

10/140, Urk. 10/142) wies die SUVA am 10. Mai 2006 ab (vgl. Urk. 2).

2. Gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 10. Mai 2006 (Urk. 2) liess der Versicherte am 7. September 2006 mit folgenden Anträgen Beschwerde erheben (vgl. Urk. 1 S. 2):

1. Der Einspracheentscheid vom 10. Mai 2006 sei aufzuheben, und es sei festzustellen, dass der Versicherte über den 28. Februar 2006 hinaus und bis auf weiteres Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat;

2. eventuell seien dem Versicherten während einer angemessenen Anpassungszeit über den 28. Februar 2006 hinaus Leistungen der Unfallversicherung zuzusprechen;

3. unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Gegenpartei.

Die SUVA schloss am 3. Januar 2007 auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei (vgl. Urk. 8 S. 2). Mit Verfügung vom 8. Januar 2007 (Urk. 15) wurde der Schriftenwechsel geschlossen.

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen einzugehen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Strittig ist, ob die SUVA ihre über den 28. Februar 2006 hinaus bestehende Leistungspflicht im Zusammenhang mit den fünf vom Beschwerdeführer zwischen dem 15. Juni 1997 und dem 9. November 2005 erlittenen Unfällen zu Recht verneinte.

E. 2

2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss 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

Ablichen 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).

2.2. Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

2.3. 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).

2.4. Bei organisch nachweisbaren Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung praktisch keine Rolle, indem die Unfallversicherung auch für seltenste, schwerwiegendste Komplikationen haftet, welche nach der unfallmedizinischen Erfahrung im Allgemeinen gerade nicht einzutreten pflegen (vgl. BGE 128 V 172 Erw. 1c, 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 3a, 117 V 365 Erw. 5d/bb mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; RKUV 2004 Nr. U 505 S. 249 Erw. 2.1).

2.5. Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b). Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise 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 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

2.6 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 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 andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit mitbestimmen 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).

2.7 Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen

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

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

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

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (zur Publikation vorgesehenes Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008 in Sachen Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft, U 394/06, Erw. 10.2 f.; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

Anzuführen bleibt, dass das Bundesgericht jüngst die sogenannte Schleudertrauma-Praxis präzisiert hat (noch nicht in der amtlichen Sammlung veröffentlichtes Urteil in Sachen M. vom 19. Februar 2008, U 394/06, Erw. 9 und 10). Die bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätze (sogenannte

Psycho-Praxis, BGE 115 V 133) liess das Bundesgericht hingegen unverändert (Erw. 6.1 des erwahnten Urteils).

E. 3

3.1 Die SUVA verneinte einen über den 28. Februar 2006 hinaus bestehenden Leistungsanspruch des Beschwerdeführers im Wesentlichen mit der Begründung, die andauernden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, denen kein hinreichend nachweisbares organisches Substrat zugrunde liege, ständen in keinem adäquaten Kausalzusammenhang zu den fünf - separat zu beurteilenden - erlittenen Unfällen (vgl. Urk. 2 S. 5 ff.).

3.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, gemäss den behandelnden Ärzten liessen weitere medizinische Massnahmen durchaus noch eine Besserung erwarten (vgl. Urk. 1 S. 11). Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die SUVA, nachdem sie bis zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung stillschweigend vom Bestehen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den verschiedenen Kollisionen und den persistierenden Leiden ausgegangen sei, einen solchen - ohne den Sachverhalt genügend abgeklärt zu haben - ab dem 1. März 2006 plötzlich verneint habe (vgl. Urk. 1 S. 10 f.). Da die entsprechenden Kriterien sowohl in der Anamnese als auch in ausgeprägter Weise erfüllt seien, seien die fünf Unfälle, von denen zumindest die letzten drei als Einheit zu betrachten seien, durchaus adäquat kausal für die persistierenden Gesundheitsstörungen (vgl. Urk. 1 S. 12 ff.).

E. 4.1

4.1.1 Aus den medizinischen Akten geht Folgendes hervor:

Nach dem Unfall vom 15. Juni 1997 diagnostizierte der gleichentags konsultierte Arzt ein HWS- und BWS-Kontusionstrauma und bescheinigte dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Bericht vom 10. Juli 1997, Urk. 14/2).

Dr. med. A., Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, stellte am 29. August 1997 die Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas und bescheinigte dem Beschwerdeführer ab dem 19. August 1997 wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 14/6).

Dr. med. B., Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 10. September 1997 (Urk. 14/7) einen Zustand nach Überdehnungstrauma der HWS am 15. Juni 1997. Der Patient klagte über ständige belastungsabhängige Nacken- und Kopfschmerzen und schmerzbedingte Schlafstörungen (vgl. Urk. 14/7 S. 1). Er zeige eine leichte Zwangshaltung des Kopfes mit schmerzbedingter Bewegungseinschränkung um etwa zwei Drittel sowie deutliche Druckdolenz in der Nacken- und Schultermuskulatur. Die Beschwerden seien weitgehend muskulär bedingt; fokale neurologische Auffälligkeiten zeigten sich keine (vgl. Urk. 14/7 S. 2).

Am 24. Oktober 1997 gab Dr. B. an, unter Physiotherapie, Ruhigstellung der HWS und Behandlung mit Analgetika sei es zu einem allmählichen Rückgang der Nacken- und Kopfschmerzen gekommen (vgl. Urk. 14/10).

4.1.4 Nachdem er den Beschwerdeführer am 11. November 1997 kreisärztlich untersucht hatte, gab Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, an, es habe sich eine Besserung eingestellt. Seit dem 1. Oktober 1997 [richtig: 18. August 1997 (vgl. Urk. 14/14)] stehe der Beschwerdeführer in seiner beruflichen Tätigkeit als Chauffeur und Automechaniker wieder voll im Einsatz. Voraussichtlich könne der Fall in nächster Zukunft abgeschlossen werden (vgl. Urk. 14/13 S. 2).

