



Geschäfts-Nr. HG090292-O/U

Mitwirkend: Oberrichter Peter Helm, Vorsitzender, und Ersatzoberrichterin Franziska Egloff, die Handelsrichter Hans-Rudolf Müller, Dr. Alexander Müller und Dr. Daniel Hüsey sowie der Gerichtsschreiber Christian Stalder

Beschluss und Urteil vom 15. Dezember 2015

in Sachen

A._____,
Klägerin

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. X1._____

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. X2._____

gegen

B._____ **AG**,
Beklagte

vertreten durch Rechtsanwalt Y._____

betreffend **Forderung**

Inhaltsverzeichnis

Sachverhalt und Verfahren.....	4
A. Sachverhaltsübersicht.....	4
B. Prozessverlauf.....	7
Erwägungen.....	8
1. Formelles.....	8
1.1. Anwendbares Prozessrecht.....	8
1.2. Zuständigkeit.....	8
1.3. Teilweiser Klagerückzug.....	9
1.4. Vorbringen in Triplik und Quadruplik.....	9
1.5. Fazit.....	9
2. Haftungsvoraussetzungen.....	10
2.1. Im Allgemeinen.....	10
2.2. Natürlicher Kausalzusammenhang.....	10
2.3. Bei HWS-Schleuderverletzungen im Besonderen.....	11
3. Unfallereignis vom 7. April 1997.....	12
3.1. Unbestrittener Sachverhalt.....	12
3.2. Umstrittene Einzelaspekte.....	14
3.2.1. Sitz des Versicherten löste sich beim Aufprall (Beweissatz 6.4).....	14
3.2.2. Maximales Delta-v unter 10 km/h infolge Stillstands des Fahrzeugs.....	15
3.3. Fazit zum Unfallhergang.....	16
4. Parteibehauptungen zu unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen.....	17
4.1. Klägerin.....	17
4.2. Beklagte.....	20
4.3. Beweisverfahren.....	22
5. Widersprüchliche medizinische Aktenlage der ersten Jahre (1997-1999).....	23
5.1. Einleitend zur Beweislage.....	23
5.2. Übersicht über die medizinischen und weiteren Berichte (1997 - 1999).....	24
6. Vorliegen einer HWS-Schleuderverletzung / C5-Senke, Tinnitus und muskuloskelettalen Zeichen.....	39
6.1. Anforderungen an das Vorliegen einer HWS-Schleuderverletzung.....	39
6.2. Würdigung der Beweismittel der ersten Jahre (1997 bis 1999).....	40
6.2.1. Keine objektiv nachweisbaren Beschwerden.....	40
6.2.2. Anforderungen an den Nachweis nicht objektivierbarer Beschwerden.....	42
6.2.3. Keine echtzeitliche Dokumentation von Initialbeschwerden (Latenzzeit) trotz behaupteter Erstuntersuchung.....	42

6.2.4. Widersprüchliche Angaben des Versicherten zu Initialbeschwerden	52
6.2.5. Zu den einzelnen medizinischen Berichten (1997 – 1999)	59
6.2.5.1. Behandlungsverlauf und Beweiswert der Berichte	59
6.2.5.2. Hauptbeweismittel der Klägerin	62
6.2.5.3. Gegenbeweismittel der Beklagten	84
6.2.5.4. Fazit zur Beweislage (HWS-Distorsion) der Jahre 1997 bis 1999	92
6.3. Neurologisches Gutachten J._____ zuhanden Versicherungsgericht vom 11. August 2000	97
6.3.1. Wesentlicher Inhalt des Gutachtens	97
6.3.2. Würdigung des Gutachtens	99
6.3.3. Fazit zum Beweiswert des Gutachtens.....	106
6.4. Urteil Versicherungsgericht vom 27. März 2002 (act. 4A/II/100)	107
6.5. Spätere medizinische und weitere angerufene Urkunden (ab 2001).....	108
6.5.1. Einleitend zum Beweiswert der später erstellten Berichte	108
6.5.2. Die Hauptbeweismittel der Klägerin (ab 2001)	109
6.5.3. Gegenbeweismittel der Beklagten	111
6.6. Weitere angerufene Urkunden ab 2001 (der Vollständigkeit halber).....	116
6.7. Fazit zum Vorliegen einer HWS-Schleuderverletzung	118
7. Zum Vorliegen einer unfallbedingten MTBI.....	119
7.1. Einleitend	119
7.2. Hauptbeweismittel der Klägerin	119
7.3. Gegenbeweismittel der Beklagten	122
7.4. Fazit zum Vorliegen einer MTBI	124
8. Zum Vorliegen einer unfallbedingten posttraumatischen Anpassungsstörung.....	125
8.1. Vorliegen einer psychischen Störung	125
8.2. Diagnose „posttraumatische Anpassungsstörung“.....	125
8.3. Fehlen einer HWS-Distorsion als Ursache.....	126
8.4. Beweisverfahren (Beweissätze 1.5 und 3.1)	128
8.5. Zusammenfassung der Ergebnisse der Beweiswürdigung.....	142
9. Adäquanz der psychischen Störung	147
9.1. Zur Adäquanz von psychischen Folgen	147
9.2. Zurechenbarkeit im vorliegenden Fall.....	148
10. Zusammenfassung der Tat- und Rechtsfragen	150
11. Kosten- und Entschädigungsfolgen	153

Rechtsbegehren:

(act. 1 S. 2)

- "1. Es sei die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin einen Betrag von CHF 2'519'309.00, zuzüglich Zins zu 5 % auf CHF 2'190'426.00 ab 1. November 2009 zu bezahlen.
2. Unter o/e-Kostenfolge."

Rechtsbegehren gemäss Triplik:

(act. 29 S. 4)

- "1. In Abänderung der Rechtsbegehren in der Klage vom 30. November 2009 sei die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin einen Betrag von CHF 2'452'132.00, zuzüglich Zins zu 5 % auf CHF 2'134'726.00 ab 1. November 2009 zu bezahlen.
2. Unter o/e-Kostenfolge."

Sachverhalt und Verfahren

A. Sachverhaltsübersicht

1. Die Klägerin ist eine öffentlich-rechtliche Anstalt mit eigener Rechtspersönlichkeit und Sitz in Luzern (Art. 61 Abs. 1 UVG). Sie betreibt die obligatorische Unfallversicherung. Bei der Beklagten handelt es sich um eine Versicherungsgesellschaft mit Sitz in Zürich. Ihr Zweck ist der Betrieb von Versicherungen aller Art und von Rückversicherungen (act. 4/5).

2. Am 7. April 1997 erlitt C. _____ (in der Folge: Versicherter) einen Heckauffahrunfall, während er im Feierabendverkehr mit seinem Fahrzeug in einer Kolonne stand. Unfallverursacher war ein bei der Beklagten versicherter Lenker. Hinsichtlich des Behandlungsverlaufs nach dem Schadenereignis ist unbestritten, dass der ORL-Facharzt Dr. med. D. _____ am 10. April 1997 (drei Tage nach dem Schadenereignis) wegen eines geklagten Tinnitus ein Tonaudiogramm erstellte und der Versicherte gleichentags im Medizinisch-Radiologischen Institut von Dr.

med. E._____ geröntgt wurde (act. 21 Rz. 15 f.; act. 12 Rz. 45 und 139). Ebenfalls drei Tage nach dem Schadenereignis erstattete die Arbeitgeberin eine Unfallmeldung an die Klägerin. Zwei Wochen nach dem Heckauffahrunfall diagnostizierte der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. F._____, in seinem Arztzeugnis vom 21. April 1997 ein Schleudertrauma der HWS und attestierte dem Versicherten rückwirkend per 8. April 1997 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Nach einer ersten neurologischen Untersuchung durch den vom Hausarzt beigezogenen Facharzt Dr. med. G._____ drei Wochen nach dem Ereignis (30. April 1997) und weiteren neurologischen Untersuchungen durch den A._____-Kreisarzt und Neurologen Dr. med. H._____ (22. und 30. Mai 1997) weilte der Versicherte zwecks interdisziplinärer Behandlung vom 4. Juni bis 30. Juli 1997 in der Rehaklinik Bellikon und sodann vom 19. November bis zum vorzeitigen Abbruch am 28. November 1997 in der Klinik Valens.

3. Mit Verfügung vom 12. Januar 1998 (act. 4A/I/66) stellte die Klägerin ihre Versicherungsleistungen per 31. Januar 1998 ein mit der Begründung, dass keine behandlungsbedürftigen Unfallfolgen mehr vorlägen und die zu jenem Zeitpunkt noch geklagten Beschwerden in keinem ursächlichen Zusammenhang zum Auffahrereignis vom 7. April 1997 stünden. Die dagegen erhobene Einsprache wies die Klägerin mit Entscheid vom 21. April 1998 ab (act. 4A/I/87). Gegen den Einspracheentscheid führte der Versicherte Beschwerde an das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn. Mit Urteil vom 27. März 2002 (act. 4A/I/100) bejahte das Versicherungsgericht gestützt auf ein von ihm eingeholtes neurologisches Gutachten das Vorliegen eines für HWS-Schleudertraumata typischen Beschwerdebildes, weshalb der natürliche Kausalzusammenhang mit dem Schadenereignis vom 7. April 1997 anzunehmen sei. Der Entscheid blieb unangefochten. Die Klägerin und weitere Sozialversicherer erbrachten in der Folge Leistungen, die Gegenstand dieses Regressprozesses sind (act. 1 Rz. 37 ff.; act. 12 Rz. 107 ff.).

4. Der am tt. Januar 1958 geborene Versicherte arbeitete seit dem 19. Oktober 1983 bei der Firma I._____ AG als Vorarbeiter in der Heizkörperfabrikation. Mit Schreiben seines Arbeitgebers vom 22. Dezember 1997 wurde ihm aus wirt-

schaftlichen Gründen und unter Einhaltung der Sperrfrist per 31. März 1998 gekündigt (act. 1 Rz. 16; act. 12 Rz. 32).

5. Gemäss einem früheren Tonaudiogramm bestand beim Versicherten seit 1992 unstreitig ein *binauraler Hörschaden* von 14.9% (act. 12 Rz. 47; act. 21 Rz. 14 ff.; act. 25 Rz. 24; act. 4A/49, Audiogramm vom 2. Juli 1992). Unbestritten blieb weiter, dass der Versicherte als Vorarbeiter in einer Heizkörperfabrik *Lärmimmissionen* ausgesetzt und mit dem Heben von schweren Lasten körperlich sehr beansprucht war (act. 25 Rz. 74, act. 29 Rz. 39). Unbestritten ist sodann, dass der Versicherte im August 1994 beim Zügeln ein *Verhebetrauma* erlitt und nach einer mehrmonatigen Phase der Arbeitsunfähigkeit vom 24. Mai bis 14. Juni 1995 in der Rehaklinik Rheinfelden weilte, wo neben einer *schmerzbedingten Einschränkung der HWS-Rotation und Muskelhartspann* im Bereich LWS eine *reaktive depressive Verstimmung* festgestellt wurde (act. 12 Rz. 82; act. 21 Rz. 20). Unbestritten blieb schliesslich, dass ein MRI vom September 1994 eine leichte Hyperlordose der LWS mit weitgehend erhaltenen Bandscheibenräumen und einer ausladenden Diskusprotrusion L4/L5 zeigt (act. 25 Rz. 25, act. 29 Rz. 21 i.V.m act. 21 Rz. 14-27).

6. Die Klägerin macht geltend, dass der Versicherte beim Heckauffahrunfall vom 7. April 1997 ein HWS-Schleudertrauma und eine milde traumatische Hirnverletzung erlitten habe und an einer posttraumatischen Anpassungsstörung leide. Der Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs sei mittels des neurologischen Gerichtsgutachtens J. _____ aus dem Jahre 2000 und der weiteren zum Beweis angerufenen Urkunden erbracht und vom Versicherungsgericht bejaht worden. Hierauf sei nicht zurückzukommen. Die Beklagte schliesst auf Abweisung der Klage. Sie anerkennt zwar ihre grundsätzliche Schadenersatzpflicht, bestreitet jedoch das Vorliegen von unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen, die zur Arbeits- resp. Erwerbsunfähigkeit des Versicherten geführt hätten. Sie hält dafür, dass die beim Versicherten schon kurz nach dem Unfall im Vordergrund stehenden psychischen Beschwerden nicht auf das Schadenereignis vom 7. April 1997 zurückzuführen seien. Sie erachtet den Nachweis des Auftretens von initialen HWS- oder Nackenbeschwerden während der Latenzzeit als nicht erbracht und

äussert Zweifel an der Glaubhaftigkeit der Aussagen des Versicherten. Sie nimmt sodann kritisch Stellung zum Beweiswert mehrerer der im Recht liegenden medizinischen Berichte, insbesondere des erwähnten neurologischen Gerichtsgutachtens aus dem Jahre 2000. Auf diese und weitere Vorbringen der Parteien wird, soweit für den Entscheid relevant, nachfolgend eingegangen.

B. Prozessverlauf

1. Am 30. November 2009 (Datum Poststempel) reichte die Klägerin Weisung (act. 3) und Klageschrift samt Beilagen ein (act. 1; act. 4/2-9; act. 4A/I-III; act. 4B; act. 4C/1-2). Nach Eingang der Klageantwortschrift am 15. März 2010 (act. 12) wurde mit Verfügung vom 2. September 2010 die schriftliche Fortsetzung des Verfahrens angeordnet. Eine Referentenaudienz und Vergleichsverhandlung fand nach Rücksprache mit den Parteien nicht statt (Prot. S. 7). Nach Eingang der Replik vom 1. November 2010 (act. 21) und der Duplik vom 24. Januar 2011 (act. 25) wurde der Klägerin Frist angesetzt, um sich ausschliesslich zu neuen Behauptungen bzw. Beilagen der Duplik zu äussern (Prot. S. 9).

2. Am 27. April 2011 erstattete die Klägerin eine ausführliche Triplik (act. 29). Mit Eingabe vom 4. Mai 2011 stellte die Beklagte den Antrag, die Triplik sei aus dem Recht zu weisen, eventualiter sei ihr das Recht auf eine Quadruplik einzuräumen (act. 32). Mit Verfügung vom 5. Mai 2011 (Prot. S. 11 f.) wurde der Antrag, die Triplik aus dem Recht zu weisen, abgewiesen und der Beklagten Frist angesetzt, um sich ausschliesslich zu allfälligen neuen Behauptungen und Beilagen in der Triplik zu äussern. Am 20. Juni 2011 (act. 35) reichte die Beklagte eine Quadruplik als Stellungnahme zur Triplik ein. Darin stellte sie den Antrag, das vorliegende Verfahren auf die Frage der natürlichen Kausalität zu beschränken (Rz. 101). In-nerter der ihr mit Verfügung vom 27. Juni 2011 angesetzten Frist zur Stellungnahme beantragte die Klägerin die Abweisung des Antrags (Prot. S. 13, act. 38).

Am 4. April 2013 erging der Beweisaufgabebeschluss, mit welchem zugleich der Antrag der Beklagten auf Prozessbeschränkung abgewiesen wurde (act. 46). Am 24. Mai 2013 erstattete die Klägerin ihre Beweisantretungsschrift samt Beilagen (act. 52; act. 53/1-11). Die Beweisantretungsschrift der Beklagten datiert vom

27. Mai 2013 (act. 54). Mit Beschluss vom 26. August 2013 erfolgte die Beweisabnahme (act. 55). Mit Verfügung vom 3. Februar 2015 wurde den Parteien Frist zur Stellungnahme zum vorläufigen Beweisergebnis angesetzt (act. 59). Die Stellungnahme der Klägerin datiert vom 25. März 2015 (act. 64), jene der Beklagten vom 5. Mai 2015 (act. 70). Mit Eingabe vom 16. April 2015 (act. 66) reichte die Klägerin eine weitere Urkunde als Novum ins Recht (act. 67). Mit Eingabe vom 13. Mai 2015 (act. 72) nahm die Beklagte dazu Stellung. Das Verfahren ist spruchreif (§ 188 Abs. 1 ZPO/ZH).

