



Fall-Nr.: UV 2007/38
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 05.05.2020
Entscheiddatum: 03.12.2007

Entscheid Versicherungsgericht, 03.12.2007

Art. 6 UVG. Unfallkausalität von lumbalen Rückenbeschwerden bei vorbestehender, krankheitsbedingter Gesundheitsschädigung. Prüfung der Leistungseinstellung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Dezember 2007, UV 2007/38).

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 3. Dezember 2007

In Sachen

F.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Debora Schlegel-Bilgeri, Poststrasse 12,
Postfach, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen



hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.

A.- a) Während der Rekrutenschule 2001 trat bei F.____, geb. 1981, ein belastungsabhängiges thoracovertebrales Syndrom mit Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und Ausstrahlungen in den Nacken auf. Am 6. März 2001 wurde er deswegen vorzeitig aus der RS entlassen. Das Bundesamt für Militärversicherung (heute: SUVA, Abteilung Militärversicherung) anerkannte die Leistungspflicht (MV-act. 3-13) und übernahm in der Folge eine Weiterbildung des Versicherten zum Gartenbautechniker mit Dauer von April 2002 bis März 2004. Mit Verfügung vom 3. September 2004 gab die Militärversicherung die Ablehnung der Haftung für das nach wie vor bestehende chronische lumbovertebrogene, lumboradikuläre Schmerzsyndrom rechts bekannt. Sie könne für die Kosten der ab 4. Mai 2004 notwendigen Behandlung nicht aufkommen und empfehle, sich diesbezüglich an die Krankenversicherung zu wenden (MV-act. 180). Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache vom 30. September 2004 (MV-act. 188) wies die Militärversicherung mit Einspracheentscheid vom 3. August 2005 ab (MV-act. 196). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen wies eine hiegegen erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 10. Mai 2006 ab (MV 2005/1). Der Entscheid erwuchs in der Folge in Rechtskraft.

b) Am 22. Juni 2005 hatte der bei der A.____ als Gartenbautechniker tätige Versicherte bei einem Auffahrunfall eine Kontusion thorakolumbal erlitten (UV-act. 1, 2, 22). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht. Ab 4. Juli 2005 nahm der Versicherte seine Arbeit wieder zu 50% auf. Ärztlicherseits wurde eine entsprechende Teilarbeitsunfähigkeit bestätigt (vgl. UV-act. 3/1, 5, 24, 62/1). Nach Durchführung von medizinischen Behandlungen und Abklärungen eröffnete die Suva der Rechtsvertreterin des Versicherten mit Verfügung vom 18. September 2006 die Einstellung der Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) auf den 22. September 2006, weil die bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien. Der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom 22. Juni 2005 eingestellt hätte (Status quo sine), sei gemäss medizinischer Beurteilung wieder erreicht (UV-act. 90). Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache (UV-act. 97) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 7. Februar 2007 ab.



B.- a) Gegen diesen Entscheid liess der Versicherte durch Rechtsanwältin lic. iur. Debora Schlegel-Bilgeri, St. Gallen, Beschwerde erheben mit den Anträgen, der Entscheid und die Verfügung vom 18. September 2006 seien aufzuheben; die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, die gesetzlichen Leistungen weiterhin auszurichten. Die Sachverhaltsschilderung im angefochtenen Entscheid sei aktenwidrig. Dr. med. B.____ habe im Gutachten vom 2. Mai 2006 nicht erstmals die Diagnose der internal disc disruption gestellt. Dr. C.____ habe bereits im Oktober 2005 festgestellt, dass auf Höhe L4/L5 eine internal disc disruption vorliege. Aufgrund der Vermutung dieser Diagnose sei am 15. September 2005 eine Diskographie durchgeführt worden, welche die Verdachtsdiagnose bestätigt habe. Im Einspracheentscheid (Erwägung 3d) werde der Bericht von PD Dr. med. D.____ vom 24. Juli 2006 zur Bandscheibe L5/S1 zitiert. Die internal disc disruption sei jedoch auf der Höhe L4/L5 diagnostiziert. Da durch die Auffahrkollision ein Trauma vorgelegen habe und ein objektivierbarer pathologischer Befund mittels Bildmaterial habe nachgewiesen werden können, habe sich Dr. B.____ zu Recht nicht veranlasst gesehen, sich mit der Unfalldynamik der Kollision auseinanderzusetzen. Adäquanzfragen seien vom Arzt ohnehin nicht beantwortbar. Es sei unverständlich, dass die Beschwerdegegnerin die biomechanische Beurteilung (Triage) trotz der ausdrücklichen Hinweise auf Unsicherheiten zur Begründung der Leistungsablehnung heranziehen könne. Dem Arzt der Beschwerdegegnerin fehle sowohl die Unabhängigkeit als auch die Fachkompetenz und die konkrete Befassung mit dem Patienten. Allein der Hinweis, die Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin sei der Auffassung, dass die heute bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien, sei zu wenig detailliert und vermöge den Beweisanforderungen nicht zu genügen.