E. 4.2

4.2.1 Nach der Kollision vom 24. Januar 2002 stellten die gleichentags konsultierten Ärzte des Spitals X.____, Chirurgische Klinik, folgende Diagnosen:

HWS-Distorsion
- Status nach HWS-Distorsion vor fünf Jahren
- LWS-Distorsion

Die radiologische Untersuchung habe keine Anhaltspunkte für frische traumatische ossäre Läsionen ergeben. Der Patient, der über Nacken- und lumbale Beschwerden sowie geringe Kopfschmerzen klagt, sei - voraussichtlich eine Woche - zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. Berichte vom 24. Januar 2002 [Urk. 13/4] und vom 8. Februar 2002 [Urk. 13/2]).

4.2.2 Die Computertomographie der LWS vom 15. April 2002 ergab keine Hinweise für eine posttraumatische ossäre Läsion oder eine Diskopathie (vgl. Urk. 13/3).

4.2.3 Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, hielt am 12. Februar 2002 fest, die lumbalen Schmerzen hielten an. Der Patient werde medikamentös behandelt und unterziehe sich einer Physiotherapie. Die Behandlung daure voraussichtlich noch einen Monat (vgl. Urk. 13/5). Am 28. Februar 2002 bestätigte der genannte Arzt für zirka acht Wochen ab dem Unfalltag eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 13/9 S. 2).

In seinem Bericht vom 26. März 2002 (Urk. 13/11) gab Dr. D.____ an, unter Physiotherapie habe sich eine Besserung eingestellt. Die Beweglichkeit von HWS und BWS sei nach wie vor eingeschränkt, und der Patient klagt noch über nächtliche Schmerzen im Bereich der LWS. Die physiotherapeutische und analgetische Behandlung daure an. Der Behandlungsabschluss könne voraussichtlich in drei Wochen erfolgen. Es sei eine kreisärztliche Untersuchung angezeigt.

4.2.4 SUVA-Arzt Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Chirurgie, hielt, nachdem er den Beschwerdeführer am 21. Mai 2002 untersucht hatte, in seinem Bericht vom gleichen Datum (Urk. 13/12) fest, es handle sich um einen Status nach HWS-Distorsion vor fünf Jahren und nach Schräg-Heck-Auffahrkollision durch Sattelschlepper am 24. Januar 2002. Zunächst habe der Patient unter einem HWS-Syndrom gelitten, sekundär sei ein Lumbovertebralsyndrom im kranialen LWS-Abschnitt aufgetreten (vgl. Urk. 13/12 S. 2).

Die HWS habe sich weitgehend erholt; deren Beweglichkeit sei nicht mehr eingeschränkt, feststellbar sei noch eine leichte Muskelverspannung. Im Vordergrund stehe aktuell die LWS mit schmerzhafter Verspannung der Paravertebralmuskulatur und Klopfdolenz über den Lendenwirbelkörpern 1 bis 3. Der Beschwerdeführer habe die Arbeit bereits zu 50 % aufgenommen; ab dem 1. Juni 2002 bestehe wieder eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Die Weiterführung der Physiotherapie sei angezeigt. Es sei damit zu rechnen, dass per Ende Juni 2002 wieder eine

uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe und der Fall abgeschlossen werden könne. Die Röntgenbilder zeigten keine unfallbedingten somatischen Alterationen. Konstitutionsbedingt bestehe wohl eine gewisse Fehllhaltung und Anfälligkeit für Rückenbeschwerden (vgl. Urk. 13/12 S. 2).

4.2.5 Dr. D. gab am 11. Juli 2002 an, betreffend das persistierende LWS-Syndrom beständen nach intensiver Physiotherapie morgens noch Anlaufschmerzen. Am 1. Juli 2002 habe der Patient die Arbeit wieder zu 100 % aufgenommen, und seit zwei Wochen nehme er keine Analgetika mehr ein (vgl. Urk. 13/13).

Am 15. Oktober 2002 berichtete Dr. D., wegen der bestehenden Dorsalgie sei weiterhin eine Physiotherapie erforderlich (vgl. Urk. 13/14).

In seiner Beurteilung vom 3. März 2003 (Urk. 13/17) hielt der nämliche Arzt fest, beim ängstlich-gehemmten Patienten beständen nach Abschluss der Physiotherapie im Dezember 2002 - wegen Myogelosen paraskapular und paravertebral lumbal - noch immer Restbeschwerden. Die Behandlung sei abgeschlossen worden; mit einem bleibenden Nachteil sei nicht zu rechnen.

E. 4.3

4.3.1 Nach der Auffahrkollision vom 17. Februar 2003 diagnostizierten die gleichentags aufgesuchten Ärzte des Spitals X., Klinik für Chirurgie, eine HWS-Distorsion und gaben an, im Bereich der HWS beständen eine leichte Druckdolenz und eine leichte Bewegungseinschränkung. Sensibilitätsstörungen hätten sich keine gezeigt. Der Röntgenbefund (HWS und LWS) habe keine Anhaltspunkte für eine frische Läsion ergeben. Ab dem Unfalltag bis voraussichtlich 23. Februar 2003 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 12/6).

4.3.2 Am 19. Februar 2003 konsultierte der Beschwerdeführer wegen nächtlicher Nacken- und lumbaler Schmerzen Dr. D.. Dieser stellte in seinem Bericht vom 3. März 2003 (Urk. 12/4) die Diagnose einer HWS- und LWS-Distorsion und hielt fest, beim fraglichen Unfall sei es weder zu einer Amnesie gekommen noch beständen Schwindelbeschwerden. Beim ängstlichen und hypothyren Patienten bestehe nebst den Folgen des aktuellen Unfallereignisses noch ein Status nach HWS- und LWS-Kontusion im Januar 2002. Es erfolge eine Physiotherapie sowie eine medikamentöse Behandlung. Zur Verhinderung einer Chronifizierung finde zudem ein Therapieversuch mit Atlaslogie statt. Ab dem 17. Februar 2003 bestehe - voraussichtlich für einen Monat - eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Behandlungsabschluss könne wohl in acht Wochen erfolgen.