Erwägungen

1. Formelles

1.1. Anwendbares Prozessrecht

Gemäss Art. 404 Abs. 1 der am 1. Januar 2011 in Kraft getretenen eidgenössischen Zivilprozessordnung (ZPO) gilt für Verfahren, die bei Inkrafttreten dieses Gesetzes rechtshängig sind, das bisherige Verfahrensrecht bis zum Abschluss vor der betroffenen Instanz. Auf das vorliegende Verfahren sind demnach die Zivilprozessordnung des Kantons Zürich (ZPO/ZH) und das Gerichtsverfassungsgesetz des Kantons Zürich (GVG) anwendbar. Für die Rechtsmittel gilt hingegen das Recht, das bei der Eröffnung des Entscheides in Kraft ist (Art. 405 Abs. 1 ZPO), somit das neue Prozessrecht.

1.2. Zuständigkeit

Die örtliche Zuständigkeit bestimmt sich nach dem neuen Recht, wobei eine nach dem alten Recht bestehende Zuständigkeit erhalten bleibt (Art. 404 Abs. 2 ZPO). Das angerufene Gericht ist sowohl örtlich (Art. 26 Abs. 1 GestG) als auch sachlich (§ 62 GVG resp. § 64 Ziff. 1 GVG, act. 7) zuständig. Die Klage wurde gehörig eingeleitet (act. 3; § 102 ZPO/ZH).

1.3. Teilweiser Klagerückzug

Mit Eingabe vom 26. April 2011 ("Triplik"; act. 29 Rz. 61) reduzierte die Klägerin ihre Forderung für zukünftige Heilungskosten um CHF 67'177.–. Eine Beschränkung der Klage, sei es durch Verzicht auf einzelne Rechtsbegehren oder, wie vorliegend, durch Reduktion eines Leistungsanspruchs, ist jederzeit zulässig (FRANK/STRÄULI/MESSMER, Kommentar zur zürcherischen ZPO, 3. Aufl., Zürich 1997, § 107 N 7). Das Verfahren ist in diesem Umfang als durch Rückzug erledigt abzuschreiben.

1.4. Vorbringen in Triplik und Quadruplik

Die Parteien haben das Streitverhältnis im Hauptverfahren darzustellen (§ 113 Satz 1 ZPO/ZH). Grundsätzlich sind sie mit Tatsachenbehauptungen, Einreden und Bestreitungen ausgeschlossen, die sie mit ihrem letzten Vortrag oder ihrer letzten Rechtsschrift nicht vorgebracht haben (§ 114 ZPO/ZH). Weitere Vorträge werden nur aus zureichenden Gründen gestattet und können auf das in der Duplik oder in späteren Vorträgen neu Vorgebrachte beschränkt werden (§ 128 i.V.m. § 121 Abs. 2 ZPO/ZH). Sie sind anzuordnen, wenn in der Duplik neue tatsächliche Behauptungen aufgestellt werden, über welche sich die Klägerin noch nicht aussprechen konnte, zur Behebung unklarer oder unvollständiger Parteivorbringen oder wenn eine Partei (echte) Noven nach § 115 ZPO/ZH vorbringt (FRANK/STRÄULI/MESSMER, a.a.O., N 3 zu § 121 ZPO).

Vorliegend wurde der Klägerin, wie dargelegt, Frist angesetzt, um sich ausschliesslich zu neuen tatsächlichen Behauptungen sowie neuen Beilagen der Duplik zu äussern (Prot. S. 9). Dabei wurde festgehalten, dass neues Vorbringen vorbehaltlich § 115 ZPO/ZH nicht mehr zulässig ist. Mit der am 27. April 2011 erstatteten Triplik (act. 29) reichte die Klägerin eine umfassende Rechtsschrift ein. Inwieweit es sich dabei um zulässige neue Vorbringen handelt, ist nachfolgend bei den einzelnen Haftungsvoraussetzungen, soweit entscheidrelevant, zu prüfen.

1.5. Fazit

Die Prozessvoraussetzungen sind damit im Ergebnis erfüllt (§ 108 ZPO/ ZH).

2. Haftungsvoraussetzungen

2.1. Im Allgemeinen

Wird durch den Betrieb eines Motorfahrzeuges ein Mensch getötet oder verletzt oder Sachschaden verursacht, so haftet der Halter für den Schaden (Art. 58 Abs. 1 SVG). Art. 58 SVG statuiert eine Gefährdungshaftung. Art und Umfang des Schadenersatzes richten sich nach den Grundsätzen des Obligationenrechts für unerlaubte Handlungen (Art. 62 Abs. 1 SVG). Der Versicherte hat im Rahmen der vertraglichen Versicherungsdeckung der obligatorischen Haftpflichtversicherung für Motorfahrzeughalter ein Forderungsrecht unmittelbar gegen den Haftpflichtversicherer des Unfallverursachers (Art. 65 Abs. 1 i.V.m. Art. 63 Abs. 1 SVG). Die Beweislast für die positiven Haftungsvoraussetzungen trägt der Versicherte.

Der zu beurteilende Sachverhalt hat sich vor Inkrafttreten des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; in Kraft seit 1. Januar 2003) zugetragen, weshalb die materiellrechtlichen Bestimmungen dieses Erlasses nicht anwendbar sind (Art. 82 Abs. 1 Satz 1 ATSG; Art. 72 ff. ATSG). Gemäss aArt. 41 UVG, aArt. 52 IVG und aArt. 48ter AHVG traten die Klägerin, die IV und die AHV im Zeitpunkt des Unfallereignisses am 7. April 1997 bis auf die Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Ansprüche des Versicherten ein. Die von der Klägerin geltend gemachte Regressforderung hat ihre Grundlage in aArt. 41 ff. UVG, aArt. 48ter ff. AHVG, aArt. 79quater AHVV und aArt. 52 IVG, wonach die Klägerin auch die Rückgriffsansprüche der AHV und IV geltend zu machen hat. Die entsprechende Vereinbarung zwischen den Sozialversicherern wurde getroffen (act. 4/3). Das Subrogations- und Regressrecht der Klägerin wird von der Beklagten nicht bestritten (act. 12 Rz. 6 ff., 122).

2.2. Natürlicher Kausalzusammenhang

a) Gemäss ständiger Praxis ist der natürliche Kausalzusammenhang gegeben, wenn das schadensstiftende Verhalten eine notwendige Bedingung für den eingetretenen Schaden ist (BGE 132 III 715 E. 2.2), das fragliche Verhalten demnach nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen bzw. nicht als in gleicher Weise bzw. zur gleichen Zeit eingetre-

ten gedacht werden könnte. Nicht erforderlich ist, dass ein Schadenereignis die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; vielmehr genügt es, dass dieses zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

b) Soweit der Kausalzusammenhang nicht mit wissenschaftlicher Genauigkeit nachgewiesen werden kann, genügt, dass er als überwiegend wahrscheinlich erscheint (BGE 107 II 269 E. 1b; 128 III 271 E. 2b/aa, je mit Hinweisen). Dies ist zu bejahen, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart gewichtige Gründe sprechen, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fallen (BGE 130 III 321 E. 3.3).

2.3. Bei HWS-Schleuderverletzungen im Besonderen

a) Gemäss ständiger Praxis des Bundesgerichts (BGE 117 V 359 E. 4b, bestätigt u.a mit BGE 134 V 109) kann ein Unfall mit Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) in der charakteristischen Erscheinungsform einer Häufung von typischen Beschwerden eine Arbeits- resp. Erwerbsunfähigkeit verursachen, auch wenn die festgestellten Funktionsausfälle *organisch nicht nachweisbar* sind. Sind für bestehende Beschwerden keine organischen Ursachen nachweisbar, so wird der natürliche Kausalzusammenhang dann *vermutet*, wenn ein für diese Verletzung als typisch bezeichnetes "buntes" Beschwerdebild – diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. (BGE 134 V 116 E. 6.2.1, 117 V 360 E. 4a) – vorliegt, welches im Sinne einer der medizinischen Forschung entnommenen Vermutung annehmen lässt, die Beschwerden seien durch die diagnostizierte HWS-Verletzung verursacht worden (BGE 117 V 364 E. 5b/bb).

b) Im Gegenzug zu dieser Kausalitätsvermutung sind an die *Grundlagen* für den Schluss auf das Vorliegen solcher typischer Verletzungen *hohe Anforderungen* zu stellen. Zum einen können HWS-Schleuderverletzungen zwar klinisch untersucht, aber abgesehen von ossären Läsionen und dergleichen nicht bildgebend objekti-

viert werden, weshalb den *Angaben des Versicherten* über bestehende Beschwerden zwangsläufig eine *ausschlaggebende Bedeutung* zukommt, was ein gewisses Missbrauchspotenzial birgt. Zum anderen können die erhobenen Befunde aus dem Katalog des für derartige Verletzungen als typisch erachteten Beschwerdebildes bei identischer Symptomatik auch *nichttraumatischer Genese* sein. Aus den genannten Gründen kommt der möglichst genauen und verifizierbaren Dokumentation des *Unfallhergangs* einerseits und der *anschliessend auftretenden Beschwerden* andererseits als den *ersten tatbeständlichen Grundlagen* gemäss Praxis grosses Gewicht zu (BGE 134 V 109).

c) Es ist nachfolgend zunächst auf das Unfallereignis vom 7. April 1997 und hernach auf das Vorliegen der geltend gemachten Beschwerden resp. Diagnosen einzugehen.

3. Unfallereignis vom 7. April 1997

3.1. Unbestrittener Sachverhalt

Der Versicherte fuhr am 7. April 1997 abends innerhalb einer kompakten Fahrzeugkolonne in Aarau auf der Bahnhofstrasse, vom Aargauerplatz her kommend, in Richtung Bahnhof. Die Kolonne bewegte sich mehr oder weniger zähflüssig. Auf der Höhe der Bahnhofsapotheke kam die Kolonne nach einem kurzen Anfahrmanöver erneut zum Stillstand. Während der Versicherte sein Auto abbremste, realisierte der nachfolgende Lenker in seinem Opel Frontera dies zu spät und fuhr auf den Personenwagen des Versicherten auf, dessen PW dadurch nach vorne in das vor ihm stehende Auto geschoben wurde (act. 1 Rz. 14; act. 12 Rz. 20).

Unbestritten und belegt ist, dass das Fahrzeug des Versicherten im Zeitpunkt der Kollision *bis zum Stillstand abgebremst war* (act. 1 Rz. 14; act. 12 Rz. 104), dass der Versicherte *keinen Kopfanprall* erlitt (act. 1 Rz. 18 ff.; act. 12 Rz. 20 ff.; act. 21 Rz. 3 und 27; act. 25 Rz. 3 ff.) und der Unfall *weder zu Bewusstlosigkeit* des Versicherten führte noch bei diesem Schwindel vorlag. Der Versicherte war angegur-

tet und sein Fahrzeug mit Kopfstützen ausgerüstet. Unbestritten und belegt ist weiter, dass der Versicherte gegenüber der Polizei am Unfallort angab, nicht verletzt zu sein (act. 12 Rz. 20 ff.; act. 21 Rz. 3; act. 4B). Weiter ist erstellt, dass der Versicherte nach Erledigung der Formalitäten mit seinem Wagen bis zum Bahnhof Aarau fuhr. Da er den Eindruck hatte, dass sein Fahrzeug nicht mehr fahrfähig sei, organisierte er einen Bekannten zum Abschleppen des Wagens und liess sich hernach im von ihm gesteuerten Auto bis nach K._____ abschleppen (act. 12 Rz. 25; act. 21 Rz. 3).

Die Parteien äussern sich weiter gestützt auf die Feststellungen des Berichts des Expertenbüros L._____ vom 8. April 1997 (vgl. act. 4A/I 38) übereinstimmend zum *Schadensbild* am Fahrzeug des Versicherten, wonach Front und Heck des Fahrzeugs des Versicherten eingedrückt waren, wobei der Frontschaden nicht gut erkennbar war (act. 1 Rz. 34; act. 12 Rz. 103). Unbestritten blieb sodann das Vorbringen der Beklagten, dass das im Unfallzeitpunkt 13-jährige Fahrzeug des Versicherten wohl einen wirtschaftlichen, nicht aber einen mechanischen Totschaden erlitten habe (act. 12 Rz. 103; act. 21 Rz. 31).

Die Parteien sind sich weiter einig, dass mittels des Gutachtens des M._____ (M._____) vom 19. Januar 1999 (act. 4A/II vor 97) einschliesslich Beantwortung der Zusatzfragen vom 19. Februar 1999 ein *maximaler Grenzwert der Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) von 11 km/h* ermittelt wurde (act. 1 Rz. 34 ff.; act. 12 Rz. 104 f.; act. 21 Rz. 31). Unbestritten ist sodann, dass die an die Heckkollision anschliessende Frontalkollision nur eine untergeordnete Rolle spielte (act. 1 Rz. 35; act. 21 Rz. 3). Weiter bringen die Parteien übereinstimmend und unter Bezugnahme auf den biomechanischen Bericht Prof. Dr. med. N._____ vom 12. September 1999 (A._____-Akten 4A/II vor act. 97) vor, dass hinsichtlich des *maximalen Grenzwerts* von einer Toleranz von +/- 1 km/h auszugehen und das Kollisionsereignis aus technischer und biomechanischer Sicht *knapp geeignet sei, die initial festgestellten Beschwerden zu erklären* (act. 1 Rz. 36; act. 12 Rz. 106).

3.2. Umstrittene Einzelaspekte

3.2.1. Sitz des Versicherten löste sich beim Aufprall (Beweissatz 6.4)

Die Beklagte macht geltend, dass der Versicherte am 18. September 1997 gegenüber dem Schadeninspektor der A._____ bei der Befragung zum Unfallhergang zu Protokoll gegeben habe (act. 4A/I/26), dass sein Auto mit Kopfstützen ausgerüstet gewesen und sein Sitz durch den Aufprall nach hinten verschoben worden sei. Die Arretierung habe sich gelöst. Dieser Umstand sei weder in der Unfallanalyse noch im biomechanischen Bericht berücksichtigt worden und führe zu einem zusätzlichen effektiven Schutz vor Verletzungen (act. 12 Rz. 24).

Diesem Vorbringen hält die Klägerin entgegen, dass die technischen Gutachten M._____ vom 19. Januar resp. 19. Februar 1999 sowie der biomechanische Bericht Prof. Dr. med. N._____ vom 12. September 1999 unter Berücksichtigung sämtlicher Akten, einschliesslich medizinischer Beurteilungen, erstellt worden seien (act. 21 Rz. 3).

Die Behauptung der Beklagten fand Eingang in Beweissatz 6.4. Aus den angerufenen Beweismitteln (vgl. act. 55) ergibt sich, dass der Versicherte die vorgenannte Angabe gegenüber dem Schadeninspektor der A._____ im September 1997 so machte (act. 4A/I/26) und dass Prof. Dr. med. N._____ bei der Erstellung des biomechanischen Berichts (act. 4A/II/vor 97) – nebst den technischen Analysen, dem Polizeirapport und verschiedenen medizinischen Berichten aus den Jahren 1997 und 1998 – der Bericht des Schadeninspektors vorlag. Der Gutachter nimmt zwar zunächst Bezug auf die Aussage des Versicherten (sein Sitz habe sich nach hinten bewegt, die Arretierung habe sich gelöst, vgl. S. 2). In seiner Beurteilung (S. 6) zu den Einzelheiten des Bewegungsablaufs berücksichtigt Prof. Dr. med. N._____ den Umstand allerdings nicht, noch bezeichnet er ihn als irrelevant. Der Umstand findet damit nicht Eingang in die Beurteilung des Biomechanikers, demgemäss das Kollisionereignis aus technischer und biomechanischer Sicht nur knapp geeignet gewesen sei, die initial festgestellten Beschwerden zu erklären.

In der Kurzbeurteilung der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik (O._____) vom 6. April 1999, dem Technischen Gutachten M._____ vom 19. Januar 1999 (vgl. insbesondere S. 8 ff. zur Insassenbelastung) und der Beantwortung von Zusatzfragen durch das M._____ vom 19. Februar 1999 (alle in act. 4A/II/vor 97) wird der Umstand (Verschiebung des Sitzes nach hinten zufolge gelöster Arretierung) nicht erwähnt. Es findet sich kein Hinweis darauf, dass die Ersteller der technischen Berichte Kenntnis vom Bericht des Schadeninspektors der A._____ und der darin protokollierten Angabe hatten.