b) In der Beschwerdeantwort vom 26. April 2007 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids. Zur Begründung verwies sie auf die Erwägungen im angefochtenen Entscheid, welche sie zum integrierenden Bestandteil der Rechtsschrift erklärte. Im weiteren führte sie unter anderem aus, der Beschwerdeführer verrichte körperlich leichte bis vereinzelt mittelschwere Arbeit. Dafür bestehe aufgrund der objektivierbaren bildgebenden Befunde keine wesentliche Einschränkung. Bereits aus diesem Grund sei die Beschwerde abzuweisen. Im übrigen sei der Status quo sine eingetreten.



c) Mit Replik vom 21. Mai 2007 bestätigte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ihre Anträge und Ausführungen. Mit Schreiben vom 6. Juni 2007 hielt die Beschwerdegegnerin unter Verzicht auf eine Duplik an ihrem Antrag fest.

II.

1.- Streitig ist, ob die lumbalen Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers auch für die Zeit nach dem 22. September 2006 in adäquat-kausalem Zusammenhang mit dem am 22. Juni 2005 erlittenen Unfall stehen. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Entscheid (Erwägung 1) die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und Gesundheitsschädigung zutreffend dar; darauf kann verwiesen werden. Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn entweder der (krankhafte) Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, der sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne den Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Im Rahmen der Prüfung des Dahinfallens der Leistungspflicht des Unfallversicherers genügt es mithin für die Bejahung des fortbestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs, wenn der Unfall für die fragliche gesundheitliche Störung immer noch eine Teilursache darstellt. Gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG werden die Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie die Taggelder und Hilflosenentschädigungen nicht gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung nur teilweise Folge eines Unfalls ist. Diese Bestimmung beinhaltet eine Durchbrechung des Kausalitätsprinzips für Fälle, in denen ein Gesundheitsschaden durch das Zusammenwirken konkurrierender, teils unfallbedingter, teils unfallfremder Ursachen bewirkt worden ist (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 18. Februar 2003, i/S S., U 287/02, Erw. 4.4).

2.- a) Dr. med. E.____, Zentrum St. Leonhard, St. Gallen, diagnostizierte beim Beschwerdeführer am 17. Juli 2002 eine Lumbago und bestätigte das Bestehen von belastungsabhängigen Rückenschmerzen (MV-act. 100). Am 31. Oktober 2002