4.3.3 Nachdem sich der Beschwerdeführer vom 1. bis 22. Mai 2003 stationär in der Klinik Y. hatte behandeln lassen, stellten die Ärzte im Austrittsbericht vom 27. Mai 2003 (Urk. 12/19) folgende Diagnosen (vgl. Urk. 12/19 S. 1):

- Zervikovertebrales Schmerzsyndrom nach Autounfall am 17. Februar 2003 bei Fehllhaltung und Fehllform der Wirbelsäule

Die Schmerzsymptomatik habe sich im Verlauf der Hospitalisation deutlich gebessert. Es sei die Weiterführung der Physiotherapie zu empfehlen. Ab dem 1. Juni 2003 sei der Patient in der angestammten Tätigkeit als Chauffeur und Mechaniker wieder zu 50 % arbeitsfähig; nach zwei Wochen sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % anzustreben (vgl. Urk. 12/19 S. 1 f.).

4.3.4.1.1. Dr. D. ___ berichtete am 31. Juli 2003, der Patient klagte weiterhin über zu Tagesbeginn und am Abend auftretende Schmerzen im Bereich der ganzen Wirbelsäule. Objektiv bestehe eine eingeschränkte Beweglichkeit von HWS und LWS. Es zeige sich eine ängstliche Psyche. Gegenwärtig absolviere der Beschwerdeführer zweimal wöchentlich ein Krafttraining und nehme gelegentlich Analgetika. Die Behandlung könne - ohne dass ein bleibender Nachteil zu erwarten sei - voraussichtlich in zwei Monaten abgeschlossen werden. Am 2. Juni 2003 sei die Wiederaufnahme der Arbeit im Umfang von 50 % erfolgt (vgl. Urk. 12/23).

4.3.5.1.1. Am 26. August 2003 wurde der Beschwerdeführer von SUVA-Kreisarzt-Stellvertreter Dr. med. F. ___, Facharzt FMH für Chirurgie, untersucht. In seinem Bericht vom selben Datum (Urk. 12/25) hielt dieser fest, betreffend die zwei bereits vor der Kollision vom 17. Februar 2003 erlittenen Unfälle habe unter adäquater Behandlung jeweils eine vollständige Beschwerdefreiheit erreicht werden können. Aktuell persistierten zwar noch Restbeschwerden, seit der Behandlung in der Klinik Y. ___ sei jedoch eine deutliche Besserung eingetreten. Von der eingeleiteten medizinischen Trainingstherapie sei nochmals eine erhebliche Verbesserung der Symptomatik zu erwarten, sodass die Arbeitsfähigkeit langsam gesteigert werden könne. Ab Mitte September 2003 dürfte so wieder eine 60%ige und ab Ende Oktober 2003 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erreicht sein (vgl. Urk. 12/25 S. 2).

Die angeborene minimale Skoliose erhöhe wohl die Anfälligkeit für Rückenleiden. Es sei daher ein regelmäßiges Rückentraining angezeigt, und es gelte, ungünstige Verhaltensweisen beim Tragen schwerer Lasten zu vermeiden (vgl. Urk. 12/25 S. 2).

4.3.6.1.1. Am 16. September 2003 diagnostizierte Dr. D. ___ - zusätzlich zur HWS-Distorsion - ein ängstlich-depressives Zustandsbild. Der Patient klagte weiterhin über eine morgens und unter Belastung auftretende Dorsalgie. Wegen der Rückenbeschwerden bestehe eine Durchschlafstörung. Der Status nach HWS-Distorsion am 24. Januar 2002 habe ebenfalls Einfluss auf den Heilungsverlauf. Aktuell erfolgten eine medikamentöse und eine physiotherapeutische Behandlung; zudem finde ein Krafttraining statt. In zwei Monaten sei eine weitere kreisärztliche Untersuchung angezeigt. Seit dem 2. Juni 2003 bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Es sei ein bleibender Nachteil in Form chronischer Rückenschmerzen zu erwarten. Wann die Behandlung abgeschlossen werden könne, sei noch unklar (vgl. Urk. 12/29).

E. 4.4

4.4.1.1.1. Im Zusammenhang mit der am 19. Oktober 2003 (vgl. Urk. 9/1) erlittenen weiteren Auffahrkollision stellte Dr. D. ___ die Diagnose einer HWS-Distorsion, drittes Rezidiv, und hielt fest, gemäss dem Patienten sei unmittelbar nach dem fraglichen Unfall eine Dorsalgie aufgetreten; unter Schwindel habe er nicht gelitten, auch habe er nicht erbrechen müssen. Die Beweglichkeit der HWS sei eingeschränkt. Der Beschwerdeführer mache einen luziden Eindruck, sei aber leidend-gedrückter Stimmung. Auf seinen Allgemeinzustand wirke sich der Zustand nach zwei HWS-Distorsionen im Januar 2002 beziehungsweise im Februar 2003 aus. Es erfolge eine Therapie mit nichtstereoidalen Antirheumatika (NSAR). Ab dem 19. Oktober 2003 bestehe - auf unbestimmte Zeit - wieder eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Bericht vom 28. November 2003, Urk. 9/2).

4.4.2. Am 25. November 2003 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. G. ____, Facharzt FMH für Chirurgie, kreisärztlich untersucht. In seinem Bericht vom 26. November 2003 (Urk. 9/5 = 12/31) hielt dieser fest, nach dem nunmehr vierten Auffahrunfall sei es zu einer Schmerzexazerbation panvertebral gekommen. Trotz adäquater konservativer ambulanter Massnahmen (Physiotherapie, Eigenübungen) habe seither keine wesentliche Besserung des Zustandes erreicht werden können. Seit dem erneuten Unfall und bis auf weiteres bestehe wieder eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 9/5 S. 2). Es sei eine stationäre Rehabilitation angezeigt. Die beiden letzten Unfallereignisse seien etwa je hälftig an der aktuellen Symptomatik beteiligt; die durch die beiden ersten Kollisionen verursachten Beschwerden seien folgenlos abgeheilt (vgl. Urk. 9/5 S. 3).

