



Fall-Nr.: UV 2007/2
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 05.05.2020
Entscheiddatum: 14.11.2007

Entscheid Versicherungsgericht, 14.11.2007

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.

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Marcel Kuhn

Entscheid vom 14. November 2007

In Sachen

V.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Dominique Chopard, Werdstrasse 36,
8004 Zürich,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,
6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Versicherungsleistungen

hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.

A.- a) Der 1963 geborene V.____ war als Schweisser bei der A.____ tätig und dadurch bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als ihm am 3. April 2002 bei der Arbeit ein grosses Magnet gegen das linke Knie prallte. In der Folge bestanden starke peripatelläre Belastungs- sowie zeitweise Ruheschmerzen. Klinisch wurde ein reizloses und voll bewegliches Gelenk mit leichter Verdickung, ohne Erguss sowie mässiger Quadrizepsatrophie mit Umfang -2cm festgestellt. Eine Skelettszintigraphie vom 7. März 2003 zeigte eine leichte Anreicherung im linken Knie in der Spätphase (Suva-act. G 4.2/4). Die am 28. März 2003 durchgeführte MRI-Untersuchung ergab unter anderem einen Riss des medialen Meniskushinterhorns, einen leichten Gelenkerguss sowie eine kleine Knochenläsion in der proximalen, lateralen Tibiametaphyse (Suva-act. G 4.2/7). Am 15. April 2003 erfolgte die Arthroskopie am linken Knie mit Teilresektion des medialen Meniskushinterhorns und Narbenresektion infrapatellär (Suva-act. G 4.2/8). Nachdem in der Folge keine wesentliche Besserung eintrat, erfolgte am 18. November 2003 eine weitere Arthroskopie am linken Knie mit subtotaler Resektion des medialen Meniskushinterhorns (Suva-act. G 4.2/33).

b) Am 21. Oktober 2002 wurde der Versicherte als Lenker seines Personenwagens in einen Auffahrunfall mit einem Lastwagen verwickelt. Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte am 25. Oktober 2002 eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS). Bei der Röntgenuntersuchung der HWS konnten neben einer kleinen ventralen Randzacke am Halswirbelkörper (HWK) 3 keine degenerativen oder traumatischen Veränderungen festgestellt werden (Suva-act. G 4.3/2).

c) Zur Behandlung der Knie- und Wirbelsäulenschmerzen erfolgte vom 1. September bis 6. Oktober 2004 ein stationärer Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon. Im Austrittsbericht vom 5. November 2004 (Suva-act. G 4.3/81) wurden ein chronisches Schmerzsyndrom am linken Knie, ein Zervikovertebralsyndrom, leichte degenerative



Veränderungen mit Diskusprotrusionen in den Zervikalsegmenten C2/C3 und C6/C7, eine kleine mediane Diskushernie C4/C5 ohne Myelonkompression, ein Lumbovertebralsyndrom bei Wirbelsäulenfehlhaltung und diskreter ventraler Spondylose im Sinn von Traction Spurs LWK 3 und 4 sowie eine Adipositas diagnostiziert. Eine Tätigkeit im bisherigen Beruf als Schweisser sei nicht mehr zumutbar. Eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit sei ganztags – mit zusätzlichen Pausen von insgesamt ca. zwei Stunden pro Tag in den ersten zwei Monaten nach erfolgreicher Eingliederung – zumutbar. Als spezielle Einschränkungen wurden eine länger dauernde Hocke, wiederholtes Leitern- und Treppensteigen und länger dauernde Tätigkeiten über Brusthöhe genannt.

d) Mit Verfügung vom 3. Dezember 2004 (Suva-act. G. 4.2/66) eröffnete die Suva dem Versicherten, dass zwar noch gewisse Restfolgen des Unfalls vom 3. April 2002 vorhanden seien, diese jedoch keiner ärztlichen Behandlung mehr bedürften. Demnach würden die Versicherungsleistungen enden und die Taggelderleistungen per 31. Dezember 2004 eingestellt. Bezüglich des Unfalls vom 21. Oktober 2002 teilte die Suva dem Versicherten mit einer zweiten Verfügung vom 3. Dezember 2004 (Suva-act. G 4.3/86) mit, dass die bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien. Somit müsse der Fall, was die Unfallfolgen anbelange, per 31. Dezember 2004 abgeschlossen werden und die Versicherungsleistungen würden eingestellt. Mit Verfügung vom 26. April 2006 (Suva-act. G 4.2/101) hielt die Suva schliesslich fest, dass die Belastungsschmerzproblematik am rechten Knie nicht zu ihren Lasten gehe und daher keine Versicherungsleistungen erbracht würden.

e) Die gegen die Verfügungen vom 3. Dezember 2004 eingereichten Einsprachen wies die Suva mit Einsprache-Entscheid vom 9. Oktober 2006 (Suva-act. G 4.2/111) ab. Auf die Einsprache gegen die Verfügung vom 26. April 2006 trat die Suva im Einsprache-Entscheid vom 9. Oktober 2006 nicht ein, nachdem diese trotz Ansetzung einer Nachfrist nicht begründet worden war.