berichtete die Orthopädische Universitätsklinik Balgrist, es sei kein morphologisches Korrelat für die Beschwerden des Patienten gefunden worden. Im Vordergrund stehe eine muskuläre Dysbalance bei genereller Atrophie der paravertebralen Muskulatur und Fehlhaltung der Wirbelsäule mit abgeflachter Lendenlordose (MV-act. 109). Im Bericht vom 20. März 2003 führte Dr. E.____ aus, seit einer Woche bestünden beim Beschwerdeführer anamnestisch lumbo-radikuläre Symptome rechts bis in die Wade. Radiologisch falle eine Lumbalisation von S1 bei sonst unauffälligem Röntgenbefund auf (MV-act. 121). Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, bestätigte am 1. und 28. April 2003 die Diagnose eines lumbovertebrogenen-lumbroradikulären Schmerzsyndroms rechts bei Intervertebralgelenk- und Ligamentum flava-Hypertrophie (mässige Spinalkanalstenose) auf Höhe L4/L5. Seit drei Jahren klage der Beschwerdeführer über Lumbalgien und eine vorübergehende Lumboischialgie rechts (MV-act. 122, 121a und 130). Nach Antritt der Stelle bei der H.____ bestätigte Dr. E.____ am 29. Juni 2004 das Vorliegen eines lumbovertebrogenen Schmerzsyndroms rechts sowie eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 4. bis 18. Mai 2004 (MV-act. 162; vgl. auch UV-act. 119/1). Dr. G.____ bescheinigte eine Arbeitsunfähigkeit vom 27. Mai bis 10. Juni 2004 und hielt am 21. Juni 2004 fest, der Beschwerdeführer habe die Arbeit am 11. Juni 2004 wieder zu 100% aufgenommen (MV-act. 163a und 164). Im Bericht vom 28. Juni 2004 kam Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, Ärztlicher Dienst der Militärversicherung, unter anderem zum Schluss, die letzte Behandlung habe wegen eines lumbovertebralen Schmerzsyndroms stattgefunden. Kein Zweifel könne darüber bestehen, dass die lumbalen, seit 2003 auch ins rechte Bein ausstrahlenden Rückenschmerzen erst Monate nach dem Dienst aufgetreten und nicht überwiegend wahrscheinlich Spätfolge einer dienstlichen Gesundheitsschädigung seien, sondern Folge nachdienstlicher Belastungen bei ungünstiger Konstitution des Patienten (skoliotische Fehlhaltung, Beckenschiefstand, lumbosacrale Übergangsanomalie) (MV-act. 165).

b) Dr. med. J.____ bestätigte im Bericht vom 6. Juli 2005 die Kontusion thorakolumbal und wies auf das vorbestehende Lumbovertebralsyndrom hin (UV-act. 2; vgl. auch UV-act. 25, 51). Dr. E.____ hielt im Bericht vom 29. Juli 2005 fest, die im Anschluss an den Unfall vom 22. Juni 2005 aufgetretenen cervicothorakalen Beschwerden hätten sich gebessert. Anhaltspunkte für eine Schleudertraumasymptomatik fänden sich nicht. Hingegen seien die vorbestehenden lumbovertebragenen Beschwerden akzentuiert



(UV-act. 5). Im Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen gab der Beschwerdeführer am 11. August 2005 nach dem Unfall aufgetretene Rückenbeschwerden und teilweise Blockaden im rechten Bein an. An sichtbaren Verletzungen hätten zwei Hämatome im Rückenbereich vorgelegen (UV-act. 6/1). Dr. E.____ verneinte im Bericht vom 23. August 2005 das Auftreten von Nackensteife und Kopfschmerzen (UV-act. 24). In den Berichten des Röntgeninstituts Dr. med. W. Alder, St. Gallen, vom 5. und 15. September 2005 wurden als klinische Angaben ein "low back pain seit Militär (2002), kompensiert" angeführt und festgehalten, seit einem Unfall am 22. Juni 2005 hätten (neue) Symptome anfangs radikulär bestanden; aktuell liege ein Kreuzschmerz in der Mitte vor. Der Befund ergab unter anderem einen lumbosacralen Übergangswirbel, eine initiale Dehydratation des Discus L4/L5 sowie normale übrige lumbale Disci, ohne Diskushernie und ohne sonstigen Raumfordernden spinalen oder foraminaalen Prozess. Im Weiteren wurden eine normale Darstellung der Bewegungssegmente L2/L3 und L3/L4 sowie eine Hemisacralisation LWK 5 mit entsprechend verschmälertes Bandscheibe L5/S1 vermerkt (UV-act. 29, 30). Am 30. Oktober 2005 berichtete Dr. C.____, Klinik St. Georg, Goldach, die klinische Untersuchung ergebe einen Verdacht auf Bandscheibenschaden. Eine Beschädigung der Facettengelenke oder Iliosakralgelenke sei nach den klinischen Befunden eher unwahrscheinlich. Zur Bestätigung der Verdachtsdiagnose einer "internal disc disruption" sei am 15. September 2005 eine provokative Diskographie L2/3, L3/4 sowie L4/5 durchgeführt worden. Die Injektion des Kontrastmittels auf Höhe L4/5 sei sehr schmerzhaft gewesen. Im CT habe sich zusätzlich eine Einengung der entsprechenden Neuroforamina gefunden (UV-act. 41/1). Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, diagnostizierte im Gutachten zuhanden der Zürich-Versicherungs-Gesellschaft vom 2. Mai 2006 einen Status nach thorakalem Schmerzsyndrom, ein intermittierendes lumbales Schmerzsyndrom bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen der Bandscheibe L5/S1, eine kaudale Übergangsanomalie mit Lumbalisation von S1 rechts, eine foraminale linksbetonte Stenose von L5/S1 sowie eine Traumatisierung des vorbestehenden Zustandes am 22. Juni 2005 mit persistierendem lumbalem Schmerzsyndrom. Der Arzt hielt unter anderem fest, die jetzt festgestellte interne Ruptur der Bandscheibe sei auf den Unfall zurückzuführen. Bei dem Unfall sei es zu Rissen in der Bandscheibe gekommen und damit zu einem vollkommen neuen Krankheitsbild. Der Zustand vor dem Unfall lasse