4.4.3. Nach einem erneuten stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Klinik Y. ____, vom 7. bis 28. Januar 2004 stellten die Ärzte im Austrittsbericht vom 3. Februar 2004 (Urk. 9/18) nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 9/18 S. 1):

Panvertebralsyndrom mit/bei:
- Status nach Heck-Auffahrkollision von hinten am 19. Oktober 2003
- Status nach Heck-Auffahrkollision von hinten am 17. Februar 2003
- Status nach HWS-Distorsion und Wirbelsäulenkontusion nach seitlich frontaler Kollision am 24. Januar 2002, am 16. Juni 1997 und im Jahr 1995

Bei Eintritt habe der Patient über Schmerzen im Nacken und im ganzen Rücken geklagt. Es hätten sich eine diffuse Druckdolenz über der Wirbelsäule und eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit von BWS und LWS gezeigt. Zu neurologischen Ausfällen sei es nicht gekommen (vgl. Urk. 9/18 S. 1). Nebst einer physikalischen und einer analgetischen Therapie sei auch eine medikamentöse Behandlung der depressiven Symptomatik initiiert worden. Der Patient sei neuropsychologisch betreut und abgeklärt worden. Während des Klinikaufenthaltes habe lediglich eine leichte Schmerzreduktion erzielt werden können. Die Weiterführung der ambulanten physiotherapeutischen Massnahmen im Sinne einer zwei- bis dreimal wöchentlich durchgeführten medizinischen Trainingstherapie (MTT) sei indiziert. Bis zum 11. Februar 2004 bestehe noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, danach sei bei einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Chauffeur und Mechaniker eine schrittweise Reintegration in den Arbeitsprozess anzustreben (vgl. Urk. 9/18 S. 2).

Die im Rahmen des Klinikaufenthaltes durchgeführte neuropsychologische Abklärung ergab keine objektivierbaren pathologischen Befunde (vgl. Bericht Klinik W. ____, vom 9. Januar 2004, Urk. 9/30).

4.4.4. Dr. D. ____, gab in seinem Schreiben vom 26. Februar 2004 (Urk. 9/20) an, der Patient unterziehe sich einer Akupunktur. Es habe sich eine Besserung eingestellt, sodass per 1. März 2004 wieder von einer 20%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei.

Am 12. Mai 2004 hielt Dr. D. ____, fest, der Patient klage weiterhin über Zervikalgien und eine eingeschränkte Beweglichkeit. Die Behandlung mit Ponstan habe eine Besserung gebracht, diejenige mit Seropram sei wegen der aufgetretenen

Nebenwirkungen abgebrochen worden. Zur Zeit fÃ¼hren eine Physiotherapie sowie eine Akupunktur statt. Nachdem der BeschwerdefÃ¼hrer am 1. MÃ¤rz 2004 zu 20 % zu arbeiten begonnen habe, bestehe ab dem 1. April 2004 wieder eine 40%ige ArbeitsfÃ¤higkeit. Es sei ein bleibender Nachteil in Form chronischer Schmerzen zu erwarten (vgl. Urk. 9/27).

Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã In seiner Beurteilung vom 22. Juni 2004 (Urk. 9/31) gab Dr. D. ___ an, der Patient klage noch immer Ã¼ber Schmerzen im Bereich von Nacken und Musculus trapezius rechts sowie Ã¼ber nÃ¤chtliches Erwachen und wirke wegen seines chronischen Leidens nach mehrmaliger kÃ¶rperlicher SchÃ¤digung resigniert. Seit dem 1. April 2004 bestehe eine 40%ige ArbeitsfÃ¤higkeit. Eine weitere Untersuchung durch den Kreisarzt sei angezeigt.

4.4.5 Ã Ã Ã Nachdem er den BeschwerdefÃ¼hrer am 3. August 2004 kreisÃ¤rztlich untersucht hatte, hielt Dr. G. ___ in seinem Bericht vom 5. August 2004 (Urk. 9/34) fest, es bestÃ¼nden weiterhin Nacken- und Schulterschmerzen sowie dadurch bedingte SchlafstÃ¶rungen. Die Akupunktur habe der BeschwerdefÃ¼hrer wieder abgebrochen (vgl. Urk. 9/34 S. 1); dessen aktuelles Arbeitspensum betrage 40 % (vgl. Urk. 9/34 S. 2).

Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã WÃ¤hrend die Folgen der ersten beiden Kollisionen vollstÃ¤ndig abgeheilt seien, habe betreffend die UnfÃ¤lle vom 17. Februar und 19. Oktober 2003 noch keine Beschwerdefreiheit erreicht werden kÃ¶nnen; aufgrund des kooperativen Verhaltens des BeschwerdefÃ¼hrers bestehe aber eine TeilarbeitsfÃ¤higkeit. Die Untersuchung habe einen diskreten Befund mit Nacken- und Halsmuskelferspannungen, leichter Belastungsintoleranz im HWS-Nacken-Bereich, endstÃ¤ndiger BewegungseinschrÃ¤nkung in der HWS und ein diskretes lumbovertebrales Syndrom mit leichter BewegungseinschrÃ¤nkung, Belastungsintoleranz und paravertebalem Muskelhartspan ergeben (vgl. Urk. 9/34 S. 3).

Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Aktuell fÃ¼hren zweimal wÃ¶chentlich physiotherapeutische Behandlungen statt. Das Potential sei noch nicht ausgeschÃ¶pft. Trotz stationÃ¤rer Klinikaufenthalte sei der motiviert wirkende BeschwerdefÃ¼hrer bis anhin nie umfassend abgeklÃ¤rt worden. Es seien - im Rahmen eines kurzen stationÃ¤ren Klinikaufenthalts - eingehende klinische Untersuchungen und allenfalls weitere bildgebende AbklÃ¤rungen sowie die ErÃ¶rterung der therapeutischen Optionen angezeigt. Im Hinblick auf den Wiedereinstieg in die berufliche TÃ¤tigkeit sei mÃ¶glicherweise ein Ergonomietrainingsprogramm sinnvoll. Zur Zeit bestehe eine 60%ige ArbeitsunfÃ¤higkeit (vgl. Urk. 9/34 S. 3).