Gemäss den ohne Weiteres nachvollziehbaren Erläuterungen zum grundsätzlichen Bewegungsablauf eines Körpers bei einer Heckkollision und dessen zeitlicher Abfolge gemäss M._____-Bericht vom 19. Februar 1999 wird dem Oberkörper des Insassen *durch den Sitz* die von der Heckkollision bewirkte Vorwärtsbewegung aufgezwungen, nicht aber dem Kopf, da dieser bei normaler Körperhaltung häufig nicht direkt an der Kopfstütze anliege. Der Oberkörper vollziehe daher in einer ersten Phase eine Bewegung relativ zum Kopf, die zu Scherkräften im oberen HWS-Bereich führe, was der Hauptgrund für HWS-Verletzungen sei. Löst sich der Sitz und bewegt er sich bei der Heckkollision mangels Arretierung *nach hinten, mithin in die gleiche Richtung wie der Kopf*, so ist die relative Bewegung des Oberkörpers zum Kopf zwangsläufig eine geringere und sind die Scherkräfte, die für das Verletzungsrisiko massgeblich sind, dementsprechend ebenfalls geringer.

Aufgrund des Beweisergebnisses ist somit davon auszugehen, dass der erstellte (und im Übrigen kaum substantiiert bestrittene) Umstand, dass sich die Arretierung des Sitzes beim Aufprall löste und sich dieser nach hinten bewegte, zu einer Verminderung des Verletzungsrisikos führte.

3.2.2. Maximales Delta-v unter 10 km/h infolge Stillstands des Fahrzeugs

Die Beklagte macht geltend, dass ein maximaler Grenzwert für die Geschwindigkeitsänderung von 11 km/h ermittelt worden sei, was unter Berücksichtigung des unbestrittenen Umstands (vgl. act. 1 Rz. 14), dass das Fahrzeug des Versicherten im Kollisionszeitpunkt bis zum Stillstand abgebremst gewesen sei, zu einem tiefe-

ren maximalen Delta-v von unter 10 km/h führe. Gemäss dem technischen Ergänzungsgutachten M._____ vom 2. März 2010 sei für das gebremste Fahrzeug von einer kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung von maximal 10 bis 11 km/h auszugehen (act. 12 Rz. 104 f.).

Die Klägerin verweist auf das technische Gutachten M._____ vom 19. Januar 1999 mit ermitteltem maximalem Delta-v von 11 km/h resp. die Ergänzung vom 19. Februar 1999 betreffend die Frontalkollision unter Berücksichtigung des Umstands, dass der Versicherte eigenen Angaben zufolge auf der Bremse stand (act. 21 Rz. 31). Mit Triplik verweist die Klägerin auf ihre Replik (act. 29 Rz. 6). Dieser ist zur Frage, ob der Stillstand des Fahrzeugs des Versicherten zu einem maximalen Delta-v von 10 km/h führe, ein Festhalten am maximalen Wert von 11 km/h zu entnehmen.

Die Behauptung fand Eingang in Beweissatz 6.3. Aus den angerufenen Beweismitteln aus dem Jahre 1999 ergeben sich die Werte gemäss klägerischem Vorbringen (max. delta-v von 11 km/h). Das Ergänzungsgutachten M._____ vom 2. März 2010 (act. 13/6) hält fest, dass beim Test M._____ gemäss technischer Analyse vom 19. Januar 1999 vom *ungebremsten* Fahrzeug des Versicherten ausgegangen worden sei. Es kommt zum Schluss, dass von einer maximalen kollisionsbedingten Geschwindigkeit von 10 bis 11 km/h auszugehen sei. Im Übrigen behalte das technische Gutachten vom 19. Januar 1999 seine volle Gültigkeit. Es ist somit von einer Heckkollision mit *maximalem* delta-v von 10 bis 11 km/h auszugehen.

3.3. Fazit zum Unfallhergang

In Ergänzung des unbestrittenen Sachverhalts ist von einem maximalen delta-v von 10 bis 11 km/h und davon auszugehen, dass die gelöste Arretierung des Sitzes des Versicherten zu einem zusätzlichen Schutz vor Verletzungen führte.

Anhand der Schwere des Kollisionsereignisses allein lässt sich der natürliche Kausalzusammenhang zwischen Unfallereignis und zuverlässig medizinisch dokumentierten Beschwerden des Versicherten nicht mit dem erforderlichen Be-

weismass nachweisen. Die Unfallschwere ist einer von mehreren zu berücksichtigenden Faktoren. Dem erstellten Unfallsachverhalt als einer der tatbeständlichen Grundlagen für die Prüfung des Kausalzusammenhangs ist schliesslich bei der Würdigung der medizinischen Berichte Rechnung zu tragen.

4. Parteibehauptungen zu unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen

4.1. Klägerin

Die Vorbringen der Klägerin zum Vorliegen von unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen bestehen im Wesentlichen in Zitaten aus den zahlreichen im Recht liegenden medizinischen Akten (act. 1 Rz. 18 bis 33; act. 21 Rz. 14 bis 28). Zusammengefasst wird vorgetragen:

a) Der Versicherte habe am 7. April 1997 eine *HWS-Distorsion Grad II* gemäss Québec-Task-Force erlitten und leide an deren typischen Folgeerscheinungen. Dabei handle es sich vorwiegend um *muskuloskelettale Zeichen*, die in ausreichender Weise dokumentiert seien. Letztere seien nicht als psychogen bzw. psychosomatisch zu werten. *Organische Unfallfolgen* würden nebst diesen initial festgestellten muskuloskelettalen Zeichen zudem die initial durchgeführte *audiometrische Untersuchung* von Dr. D._____ mit einer festgestellten *C5-Senke beidseits* und dem Nachweis eines *Tinnitus* im gleichen Frequenzbereich darstellen. Das Ohrgeräusch habe sich im Rahmen des Schleudertraumas der Wirbelsäule entwickelt.

b) Am *Tag nach dem Unfall* habe der Versicherte an einer Vielzahl von Beschwerden gemäss dem typischen Beschwerdebild nach HWS-Distorsion gelitten. Gemäss Arzteugnis des Hausarztes Dr. med. F._____ vom 21. April 1997 sei die Beweglichkeit der HWS wegen muskulärer Verspannungen deutlich eingeschränkt gewesen, die Rotation nach rechts habe 30°, nach links 20° betragen; auch seien Inklinaton und Reklination eingeschränkt gewesen. Weiter sei eine Sensibilitätsstörung im Bereich C4 links aufgetreten (act. 1 Rz. 19)

c) Weiter leide der Versicherte unter einer *schweren posttraumatischen Anpassungsstörung* mit agitiert-depressiven Zügen und prononcierter psychovegetativer Symptomatik. Er leide an Depression, Hoffnungslosigkeit ohne Zukunftsperspektive sowie fehlender Konzentrationsfähigkeit. Festgestellt worden seien weiter *kognitive Störungen* als Folge der emotionellen Verarbeitungsstörung oder *einer leichten traumatischen Hirnverletzung*.

d) Sämtliche Diagnosen stünden in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 7. April 1997. Dieser sei mit dem vorliegenden neurologischen *Gutachten von Prof. J. _____ vom 11. August 2000*, erstattet zuhanden des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn, nachgewiesen. Das Versicherungsgericht habe gestützt auf das Gutachten das Vorliegen des typischen Beschwerdebilds bejaht und das Bestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Gesundheitsbeschwerden einschliesslich posttraumatischer Anpassungsstörung und Unfall angenommen (act. 1 Rz. 78). Im Gerichtsgutachten werde festgestellt, dass zum einen die *audiometrisch festgestellte C5-Senke sowie der Tinnitus*, zum anderen die initial durch den Hausarzt festgestellten *muskuloskelettalen Zeichen* organische Unfallfolgen darstellen würden. Durch das Unfallereignis sei eine richtungsgebende Verschlimmerung eines die Arbeitsfähigkeit bisher nicht behindernden Zustands eingetreten. Die Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 7. April 1997 zurückzuführen (act. 1 Rz. 27; act. 21 Rz. 28).

e) Zur Frage des *Auftretens von HWS- oder Nackenbeschwerden während der Latenzzeit von 72 Stunden* und der mangelnden Dokumentation der (behaupteten) Erstbehandlung bringt die Klägerin vor, der Versicherte habe sich unmittelbar nach dem Unfall zu Dr. med. P. _____, dem Ferienvertreter seines Hausarztes Dr. F. _____, begeben, der ihn an den ORL-Facharzt Dr. med. D. _____ überwiesen habe. Dr. D. _____ habe in seinem Bericht vom 11. April 1997 festgehalten, dass im Anschluss an ein Schleudertrauma vom 7. April 1997 (Akzeleration) nebst starken Schmerzen im Halsbereich ein starkes Ohrgeräusch bei audiometrisch nachweisbaren C5-Senken aufgetreten sei (act. 1 Rz. 18). Weiter ergebe sich aus der Unfallmeldung des Arbeitgebers des Versicherten vom 10. April 1997

an die Klägerin, dass der Versicherte wegen eines Schleudertraumas bei Dr. med. P. _____ in Erst- und bei Dr. med. F. _____ in Nachbehandlung stehe (act. 21 Rz. 15 f.). Zudem sei dem Arztzeugnis des Hausarztes Dr. med. F. _____ vom 21. April 1997 ebenso wie dessen Zuweisungsschreiben vom 25. April 1997 an den Neurologen Dr. med. G. _____ zu entnehmen, dass Dr. med. P. _____ dessen Ferienvertretung wahrgenommen und der Versicherte bei diesem am 8. April 1997 in Behandlung gestanden habe, sowie weiter, dass am 10. April 1997 ein *Röntgenbild der HWS* durchgeführt worden sei. Solches wäre wohl kaum angeordnet worden, wenn keine Beschwerden an der HWS geklagt worden seien (act. 21 Rz. 15 f.). Gemäss Bericht des Neurologen Dr. med. G. _____ vom 1. Mai 1997 habe der Geschädigte bei der Untersuchung vom 30. April 1997 angegeben, es seien einen Tag nach dem Unfall Kopfweh, Schwindel, Ohrensausen, Nackenschmerzen, Schwächegefühl im linken Arm mit Gefühlsstörungen, Steifigkeit der Finger, Gefühllosigkeit beider Beine linksbetont, begleitet von abnormer Nervosität und zeitweise Taubheitsgefühl in beiden Armen aufgetreten (act. 1 Rz. 20).

f) Was den von der Beklagten geltend gemachten „*Crescendo-Verlauf*“ der *geklagten Beschwerden* anbetreffe, so sei es eine medizinische Frage, ob dieser Verlauf so stattgefunden habe (act. 21 Rz. 8).

g) Dem Einwand, dass die geklagten Beschwerden auf *Vorzustände* zurückzuführen seien, sei entgegen zu halten, dass der schicksalsmässige Verlauf nicht zu einer entsprechenden schwerwiegenden *psychischen Fehlentwicklung* geführt hätte. Vorbestehend sei keine relevante Psychopathologie von Krankheitswert diagnostiziert worden; unfallfremde Faktoren seien keine zu erkennen (act. 1 Rz. 27 f.).

h) Aus technischer und biomechanischer Sicht sei das Kollisionsereignis mit einem *Delta-v von maximal 11 km/h* knapp geeignet, die initial festgestellten Beschwerden im HWS-Kopfbereich zu erklären (act. 1 Rz. 35 f.).

i) Schliesslich gibt die Klägerin, wie dargelegt, den Inhalt diverser ärztlicher Berichte auszugsweise wieder. Auf diese Vorbringen zur Vielzahl von medizinischen

Berichten und weiteren Urkunden wird, soweit entscheidrelevant, im Rahmen der Beweiswürdigung (vgl. nachfolgend 6.) eingegangen.

4.2. Beklagte

a) Die Beklagte bestreitet das Bestehen von unfallbedingten Gesundheitsschäden des Versicherten im Einzelnen, indem sie sich ihrerseits mit den zitierten medizinischen und anderen Akten auseinandersetzt (act. 12 Rz. 43-97; act. 25 Rz. 23-87). Es seien *keine objektivierbaren organischen Beschwerden* diagnostiziert worden. Das *typische Beschwerdebild* bestehe nicht. Sämtliche Untersuchungen hätten gezeigt, dass eine starke posttraumatische *Anpassungsstörung* vorliege, die sich aber mit dem Unfallereignis *nicht* in Einklang bringen lasse (act. 12 Rz. 98 f.). Der Versicherte habe binnen kurzer Zeit überaus massiv psychogen reagiert (act. 25 Rz. 97).

b) Zusammengefasst macht die Beklagte weiter geltend, dass das Aussageverhalten des Versicherten zu Art und Zeitpunkt des Auftretens der Beschwerden Widersprüche aufweise:

Gemäss unbestrittenem Sachverhalt habe sich der Versicherte am Unfalltag gegenüber der Polizei auf deren ausdrückliche Nachfrage nach Verletzungen als nicht verletzt bezeichnet (act. 12 Rz. 23). Gegenüber dem *Schadeninspektor der A._____* habe der Versicherte am 18. September 1997 zu Protokoll gegeben, dass er am Unfalltag weder Schwindel verspürt habe noch bewusstlos geworden sei. Der Versicherte, der gemäss unbestrittenem Sachverhalt sein Fahrzeug beim Abschleppen nach dem Unfall habe steuern können, habe nach dem Unfall klare Gedanken fassen und Entscheide treffen können. Die kognitiven Fähigkeiten seien intakt gewesen (act. 12 Rz. 25). Eine Mild Traumatic Brain Injury, wie sie später in Arztberichte Eingang gefunden habe, liege nicht vor. Der Versicherte habe gemäss unbestrittenem Sachverhalt und Aktenlage keinen Kopfanprall erlitten und sich nach dem Unfall wohl gefühlt (act. 12 Rz. 38, 72; act. 25 Rz. 55).

Gemäss dem vorerwähntem *Protokoll des Schadeninspektors A._____ vom 18. September 1997* habe der Versicherte beim Hausbesuch des Inspektor messer-

stichartige Schmerzen zwischen den Schultern angegeben, die unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten seien und die er gegenüber dem Lenker des Vorderfahrzeugs geäußert haben wolle. Demgegenüber habe er solche messerstichartigen, sofortigen Schmerzen trotz expliziter Nachfrage weder gegenüber der Polizei am Unfalltag, noch gegenüber den behandelnden Ärzten P._____, D._____, F._____ und G._____ in den folgenden Wochen erwähnt. Vor dem Besuch des Schadeninspektors am 18. September 1997 habe der Versicherte *andere Angaben* zu initialen Schmerzen gemacht (act. 12 Rz. 26).

Dem Bericht des Hausarztes Dr. F._____ vom 21. April 1997 und dessen Zuweisungsschreiben an den Neurologen Dr. G._____ vom 25. April 1997 lasse sich zu den geklagten Beschwerden demgegenüber einzig *eine Sensibilitätsstörung C4 links* entnehmen (act. 12 Rz. 26). Eigentliche *Nackenschmerzen* fänden sich erstmals im Bericht des Neurologen Dr. med. G._____ vom 1. Mai 1997 betreffend die Untersuchung vom 30. April 1997, in welchem auch erstmals das *typische Beschwerdebild* erscheine. So halte Dr. G._____ als Angaben des Versicherten u.a. fest, dass dieser *am Tag nach dem Unfall* „Kopfweg, Schwindel, Ohrensausen, Nackenschmerzen, Schwächegefühl im linken Arm mit Gefühlsstörungen, Steifigkeit der Finger, Gefühllosigkeit beider Beine linksbetont“ verspürt habe. Am Tag vor der vorerwähnten Begutachtung durch den Neurologen Dr. G._____ und der erstmaligen Angabe des typischen Beschwerdebildes habe der Versicherte unbestrittenermassen die Anwaltskanzlei Q._____ mandatiert, obwohl zu jenem Zeitpunkt weder eine Ablehnung von Versicherungsleistungen im Raum gestanden habe noch sich komplexe Rechtsfragen gestellt hätten (act. 12 Rz. 26 ff.).