sich nicht mehr erreichen. Der Patient sei vor dem Unfallereignis längere Zeit beschwerdefrei gewesen, so dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden müsse, dass durch die Traumatisierung die Beschwerden neu ausgelöst worden seien. Ein operatives Vorgehen sei mit äusserster Zurückhaltung in Erwägung zu ziehen. Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht sei der Patient für leichte körperliche Arbeiten in wechselnden Positionen sitzend, stehend mit Hebe- und Tragearbeiten bis maximal 15-20 kg zu 100% arbeitsfähig. Diese Arbeitsfähigkeit bestehe jedoch nur, falls diese Anforderungen am Arbeitsplatz eingerichtet würden (UV-act. 66). Im Zeugnis vom 3. Mai 2006 erachtete Dr. C.____ eine psychotherapeutische Unterstützung für angezeigt (UV-act. 83).

c) Eine Anfrage von Kreisarzt Dr. med. K.____ vom 14. Juli 2006 beantwortete PD Dr. D.____, Uniklinik Balgrist, am 24. Juli 2006 (UV-act. 78, 80). Suva-Arzt Dr. med. L.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, kam in einem ausführlich begründeten Bericht vom 12. September 2006 zum Schluss, die Akten würden belegen - was die Bild gebenden Abklärungen schon illu-striert hätten -, dass der Beschwerdeführer seit mehreren Jahren, spätestens seit September 2001, wegen lumbalen Rückenbeschwerden in Abklärungen und Behandlungen gestanden habe. Seit 2003 sollen die lumbalen Beschwerden auch in das rechte Bein ausstrahlt haben (Verweis auf MV-act. 165 S. 4). Dr. J.____ habe in Kenntnis der vorbestehenden Rückenschmerzen die Diagnose einer Kontusion thorako-lumbal gestellt. Dass eine Internal Disc Disruption (IDD) bei jungen Patienten nur nach einem Trauma zu sehen sei, stelle eine Behauptung dar, deren Beweis ausstehe. Der Begriff des Traumas schliesse zudem ein sehr weites Spektrum ein, beginnend bei alltäglicher körperlicher Belastung, über Sport bis zu eigentlichen Unfallereignissen. Da man nicht über eine CT-Diskographie vor dem Autounfall verfüge und im MRI nur eine sehr geringe Progredienz der Bandscheibenveränderungen über mehrere Jahre hinweg zu beobachten sei, lasse sich nicht mit Zuverlässigkeit aussagen, dass - wie von Dr. B.____ postuliert - die IDD monotraumatisch und zwar beim Autounfall entstanden sei. Nach seinem (Dr. L.____s) Wissen gebe es bisher keinen einzigen belegten Fall einer IDD nach einer Heckauffahrkollision vom häufigen, üblichen Ausmass, was die Unfalldynamik anbelange (UV-act. 86). Dr. C.____, hier berichtend vom Schmerzzentrum Klinik Lindberg, Winterthur, bestätigte am 10. September 2006 unter anderem, der Beschwerdeführer habe sich beruflich arrangieren können. Bei seinem bisherigen