4.4.6 Ã Ã Ã Nachdem der BeschwerdefÃ¼hrer am 16. November und 7. Dezember 2004 von den Ãrzten des Spitals W. ___, Rheumaklinik und Institut fÃ¼r Physikalische Medizin, untersucht worden war, stellten diese in ihrem Bericht vom 8. Dezember 2004 (Urk. 9/58) folgende Diagnosen (vgl. Urk. 9/58 S. 1):

Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã -Ã Ã Ã Chronisches zervikolumbovertebrales Schmerzsyndrom
Ã Ã Ã Ã Ã Ã -Ã Ã Ã Status nach vier
HWS-Distorsionstraumata und Wirbel-Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã
sÃ¤ulenkontusionen nach seitlich-frontalen Autoauffahr-Ã Ã Ã Ã Ã Ã
Ã Ã Ã Ã kollisionen (15. Juni 1997, 24. Januar 2002, 17. Februar 2003,
Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã 19. Oktober 2003)

Die Symptomatik sei im Rahmen eines chronischen zervikolumbovertebralen Syndroms ohne radiologische Anhaltspunkte für ossäre Läsionen beziehungsweise degenerative Veränderungen zu sehen. Mangels Hinweisen auf radikuläre Ausfälle sei auf ein MRI verzichtet worden (vgl. Urk. 9/58 S. 2). In therapeutischer Hinsicht sei eine aktive Physiotherapie beziehungsweise MTT zu empfehlen. Allenfalls sei zur Abklärung der körperlichen Belastbarkeit eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) und - ergäben sich dabei Belastungsdefizite - die Durchführung einer arbeitsbezogenen Rehabilitation mit dem Ziel der Verbesserung der Belastbarkeit und der Steigerung der Arbeitsfähigkeit sinnvoll (vgl. Urk. 9/58 S. 2 f.).

4.4.7 Die am 10., 22. und 23. März 2005 von den Ärzten des Spitals V.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, durchgeführte EFL ergab als arbeitsbezogen relevante Probleme vor allem eine allgemeine Haltungsinsuffizienz mit extremen Schonhaltungen sowie verminderter Kraft und Stabilität der Schultergürtel-, Nacken-, Rumpf- und Rückenmuskulatur, wobei noch abzuklären sei, inwieweit eine depressive Symptomatik das Schmerzverhalten zusätzlich beeinflusse (vgl. Urk. 9/83 S. 3)

Der Beschwerdeführer habe bei den Tests im Wesentlichen eine gute Leistungsbereitschaft gezeigt. Es sei kein deutlich selbstlimitierendes Verhalten festgestellt worden; der Patient habe aber immer wieder motiviert werden müssen, ansonsten er aufgrund seiner Schmerzen aufgehört hätte. Die Belastbarkeit liege allgemein im Bereich einer leichten Arbeit. Die aktuelle Arbeitssituation erlaube es dem Beschwerdeführer, vorwiegend leichte Kontroll- und Büroarbeiten zu erledigen, die seiner Leistungsfähigkeit vollumfänglich entsprächen. Da das Unternehmen, für das der Beschwerdeführer tätig sei, sehr vielseitig sei und die Angestellten sowohl bei der Reparatur und Wartung der Fahrzeuge als auch im Fahrdienst und Autoverleih eingesetzt würden, seien die Voraussetzungen für eine berufliche Wiedereingliederung ideal. Daher seien arbeitsrehabilitative Massnahmen, beispielsweise ein arbeitsbezogenes Training (ABR) empfehlenswert; der Patient wolle aber zuerst noch andere Therapien versuchen, für die er sich bereits angemeldet habe. Für ihn ständen aktuell insbesondere die Reduktion der Schmerzen und die Verbesserung der Lebensqualität im Vordergrund. Die Steigerung der körperlichen Leistungs- und Arbeitsfähigkeit sei ihm zur Zeit dagegen weniger wichtig; der Empfehlung einer arbeitsbezogenen Rehabilitation wolle er daher nicht nachkommen (vgl. Urk. 9/83 S. 3).

4.4.8 Nach zweimaliger Behandlung im Juli 2005 hielt der Osteopath H.____ am 2. August 2005 fest, der Patient habe deutliche Zeichen einer neurovegetativen Dystonie oder vegetativen Labilität und eine Schmerzüberempfindlichkeit im Bereich der ganzen Wirbelsäule ohne deutlichen Bewegungsverlust gezeigt. Die Behandlung sei, nachdem sie keinen Erfolg gezeitigt habe, wieder abgebrochen worden (vgl. Urk. 9/91).

4.5 Nach der Auffahrkollision vom 9. November 2005 (vgl. Urk. 11/1) unterzog sich der Beschwerdeführer am 31. Januar 2006 einer - bereits zuvor geplanten - Untersuchung durch Dr. med. I.____, Fachärztin FMH für Neurologie. In ihrem Bericht vom 1. Februar 2006 (Urk. 10/122) stellte diese folgende Diagnosen (vgl. Urk. 10/122 S. 1):

- Status nach sechs HWS-Distorsionstraumata von 1995 bis am 9. November 2006 [richtig: 2005] mit belastungsabhängigem zervikalem und zerviko-

lumbalem Schmerzsyndrom - reaktiv depressive Entwicklung
Die Untersuchung habe keine Anhaltspunkte für eine zentrale oder peripherneurogene Störung ergeben. Als Reaktion auf die Unfälle sei sicher eine depressive Störung aufgetreten. Angesichts der Schlafstörungen sei eine medikamentöse Therapie mit Surmontil angezeigt; betreffend die physikalische Behandlung sei, nachdem diese keine wesentliche Besserung gezeitigt habe, eine Pause zu empfehlen (vgl. Urk. 10/122 S. 2).

Aus neurologischer Sicht sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich; sofern der Patient auf Surmontil anspreche, könne der Arbeitsfähigkeitsgrad in einigen Wochen langsam - jeweils in Schritten von 5 bis 10 % - erhöht werden (vgl. Urk. 10/122 S. 2).

E. 5

5.1 Aus den zitierten Arztberichten geht übereinstimmend hervor, dass der Beschwerdeführer bei den Unfällen vom 15. Juni 1997, vom 24. Januar 2002, vom 17. Februar 2003, vom 19. Oktober 2003 und vom 9. November 2005 jeweils eine HWS-Distorsion erlitt, ohne dass sich für die in der Folge geklagten Beschwerden objektivierbare pathologische Befunde hätten feststellen lassen (vgl. Urk. 13/2, Urk. 13/3, Urk. 13/12 S. 2, Urk. 12/6, Urk. 9/30, Urk. 9/58 S. 2, Urk. 10/122 S. 2).