Trotz der genannten Widersprüche hätten weder der medizinische Dienst der Klägerin noch die folgenden behandelnden Ärzte die Aussagen des Versicherten zu Unfallhergang und Beschwerden kritisch anhand der erhobenen Befunde und der vorhandenen weiteren Angaben zum Unfallhergang überprüft, weshalb die betreffenden Berichte den Anforderungen an beweiskräftige medizinische Unterlagen nicht genügen würden (act. 12 Rz. 29).

c) Innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden nach dem Unfall seien die für ein Schleudertrauma typischen Schmerzen an der HWS, Hartspann resp. Muskelbeschwerden an der HWS und Nackenschmerzen nicht geltend gemacht resp. nicht beobachtet oder dokumentiert worden (act. 12 Rz. 44, 84, 88; act. 25 Rz. 73). Erst am 30. April 1997 bei der Untersuchung durch Dr. G._____ sei eine Auswahl der Beschwerden gemäss dem typischen Beschwerdebild vom Versicherten vorgebracht worden (act. 12 Rz. 38). Die Beweglichkeit der HWS habe wegen der unkooperativen Haltung des Versicherten nicht überprüft werden können (act. 12 Rz. 54 f. und 88). Es sei unwahrscheinlich, dass der Versicherte die gemäss Anamnese von Dr. G._____ vom 30. April 1997 bereits *am Unfallfolgetag* aufgetretenen Beschwerden gegenüber dem erstbehandelnden Arzt verschwiegen hätte (act. 12 Rz. 30). Es finde sich *kein Bericht des erstbehandelnden Arztes Dr. P._____* bei den Akten (act. 12 Rz. 43). Es sei anhand der Aktenlage weder belegt, dass der Versicherte am Unfallfolgetag tatsächlich in die Sprechstunde des Ferienvertreters seines Hausarztes gegangen sei, noch welche Beschwerden der Versicherte gegenüber Dr. P._____ beschrieben habe (act. 12 Rz. 43 f.; act. 25 Rz. 9 und 28).

d) Die Beklagte nimmt sodann ihrerseits im Einzelnen Stellung zu Inhalt und Beweiswert der von der Klägerin zitierten und kommentierten medizinischen Berichte, worauf, soweit entscheidrelevant, bei der Beweiswürdigung einzugehen ist (vgl. 6.2 nachfolgend).

4.3. Beweisverfahren

a) Der Klägerin wurde mit Beweisauflagebeschluss vom 4. April 2013 (act. 46) der Nachweis auferlegt, dass der Versicherte beim Unfall vom 7. April 1997 ein Schleudertrauma der HWS erlitten hat und seither am typischen Beschwerdebild leidet (Beweissätze 1.1, 1.4), sowie dass insbesondere organische Unfallfolgen in Form einer C5-Senke und eines Tinnitus im gleichen Frequenzbereich einerseits und muskuloskelettale Zeichen im Sinne von Grad II der Québec-Task-Force andererseits bestehen (Beweissatz 1.3), auf welche die Klägerin – gestützt auf das Gutachten J._____ – das Vorliegen eines HWS-Schleuderverletzung im Wesentlichen stützt (vgl. act. 1 Rz. 27, act. 21 Rz. 28). Der Klägerin wurde weiter der

Nachweis auferlegt, dass beim Versicherten innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden nach dem Schadenereignis zumindest HWS- oder Nackenschmerzen auftraten und er wegen solcher Beschwerden innert der genannten Latenzzeit anlässlich einer behaupteten Erstkonsultation am Unfallfolgetag von einem Arzt an der Wirbelsäule untersucht wurde (Beweissätze 3.2 und 3.3). Schliesslich wurde ihr der Nachweis auferlegt, dass der Versicherte beim Schadenereignis eine milde traumatische Hirnverletzung erlitten hat (Beweissatz 1.2), dass er an einer schweren posttraumatischen Anpassungsstörung leidet (Beweissatz 1.5) und sämtliche genannten Beschwerden resp. Diagnosen gemäss den Beweissätzen 1.1 bis 1.5 auf das Schadenereignis vom 7. April 1997 zurückzuführen sind (Beweissatz 3.1).

Die Beklagte wurde zum Gegenbeweis insbesondere ihrer Behauptungen zugelassen, dass der Versicherte aggraviere bzw. simulierte (Gegenbeweissatz 2.1), dass er ein deutlich dysfunktionales Schmerzverhalten zeige (Gegenbeweissatz 2.2) und dass schon nicht ganz zwei Monate nach dem Schadenereignis psychovegetative Symptome im Vordergrund gestanden hätten (Gegenbeweissatz 2.3).

5. Widersprüchliche medizinische Aktenlage der ersten Jahre (1997-1999)

5.1. Einleitend zur Beweislage

a) Mit der Klägerin (act. 12 Rz. 78; act. 29 Rz. 4) und dem Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (act. 4A/II/100 S. 7) ist festzustellen, dass die medizinische Aktenlage der ersten Jahre widersprüchlich ist, was das Versicherungsgericht zur Einholung eines neurologischen Gutachtens veranlasste, welches schliesslich alleinige Grundlage für seinen Entscheid vom 27. März 2002 bildete (vgl. act. 4A/II/100 S. 8 E. 3a). Die Klägerin stützt sich zwar massgeblich auf das vom Versicherungsgericht eingeholte Gutachten des Neurologen Prof. Dr. J. _____ vom 11. August 2000 (vgl. act. 21 Rz. 28), ruft daneben jedoch eine Vielzahl weiterer medizinischer und anderer Berichte als Beweismittel an. Ein poly- oder interdisziplinäres Gutachten zum Gesundheitszustand oder dessen Unfallkausalität wurde nicht eingeholt und wird von der Klägerin in diesem Verfahren

nicht beantragt (vgl. act. 52). Das neurologische Gutachten Prof. Dr. J._____ fasst die Vorakten, soweit dem Gutachter vorliegend, zwar grob zusammen, setzt sich jedoch nur mit wenigen resp. im Wesentlichen den initialen Berichten des *ORL-Facharztes Dr. D._____* und dem initialen Befund des *Hausarztes Dr. med. F._____* auseinander (vgl. nachfolgend 6.3). Auf Inhalt und Beweiswert der angerufenen medizinischen Berichte ist daher nachfolgend im Einzelnen einzugehen.

b) Der wesentliche Inhalt der von den Parteien zum Beweis- resp. Gegenbeweis eines *unfallbedingten Gesundheitsschadens* angerufenen medizinischen und weiteren Urkunden, die in den *ersten Jahren nach dem Schadenereignis vom 7. April 1997* bis zur Erstattung des Gerichtsgutachtens vor Versicherungsgericht Solothurn vom 11. August 2000 verfasst wurden, wird nachfolgend chronologisch wiedergegeben.

5.2. Übersicht über die medizinischen und weiteren Berichte (1997 - 1999)

- In der Unfallmeldung des Arbeitgebers vom 10. April 1997 (act. 4A/I/1) wurden drei Tage nach dem Schadenereignis als erstbehandelnder Arzt Dr. med. P._____ und als nachbehandelnder Arzt Dr. med. F._____ angegeben. Unter "Art der Schädigung" wird "Schleudertrauma" angegeben.

- Ebenfalls am 10. April 1997 wurden von Dr. E._____ vom Medizinisch-Radiologischen Institut in Olten Röntgenaufnahmen gemacht. Nach ausführlichem Befund hielt Dr. E._____ folgende Beurteilung im Bericht vom 10. April 1997 (act. 13/4) fest: "Keine nachweisbare Wirbelkörperfraktur oder Zeichen einer Rotationsdislokation. Vorbestehende Chondrosis intervertebralis C5/C6." Die Erhebung dieses Befunds ist unbestritten (act. 12 Rz. 52, act. 21 Rz. 14 ff.).

- Bei der Untersuchung vom 10. April 1997, wiederum drei Tage nach dem Schadenereignis, erstellte der ORL-Facharzt Dr. D._____ (Bericht vom 11. April 1997) (act. 4A/I/9) ein Tonaudiogramm wegen eines geklagten Ohrgeräusches und hielt in seinem Bericht fest:

"Angeblich keine früheren Ohrerkrankungen. Vor einigen Jahren sei ein A._____ -Audiomobilttest durchgeführt worden am Arbeitsplatze, dessen Resultat uns nicht bekannt ist. [...] Im Anschluss an das Schleudertrauma vom

07.04.1997 (Akzeleration) traten nebst starken Schmerzen im Halsbereich auch ein starkes beidseitiges hochfrequentes Ohrgeräusch auf linksbetont, subjektiv keine sichere Gehörsverminderung. [...] die Wirbelsäule und Kopfgelenke sind durch den Stützkragen ruhig gestellt. [...]. Im heutigen Reintonaudiogramm findet man eine leichtgradige hochtonbetonte Schallempfindungshörstörung im Sinne von beidseitigen C5-Senken von max. -40 dB rechts bei 6'000 Hz bzw. -35 dB links zwischen 4'000 und 6'000 Hz. Das Ohrgeräusch ist zwischen 4'000 und 6'000 Hz an der Hörschwelle lokalisierbar."

Es ergaben sich im Übrigen anatomisch Normalbefunde. Der ORL-Facharzt kam zu folgender Beurteilung:

"Im Rahmen des Schleudertraumas der Wirbelsäule Entwicklung eines akuten starken Ohrgeräusches bei audiometrisch nachweisbaren C5-Senken. Es wird eine Behandlung mit Trental [...] eingeleitet."

- Gemäss Polizeirapport vom 21. April 1997 (act. 4B) gab der Versicherte *am Unfallort* auf Nachfrage an, keine Verletzung erlitten zu haben.

- Zwei Wochen nach dem Unfall verfasste Dr. med. F. _____ als Hausarzt des Versicherten ein Arzteugnis (21. April 1997) (act. 4A/1/2) zuhanden der Klägerin. Als Erstbehandlungsdatum wurde der 8. April 1997 angegeben. Dr. F. _____ hielt die Angaben des Patienten wie folgt fest: "Am 07.04.1997 Auffahrunfall in Aarau. Anfänglich nur wenig Schmerzen, erst Schmerzen am nächsten Morgen, einige Tage später Auftreten eines lästigen Tinnitus." Unter „Allgemeinzustand“ hält der Hausarzt fest:

"a) Besondere Wahrnehmungen (Gemütsverfassung, Alkohol, Drogen usw.)

Gemäss meinem Ferienvertreter Dr. P. _____ unauffällig

b) Folgen von Krankheiten und Unfällen sowie Körperanomalien (Invalidität)

Status nach Diskushernieoperation mit entsprechenden Restbeschwerden"

Der Hausarzt erhob folgenden Befund:

"Die Beweglichkeit der HWS ist deutlich eingeschränkt, die Rotation nach rechts beträgt 30°, nach links 20°. Auch Inklination und Reklination sind deutlich eingeschränkt. Bei der Untersuchung findet man zudem eine Sensibilitätsstörung im Bereiche von C4 links. Wegen des Tinnitus ist der Patient bei Herrn Dr. D. _____ untersucht worden, eine Berichtskopie hat man Ihnen zugestellt.

Röntgenbefund: HWS ap/seitl.: Keine ossäre Läsion"

Der Arzt stellt die Diagnose "Schleudertrauma der HWS". Unter Kausalität wird bei der Frage, ob ausschliesslich Unfallfolgen vorliegen würden, „Ja“ angekreuzt“. In Bezug auf die Therapie wird eine "Immobilisation mit Kragen, ab nächster Woche sorgfältige Physiotherapie ohne allzu eingreifende Mobilisationen" angegeben.

- Dem vier Tage nach Erstellen des Arzteugnisses UVG vom 21. April 1997 verfassten Zuweisungsschreiben des Hausarztes Dr. med. F. _____ vom 25. April 1997 (act. 4A/1/3) an den von ihm beigezogenen Facharzt Neurologie, Dr. med. G. _____, "für eine Beurteilung bei einem Schleudertrauma" ist zu entnehmen:

"Am 07.04.97 erlitt der Patient einen Auffahrunfall. Anfänglich verspürte er keine Schmerzen, am Tage danach hatte er jedoch die typischen Beschwerden als Folge eines Schleudertraumas, gleichzeitig ist auch ein Tinnitus aufgetreten, weswegen mein Vertreter Dr. P. _____ den Patienten D. _____ zugewiesen hat. Anfänglich ging es dem Patienten recht gut, er klagte jedoch schon von Anbeginn über Sensibilitätsausfälle im Bereiche der linken Schulter, welche ich auf das Dermatome C4 zurückgeführt habe. In der Zwischenzeit haben die Schmerzen zugenommen, der Patient klagt auch über Sensibilitätsstörungen im Bereiche des ganzen Armes, ohne dass speziell ein Dermatom angegeben werden kann. Der Händedruck ist symmetrisch."

- Am 30. April 1997 wurde der Geschädigte vom Neurologen Dr. med. G. _____ nach Zuweisung durch den Hausarzt Dr. med. F. _____ untersucht. Dr. med. G. _____ erhob in seinem Bericht vom 1. Mai 1997 (act. 4A/1/6) folgende Anamnese:

"Am 07.04.97 in Auffahrunfall verwickelt, dabei wurde sein Fahrzeug von einem schweren Geländewagen von hinten gerammt. Am darauffolgenden Tag Kopfweh, Schwindel, Ohrensausen, Nackenschmerzen, Schwächegefühl im linken Arm mit Gefühlsstörungen, Steifigkeit der Finger, Gefühllosigkeit beider Beine linksbetont. Begleitend abnorme Nervosität, zeitweise Taubheitsgefühl in beiden Armen. Radiologisch keine nachweisbaren Wirbelkörperfrakturen oder Rotationsdislokation im Bereiche der HWS.

Vor rund 2 Jahren offenbar mehrmonatige Arbeitsunfähigkeit wegen chronischen Rückenschmerzen, damals Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik Rheinfelden. [...]"

Er erhob folgenden Befund:

"Gesichtsfeld digital intakt, normale Pupillen- und Augenmotorik, kein Spontan- oder Lagensystagmus, Cornealreflex seitengleich lebhaft. Komplette Blockierung der

HWS-Beweglichkeit, Verspannung und Gegenstemmen bei Lasègue-Prüfung bds. Reflexe an oberen und unteren Extremitäten seitengleich auslösbar, Babinski negativ. Normale Trophik der Muskulatur, grobe Kraft kooperationsbedingt nicht prüfbar, Gangbild normal, schwierige Gangarten nicht prüfbar, Angabe einer Hypästhesie [Anm.: Vermindertes Berührungsempfinden] am linken Arm, Schulterbeweglichkeit schmerzhaft eingeschränkt, passiv bis in Endstellung mobilisierbar. BD 140/100."

Dr. med. G. _____ kam zu folgender Beurteilung:

"Der Patient klagt über multiple diffuse subjektive Beschwerden, wie sie im Zusammenhang mit einer Distorsion der Halswirbelsäule charakteristischerweise auftreten können. Klinisch imponiert ein schweres linksbetontes cervikobrachiales Schmerzsyndrom [Anm.: Schulter-Arm-Syndrom]. Der Patient bewegt sich überdies wie bei einer akuten Lumbago, was im Zusammenhang mit dem abgelaufenen Ereignis nicht plausibel ist.

Sämtliche klinischen Befunde, die nicht willkürlich beeinflusst werden können, sind unauffällig, insbesondere finden sich seitengleiche Reflexe und die Beobachtung der Bewegungsabläufe ausserhalb des Untersuchungsganges erlaubt zuverlässig, motorische Lähmungen auszuschliessen. (...) Trotz der bei mangelhafter Kooperation erschwerten Untersuchung finden sich schliesslich keine Hinweise für zentralnervöse Ausfälle oder eine cervikale Rückenmarksläsion.

3 Wochen nach dem fraglichen Unfall sind die geklagten Beschwerden glaubhaft. So wie sich der Patient aber präsentiert, besteht der Verdacht auf eine massive funktionelle Überlagerung. Aufgrund der Vorgeschichte mit mehrmonatiger Arbeitsunfähigkeit wegen Rückenbeschwerden vor 2 Jahren ist die Prognose auch beim derzeitigen Ereignis eher ungünstig."

- Nachdem am 2. Mai 1997 ein zweites Tonaudiogramm erstellt worden war (act. 4A/I/9), stellte der ORL-Facharzt Dr. D. _____ im Zwischenbericht vom 5. Mai 1997 (act. 4A/I/8) die Diagnose

"Ohrgeräusch links mit linksbetonter C5-Senke, Zustand nach einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule vom 07.04.1997."