B.- a) Gegen diesen Einsprache-Entscheid richtet sich die von Rechtsanwalt Dominique Chopard, Zürich, im Namen des Versicherten eingereichte Beschwerde vom 10. Januar 2007 mit den Anträgen, der Einsprache-Entscheid vom 9. Oktober 2006 sei



St.Galler Gerichte

vollumfänglich aufzuheben, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten die gesetzlichen Versicherungsleistungen auszurichten, das Verfahren sei bis zum Vorliegen des von der IV-Stelle St. Gallen veranlassten MEDAS-Gutachtens zu sistieren und es sei nach Vorliegen des MEDAS-Gutachtens ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen; unter Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung führt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers im Wesentlichen aus, dass die Beschwerdegegnerin trotz entsprechendem Antrag die Akten der Strafuntersuchung gegen den Unfallverursacher nicht beigezogen und damit die gesetzliche Untersuchungspflicht verletzt habe. Die Abnahme der unfallbedingten Beschwerden und die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit seien aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen der Rheumaklinik des Universitätsspitals Zürich sowie der Rehaklinik Bellikon lediglich prognostiziert worden. Ob die Beschwerden nach Durchführung der vorgeschlagenen Massnahmen tatsächlich abgeklungen seien, habe die Beschwerdegegnerin nicht geprüft. Die weiteren ärztlichen Berichte der Suva seien reine Aktenbeurteilungen, welche die Prognose wiederholen würden. Tatsächlich leide der Beschwerdeführer nach wie vor unter den Beschwerden infolge des Unfalls vom 21. Oktober 2002. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und der Zumutbarkeit durch die Rehaklinik Bellikon sei ebenfalls lediglich eine Prognose. Die Zumutbarkeitsbeurteilung sei unter der Bedingung einer erfolgreichen Eingliederung erfolgt und bestätige eine anfängliche Einschränkung von zwei Stunden pro Tag, was einer Verminderung der Arbeitsfähigkeit von 25% entspreche. Sodann sei in sämtlichen Akten, so auch in der Expertise der Rheumaklinik vom 2. März 2004, stets von leichten degenerativen Veränderungen der HWS die Rede. Vor diesem Hintergrund sei nicht nachvollziehbar, dass diese leichten degenerativen Veränderungen zu den nach wie vor bestehenden Beschwerden (eingeschränkte Beweglichkeit der HWS, druckdolente Muskulatur, Nacken- und Kopfschmerzen) führen sollten. Es ergebe sich auch klar aus der fachärztlichen Beurteilung von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Neurologie, dass die Protrusionen und die kleine Diskushernie an der HWS eine untergeordnete Rolle spielten. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin leide der Beschwerdeführer nach wie vor unter den Folgen des Unfalls vom 21. Oktober 2002. Die Beschwerden seien chronifiziert und begründeten – wie in der Rehaklinik Bellikon festgestellt – eine qualitative und quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdegegnerin habe daher einen Lohnvergleich vorzunehmen und entsprechend



Rentenleistungen auszurichten. Hinsichtlich der Integritätseinbusse habe die Beschwerdegegnerin noch Ermittlungen zu tätigen. Die ärztliche Kurzbeurteilung vom 11. November 2004, wonach am Knie keine objektivierbaren invalidisierenden Schäden bestehen würden, widerspreche klar der Zumutbarkeitsbeurteilung der Rehaklinik Bellikon, welche gemäss Austrittsbericht vom 5. November 2004 spezielle Einschränkungen zugestehe. Die im Einsprache-Entscheid gestützt auf die von Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, Versicherungsmediziner Suva, vertretene Auffassung, die Kniebeschwerden links seien Folge des massiven Übergewichts bei einem Body-Mass-Index (BMI) von 34,5 verhalte nicht. Insbesondere könne nicht erklärt werden, weshalb links im Gegensatz zu rechts eine deutliche Quadrizepsatrophie bestehe, wie sich aus dem Bericht des – im Gegensatz zu Dr. D.____ praktisch tätigen – chirurgischen Orthopäden Dr. med. E.____ vom 23. Dezember 2004 ergebe. Demnach sei nicht erstellt, dass am Knie links keine entschädigungswürdigen Restfolgen mehr vorhanden seien. Die verfügte Leistungseinstellung sei daher auch hinsichtlich der Kniebeschwerden links zu Unrecht erfolgt. Die zuständige IV-Stelle habe offenbar erkannt, dass die medizinische Beurteilung der Beschwerdegegnerin haltlos sei, und habe die MEDAS Basel mit einer Begutachtung des Beschwerdeführers beauftragt. Die MEDAS sei speziell um Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit als Schweisser und in einer adaptierten Tätigkeiten – unter Beachtung der Unfallfolgen und unfallfremder Gesundheitsschäden – ersucht worden. Somit werde das MEDAS-Gutachten Fragen zu beurteilen haben, die im vorliegenden Beschwerdeverfahren rechtserheblich seien. Vor diesem Hintergrund seien eine Sistierung des Verfahrens und die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels angezeigt.