5.2 In Bezug auf die beiden ersten Kollisionen vom 15. Juni 1997 beziehungsweise 24. Januar 2002, in deren Folge nebst einer HWS-Distorsion auch eine BWS-Kontusion (vgl. Bericht des erstbehandelnden Arztes vom 10. Juli 1997, Urk. 14/2) respektive eine LWS-Distorsion (vgl. Berichte Spital X. vom 24. Januar 2002 [Urk. 13/4] und vom 8. Februar 2002 [Urk. 13/2]) diagnostiziert wurde, ist angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer jeweils wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit erreichte und die Heilbehandlung abgeschlossen werden konnte (vgl. Bericht Dr. C. vom 11. November 1997 [Urk. 14/13], Angaben des Beschwerdeführers vom 10. Juli 1997 [Urk. 14/17], und vom 14. März 2002 [Urk. 9/8 S. 4], Berichte Dr. D. vom 11. Juli 2002 [Urk. 13/13] und vom 3. März 2003 [Urk. 13/17]), entgegen den Angaben von Dr. D. (vgl. Urk. 12/29, Urk. 9/2) nicht von einer Ursächlichkeit für die noch über den 28. Februar 2006 hinaus geklagten Beschwerden auszugehen (vgl. dazu auch Bericht Dr. F. vom 26. August 2003 [Urk. 12/25], Berichte Dr. G. vom 26. November 2003 [Urk. 9/5 S. 3] und vom 5. August 2004 [Urk. 9/34 S. 3]).

5.3 Was die Unfälle vom 17. Februar 2003, vom 19. Oktober 2003 und vom 9. November 2005 betrifft, wies der Beschwerdeführer in deren Folge jeweils nicht das für ein Schleudertrauma der HWS typische bunte Beschwerdebild (Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung) im Sinne von BGE 117 V 360 Erw. 4b auf. So beklagte er nach der Kollision vom 17. Februar 2003 - nebst lumbalen Schmerzen - lediglich Nackenbeschwerden und wies eine leichte Bewegungseinschränkung auf (vgl. Urk. 12/6, Urk. 12/4); Sensibilitätsstörungen und Schwindelbeschwerden wurden von den Ärzten ausdrücklich verneint (vgl. Urk. 12/6, Urk. 12/4), und die von Dr. D. am 31. Juli 2003 erwähnte ängstliche Psyche (vgl. Urk. 12/23) beziehungsweise das am 16. September 2003 durch den nämlichen Arzt festgestellte ängstlich-depressive Zustandsbild (vgl. Urk. 12/29) sind nicht als Teil des für ein Schleudertrauma typischen Beschwerdebildes zu betrachten, sondern - wie sich

auch aus den späteren Arztberichten ergibt (vgl. insbesondere Bericht Dr. D.____ vom 22. Juni 2004 [Urk. 9/31], Bericht Dr. I.____ vom 1. Februar 2006 [Urk. 10/122 S. 2]) - im Sinne einer psychischen Fehlentwicklung als Reaktion auf den nunmehr dritten Unfall und damit als selbständige sekundäre Gesundheitsstörung zu interpretieren. Eine solche ist auch bezüglich der Durchschlafstörung, auf die Dr. D.____ am 16. September 2003 hinwies, anzunehmen, handelt es sich dabei gemäss dem genannten Arzt doch um eine Folge der Rückenschmerzen (vgl. Urk. 12/29).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch nach dem Unfall vom 19. Oktober 2003 wurden als relevante Beschwerden ausschliesslich Nacken- beziehungsweise Rückenschmerzen sowie eine Einschränkung der Wirbelsäulenbeweglichkeit dokumentiert (vgl. Urk. 9/2, Urk. 12/31, Urk. 9/18, Urk. 9/27, Urk. 9/34, Urk. 9/58). Der von Dr. D.____ erwähnte resignierte Eindruck (vgl. Bericht vom 22. Juni 2004, Urk. 9/31) respektive die von den Ärzten des Spitals V.____ im Rahmen der im März 2005 durchgeführten EFL vermutete depressive Symptomatik (vgl. Urk. 9/83 S. 3) sind - aus den nämlichen Gründen wie bereits im Zusammenhang mit der ängstlichen Psyche respektive dem ängstlich-depressiven Zustandsbild dargelegt - im Rahmen einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall respektive nach Unfällen zu sehen. Die von Dr. G.____ erwähnten Schlafstörungen wurden schliesslich von diesem explizit als schmerzbedingt bezeichnet (vgl. Bericht vom 5. August 2004 (Urk. 9/34 S. 1) und lassen sich daher ebenfalls nicht unter den Begriff des typischen Beschwerdebildes nach Schleudertrauma der HWS subsumieren.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Anschluss an den Unfall vom 9. November 2005 schliesslich klagte der Beschwerdeführer über keine anderen Beschwerden als diejenigen, die er bereits in Folge der zuvor erlittenen Kollisionen angegebenen hatte. So wies Dr. I.____, deren neurologische Untersuchung vom 31. Januar 2006 keine Anhaltspunkte für eine zentrale oder peripherneurogene Störung ergab, in ihrem Bericht vom 1. Februar 2006 (Urk. 10/122) auf die - schon bekannten - zervikalen und zervikolumbalen Schmerzen hin. Betreffend die in der genannten neurologischen Beurteilung zudem erwähnte Schlafstörung und die depressive Störung (vgl. Urk. 10/122 S. 2) kann auf die entsprechenden Ausführungen im Zusammenhang mit den Unfällen vom 17. Februar und 19. Oktober 2003 verwiesen werden.