Zum Verlauf hält Dr. D. _____ fest, dass "*subjektiv* immer noch störendes Ohrgeräusch links, *angeblich auch Hörstörung links und Lärmempfindlichkeit*" bestehe, sowie weiter, dass „*das subjektiv starke Ohrgeräusch* [...] nach Angabe des Patienten erst im Anschluss an das Wirbelsäulentrauma aufgetreten“ sei. Der Versicherte sei aus ohrenärztlicher Sicht im Prinzip *arbeitsfähig*, doch bestünden erhebliche Beschwerden im Zusammenhang mit der Halswirbelsäule, weshalb die

Bestimmung der weiteren Arbeitsunfähigkeit seitens des Hausarztes erforderlich sei.

- Mit Schreiben vom 5. Mai 1997 (act. 4A/I/7) ersuchte der Hausarzt den A. _____ - Kreisarzt Dr. med. H. _____ um Aufbietung des Versicherten zu einer Standortbestimmung. Gemäss Bericht des A. _____ -Kreisarztes Dr. med. H. _____ vom 22. Mai 1997 (act. 4A/I/10) an den Hausarzt über die gleichentags durchgeführte Untersuchung klagte der Versicherte bei der Untersuchung über „*multiple Beschwerden, welche von Vergesslichkeit über Schwindel, Erbrechen, HWS-Beschwerden, Rückenbeschwerden sowie Beinbeschwerden gehen*“. Es bestehe *keine Schmerzarchitektur* und es würden vom Patienten *keine schmerzauslösenden Momente angegeben*.

Der Arzt erhob folgenden Befund:

"[...] Die Untersuchung ist mangels Kooperation erschwert. Die Befunde können teilweise über Trickbewegungen evaluiert werden. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule ist unbeobachtet spontan normal. Bei der Untersuchung wird die Halswirbelsäule praktisch steif gehalten. Bei mehrmaliger Umlagerung auf der Untersuchungsfläche konnte ich ebenfalls eine gute Beweglichkeit der Halswirbelsäule feststellen. Die paravertebrale Muskulatur ist weich. Eine segmentale Untersuchung ist mangels Kooperation nicht durchführbar, obwohl dies an und für sich nicht zu Schmerzen führen sollte. Die Globalfunktionen des Rückens sind nicht zu untersuchen. Beim Inklinationsversuch bewegt sich der Patient höchstens einige Grade. Andererseits kann er sich im Sitzen bei ausgestreckten Beinen problemlos halten. Auch beim Besteigen der Untersuchungsfläche sind keine typischen Probleme zu sehen, welche vom Patienten bei Rückenschmerzen normalerweise angegeben werden. Radikulär kann ich auch heute keine Probleme feststellen. Die Reflexe sind symmetrisch. Der Lasègue-Test [...] kann im Liegen nicht geprüft werden, da schon bei ungefähr 60° eine massive Blockierung eintritt, welche sich aber durch etwas Geduld plötzlich löst. Auch bei der Prüfung des Lasègue im Sitzen (straight leg distraction test) sind keine Zeichen für ein Lasègue zu finden. Sensibilitätsstörungen werden keine angegeben. Die paravertebrale Muskulatur ist gesamthaft weich. Die Kraftverhältnisse können nicht geprüft werden, da hier keine Kooperation, auch nicht für die kleinsten Kraftversuche, vorhanden ist. Allgemein kann auch bei der schon leichtesten Berührung eine Überreaktion festgestellt werden. Bei Rotation der Wirbelsäule bei fixiertem Becken gibt der Patient weniger Schmerzen an als bei der Rotation unter passiver Mitführung des Beckens. Beim Burn's hysterical bench test praktisch Steifhaltung des Rückens."

Er gelangte zu folgender Beurteilung:

"Der Patient erlitt eine HWS-Distorsion anlässlich eines Auffahrunfalls vor sieben Wochen. [...]

Aufgrund der erst nach 12 Stunden aufgetretenen Beschwerden darf hier von einer leichten HWS-Distorsion ausgegangen werden und man sollte unter diesen Umständen auch von einer kurzfristigen Arbeitsunfähigkeit ausgehen dürfen.

[...] Der Patient weist bei der Untersuchung verschiedene Unregelmässigkeiten auf. Der Patient kann durch einfache Trickuntersuchungen in praktisch jedem Fall überführt werden.

[...] Das heutige Benehmen des Patienten spricht aber nicht mehr gross für Unfallfolgen, sondern für eine bewusste oder unbewusste funktionelle Überlagerung. Ich glaube, dass diesem Zustand durch eine vorsichtige Reintegration im Arbeitsprozess am besten ein Ende gesetzt werden kann. Es geht darum, dem Patienten wieder Vertrauen in seinen Rücken und in seine Halswirbelsäule zu geben, was er am ehesten im Betrieb [...] wieder erwerben kann [...].

Auf jeden Fall ist eine weitere spezialärztliche Abklärung (...) kontraindiziert. [...] Es würde die ganze Problematik der meines Erachtens sicher vorliegenden psychischen Überlagerung nur noch verstärken.

Konkret habe ich dem Patienten ab Morgen, 23.5.97 eine Arbeitsfähigkeit zu 25% während eines halben Tages attestiert [...]."

- Entsprechend der Empfehlung von Dr. med. H._____ zur vorsichtigen Reintegration in den Arbeitsprozess (25% Arbeitsfähigkeit während eines halben Tages, vgl. hiavor) unternahm der Versicherte einen kurzen Arbeitsversuch. Gemäss Schreiben des Hausarztes Dr. med. F._____ an Dr. med. H._____ vom 27. Mai 1997 (act. 4A//111) zum Arztbesuch vom gleichen Tag brach der Versicherte die Arbeit nach wenigen Stunden ab wegen Auftretens von *Konzentrationsstörungen, Schwindel, Nausea und Magenbeschwerden*. Der Hausarzt Dr. med. F._____ erachtete es zwar als dem Arbeitsbetrieb des Versicherten nicht zumutbar, einen solchen Patienten „zu hüten“, doch dürfe man „den Patienten nicht weiterhin damit belohnen, ihn weiterhin voll arbeitsunfähig zu schreiben“. Er empfahl eine raschmögliche Anmeldung in der Rehaklinik Bellikon, da man mit ambulanten Methoden nicht weiterkomme.

- Nach der erneuten kreisärztlichen Untersuchung hielt Dr. med. H._____ im Bericht an den Hausarzt vom 30. Mai 1997 (act. 4A//12) fest:

"Diagnose:

07.04.1997 Auffahrunfall mit Schmerzaufreten ungefähr 12 Stunden nach dem Unfallereignis mit jetzt schon wesentlichen Zeichen von somatoformen Schmerzen. [...]

Angaben:

Der Patient berichtet heute über massivste Beschwerden. Er kommt bei mir schon nach kurzem Sitzen ins Zittern und ins Schwitzen. Eine Untersuchung ist wegen Steifhaltung der Halswirbelsäule nicht möglich. Periphere Neurologie nach wie vor ungestört.

Procedere:

Bei Status nach typischem Auffahrunfall mit einer Noncontactverletzung der Halswirbelsäule bestehen heute im wesentlichen psychovegetative Symptome, welche meines Erachtens interdisziplinär angegangen werden müssen. [...]"

Im Hinblick auf das weitere Vorgehen schloss der Neurologe Dr. med. H. _____ auf die Notwendigkeit eines interdisziplinären Vorgehens und schlug dem Versicherten eine Hospitalisation in Bellikon vor.

- Vom 4. Juni bis 30. Juli 1997 weilte der Versicherte in der Rehaklinik Bellikon zur stationären Behandlung. Im Austrittsbericht Bellikon vom 26. August 1997 (act. 4A/I/20) werden folgende „Angaben des Patienten“ festgehalten: Er sei total ruiniert, habe Kopfschmerzen unterschiedlicher Intensität, Ohrgeräusche, Nackenschmerzen, lumbale Rückenschmerzen, es tue ihm überall weh. Er habe Schmerzen über und im Auge. Er leide an Übelkeit und Erbrechen und sei psychisch am Boden.

Zum Verlauf der Therapie wird festgehalten, dass es nicht möglich gewesen sei, einen therapeutischen Zugang zum Patienten zu finden. Das somatische Problem habe kaum angegangen werden können. Er sei durch seine psychische Verfassung nicht in der Lage mitzuarbeiten. Der Patient wirke immer sehr nervös und unruhig. Er zeige ein sehr tiefes Leistungsniveau. Er zittere fast immer am ganzen Körper.

Gemäss der "Beurteilung bei Austritt: Organische Schädigung und funktionelle Störung", wird festgehalten:

„Bewegungseinschränkung der HWS und LWS wegen muskulären Verspannungen. Depression und Hoffnungslosigkeit ohne Zukunftsperspektive. Feh-

lende Konzentrationsfähigkeit. Er hat dauernde Schmerzen und gibt keine Schmerzlinderung beim Sitzen oder Liegen an. Ausgeprägte posttraumatische Anpassungsstörung.

Behinderung/Fähigkeitsstörung: Der Patient ist depressiv, hoffnungslos und ohne Zukunftsperspektive [...]"

Bis zur erneuten Beurteilung der *Arbeitsfähigkeit* durch die Klägerin sei die Psychotherapie weiterzuführen, die Physiotherapie wegen fehlender Wirkung nicht. Der Patient wird in die hausärztliche Weiterbetreuung entlassen.

Im Bericht zum psychosomatischen Konsilium der Reha-Klinik Bellikon vom 13. Juni 1997 (act. 4A//vor20), auf welchen im obigen Austrittsbericht (Seite 3) verwiesen wird, wird unter „Angaben des Patienten“ u.a. festgehalten:

"Er sei allgemein am Boden mit den Nerven, es gehe immer schlechter. [...] Am schlimmsten zu ertragen seien die permanenten, stechenden Kopfschmerzen (im ganzen Kopf lokalisiert) [...]. Schmerzverstärkend seien langes Sitzen und Gehen (Schwindel), Lärm und Wetterwechsel. Neben dem Kopfweh habe er auch Schmerzen vom Nacken bis ins Kreuz ausstrahlend, manchmal seien Arme und Beine ganz steif, die Augenbewegungen seien schmerzhaft, in beiden Ohren habe er einen Tinnitus, er leide unter Übelkeit, Lärmempfindlichkeit, Appetit- und Libidoverlust sowie Schlaflosigkeit.

Angst habe er lediglich bei Höhenexpositionen; als Beifahrer im Auto ängstige er sich nicht sonderlich, aber selber würde er seit dem Unfall aufgrund der gestörten Befindlichkeit nicht mehr Auto fahren.

Vom Unfall habe er nie geträumt, dieser sei nicht so sehr dramatisch gewesen. Jedenfalls habe er nach dem Heckaufprall lediglich ein Stechen zwischen den Schulterblättern gespürt. Erst am anderen Morgen sei er ‚völlig blockiert‘ gewesen und habe vor lauter Schmerzen kaum noch aufstehen können.

Eine spezialärztliche Untersuchung beim Neurologen Dr. R._____ in Basel sei ihm verweigert worden, und anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung habe er vor Schmerzen laut aufgeschrien [...]. Er fühle sich in seinen Beschwerden nicht ernst genommen und als Simulant hingestellt.

Unter "Eigene Beobachtungen" wird festgehalten:

"[...] Auffallend ist die innere Gespanntheit mit motorischer Unruhe [...]. Das Denken ist auf die zahlreichen Beschwerden inkl. die psychische Symptomatik eingengt und fixiert. Der Patient macht einen glaubhaft verzweifelten Eindruck und leidet unter tiefsitzenden Zukunftsängsten [...]. Von den Beschwerden sind inzwischen fast der ganze Körper mit sämtlichen Organsystemen betroffen, so dass der Patient psychovegetativ völlig entgleist erscheint."

Es wird folgende psychopathologische Beurteilung abgegeben:

"Ausgeprägte posttraumatische Anpassungsstörung mit agitiert-depressiven Zügen und prononcierter psychovegetativer Symptomatik bei leistungsorientierter Persönlichkeit mit hohem Autarkie- und internalem Kontrollbedürfnis. (ICD-10: F 43.25)"

- Dem Bericht der behandelnden Assistenzärztin Dr. med. S. _____ des Ambulatoriums der psychiatrischen Klinik Solothurn vom 7. Oktober 1997 (act. 4A/I/44), visiert von der Oberärztin Dr. med. S. _____, ist zu entnehmen, dass der Versicherte nach initialer medikamentöser Behandlung durch den ORL-Facharzt seit dem Austritt in Bellikon von seinem Hausarzt weiterbetreut werde. Seit dem 7. August 1997 werde er im psychiatrischen Ambulatorium Solothurn betreut aufgrund einer „posttraumatischen Anpassungsstörung mit agitiert-depressiven Zügen“. Zur „aktuellen Situation“ werden (nebst Angaben des Versicherten zu seit dem Schadenereignis vorliegenden Kopfschmerzen, Tinnitus, Zittern an oberer und unterer Extremität links usf.) insbesondere *Zukunftsängste in beruflicher wie familiärer Hinsicht*, eine zunehmende depressive Entwicklung mit sozialem Rückzug, eine Störung der Vitalgefühle und latente Suizidalität festgehalten. In der Familie seien grosse Spannungen aufgetreten, es sei zu Streitigkeiten zwischen den Ehepartnern und zu schwierigen Situationen vor allem mit dem Sohn gekommen. Unter „Psychostatus bei Eintritt“ wird nebst Normalbefunden festgehalten, dass die Konzentration vermindert sei und das Denken auf seine Schmerzproblematik und Zukunftsängste konzentriert sei. Gemäss „Beurteilung“ liege eine „traumatische Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt“ (IDC-10 F 43.22) vor.

- Die Beurteilung des ORL-Facharztes Dr. U. _____ (A. _____-Ärzteteam) vom 14. November 1997 (act. 4A/I/49) nimmt Bezug auf das Audiogramm des behandelnden ORL-Facharztes Dr. D. _____ vom 10. April 1997 mit beidseitiger C5-Senke mit einem binauralen Hörverlust von 16,4%, wobei das intakte Gesamtgehör mit 200% veranschlagt wird. Die Erheblichkeitsgrenze bei binauralem Hörschaden liege bei 70% Hörverlust. Der ORL-Facharzt nimmt sodann Bezug auf den unstreitig seit 1992 vorbestehenden binauralen Hörschaden von 14,9%. Im

Vergleich zur Voruntersuchung vom 2. Juli 1992 habe sich das Gehör nur sehr schwach im Rahmen der physiologischen Alterung verschlechtert. Durch das Unfallereignis vom April 1997 sei damit zumindest kein organischer Hörschaden verursacht worden. Ohne Vorliegen eines unfallbedingten Gehörschadens sei ein als erheblich zu bezeichnender Tinnitus *unfallbedingter Art* sehr unwahrscheinlich. Den subjektiv geklagten Tinnitus des Versicherten erachtet er aus ORL-ärztlicher Sicht als nicht plausibel resp. kein ORL-ärztliches Problem.

- Im Austrittsbericht der Klinik Valens vom 11. Dezember 1997 (act. 4A/155), wo sich der Versicherte vom 19. bis 28. November 1997 (vorzeitiger Abbruch) zu einer weiteren stationären Behandlung aufhielt, diagnostizierten die Ärzte ein *HWS-Distorsionstrauma* mit ausgeprägter *posttraumatischer Anpassungsstörung* mit agitiert-depressiven Zügen und prononcierter psychovegetativer Symptomatik bei leistungsorientierter Persönlichkeit. Gemäss Beurteilung stehe beim Versicherten *„zur Zeit die psychiatrische Problematik, die sich nach dem Unfall vor allem sekundär entwickelt habe, deutlich im Vordergrund.“* Eine *somatische Rehabilitation* sei daher überhaupt nicht möglich. Der Versicherte werde daher an die Privatklinik Wyss (an welche der Austrittsbericht gerichtet ist) überwiesen zwecks stationärer psychiatrischer Behandlung. Radiologische Abklärungen ergaben nebst unauffälligen Befunden den „Verdacht auf kleine Retroosteophyten“, die „wahrscheinlich posttraumatisch bedingt“ seien. Zu geklagten Beschwerden ist dem Bericht zu entnehmen: Kopfschmerzen vom Nacken bis frontal. Konstantes Ohrgeräusch beidseits, ständige Übelkeit mit gelegentlichem Erbrechen und allgemeiner Appetitlosigkeit, Schmerzausstrahlung vom Nacken bis gegen lumbal, Gedächtnis generell und Konzentrationsfähigkeit klar reduziert, Dysästhesien [Anm. PSCHY-REMBEL: Empfindungsstörungen] in Extremitäten beim Liegen, aber auch Stehen und Sitzen, in beiden Armen und ventral an beiden Oberschenkeln; könne maximal noch 15 Minuten gehen; Schlafprobleme. Zum objektiven Befund ist dem Bericht zu entnehmen: Unauffälliger Allgemeinstatus; neurologisch keine sensomotorischen Ausfälle, Muskeleigenreflexe symmetrisch normal auslösbar und keine pathologischen Reflexe. Rheumatologisch: *Im Waddell-Test seien alle einzelnen Punkte positiv; eine aussagekräftige Untersuchung der Beweglichkeit der HWS sei nicht möglich, da der Geschädigte bei kleinster Bewegung starke Schmerzen*

angebe und stark zu zittern beginne. Die gesamte Wirbelsäule sei stark druckdolent.