Arbeitgeber werde er zu 50% im Innendienst mit leichter körperlicher Belastung eingesetzt. Zusätzlich habe er eine 50%-Anstellung in einer Hausverwaltung gefunden. Abgesehen von leichten Einschränkungen bei der Hausarbeit sollte er mit dieser Einteilung zu 100% arbeitsfähig sein (UV-act. 88). Im MEDAS-Gutachten vom 15. Januar 2007 wurden als Hauptdiagnosen ein chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom bei leichten degenerativen Veränderungen L4-S1 und Übergangsanomalie sowie ein Status nach Auffahrunfall vom 22. Juni 2005 bestätigt. Die Gutachter führten unter anderem aus, die Bezeichnung einer IDD sei, wie von Dr. L.____ ausgeführt, medizinisch umstritten. Die psychiatrische Exploration habe einen unauffälligen Eindruck ergeben. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und objektiven Befunden. Die Reduzierung der Tätigkeit um 50% sei nicht nachvollziehbar. Für eine körperlich mässig belastende Tätigkeit, welche tatsächlich vorwiegend mit Planungs-, Organisations- und Kontrolltätigkeiten zu tun habe, bestehe aufgrund der Bild gebenden und klinischen Befunde keine wesentliche Einschränkung. Eine adaptierte Tätigkeit werde dank der technischen Zusatzausbildung bereits absolviert. Therapeutische Vorschläge könnten kaum gemacht werden. Zu empfehlen sei ein rückenstabilisierendes Gymnastikprogramm (UV-act. 129).

3.- a) Nach Lage der dargelegten Akten ist davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer schon mehrere Jahre vor dem streitigen Unfall lumbale Beschwerden auftraten, welche ärztliche Behandlungen und auch eine Umschulung zum Gartenbautechniker (Abschluss im März 2004) erforderlich machten. Nach Absolvierung dieser Ausbildung trat der Beschwerdeführer am 29. März 2004 eine Arbeitsstelle bei der H.____ an (MV-act. 152f). Daraufhin ergab sich erneut eine Arbeitsunfähigkeit wegen lumbaler Rückenbeschwerden (MV-act. 155). Der Beschwerdeführer löste das Arbeitsverhältnis auf den 2. Juli 2004 auf (MV-act. 170a). Die diesbezügliche Ablehnung der Leistungspflicht durch die Militärversicherung wurde durch das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen im Entscheid vom 10. Mai 2006 (MV 2005/1) bestätigt. Hinsichtlich des Unfalls vom 22. Juni 2005 ergab eine biomechanische Kurzbeurteilung gemäss Bericht der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik vom 11. Januar 2006 eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung für das Unfallauto des Beschwerdeführers unterhalb oder innerhalb eines Bereiches von 10-15 km/h. Durch die dabei wirksamen Beschleunigungskräfte habe sich der