5.4 Ä Ä Ä Ä Die vom Beschwerdeführer im Wesentlichen geklagten Nackenbeschwerden und die Einschränkung der Wirbelsäulenbeweglichkeit können nach der Rechtsprechung nicht als Folgen der erlittenen HWS-Traumata interpretiert werden. Denn weder sind diese Beschwerden objektivierbar, noch sind beim Beschwerdeführer innert einer Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall die typischen Beschwerden aufgetreten ("buntes Beschwerdebild", wie es oben umschrieben worden ist; (vgl. BGE 117 V 360 Erw. 4b, 119 V 338 Erw. 2, Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 4. März 2004 in Sachen P., U 204/03 Erw. 2.3). Hingegen sind die am 17. Februar 2003, am 19. Oktober 2003 und am 9. November 2005 erlittenen Unfälle für die noch über die von der SUVA per 28. Februar 2006 verfasste Leistungseinstellung (vgl. Urk. 10/125, Urk. 2) hinaus geltend gemachten, nicht (hinreichend) objektivierbaren Beschwerden aber aufgrund der medizinischen Akten zumindest teilweise. Deshalb hat zur Beurteilung der weiteren Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin - gestützt auf BGE 115 V 133 und nicht etwa auf BGE 117 V 359 beziehungsweise das Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008 i. S. Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft, U 394/06 - eine Adäquanzprüfung zu

erfolgen.

Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 12 f.) ist die Unfalladäquanz der über den 28. Februar 2006 hinaus geklagten Gesundheitsstörungen für jede der drei vorliegend bedeutsamen Kollisionen gesondert zu prüfen (vgl. RKUV 1996 Nr. U 248 Erw. 4b, Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 12. April 2007, U 239/06, Erw. 4.1.1). Einer durch einen früheren Unfall verursachten erheblichen Vorschädigung der HWS kann jedoch im Rahmen der Beurteilung der Kriterien gemäss BGE 117 V 367 Erw. 6a Rechnung getragen werden (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen R. vom 20. Dezember 2006, U 403/05, Erw. 2.2.2 mit Hinweisen).

Davon, dass die per Ende Februar 2006 vorgenommene Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfällen und persistierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch vor Abschluss der erforderlichen somatischen Behandlung (vgl. Urk. 1 S. 11) und damit verfrüht erfolgt wäre, ist nicht auszugehen, lagen doch den nach den jeweiligen Unfällen durchgeführten Behandlungen - zumindest schon bald nach den einzelnen Ereignissen - gar keine somatischen Befunde zugrunde (vgl. dazu SVR 2007 UV Nr. 29 Erw. 3.1). Im Übrigen geht aus den medizinischen Akten wie auch aus den Angaben des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 10/123) klar hervor, dass die durchgeführten Therapien ohnehin schon seit einiger Zeit zu keiner Besserung mehr geführt hatten. So hatte R. die Akupunktur im August 2004 (vgl. Urk. 9/34 S. 1) und die Osteopathie nach lediglich zwei Sitzungen (vgl. Urk. 9/91) bereits wieder abgebrochen, und in Bezug auf die Physiotherapie empfahl Dr. I. - angesichts des Ausbleibens eines nennenswerten Erfolgs - am 1. Februar 2006 einen Behandlungsunterbruch (vgl. 10/122 S. 2). Dass die genannte Ärztin sich von einer medikamentösen Behandlung der Schlafstörungen noch eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erhoffte (vgl. Urk. 10/122 S. 2, Urk. 1 S. 11), ist in diesem Zusammenhang insofern nicht bedeutsam, als die fragliche Beeinträchtigung nicht somatischer Natur ist.

E. 5.5

5.5.1 Beim Unfall vom 17. Februar 2003 stand der Beschwerdeführer angegurtet und mit gerader Kopfhaltung im Stau, als ein nachfolgendes Auto auf sein Fahrzeug auffuhr und dabei dessen Heck eindrückte (vgl. Urk. 12/1, Urk. 12/5, Urk. 12/13 S. 2, Urk. 12/15). Auch wenn der Beschwerdeführer angab, er habe den Aufprall als stark empfunden (vgl. Urk. 12/13 S. 1), ist angesichts der zugezogenen Verletzungen (HWS- und LWS-Distorsion; vgl. Bericht Dr. D. vom 3. März 2003, Urk. 12/4), der Tatsache, dass der Airbag nicht ausgelöst wurde (vgl. Urk. 12/13 S. 2), des nicht sehr gravierenden Schadens am Auto (vgl. insbesondere Bildstrecke im Anhang zu Urk. 12/15), des Umstandes, dass schon rund dreieinhalb Monate nach dem fraglichen Ereignis wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestand (vgl. Urk. 12/19, Urk. 12/23, Urk. 12/29) und der Beschwerdeführer selbst davon ausgegangen war, dass er - wäre es davor nicht zu einem erneuten Unfall gekommen - ab Januar 2004 sicher wieder zu 100 % hätte arbeiten können (vgl. Bericht vom 17. Dezember 2003, Urk. 12/34 S. 1), von einem mittelschweren, im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen liegenden Unfall auszugehen (vgl. RKUV 2003 Nr. U 489 Erw. 4.2, mit Hinweisen). Dass die Einholung des entsprechenden Polizeirapports zu einem anderen Ergebnis führte (vgl. Urk. 1 S. 5, S. 13), ist aufgrund der genannten Gegebenheiten nicht anzunehmen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch beim Unfall vom 19. Oktober 2003 befand sich der Beschwerdeführer - wiederum mit gerader Kopfhaltung und angegurtet - am Ende einer stillstehenden Kolonne, als ein nachfolgender Personenwagen ins Heck seines Autos prallte. Der Airbag wurde dabei nicht ausgelöst, und der Beschwerdeführer gab später an, den Aufprall als mittelstark empfunden zu haben (vgl. Urk. 9 S. 1, Urk. 9/9, Urk. 9/16). In Anbetracht dieser Umstände, des entstandenen (Teil-) Schadens am Heck des Fahrzeugs des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 9/15) und der Tatsache, dass der Unfall im Wesentlichen lediglich eine Verstärkung der bereits vorhandenen Beschwerden zur Folge hatte, ist auch dieses Ereignis, betreffend welches kein Polizeiprotokoll existiert (vgl. Urk. 9/9 S. 1, Urk. 9/16), als mittelschwer, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegend zu qualifizieren.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei der Kollision vom 9. November 2005 schliesslich fuhr ein Lastwagen auf das Fahrzeugheck des mit gerader Kopfhaltung vor einem Lichtsignal wartenden Beschwerdeführers auf; der Airbag wurde dabei nicht ausgelöst (vgl. Urk. 11/1, Urk. 11/2). In der Folge verstärkten sich zwei bis drei Wochen später die bereits vorhandenen Beschwerden von R.____ wiederum, und es entstand ein Schaden am Kofferraumdeckel des von ihm gelenkten Wagens (vgl. Urk. 11/1, Urk. 11/2 S. 3). Die herbeigerufenen Polizeibeamten füllten lediglich den Unfallbericht (Urk. 11/2 S. 5) aus, ohne einen Polizeirapport zu erstellen (vgl. Urk. 11/2 S. 1). Gestützt auf diese Umstände und die Tatsache, dass der Beschwerdeführer in der Folge weiterhin zu 40 % arbeitete und erst zwei bis drei Wochen nach dem genannten Vorfall seinen Hausarzt konsultierte (vgl. Urk. 11/2 S. 3 f.), ist diese Heckkollision - sofern sie angesichts der langen Latenzzeit überhaupt ursächlich für die in der Folge geklagte Schmerzverstärkung ist - als eher leicht, höchstens aber als zu den leichten Fällen im mittleren Bereich zählend, zu beurteilen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Davon, dass weitere Abklärungen, insbesondere die Einholung eines biomechanischen Gutachtens (vgl. Urk. 1 S. 5, S. 9 f.), etwas an der Beurteilung der Schwere der drei letzten vom Beschwerdeführer erlittenen und vorliegend relevanten Unfälle änderte, ist nicht auszugehen.

