. Oktober 2002 sowie eine Adipositas (BMI 31 kg/m²) festgestellt. Für eine leichte wechselbelastende Arbeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Für eine mittelschwere bis schwere Arbeit sei der Beschwerdeführer aktuell zu 50% arbeitsunfähig, wobei nach einem dreimonatigen Training auch für diese Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werde (Suva-act. G 4.3/60). Die von der Rheumaklinik des Universitätsspitals Zürich gestellten Diagnosen wurden im Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon bestätigt (Suva-act. G 4.3/81). Eine von Dr. G. ___ durchgeführte Skelettszintigraphie ergab am 14. Dezember 2004 keinen abnormen Befund im Bereich der HWS und LWS (Suva-act. G 4.3/91). Gemäss Gutachten von Dr. C. ___ vom 14. Februar 2006 (Suva-act. G 4.3/114) bestehe ein Zervikal- und Lumbovertebralsyndrom ohne neurologische Ausfälle. Die neuroradiologischen Untersuchungen der Wirbelsäule hätten keine Hinweise auf eine lumbale Diskushernie ergeben. Hingegen seien mehrsegmentale Protrusionen der HWS und eine kleine Diskushernie C4/5, klinisch ohne Zeichen neuraler Kompression, festgestellt worden. Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit 100% arbeitsunfähig. Tätigkeiten mit geringem Lasten heben und wechselhafter Position seien zu 40 bis 50% zumutbar. Es bestehe überwiegend wahrscheinlich ganz oder teilweise ein Kausalzusammenhang zum Unfall vom 21. Oktober 2002. b) Den medizinischen Akten ist übereinstimmend die Diagnose eines Zerviko- und Lumbovertebralsyndroms zu entnehmen. Die Diagnose eines Schmerzsyndroms bedeutet keinesfalls automatisch auch das Vorliegen einer unfallkausalen organischen Gesundheitsschädigung. Laut Roche Lexikon Medizin (München 1984, S. 1540) handelt es sich bei einem Syndrom um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster" manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Zur Diagnose führt mithin eher das vom jeweiligen Patienten subjektiv angegebene "Symptommuster" als ein objektiv erhobener organischer Befund. Sodann gilt es festzuhalten, dass es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise unter besonderen Voraussetzungen als eigentliche Ursache in Betracht fällt (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 193 Erw. 2a). Als Protrusion bezeichnet man eine mehr oder weniger starke dorsale Vorwölbung der Bandscheibe. Die Protrusion ist Folge eines degenerativen Prozesses (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl., Bern 2002, S. 879). Den medizinischen Akten sind somit keine klar fassbaren organischen Korrelate zu entnehmen, welche nicht degenerativen Ursprungs sind. c) Nach den Ergebnissen der medizinischen Forschung ist nun aber bekannt, dass bei Schleuderverletzungen sowie bei äquivalenten Distorsionen der HWS (vgl. dazu RKUV 1999 Nr. 341 S. 408 E. 3b), d.h. bei so genannten Beschleunigungsverletzungen der HWS, auch ohne nachweisbare pathologische bzw.

organische Befunde noch Jahre nach dem Unfall funktionelle Ausfälle verschiedenster Art auftreten können. Der Umstand, dass die für ein Schleudertrauma oder eine Distorsion der HWS typischen Beschwerden nicht mit entsprechenden Untersuchungsmethoden (Röntgen, Computertomogramm, EEG) objektivierbar sind, rechtfertigt für sich allein nicht, die diesbezüglichen Beschwerden in Abrede zu stellen (BGE 117 V 359 E. 5d/aa).

d) Ist ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung 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 und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e). Nach der aktuellen Rechtsprechung der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts (Urteile vom 30. Januar 2007 [U 215/05] i/S T. und vom 15. März 2007 [U 258/06] i/S G.) muss bei einer HWS-Verletzung das typische Beschwerdebild (mit einer Häufung von Beschwerden) nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestieren (RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). Die andern im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer HWS-Distorsion typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen.

e) Soweit konkret ein fassbarer pathologischer Befund im Bereich der Halswirbelsäule zu verneinen wäre, müsste für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität eine Häufung von Beschwerden im erwähnten Sinn bestehen (vgl. Thomas Locher, HWS-Distorsionen [Schleudertrauma] - Einführung in die Rechtslage nach schweizerischem Recht, in: Murer/Niederer/Radanov/Rumo-Jungo/Sturzenegger/Walz [Hrsg.], Das so genannte "Schleudertrauma" - medizinische, biomechanische und rechtliche Aspekte der Distorsionen der Halswirbelsäule, Bern 2001, 41 mit Hinweis auf BGE 117 V 360 E. 4b, 119 V 338 E. 1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 2. März 2005 i/S S. E. 4.2 [U 309/03]). Beim Beschwerdeführer sind innerhalb der erforderlichen Latenzzeit Schmerzen im Bereich der mittleren HWS aufgetreten (Suva-act. G 4.3/2). Allerdings kann aufgrund der vorliegenden Akten als erstellt gelten, dass ein für HWS-Verletzungen typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden im Nachgang zum streitigen Unfall zu keinem Zeitpunkt vorlag. Nachdem somit weder ein konkret fassbarer pathologischer Befund im Bereich der HWS vorhanden ist noch eine Häufung von für eine solche Verletzung typischen Beschwerden festgestellt wurde, ist die natürliche Unfallkausalität bezogen auf die HWS-Distorsion zu verneinen.