Beschwerdeführer relativ zum Fahrzeug gerade nach hinten bewegt. Eine allenfalls nachfolgende Berührung mit einem in Gegenrichtung fahrenden Fahrzeug habe für das Auto des Beschwerdeführers keine relevante Fahrzeugbelastung zur Folge gehabt. Vom Patienten würden keine HWS-Beschwerden angegeben. Die Symptomatik konzentrierte sich auf den Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS). Als biomechanische Besonderheit sei diesbezüglich eine vorbestehende lumbosakrale Schmerzsymptomatik zu beachten. Für die LWS würden (im Vergleich zur HWS) deutlich höhere - aber nicht genau quantifizierte - Werte gelten, da die LWS wesentlich besser durch die Sitzlehne abgestützt werde, als dies für die HWS in der Regel möglich sei. Wenn bei einer bestimmten Heckkollision LWS-, aber keine HWS-Beschwerden vorliegen würden, so sei dies aus biomechanischer Sicht bezogen auf den Normalfall nicht nachvollziehbar. Es müsse sich somit um eine individuelle gesundheitliche Abweichung vom Normalfall handeln, wodurch die LWS eine unüblich hohe Empfindlichkeit aufweise. Im vorliegenden Fall sei dies durch die vorbestehenden LWS-Beschwerden und die entsprechenden radiologischen Befunde belegt. Aufgrund der technischen Triage und der medizinischen Unterlagen ergebe sich, dass die anschliessend an das Ereignis festgestellten Beschwerden und Befunde im LWS-Bereich durch die Kollisionseinwirkung im Normalfall eher nicht erklärbar seien; unter Berücksichtigung der erwähnten Abweichungen vom Normalfall würden sie besser erklärbar (UV-act. 52).

b) Der Gutachter Dr. B. ___ ging hinsichtlich des Unfalls vom 22. Juni 2005 davon aus, dass der Beschwerdeführer "als PW-Fahrer von hinten in einen zweiten PW gerammt" sei (UV-act. 76 S. 2). Abgesehen von dieser mehrdeutigen Formulierung lag dem Gutachter offenbar die biomechanische Beurteilung nicht vor bzw. sie wurde von ihm jedenfalls nicht erwähnt. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (act. G 1 S. 4) spielen die Art des Traumas bzw. die auf den Körper durch den Unfall einwirkenden Kräfte auch für den medizinischen Gutachter eine Rolle. Die Feststellung des Gutachters, wonach die internal disc disruption auf den Unfall zurückzuführen sei, erfolgte somit soweit ersichtlich ohne detaillierte Berücksichtigung des Unfallmechanismus. Was die von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers erwähnten Unsicherheiten in der biomechanischen Beurteilung betrifft, so wurde in dieser Beurteilung klar festgehalten, dass für Sachverhalte mit LWS-Verletzung deutlich höhere Werte (bezüglich kollisionsbedingter Geschwindigkeitsänderung) gelten würden



als bei HWS-Verletzungen. Die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung lag jedoch sogar unterhalb oder innerhalb des für HWS-Fälle definierten Harmlosigkeitsbereichs. Wie die Beschwerdegegnerin sodann zu Recht vermerkt, führte Dr. B.____ die von ihm festgestellte internal disc disruption unter der Rubrik Diagnosen (UV-act. 76 S. 9) nicht mehr an, sondern unter anderem ein intermittierendes lumbales Schmerzsyndrom bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen der Bandscheibe L5/S1. Es trifft auch nicht zu, dass die Diagnose einer internal disc disruption im CT vom 15. September 2005 bestätigt wurde (UV-act. 34).

Allein aus dem Umstand, dass sich zwischenzeitlich (etwa im Jahr 2004) beschwerdefreie Intervalle ergaben (vgl. MV-act. 130 S. 2), lässt sich entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (act. G 1 S. 8) nicht ableiten, dass sich im Nachgang zum streitigen Unfall ein neues Krankheitsbild zeigte. In erster Linie von Bedeutung erscheint vorliegend, dass die signifikante und dauernde Verschlimmerung einer vorbestehenden degenerativen Schädigung der Wirbelsäule, hervorgerufen durch einen Unfall, nur dann bewiesen ist, wenn die Radioskopie ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen aufgrund eines Traumas aufzeigt (RKUV 2000, 45).