Es folgte eine Überweisung an die Privatklinik Wyss in Münchenbuchsee zwecks stationärer psychiatrischer Behandlung. Zu dortigen Befunden wurde nicht plädiert und ein Bericht nicht ins Recht gelegt.

- Mit Einsprache des Hausarztes Dr. med. F. _____ vom 29. Januar 1998 (act. 4A//69) gegen die Verfügung der Klägerin vom 12. Januar 1998 ersucht der Hausarzt um ein Zurückkommen auf den Entscheid (Leistungseinstellung). Es sei eine *interdisziplinäre Beurteilung* der ganzen Situation angezeigt.

- Dem Arztbericht des Hausarztes Dr. med. F. _____ vom 25. März 1998 an die IV -Stelle Solothurn (inkl. Beiblatt zum Arztbericht, S. 2, act. 53/1) sind die Diagnosen „HWS Distorsionstrauma vom 7. April 1997“ und "ausgeprägte posttraumatische Anpassungsstörung mit depressiven Zügen und psychovegetativer Symptomatik" zu entnehmen. In Bezug auf den Befund hält der Hausarzt fest, dass chronische Beschwerden im Bereich des Nackens mit Ausstrahlung in den Rücken bestehen würden. Hinsichtlich des Status führt er aus, dass sämtliche Kopfbewegungen schmerzbedingt eingeschränkt seien. Der Geschädigte trage stets einen Halskragen. Während allen Arztbesuchen zeige sich eine ausgeprägte psychomotorische Unruhe.

- Die Beurteilung von Dr. med. V. _____ vom 30. März 1998 (Facharzt Chirurgie, Ärzteteam Unfallmedizin der A. _____) wurde in Zusammenhang mit dem Einspracheverfahren gestützt auf die Akten einschliesslich Röntgenbilder erstattet. Nebst einer Zusammenfassung der bisherigen Einschätzungen seitens der Klägerin (die zum Fallabschluss führten) äusserte er sich insbesondere zur Feststellung gemäss Austrittsbericht der Klinik Valens, wonach die radiologischen Veränderungen C5/6 in den Röntgen vom 21.11.1997 „wahrscheinlich posttraumatisch“ seien:

"Hingegen belegen die Aufnahmen vom 10.4.97 vorbestehende degenerative Veränderungen C5/6 (kleine Osteophyten dorsal, Verkalkung des vorderen Längsbandes). Für eine Verschlimmerung derselben ergeben sich auf den späteren Röntgen keine objektiven Hinweise.

Wenn ein Assistenzarzt im Austrittsbericht von Valens einfach behauptet (leider unkritisch vom Oberarzt visiert), die radiologischen Veränderungen C5/6 in den Röntgen vom 21.11.97 seien "posttraumatisch", so ist das schlicht leichtfertig. Man hat sich leider nicht die Mühe genommen, mit den ersten Aufnahmen vom 10.04.97 zu vergleichen. Der direkte Vergleich zeigt nun aber eindeutig, dass die Bilder unverändert sind. Der Radiologe Dr. W. _____ hatte am 21.11.97 noch seriös auf die Differentialdiagnose (DD) "degenerativ" verwiesen. Auch er hatte die früheren Röntgen nicht zur Verfügung. Für einen erfahrenen Traumatologen ist es auch sonst klar, dass solche (noch altersentsprechenden) degenerativen Veränderungen an typischer Stelle unmöglich in so kurzer Zeit "posttraumatisch" entstehen können, ausser bei massivsten Bandverletzungen im Rahmen von Frakturen oder (Sub-)Luxationen mit sofortigen sehr starken Schmerzen und evtl. neurologischen Ausfällen. Das ist jedoch mit dem konkreten Unfall, speziell den intakten Kopfstützen und der deutlichen Beschwerde-Latenz nicht vereinbar."

- Dr. med. R. _____ stellte mit Schreiben vom 25. März 1998 (act. 4A/I/84) an die Rehaklinik Rheinfelden *ein Kostengutsprachege such* für eine erneute Hospitalisation des Versicherten. Dr. R. _____ geht von einem HWS-Distorsionstrauma sowie *einer milden traumatischen Hirnverletzung* aus:

"Als Folge dieser Verletzung besteht noch heute ein deutliches links betontes Cervicalsyndrom sowie cervicocephale Beschwerden. Zusätzlich ergeben sich anhand der Anamnese Anhaltspunkte für leichte kognitive Störungen. Als u.a. Folge der Einbussen kam es zu einer ausgeprägten posttraumatischen Anpassungsstörung mit agitiert depressiven Zügen.

[...] [Der Versicherte] befindet sich in einer schwierigen sozialen Situation; er fühlt sich verlassen und hat Angst vor seiner Zukunft. Aufgrund seiner Verhaltensauffälligkeiten ergeben sich auch familiäre Probleme. Ehefrau und Kinder 'halten den Patienten kaum noch aus'.

Heute leidet [der Versicherte] noch immer unter ständigen Kopfschmerzen, Schwindelbeschwerden, Ohrschmerzen, einem Schulter-Arm-Schmerz links, einer ausgeprägten Lärm- und Lichtempfindlichkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, einer Schlafstörung, Sehstörungen, einem vollkommenen Libidoverlust sowie unter einer ausgeprägten quälenden Angst. Ferner bestehen Rückenschmerzen. (...)"

- Das weitere Schreiben des Neurologen Dr. med. R. _____ vom 22. Juni 1998 (act. 4A/II/vor 95) richtet sich an den drei Wochen nach dem Schadenereignis mandatierten Rechtsanwalt des Versicherten (Dr. AA. _____) und enthält eine Stellungnahme zum Gesundheitszustand auf Nachfrage des Rechtsvertreters. Es hält wiederum fest, dass der Versicherte am 7. April 1997 eine HWS-Verletzung sowie eine milde traumatische Gehirnverletzung erlitten habe. Organisch habe

sich konsistent ein deutliches linksbetontes Cervicalsyndrom objektivieren lassen. Das Cervicalsyndrom sei belegt durch eine **verspannte Muskulatur im Genickbereich** sowie im oberen Brustwirbelsäulenbereich mit in diesem Bereich auch sogenannten "Myogelosen". Bei diesen handle es sich um schmerzhafte "Verklebungen" der Muskulatur. **Es gebe keinen Grund anzunehmen**, dass der Zustand des Versicherten nicht Folge der Auffahrkollision vom 7. April 1997 sei. Daneben bestehe eine emotionelle Verarbeitungsstörung mit auch kognitiven Störungen, eventuell als Folge der emotionalen Verarbeitungsstörung oder einer MTBI, welche sehr ausgeprägt sei.

- Der Bericht des Instituts Dr. AB. vom 25. Mai 1998 (act. 4A/II/vor 95) zu den am 11. Mai 1998 erstellten MRI enthält folgende radiologische Diagnose:

"Kopf: Keine postkontusionellen Hirnparenchymläsionen.

HWS:

Streckhaltung der HWS mit lokaler Kyphose C2 - C5. Osteochondrose C5 / 6 mit ventraler hypostotischer Spondylose. Blockierung der Segmente C5 und C6 in Inklination. Normale Reklination. Keine Discushernien oder anderweitigen Neurokompressionen C2 - Th4. Keine fokalen Läsionen des cervicalen Rückenmarks. Keine posttraumatische Syrinx. Rotationsfehlstellung C2 (Processus spinosus ragt nach rechts). Schiefhaltung der HWS nach links (mitbedingt durch leichte Kyphoskoliose der oberen BWS).

Craniocervicaler Uebergang [Anm.: Übergang zwischen Kopf und Hals]

Diskrete Arthrose in den atlantooccipitalen Gelenken und in der gelenkigen Verbindung zwischen vorderem Atlasbogen und Dens. Rotationsfehlstellung C2 (Dens ragt nach rechts). Die direkte Darstellung der craniocervicalen Ligamente zeigt diese kontinuierlich, normointens und normal breit. Beidseits massiv eingeschränkter Rotationsumfang C0 - C2, wahrscheinlich schmerzbedingte Blockierung."

- Dem Schreiben der Psychiatrischen Dienste des Kantons Solothurn an die IV-Stelle Solothurn vom 20. Mai 1998 (act. 53/2) ist zu entnehmen, dass der Versicherte aktuell aufgrund eines HWS-Distorsionstraumas und einer milden traumatischen Hirnverletzung 100% arbeitsunfähig sei und die IV ihren Fragenkatalog an die Rehaklinik Rheinfelden richten solle.

- Der Arztbericht der Rehaklinik Rheinfelden, Dr. med. AC. , vom 11. August 1998 (inkl. einseitiges und siebenseitiges Beiblatt) richtet sich an die IV-

Stelle (act. 53/3). Dem Bericht ist zu entnehmen, dass der Versicherte weiterer ärztlicher Behandlung durch seinen *Hausarzt und seinen Psychotherapeuten* bedürfe. Auf Seite 1 des Beiblatts hält Dr. med. AC._____ unter dem Titel "Diagnose" Folgendes fest: "Heckauffahr- und Frontalkollision am 07.04.1997 mit St.n. HWS-Distorsion und leichter traumatischer Hirnverletzung mit cervico-cephalem Syndrom, neuropsychologischen Defiziten, schwerer posttraumatischer Anpassungsstörung mit agitierten Zügen, schwere psychovegetative Erschöpfung". Der Bericht basiert auf dem Aufenthalt des Versicherten im Juni/Juli 1998 in Rheinfelden (vgl. S. 2), wozu sich das siebenseitige Beiblatt äussert. Dieses Beiblatt zum Arztbericht ist inhaltlich im umfangreicheren Austrittsbericht von Dr. med. AC._____ vom Vortag zuhanden des zuweisenden Neurologen Dr. med. R._____ (act. 4A/II/vor 95, vgl. sogleich) enthalten, der ebenfalls als Beweismittel angerufen wird.

- Mit Schreiben der Rehaklinik Rheinfelden, Dr. med. AC._____ , an Dr. med. R._____ vom 10. August 1998 (act. 4A/II/vor 95) wurde dem zuweisenden Neurologen der Austrittsbericht nach Abschluss des stationären Aufenthalts (4. Juni bis zum 29. Juli 1998) erstattet. Nach ausführlicher Anamnese (S. 1-5) werden als bei Eintritt geklagte Beschwerden u.a. cervicale Dauerschmerzen und permanente Kopfschmerzen, häufig auch hinter den Augen, Schmerzausstrahlung in den Schultergürtel, zeitweise auch in beide Arme, Kribbelparästhesien in den Fingern III bis V, lumbale Dauerschmerzen von wechselnder Intensität, zunehmend im Sitzen und beim Gehen nach einer halben Stunde, Schmerzausstrahlung in beide Beine, häufig verbunden mit Kribbelparästhesien, zeitweise blitzartig auftretende Schmerzen im rechten Bein bei Belastung, Sehstörungen mit Verschwommensehen, Nebelsehen, vor allem rechts, beidseitigem dauernd vorhandenem Tinnitus, Schwindel, etwas gelindert durch das Tragen des Halskragens, Schluckstörungen, Kiefergelenksschmerzen, Lärm- und Lichtempfindlichkeit, Vergesslichkeit, Traurigkeit, Aggressivität angegeben. Unter "Diagnosen" wird festgehalten::

"Heckauffahr- und Frontalkollision am 07.04.1997 mit

- St. n. HWS-Distorsion mit leichter traumatischer Hirnverletzung mit
 - cervico-cephalem Syndrom
 - neuropsychologischen Defiziten
 - schwerer posttraumatischer Anpassungsstörung mit agitierten Zügen

- schwere psychovegetative Erschöpfung"

Unter "Beurteilung und Verlauf" (S. 6 ff.) wird festgehalten:

"Die Schilderung des Unfallherganges, das Auftreten und der Verlauf der Symptome und die heute noch feststellbaren neuroorthopädischen Befunde belegen eine durch den Unfall erlittene Ligament- bzw. Weichteilläsion im Bereiche der oberen HWS. Zusätzlich erlitt der Patient auch eine leichte traumatische Hirnverletzung. [...] Gemäss Kriterien [...] ist für die Diagnose eines MTBI keine Bewusstlosigkeit erforderlich. Es genügt eine quantitative oder qualitative Bewusstseinsstörung und/oder eine amnestische Lücke. [Der Versicherte] gab uns in der Unfallanamnese an, dass er sich nicht mehr erinnere, wie er in das vordere Auto hineingeschoben wurde. Den Aufprall und auch den Knall der Kollision habe er nicht wahrgenommen. Es besteht somit eine klare anamnestische Lücke [...]"

Der Austrittsbericht geht gestützt auf die Anamnese von einem sofortigen Auftreten von messerstichartigen Schmerzen zwischen den Schulterblättern aus. Er hält weiter fest, dass beim Geschädigten zweifellos eine schwerste posttraumatische Anpassungsstörung vorliege, hinter welcher allerdings *Begleitumstände* seit dem Unfall stünden, die zur heutigen Beurteilung berücksichtigt werden müssten: So u.a. der Umstand, dass dem Geschädigten der Eindruck vermittelt worden sei, er simuliere resp. aggraviere, und dass ihm die gewünschte Beurteilung durch Dr. R._____, der dem Versicherten von Bekannten als Schleudertraumaspezialist empfohlen worden sei, *abgelehnt* worden sei. Der Bericht befasst sich weiter kritisch mit den Beurteilungen durch die A._____-Ärzte und hält abschliessend fest, dass aufgrund dieser sehr ungünstigen Begleitumstände der Verlauf *aufs schwerste ungünstig beeinflusst* worden sei.

- Der biomechanische Bericht von Prof. Dr. N._____ vom 12. September 1999 (act. 4A/II/vor 97) hält gestützt auf die technischen Berichte des M._____ vom 19. Januar 1999 samt Beantwortung der Zusatzfragen vom 19. Februar 1999 sowie die dem Biomechaniker vorliegenden medizinischen Berichte aus den Jahren 1997 und 1998 fest, dass das Kollisionsereignis aus technischer und biomechanischer Sicht *nur knapp* geeignet gewesen sei, die initial festgestellten Beschwerden zu erklären. Hinsichtlich der unfalltechnischen Berichte wird auf 3.1 hiervor verwiesen.