f) Auch von Seiten der medizinischen Forschung (Gerhard Jenzer, Klinische Aspekte bei HWS-Belastungen durch Kopfanprall oder Beschleunigungsmechanismus; Grenzbereich zum leichten Schädel-Hirn-Trauma, SZS 1996, 462ff.) wird festgehalten, der typische posttraumatische Verlauf nach einem leichten Schädel-Hirn-Trauma bzw. einer Beschleunigungsverletzung entspreche einer Erholung innert sechs bis zwölf Wochen (Jenzer, a.a.O., 467). Die medizinische Literatur (Bär/Kiener, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, Medizinische Mitteilung Nr. 67 der Suva, S. 45ff.) geht im weiteren davon aus, dass nach einem Unfall mit fehlenden strukturellen Schädigungen der Wirbelsäule – wie konkret vorliegend – nach spätestens einem Jahr eine vorübergehende Verschlimmerung als abgeschlossen zu betrachten sei. Die von der Rheumaklinik des

Universitätsspitals Zürich prognostizierte Erreichung des Status quo sine deckt sich somit mit der medizinischen Literatur. Mit Gutachten vom 2. März 2004 wurde mitgeteilt, dass nach einer dreiwöchigen stationären Physiotherapie und einer dreimonatigen medizinischen Trainingstherapie die restlichen unfallbedingten zervikalen Beschwerden abklingen würden (Suva-act. G 4.3/60 S. 14). Der Unfall vom 21. Oktober 2002 habe aufgrund der Anamnese, der angegebenen Beschwerden und der Röntgenbilder weder im Bereich der HWS noch der LWS zu einer unfallbedingten morphologischen Schädigung geführt. Gegen einen objektivierbaren Schaden spreche auch, dass die geringgradig vorbestehenden degenerativen Veränderungen nicht zugenommen hätten. Hingegen sei es zu einer subjektiven Zunahme des Zervikovertebralsyndroms mit geringgradigen Beschwerden und nur diskreten objektiven klinischen Befunden gekommen, so dass es sich um einen zeitlich befristeten Beschwerdeschub handle. Nach Abschluss der erwähnten Therapie seien auch die zervikalen Restbeschwerden nicht mehr unfallbedingt zu interpretieren. Das bereits vor dem Unfall intermittierend aufgetretene Lumbovertebralsyndrom sei bereits zum aktuellen Zeitpunkt nicht mehr auf Unfallfolgen zurückzuführen. Das Gutachten der Rheumaklinik des Universitätsspitals Zürich wurde unter umfassender Würdigung sämtlicher Akten erstellt. Die Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind begründet und nachvollziehbar. Dem Gutachten kommt somit volle Beweiskraft zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen). Dr. C.____ hält im Gutachten vom 14. Februar 2006 fest, dass überwiegend wahrscheinlich ein Kausalzusammenhang zum Unfall vom 21. Oktober 2002 bestehe. Vor dem Unfall seien keine Nackenschmerzen angegeben worden und auch hinsichtlich der Rückenschmerzen hätte keine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Der Unfall habe zu einer HWS-Distorsion mit chronifiziertem Verlauf, mit wellenförmigen, belastungsabhängigen und zum Teil auch therapiezugänglichen Beschwerden geführt. Diesbezüglich gilt es festzuhalten, 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 341f.). Des Weiteren vermag Dr. C.____ nicht überzeugend darzulegen, weshalb von der schlüssigen Beurteilung des Gutachtens der Rheumaklinik des Universitätsspitals Zürich abzuweichen ist. Die gestellten Diagnosen stimmen überein und organisch fassbare Korrelate, welche nicht degenerativen Ursprungs sind, konnten auch von Dr. C.____ nicht nachgewiesen werden. Sodann gilt es anzumerken, dass – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – die Akten der Strafuntersuchung beigezogen wurden (Suva-act. G 4.3/4) und die Vorinstanz ihre Untersuchungspflicht somit nicht verletzte. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass angesichts der dargelegten medizinischen Befunde mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass die beim Unfall vom 21. Oktober 2002 erlittene HWS-Distorsion spätestens bis zur Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2004 vollständig abgeheilt war und deswegen eine natürliche Kausalität zwischen den geklagten Beschwerden und dem fraglichen Unfall zu verneinen ist. Die Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2004 ist damit nicht zu beanstanden.

E. 5

Von der mit der Beschwerde vom 10. Januar 2007 beantragten Sistierung des Verfahrens bis zum Vorliegen des von der IV-Stelle St. Gallen veranlassten MEDAS-Gutachtens kann abgesehen werden. Gleiches gilt für den mit der Replik vom 18. April 2007 gestellten Antrag auf eine anstaltsunabhängige fachärztliche Begutachtung. Gemäss den medizinischen Akten ist der Beschwerdeführer bereits mehrfach fachärztlich begutachtet

worden. Da nicht anzunehmen ist, dass weitere medizinische Abklärungen für die Beurteilung des vorliegend relevanten Sachverhalts neue Erkenntnisse bringen, kann darauf verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 124 V 94 Erw. 4b; Pra 88 Nr. 117; SVR-UV 1996 Nr. 62.211). Ausserdem gilt es zu beachten, dass die MEDAS in ihren Gutachten in der Regel keine Unterscheidung zwischen Unfallfolgen und unfallfremden Gesundheitsschäden trifft und somit auch diesbezüglich keine neuen entscheidrelevanten Informationen zu erwarten sind.

E. 6

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einsprache-Entscheids vom 9. Oktober 2006 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine 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.

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