5.5.2Ä Ä Damit die Adäquanz der - wie dargelegt - (höchstens) mittelschweren, im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen liegenden Unfälle bejaht werden könnte, müssten die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien bei den einzelnen Kollisionen in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindringlichkeit kann bei keinem der drei zu prüfenden Auffahrunfälle ausgegangen werden. Auch das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist bei keinem der fraglichen Vorfälle erfüllt. So vermag die Diagnose einer HWS-Distorsion allein das genannte Merkmal nicht zu begründen (vgl. SVR 2007 UV Nr. 25 Erw. 8.2, mit Hinweis). Auch erfolgte der Heckaufprall jeweils bei gerader Körperhaltung des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 12/13 S. 2, Urk. 9/9 S. 2, Urk. 11/2 S. 2; RKUV 1998 Nr. U 297 Erw. 3c, Urteil des Bundesgerichts vom 31. August 2007 i. S. G., U 286/06, Erw. 6.2.2). Zwar kam es bei allen drei Ereignissen zu einer erneuten Traumatisierung nach bereits zuvor zugezogener HWS-Verletzung (vgl. SVR 2007 UV Nr. 1 Erw. 3.4.2), dies ist allerdings vorliegend insofern nicht bedeutsam, als die vom Beschwerdeführer noch über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus geklagten Beschwerden - wie bereits dargelegt - wegen fehlender natürlicher Kausalität (Erw.

5.4) nicht als Folgen der HWS-Traumata zu interpretieren sind.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä FÄ¼r eine Ärztliche Fehlbehandlung gibt es keine Anhaltspunkte, und angesichts der Tatsache, dass den persistierenden GesundheitsstÄ¼rungen kein organisches Substrat zugrunde liegt, sind - in Bezug auf alle Unfallereignisse - auch die weiteren zu prÄ¼fenden Merkmale (ungewÄ¼hnlich lange Dauer der - aus somatischen GrÄ¼nden erforderlichen - Ärztlichen Behandlung, kÄ¼rperliche Dauerschmerzen, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie Grad und Dauer der physisch bedingten ArbeitsunfÄ¼higkeit) zu verneinen.

5.6 Ä Ä Ä Ä Wenn die Leistungseinstellung der SUVA fÄ¼r den BeschwerdefÄ¼hrer auch unerwartet erfolgt sein mag (vgl. Urk. 1 S. 10 f.), so entspricht es der Praxis, dass der Unfallversicherer nach einem versicherten Ereignis grundsÄ¼tzlich einmal Leistungen erbringt, ohne sogleich zu prÄ¼fen, ob dieses adÄ¼quat kausal fÄ¼r die geltend gemachten Beschwerden ist. Dies leuchtet gerade im vorliegenden Fall schon daher ein, weil die Frage, ob die geklagten Gesundheitsbeschwerden sich objektivieren lassen, erst nach einschlä¼gigen Untersuchungen beantwortet werden und auch das Vorliegen des fÄ¼r ein Schleudertrauma der HWS typischen Beschwerdebildes erst nach einer gewissen Zeit beurteilt werden konnten. Ein Anspruch auf Ausrichtung weiterer Versicherungsleistungen fÄ¼r eine angemessene Anpassungszeit besteht mangels einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage nicht (vgl. Urk. 1 S. 2).

5.7 Ä Ä Ä Ä Nach dem Gesagten ergibt sich, dass die vom BeschwerdefÄ¼hrer noch Ä¼ber den 28. Februar 2006 hinaus geklagten GesundheitsstÄ¼rungen, denen kein klar fassbares organisches Korrelat zugrunde liegt und die nicht dem typischen Beschwerdebild nach einem Schleudertrauma der HWS entsprechen, zu den UnfÄ¼llen vom 15. Juni 1997 und vom 24. Januar 2002 in keinem natÄ¼rlichen und zu denjenigen vom 17. Februar 2003, vom 19. Oktober 2003 und vom 9. November 2005 jedenfalls in keinem - nach BGE 115 V 133 zu prÄ¼fenden - adÄ¼quaten Kausalzusammenhang stehen. Die Leistungseinstellung der SUVA per 28. Februar 2006 ist daher nicht zu beanstanden.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- RechtsanwÄ¼ltin Andrea MÄ¼ller-Ranacher

- Rechtsanwalt Dr. Christian SchÄ¼rer

- CSS Versicherung

- Bundesamt fÄ¼r Gesundheit

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes Ä¼ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht wÄ¼hrend 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.