6. Vorliegen einer HWS-Schleuderverletzung / C5-Senke, Tinnitus und muskuloskelettalen Zeichen

6.1. Anforderungen an das Vorliegen einer HWS-Schleuderverletzung

a) Wie hiavor dargelegt, ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen Unfall und danach eingetretener Erwerbsunfähigkeit auch bei einem nicht objektivierbaren Befund *in der Regel anzunehmen*, wenn ein für HWS-Schleuderverletzungen typisches Beschwerdebild vorliegt und ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert ist (BGE 117 V 360).

b) Mit BGE 119 V 340 ff. wurde klargestellt, dass bei HWS-Schleuderverletzungen der Normalverlauf durch eine *initiale Symptomatik mit schmerzhafter Bewegungshemmung im Nacken-/Kopfbereich* und Begleiterscheinungen wie Schwindel geprägt sind, sowie weiter, dass *blasse Klagen* über diffuse Beschwerden, die nach einem Unfall aufgetreten seien, für den Beweis der Unfallkausalität nicht genügen. Vielmehr bilden auch bei Schleuderverletzungen zuallererst *die medizinischen Fakten* – fachärztliche Erhebungen über Anamnese, objektive Befunde, Diagnose, Verletzungsfolgen, unfallfremde Faktoren und Vorzustand – die massgeblichen Grundlagen für die Kausalitätsbeurteilung. Bei HWS-Distorsionen *ohne* nachweisbar unfallbedingtes organisches Beschwerdesubstrat besteht die Gefahr, dass im Sinne von "post hoc ergo propter hoc" die natürliche Kausalität bejaht wird, wo die Angaben des Versicherten sowohl bezüglich Existenz und Ausmass der Beschwerden als auch des Beschwerdebegins *unbesehen übernommen werden*. Im Gegenzug zur vorerwähnten Kausalitätsvermutung sind an die Grundlagen für den Schluss auf das Vorliegen von Schleuderverletzungen daher *hohe Anforderungen* zu stellen (BGE 134 V 109; zur Anwendbarkeit des Entscheids auf Unfälle vor Ergehen dieses Entscheids vgl. 6.2.3 hiernach). Zum einen können HWS-Schleuderverletzungen zwar klinisch untersucht, aber abgesehen von ossären Läsionen und dergleichen nicht bildgebend objektiviert werden, weshalb den *Angaben des Versicherten* über Art und Beginn der Beschwerden, wie dargelegt, zwangsläufig ausschlaggebende Bedeutung zukommt, was ein gewisses Missbrauchspotential birgt. Zum anderen können die erhobenen Befunde aus dem Katalog des für derartige Verletzungen als typisch erachteten Be-

schwerdebilds bei identischer Symptomatik auch *nichttraumatischer Ursache* sein. Aus den genannten Gründen kommt der möglichst genauen und verifizierbaren Dokumentation nicht nur des Unfallhergangs, sondern auch der *anschliessend auftretenden Beschwerden* als den ersten tatbeständlichen Grundlagen grosses Gewicht zu.

c) Die in der Lehre vertretene Harmlosigkeitsgrenze bei anstossbedingten Geschwindigkeitsveränderungen von 10 bis 15 km/h ist, wie dargelegt, ein Aspekt unter anderen bei der Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs.

6.2. Würdigung der Beweismittel der ersten Jahre (1997 bis 1999)

6.2.1. Keine objektiv nachweisbaren Beschwerden

Der Bericht von Dr. E. _____ vom 10. April 1997 (act. 13/4, Medizinisch-Radiologisches Institut in Olten), drei Tage nach dem Unfall von einem unabhängigen Facharzt auf der Grundlage von gleichentags erstellten Röntgenaufnahmen verfasst, hält fest, dass keine Schädigung der HWS nach dem Unfall mit bildgebenden Mitteln objektivierbar war. Wie vom Hausarzt Dr. med. F. _____ in der Folge ebenfalls festgehalten, ergab der Röntgenbefund keine nachweisbare Wirbelkörperfraktur oder Zeichen einer Rotationsdislokation. Der Befund weist zudem auf altersbedingte degenerative Veränderungen hin (vgl. zum unbestritten gebliebenen Vorbringen der Beklagten act. 12 Rz. 52, act. 21 Rz. 14 ff.).

Der Bericht von Dr. med. G. _____ vom 1. Mai 1997 (act. 4/1/6) betreffend die erste neurologische Untersuchung vom 30. April 1997 (act. 4/1/6) ergab ebenfalls (objektive) Normalbefunde.

Dem Bericht des Instituts Dr. AB. _____ vom 25. Mai 1998 (act. 4A/III/vor95) zu den MRI/CT-Aufnahmen ist u.a. eine „beidseits eingeschränkte Wirbelsäulenbeweglichkeit“ zu entnehmen, die auf eine „*wahrscheinlich schmerzbedingte Blockierung*“ zurückgeführt wird. Dies ist kein objektiver, mittels eines bildgebenden Verfahrens ermittelter Befund, sondern eine Mutmassung („wahrscheinlich“) aufgrund von Patientenangaben („wahrscheinlich schmerzbedingt“). Unbestritten blieb das Vorbringen der Beklagten, wonach gemäss Beurteilung des A. _____ -

Unfallmediziners Dr. V._____ vom 10. August 1998 das MRI vom 11. Mai 1998 Normalbefunde ergeben und der Radiologe Dr. AB._____ keine körperlichen Unfallfolgen nachgewiesen habe (act. 12 Rz. 74; act. 21 Rz. 14 ff., insb. 17).

Die im Bericht der Klinik Valens vom 11. Dezember 1997 (act.4A/II/55) enthaltene Feststellung, wonach radiologische Abklärungen nebst unauffälligen Befunden den „*Verdacht auf kleine Retroosteoophyten*“, die „*wahrscheinlich posttraumatisch bedingt*“ seien, ergeben hätten, ist nicht nachvollziehbar begründet. Es ist nicht ersichtlich, dass dem Berichtsverfasser die drei Tage nach dem Schadenereignis erstellten Röntgenbilder vorlagen. Wohl deshalb wird lediglich eine Vermutung ("wahrscheinlich posttraumatisch") geäussert. Diese Vermutung wird von Dr. med. V._____ in dessen medizinischer Beurteilung vom 30. März 1998 (act. 4A/II/81, von der Beklagten als Gegenbeweismittel angerufen) mit schlüssigen und nachvollziehbaren Argumenten widerlegt: Der Unfallmediziner und Chirurg Dr. V._____ legte durch Vergleich zwischen den am 10. April 1997 (Dr. E._____) und im November 1997 (Valens) erstellten Bildern dar, dass die kleinen Osteophyten [Anm.: kleine Knochenveränderungen/-neubildungen], die als „wahrscheinlich posttraumatisch“ bezeichnet worden waren, *unverändert* seien und derartige, noch altersentsprechende degenerative Veränderungen an typischer Stelle selbst bei massivsten Bandverletzungen unmöglich in so kurzer Zeit „posttraumatisch“ entstehen würden. Dr. V._____ hält weiter fest, dass der Radiologe Dr. W._____ (in Valens) selber am 21. November 1997 noch seriös auf die Differentialdiagnose (DD) "degenerativ" hingewiesen habe; Dr. W._____ hätten die früheren Röntgen nicht zur Verfügung gestanden. Das entsprechende Vorbringen der Beklagten in Zitierung des Berichts von Dr. V._____ blieb unbestritten (act. 12 Rz. 65; act. 21 Rz. 14 ff. zu „erlittene Verletzungen“). Die Einschätzung von Dr. V._____ wird zudem durch den biomechanischen Bericht von Dr. N._____ vom 12.09.1999 bestätigt (vgl. act. 4A/II/vor 97).

Auch die weiteren medizinischen Berichte der ersten Jahre ergaben keine objektiv nachweisbaren Beschwerden im Sinne der Rechtsprechung (BGE 134 V 321 E. 5.1; vgl. hiernach 6.3 zur damit übereinstimmenden Einschätzung des Gutachters und Neurologen Prof. Dr. J._____ zuhanden des Versicherungsgerichts).

6.2.2. Anforderungen an den Nachweis nicht objektivierbarer Beschwerden

Wie eingangs dargelegt, bilden bei Schleudermechanismen der HWS zuallererst die medizinischen Fakten, wie die fachärztliche Erhebung über Anamnese, objektiven Befund, Diagnose, Verletzungsfolgen, unfallfremde Faktoren, Vorzustand usw. die massgeblichen Grundlagen für die Kausalitätsbeurteilung. Sowohl das *Vorliegen eines Schleudertraumas* wie seine *Folgen* müssen durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein (BGE 119 V 335, 340). HWS-Verletzungen können eine Vielzahl unspezifischer, nicht objektiv nachweisbarer Beschwerden auslösen. Dies gilt unter anderem für Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Depressionen, Antriebsverlust, rasche Ermüdbarkeit, neurologische Defizite sowie das Auftreten eines Tinnitus ohne organische Schädigung (Urteile 8C_948/2012 vom 7. März 2013 E. 2; 4A_549/2014 vom 28. Januar 2015 E. 4.2.). Sämtliche der genannten Beschwerden können auch nichttraumatischen Ursprungs sein.

Fehlt es, wie vorliegend, an einer direkten Verifizierbarkeit der Beschwerden mit apparativen/bildgebenden Abklärungen, so kommt denjenigen Beweismitteln, die der Versicherte beibringen kann, insbesondere seiner Schilderung von Art und Zeitpunkt des Auftretens initialer und späterer Beschwerden, umso mehr Bedeutung zu. *Grundvoraussetzung* für den Nachweis entsprechender gesundheitlicher Einschränkungen ist folglich, dass die Angaben des Versicherten *glaubwürdig* sind, da sich auch die untersuchenden Ärzte zwangsläufig auf diese Angaben (und das weitere Verhalten des Versicherten) abstützen. Ergeben sich in den Darstellungen des Versicherten *Widersprüche* in sich und zum weiteren Beweisergebnis, so misslingt der Schadensnachweis und erscheinen weitere medizinische Abklärungen unbehelflich (Urteil 4A_549/2014 vom 28. Januar 2015 E. 4.2.).

6.2.3. Keine echtzeitliche Dokumentation von Initialbeschwerden (Latenzzeit) trotz behaupteter Erstuntersuchung

a) Wie eingangs dargelegt, kommt angesichts der fehlenden Objektivierbarkeit von HWS-Schleuderverletzungen der genauen und verifizierbaren Dokumentation der Erstabklärung und der initial geklagten Beschwerden sowie von deren Verlauf grosses Gewicht zu. Gemäss BGE 134 V 109 sind die nach dem Schadenereignis

auftretenden Beschwerden möglichst genau zu dokumentieren und ist der erstbehandelnde Arzt gehalten, den Versicherten sorgfältig abzuklären (in der Regel eingehende Befragung, auch zum gesundheitlichen Vorzustand einschliesslich psychischer Beschwerden vor oder im Zeitpunkt des Unfalls; klinische und gegebenenfalls röntgenologische Untersuchungen, kritische Prüfung der Aussagen des Versicherten zu Unfallhergang und bestehenden Beschwerden gestützt auf die erhobenen Befunde und weitere zur Verfügung stehende Angaben zu Unfallhergang und anschliessendem Verlauf; Angabe, ob die Diagnose HWS-Distorsionstrauma aufgrund vorhandener zuverlässiger Anhaltspunkte nur Verdachts- oder Differentialdiagnose ist; Angabe von der Diagnosestellung zugrunde gelegten Überlegungen sowie genaue Beschreibung des Verlaufs der Beschwerden ab Unfallzeitpunkt; gegebenenfalls Anhaltspunkte für einen protrahierten Verlauf und/oder ein Chronifizierungsrisiko).

Es wird nicht verkannt, dass sich das streitgegenständliche Schadenereignis vom 7. April 1997 Jahre vor Ergehen des Entscheids BGE 134 V 109 E. 9.2, der auf dem Stand der medizinischen Erkenntnisse im Jahre 2008 beruht, ereignet hat. Praxisänderungen sind grundsätzlich auf alle noch nicht rechtskräftigen Verfahren anwendbar (Urteil 8C_987/2008 vom 31. März 2009 E. 3). Gemäss Rechtsprechung darf indes die unterbliebene und nicht nachholbare polydisziplinäre/interdisziplinäre Begutachtung bei einem Jahre vor der Praxisänderung stattgefundenen Unfallereignis nicht dem Versicherten angelastet werden. Es ist kein Grund ersichtlich, weshalb es sich bei den mit BGE 134 V 109 E. 9.2 präzisierten Anforderungen an die *medizinische Erstabklärung* anders verhalten sollte. Es darf der Klägerin somit vorliegend nicht zum Nachteil gereichen, dass sich die behauptete Erstabklärung vom 8. April 1997 *nicht nach dem medizinischen Kenntnisstand von 2008* resp. den in BGE 134 V 109 formulierten Kriterien richtete. Im vorliegenden Verfahren steht indes nicht die Frage, ob eine *umfassende* Erstabklärung im Sinne der Praxis gemäss BGE 134 V 109 vorgenommen wurde, im Vordergrund, sondern geht es vielmehr um das *gänzliche Fehlen* eines echtzeitlichen medizinischen Berichts aus der Latenzzeit trotz behaupteter Erstuntersuchung am Unfallfolgetag.

b) Die unmittelbar nach dem Schadenereignis erstellten, echtzeitlichen Berichte über medizinische Untersuchungen und geklagte Beschwerden sind in der Regel am aussagekräftigsten; *spontane "Aussagen der ersten Stunde"* sind in der Regel unbefangener und zuverlässiger als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen beeinflusst sein können (BGE 115 V 133 E. 8c). Hiervon geht wohl auch der Neurologe Prof. J._____ in seinem zuhanden des Versicherungsgerichts erstatteten Gutachten aus, wenn er seine Einschätzung einzig mit "initial festgestellten muskulo-skelettalen Zeichen" und den Befunden des ORL-Facharztes vom 10. April 1997 begründet (vgl. nachfolgend 6.3.2).

Besondere Bedeutung kommt den Feststellungen des erstbehandelnden Arztes, wie dargelegt, insbesondere deshalb zu, weil sich nach herrschender Lehre und Rechtsprechung resp. medizinischem Kenntnisstand innert einer *Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Schadenereignis zumindest HWS- oder Nackenbeschwerden* manifestieren (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 359 vom 12. August 1999 E. 5e, bestätigt u.a. mit den Urteilen des Bundesgerichts 8C_574/2009 vom 9. Dezember 2009 E. 5.3.1 m.w.H., 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 5.2, 8C_619/2007 vom 29. Januar 2008 E. 3.2.1).

c) Die Klägerin macht geltend, dass der Versicherte während der Latenzzeit von Dr. med. P._____, dem Ferienvertreter seines Hausarztes Dr. med. F._____, einerseits an den ORL-Facharzt Dr. med. D._____ und andererseits an das Medizinisch-Radiologische Institut Olten für HWS-Aufnahmen überwiesen worden sei (act. 1 Rz. 18; act. 2 Rz. 15 f.). Weder im Rahmen des ordentlichen Schriftenswechsels (act. 1 und 21) noch in der ausführlichen Stellungnahme zur Duplik (act. 29) wird behauptet, welche Beschwerden (Art und Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens) der Versicherte *gegenüber dem erstbehandelnden Arzt* geklagt habe, welche klinischen Untersuchungen dieser vorgenommen habe, welche Unfallschilderung er seiner – ebenfalls nicht behaupteten – Beurteilung zugrunde gelegt habe. Die Klägerin verweist im Wesentlichen darauf, dass eine Zuweisung für eine Röntgenaufnahme der HWS an Dr. E._____ vom Medizinisch-Radiologischen

Institut in Olten wohl kaum stattgefunden hätte, wenn keine Nackenschmerzen geklagt worden wären. Ebenso habe der ORL-Facharzt, dem der Versicherte wegen eines Tinnitus zugewiesen worden sei, festgehalten, dass "im Anschluss an das Schleudertrauma vom 7. April 1997 (Akzeleration) nebst starken Schmerzen im Halsbereich auch ein beidseitiges hochfrequentes Ohrgeräusch linksbetont aufgetreten sei". Weiter zitiert sie aus einer Vielzahl von Berichten, die voneinander abweichende Angaben des Versicherten zu Art und Zeitpunkt des Auftretens initialer Beschwerden wiedergeben. Mit Replikschrift folgert die Klägerin das Vorliegen entsprechender geklagter Beschwerden einerseits aus der *UVG-Meldung des Arbeitgebers* vom 10. April 1997, die Dr. med. P._____ als erstbehandelnden Arzt und als Art der Schädigung "Schleudertrauma" nenne, sowie weiter aus dem *Arztzeugnis (21. April 1997) des zwei Wochen nach dem Auffahreignis* konsultierten Hausarztes Dr. med. F._____, wonach Dr. med. P._____ sein Ferienvertreter sei und "anfänglich nur wenig Schmerzen, erst Schmerzen am nächsten Morgen, einige Tage später Auftreten eines lästigen Tinnitus" vorgelegen hätten. Die Klägerin schliesst sodann aus den Angaben des Hausarztes Dr. med. F._____ zu anfänglichen resp. am Unfallfolgetag aufgetretenen Beschwerden in dessen *Zuweisungsschreiben vom 25. April 1997* (an den Neurologen Dr. med. G._____) auf das Vorliegen von initialen, typischen Beschwerden nach HWS-Distorsionstrauma (act. 21 Rz. 15).

d) Trotz entsprechender Hinweise der Beklagten hat die Klägerin während des Hauptverfahrens (§ 113 ZPO/ZH) – ebenso wenig wie schon im vergleichsweise zeitnah auf das Unfallereignis folgenden Verfahren vor Versicherungsgericht Solothurn (1998 - 2001) – weder einen entsprechenden *Arztbericht*, ein *Patientenblatt* (Krankengeschichte) oder zumindest ein *Überweisungsschreiben* des erstbehandelnden Arztes (P._____) ins Recht gelegt, aus dem sich irgendwelche Feststellungen des Erstbehandlers – zu Anamnese, Untersuchungen, Befunden etc. – ergäben, noch hat sie dessen Einvernahme als Zeuge beantragt. Die Beklagte rügte im Rahmen des ordentlichen Schriftenwechsels denn auch wiederholt, dass allfällige Beschwerden und Abklärungen in der Latenzzeit zu wenig dokumentiert seien und fraglich sei, ob der Versicherte Dr. med. P._____ überhaupt aufgesucht habe.

e) Der Klägerin wurde der Nachweis ihrer Behauptungen auferlegt, dass innerhalb der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden nach dem Schadenereignis zumindest *HWS- oder Nackenschmerzen* aufgetreten (Beweissatz 3.2) und der Versicherte wegen solcher Beschwerden innerhalb der Latenzzeit von einem Arzt an der Wirbelsäule untersucht worden sei (Beweissatz 3.3, act. 46).