b) In der Beschwerdeantwort vom 15. Februar 2007 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde und Bestätigung ihres Einsprache-Entscheids vom 9. Oktober 2006. Ihre Beurteilung vom 17. November 2004, wonach am linken Knie keine objektivierbaren invalidisierenden Schäden bestünden, widerspreche dem Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 5. November 2004 nicht. Die Beurteilung sei gesamthaft, sowohl bezüglich der Knie- wie auch der Rückenproblematik erfolgt, wobei nicht zwischen objektivierbaren und nicht objektivierbaren Schäden unterschieden worden sei. Die eingeschränkte Zumutbarkeit am linken Knie sei gemäss ärztlicher Stellungnahme von Dr. D.____ vom 6. Februar 2007 nicht unfallkausal.



Zwischen den vom Beschwerdeführer geltend gemachten zerviko- und lumbalen Beschwerden sowie den Kopfschmerzen und dem Unfall vom 21. Oktober 2002 bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein natürlicher Kausalzusammenhang. Dass die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit bei fehlender "organischer Diagnose" prognostiziert werde, liege in der Natur der Sache. Im Übrigen müsste auch ein adäquater Kausalzusammenhang verneint werden. Der Polizeirapport befinde sich bei den Akten, weshalb der Vorwurf der Verletzung der Untersuchungspflicht haltlos sei. Im Weiteren erklärte die Beschwerdegegnerin die Erwägungen im angefochtenen Einsprache-Entscheid zum integrierenden Bestandteil der Beschwerdeantwort. Zusammen mit der Beschwerdeantwort legte die Suva die ärztliche Beurteilung von Dr. D. ___ vom 6. Februar 2007 ins Recht.

c) Mit Replik vom 18. April 2007 teilte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers im Wesentlichen mit, dass Dr. D. ___ in der ärztlichen Beurteilung vom 6. Februar 2007 einräumen müsse, dass mit dem Übergewicht allein eine einseitige Quadrizepsatrophie schon nicht erklärt werden könne. Jetzt würden neu die üblicherweise vorgebrachten Gründe wie mangelnde Compliance, Tendenz zur Selbstlimitation und verminderte Leistungsbereitschaft postuliert, die sich höchstwahrscheinlich in einem falschen Stereotyp der Belastung niederschlage, bei dem der Patient rechts mehr belaste als links, wodurch das Training des Quadrizeps nicht erfolgen könne. Ursprünglich habe Dr. D. ___ im Bericht vom 4. April 2006 ausgeführt, dass aufgrund der radiologischen Befunde und der bestehenden Symptomatik sicher eine eingeschränkte Zumutbarkeit bestehe, die jedoch nicht mit Wahrscheinlichkeit auf die operativ sanierte Meniskusläsion medial zurückgeführt werden könne, sondern mit allergrösster Wahrscheinlichkeit leider auf die durch das massive Übergewicht getriggerte und höchstwahrscheinlich auch beschleunigte Gonarthrose. Auf diese widersprüchlichen Beurteilungen könne nicht abgestellt werden, weshalb der Beschwerdeführer anstaltsunabhängig fachärztlich zu begutachten sei.

d) Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik.

II.



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-Entscheid 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.

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 Adäquanz 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).

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 leistungsbegründender 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 Bagateltrauma 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 Teilmenishektomie 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 Teilmenishektomie 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 Meniskussituation 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 Meniskussituation 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-Arzttes 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.

4.- a) Gemäss Arzteugnis 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 suprascapulär. 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.

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 Beweismündigung; 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 entscheiderelevanten Informationen zu erwarten sind.

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.