c) PD Dr. D.____ beurteilte die von 2003 bis 2006 erstellten MRI-Untersuchungen der LWS im Bericht vom 24. Juli 2006 unter anderem dahingehend, dass es in den Jahren 2003 bis 2006 zu einem diskret kontinuierlichen progredienten Verlauf der leichtgradigen Degeration der Bandscheibe L5/S1 sowie der Stenose gekommen sei (UV-act. 80). Unter anderem gestützt auf diese Ergebnisse legte Suva-Arzt Dr. L.____ ausführlich begründet dar, der Beschwerdeführer weise eine leicht bis mässig degenerierte lumbosakrale Bandscheibe auf bei angeborener Übergangsstörung. Mit hoher Wahrscheinlichkeit sei der Nucleus pulposus schon vor dem Autounfall degradiert gewesen, und es seien auch schon Anteile des Faserringes eingerissen gewesen, wie dies kennzeichnend für die Bandscheibendegeneration als solche sei. Im auf mehreren MRI's dargestellten zeitlichen Längsschnitt lasse sich das Bild einer (akuten) IDD nicht darstellen. Bei IDD handle es sich zudem um ein Konzept, welches in der medizinischen Wissenschaft nicht eindeutig etabliert sei, namentlich nicht die von deren "Erfinder" Crock postulierte übliche traumatische Genese (UV-act. 86). Was die unterschiedliche Bezeichnung der betroffenen Wirbelsäulensegmente in den Akten



betrifft - zum Teil wird von L4/L5 (UV-act. 30), zum Teil von L5/S1 (UV-act. 80) gesprochen -, so begründete dies Dr. L.____ mit dem Vorliegen der Übergangsanomalie (UV-act. 86 S. 3 oben). In der Beschwerdeantwort wurde dazu eine erklärende Aussage von Dr. L.____ wiedergegeben, wonach jeweils die unterste freie Bandscheibe gemeint sei, wenn von L4/L5 oder L5/S1 gesprochen werde (act. G 3 S. 3). Mit dieser Begründung erklärte sich auch der Beschwerdeführer einverstanden (act. G 5 S. 2). So verwendete Dr. B.____ in seinem Gutachten ohne weitere Ausführungen sogar beide Bezeichnungen nebeneinander. In den Rubriken Zusammenfassung, Diagnosen und der Fragenbeantwortung (ab S. 8) kommt dann allerdings nur noch der Begriff L5/S1 vor (vgl. UV-act. 76). Es bestehen keine Anhaltspunkte, welche begründete Zweifel an der Beurteilung von Dr. L.____ aufkommen lassen würden. Solche ergeben sich auch aus dem späteren MEDAS-Gutachten nicht, in welchem im übrigen eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der vom Beschwerdeführer tatsächlich ausgeübten Tätigkeit bestätigt wurde (UV-act. 129 S. 12; vgl. auch UV-act. 123). Zu den Einwänden des Beschwerdeführers betreffend Unabhängigkeit, Fachkompetenz und konkrete Befassung der Ärzte der Beschwerdegegnerin mit dem Patienten (vgl. act. G S. 7 Ziffer 19) ist festzuhalten, dass die Rechtsprechung Aktengutachten als zulässig erachtet, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (PVG 1996, 265 Erw. 3b). Lediglich für psychiatrische Berichte ist in der Regel eine persönliche Untersuchung vorausgesetzt (Urteil des EVG vom 30. November 2004 i/S E. M., Erw. 3.2.4 [I 163/04]). Die Beurteilung von Dr. L.____ erfüllt die erwähnten Voraussetzungen. Seine Schlussfolgerung ist mit den weiteren, im Recht liegenden medizinischen Akten vereinbar bzw. wird durch diese bestätigt. Unfallkausale radiologische Befunde oder ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel im Nachgang zum streitigen Unfall sind nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Vor diesem Hintergrund lässt sich die Leistungseinstellung auf den 22. September 2006 nicht beanstanden. Dies umso weniger, als auch die einschlägige Literatur (BÄR/KIENER, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, Medizinische Mitteilungen Nr. 67 der Suva, S. 45ff) bei einem Unfall mit fehlenden strukturellen Schädigungen der Wirbelsäule eine vorübergehende Verschlimmerung von (chronischen



lumbovertebralen) Beschwerden bei erheblichen degenerativen Veränderungen im betreffenden Bereich nach spätestens einem Jahr als abgeschlossen betrachtet.

4.- Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einsprache-Entscheids vom 7. Februar 2007 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.