Den direkten Nachweis dafür, dass Nacken- oder HWS-Beschwerden während der Latenzzeit auftraten und eine Untersuchung während einer (angeblichen) Erstkonsultation stattfand, vermöchte einzig ein mündliches (Zeugeneinvernahme) oder schriftliches Zeugnis (echtzeitlicher Arztbericht, Überweisungsschreiben etc.) des erstbehandelnden Arztes – die Anwesenheit einer anderen, während der behaupteten Erstkonsultation anwesenden Person wird nicht behauptet – zu erbringen. Auch mit Beweisantretungsschrift der Klägerin wurde weder das eine noch das andere offeriert (vgl. act. 52 S. 16 ff. zu den Beweissätzen 3.2 und 3.3).

e) Im Hinblick auf die Erheblichkeit und Beweistauglichkeit der von der Klägerin angerufenen Urkunden ist daher vorab festzuhalten, dass es sich um *indirekte Beweismittel* handelt, die für sich genommen die Tatsachenbehauptung nicht zu beweisen vermögen. Es braucht vielmehr weitere Annahmen, damit die Behauptung für wahr erachtet werden kann. Hat ein Beweismittel keine direkte Aussagekraft in Bezug auf eine umstrittene Tatsache, so reduziert sich sein Wert (ZR 104 2005 Nr. 11 S. 36). Ein *allfälliges Nichtaufbewahren* eines Überweisungsschreibens oder Konsultationsblattes des erstbehandelnden Arztes ist vorliegend schon angesichts der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht nicht mit dem Zeitablauf erklärbar, da eine solche Urkunde, wie erwähnt, bereits in den A.____-Unterlagen ab 1997, ebenso wie in den Akten des versicherungsgerichtlichen Verfahrens (ab 1998), fehlte und anscheinend auch seither nicht angefordert wurde. Ebenso wenig tut die Klägerin dar, weshalb ihr – heute wie damals – die Beibringung eines direkten Beweismittels nicht möglich oder nicht zumutbar wäre, mithin ein Fall von Beweisnot vorläge.

Die Tatsachenbehauptungen gemäss den Beweissätzen 3.2 und 3.3 – das Vorliegen von (geklagten) Hals- oder HWS-Schmerzen innerhalb der Latenzzeit und das Stattfinden einer Untersuchung durch den erstbehandelnden Arzt – sind ei-

nem direkten Beweis (mündliches oder schriftliches Zeugnis des Erstbehandlers) somit zugänglich. Kann eine Tatsache, *die ihrer Natur nach* ohne weiteres dem unmittelbaren Beweis zugänglich ist, nicht bewiesen werden, weil der beweisbelasteten Partei die Beweismittel fehlen, so begründet dies noch keine Beweisnot. Blosser Beweisschwierigkeiten im konkreten Einzelfall führen nicht zu einer Beweiserleichterung.

g) In Würdigung der zu den Beweissätzen 3.2 und 3.3 angerufenen Urkunden (vgl. act. 52 S. 16 ff.) ergibt sich Folgendes:

- In der Unfallmeldung UVG des Arbeitgebers des Versicherten, datierend vom 10. April 1997 (act. 4A/I/1), wird Dr. med. P._____ als erstbehandelnder Arzt genannt. Belegt ist damit der Umstand, dass dem Arbeitgeber der betreffende Arzt – sei es durch den Versicherten selber, sei es durch einen Dritten – angegeben wurde. Für die Fragen, ob eine Erstkonsultation tatsächlich stattgefunden hat und ob das erstmalige Auftreten von HWS- oder Nackenschmerzen geklagt resp. festgestellt wurde, ergibt sich daraus nichts.

- Beim Arztzeugnis des Hausarztes Dr. med. F._____ vom 21. April 1997 (act. 4A/I/2), erstellt zwei Wochen nach dem Unfall, handelt es sich um das A._____ - Formular. Es geht aus dem Formular nicht hervor, wann eine Untersuchung des Versicherten erfolgte, die dem Befund des Hausarztes (Beweglichkeitseinschränkung der HWS und Sensibilitätsstörung der linken Schulter) zugrunde liegt. Aus dem Arztzeugnis ergibt sich die Angabe, dass die Erstbehandlung am 8. April 1997 stattgefunden habe; angekreuzt ist sodann "während Sprechstunde" (vgl. Punkt 1 des Formulars). Weiter sei der Allgemeinzustand "gemäss meinem Ferienvertreter Dr. P._____ unauffällig". Unter "*Angaben des Patienten*" wird vermerkt: "Anfänglich nur wenig Schmerzen, erst Schmerzen am nächsten Morgen, einige Tage später Auftreten eines lästigen Tinnitus". Welche Schmerzen „anfanglich“ und welche „erst am nächsten Morgen“ aufgetreten sein sollen, ergibt sich daraus nicht. Es folgen ein Befund des Hausarztes Dr. med. F._____ und der Hinweis, dass ein Röntgenbefund "keine ossäre Läsion" ergeben habe und der Versicherte wegen eines Tinnitus vom ORL-Facharzt Dr. med. D._____ untersucht worden sei. Da der Hausarzt Dr. F._____ den Versicherten während der La-

tenzzeit infolge Ferienabwesenheit unbestrittenermassen nicht gesehen hat, kann sich sein Befund im Arzteugnis nicht auf eine entsprechende eigene Untersuchung *während der Latenzzeit von 72 Stunden ab Schadenereignis* beziehen, noch ergibt sich daraus, welche Beschwerden unmittelbar nach dem Unfall resp. während der Latenzzeit geklagt wurden. In den vorzitierten Angaben zu Art und Zeitpunkt des Auftretens initialer Schmerzen sind *Angaben des Patienten* gegenüber seinem Hausarzt Dr. med. F. _____ rund zwei Wochen nach dem Unfallereignis zu sehen. Die Angabe des Hausarztes, wonach gemäss seinem Stellvertreter ein unauffälliger Allgemeinzustand vorliege, vermag eine Untersuchung während der Latenzzeit und einen dort erhobenen Befund über HWS- oder Nackenschmerzen nicht rechtsgenüglich zu belegen.

- Das Überweisungsschreiben des Hausarztes Dr. F. _____ vom 25. April 1997 an den Neurologen Dr. med. G. _____ (act. 4A/1/3) enthält soweit ersichtlich keine Befunde aufgrund neuerlicher Untersuchung, sondern eine Zusammenfassung seines Befunds resp. eine Wiedergabe der Anamnese (Angaben des Versicherten). Soweit sich das Schreiben des Hausarztes des Versicherten dazu äussert, dass „anfänglich keine Schmerzen“ vorlagen, *einen Tag nach dem Unfall* jedoch die „typischen Beschwerden als Folge eines Schleudertraumas“ vorlagen, beruht dies wiederum *nicht* auf eigenen Feststellungen des Hausarztes, der den Versicherten, zufolge Ferienabwesenheit erst zwei Wochen nach dem Unfallereignis gesehen und in seinem Arzteugnis eine Bewegungseinschränkung der HWS sowie eine Sensibilitätsstörung *im Bereich der linken Schulter* festhielt. Insofern muss sich auch die Aussage des Hausarztes, der Versicherte habe „*von Anbeginn* über Sensibilitätsstörungen *im Bereich der linken Schulter*“ geklagt, die er (der Hausarzt) auf das Dermatome C4 zurückgeführt habe, auf den späteren Hausarztbesuch des Versicherten und dort erhobene (subjektive) Befunde beziehen. Mit „Von Anbeginn“ kann demnach auch erst ein Zeitpunkt nach der Ferienabwesenheit des Hausarztes gemeint sein. Woher die *unspezifische Angabe* stammt, wonach der Versicherte einen Tag nach dem Unfall an den „*typischen Beschwerden*“ als Folge eines Schleudertraumas gelitten habe, ohne dass konkrete Symptome genannt würden und obwohl eine solche Feststellung nach erfolgter Untersuchung durch den Hausarzt gerade nicht Eingang in dessen Arzt-

zeugnis vom 21. April 1997 fand, lässt sich nicht nachvollziehen. Zur Frage einer Erstuntersuchung während der Latenzzeit findet sich in der Urkunde einzig der Hinweis auf die Zuweisung durch den Ferienvertreter Dr. P._____ an den ORL-Facharzt Dr. D._____.

- Aus den Berichten des ORL-Facharztes Dr. D._____ (Arztbericht vom 11. April 1997 und Zwischenbericht vom 5. Mai 1997 inkl. Audiogramme vom 10. April und vom 2. Mai 1997, act. 4A/I/8-9) ergibt sich zu den Beweisthemen, dass der Versicherte durch Dr. P._____ zugewiesen worden sei ("Vielen Dank für die Zuweisung [...] wegen eines starken Ohrgeräusches linksbetont bei Zustand nach frischem Schleudertrauma") und dass er anlässlich der Untersuchung vom 10. April 1997 beim ORL-Arzt einen Stützkragen trug. Aus den Berichten des ORL-Facharztes kann weder abgeleitet werden, dass bzw. welche Beschwerden der Versicherte gegenüber dem erstbehandelnden Arzt geklagt hat, noch ob eine entsprechende Untersuchung stattgefunden hat. Geschlossen werden kann daraus einzig auf eine (telefonische?) Überweisung des Versicherten an den ORL-Facharzt.

- Der Bericht der Aussendienstmitarbeiterin der A._____ vom 18. September 1997 (Hausbesuch beim Versicherten, act. 4A/I/26) dokumentiert eine Schilderung des Versicherten von initialen Beschwerden gegenüber der A._____ -Mitarbeiterin rund fünf Monate nach dem Unfallereignis. Zur Frage der Erstkonsultation während der Latenzzeit und dort festgestellten (subjektiven) Beschwerden und vorgenommenen Untersuchungen lässt sich dem Bericht die Angabe des Versicherten gegenüber der A._____ -Mitarbeiterin entnehmen, dass er am Unfallfolgetag seinen Hausarzt angerufen habe und wegen dessen Abwesenheit mit dessen Stellvertreter *Kontakt aufgenommen* habe. Ob der Versicherte den Stellvertreter seines Hausarztes tatsächlich aufsuchte und dort klinisch untersucht wurde, lässt sich daraus nicht ableiten, ebenso wenig, welche Schilderung von Initialbeschwerden (und des Unfallereignisses) der Versicherte während der Latenzzeit abgab.

- Der MRI-Bericht Dr. E._____ vom 10. April 1997 (act. 53/11) vom Medizinisch-Radiologischen Institut in Olten ist an Dr. med. P._____ als überweisenden Arzt gerichtet, bezieht sich auf "HWS-Aufnahmen ap und seitl./10.4.1997" und hält u.a.

fest, dass "keine nachweisbare Wirbelkörperfraktur oder Zeichen einer Rotationsdislokation" bestehe und eine "vorbestehende Chondrosis intervertebralis C5/C6" festgestellt worden sei. Zu den Beweisthemen – während der Latenzzeit geklagte Beschwerden und durchgeführte Untersuchung an der Wirbelsäule – lässt sich dem Bericht nichts entnehmen. Zu schliessen ist auf eine (telefonische?) Überweisung des Versicherten an das Röntgeninstitut. Auf ein Überweisungsschreiben wird nicht Bezug genommen.

- Der Arztbericht der Reha-Klinik Rheinfelden, Dr. med. AC. _____, vom 11. August 1998 an die IV-Stelle Solothurn (inkl. 1-seitiges Beiblatt zu Arztbericht und 7-seitiges Beiblatt zu Arztbericht, S. 1, act. 53/3) wurde im Nachgang zur dortigen Hospitalisation des Versicherten vom 4. Juni bis 29. Juli 1998 verfasst. Aus der *Anamnese* (S. 1 des Beiblattes) ergibt sich, welche *Schilderung* von initialen Beschwerden der Versicherte *über ein Jahr nach dem Schadenereignis* gegenüber dem Verfasser des Berichts abgab und dass der Versicherte eigenen Angaben zufolge wegen ferienbedingter Abwesenheit seines Hausarztes dessen Stellvertreter Dr. med. P. _____ aufgesucht habe, der ihm einen weichen Halskragen und Schmerzmedikamente verordnet habe. Der Bericht belegt damit einzig, dass der Versicherte die genannten Angaben gegenüber dem Verfasser des Berichts *im Zeitpunkt der Anamneseerhebung gut ein Jahr nach dem Schadenereignis* machte, nicht aber, dass während der Latenzzeit Hals- oder Nackenschmerzen auftraten oder dass er diesbezüglich anlässlich der Erstkonsultation von einem Arzt untersucht worden wäre. Die Angaben zur Anamnese im angerufenen Bericht vom 11. August 1998 stellen keinen verlässlichen medizinischen Bericht zu den während der Latenzzeit aufgetretenen (geklagten) Beschwerden im Sinne der Rechtsprechung dar.

h) Zusammenfassend ist zum Beweisergebnis zu den Beweissätzen 3.2 und 3.3 festzuhalten, dass mit den angerufenen Urkunden der echtzeitliche Nachweis nicht erbracht wurde, dass beim Versicherten während der Latenzzeit HWS- oder Nackenschmerzen auftraten und er von einem Arzt überhaupt resp. an der Wirbelsäule untersucht wurde. Die angerufenen indirekten Beweismittel vermögen den rechtsgenügenden Nachweis von Patientenangaben zu Art und Zeitpunkt des

erstmaligen Auftretens von initialen Beschwerden, geschweige denn eine entsprechende Abklärung – Anamnese, klinische Untersuchung an der Wirbelsäule, allenfalls Erfragen von Vorzuständen – durch den Stellvertreter des Hausarztes nicht zu erbringen. Zu schliessen ist auf eine Überweisung durch Dr. med. P._____ an den Facharzt ORL wegen eines Ohrgeräusches sowie an das Röntgeninstitut in Olten. Ob diese Überweisung aufgrund einer eigenen Untersuchung oder allenfalls einer telefonischen Kontaktnahme des Versicherten (vgl. "während Sprechstunde", act. 4A/1/2) stattfand, ergibt sich aus der Urkunde nicht. Dasselbe gilt für das Tragen eines Stützkragens am 10. April 1997; dieser im Bericht des ORL-Facharztes vom 11. April 1997 dokumentierte Umstand vermag einen echtzeitlichen Bericht zur (vermeintlichen) Erstabklärung – selbst wenn dieser den Anforderungen der späteren Rechtsprechung nicht genügt hätte – nicht zu ersetzen. Weder der erste Bericht des Facharztes ORL (11. April 1997) noch der MRI-Bericht von Dr. E._____ (act. 53/11) nehmen im Übrigen Bezug auf ein *Überweisungsschreiben* des (vermeintlich) erstuntersuchenden Arztes.

Da die Beweisthemen, wie dargelegt, dem direkten Nachweis zugänglich sind, dieser somit möglich und zumutbar ist, greift keine Beweiserleichterung Platz. Zu erinnern ist an die vorerwähnte Pflicht des behandelnden Arztes zur Führung und Aufbewahrung der Krankengeschichte/Patientendokumentation, soweit eine Erstkonsultation tatsächlich stattgefunden hätte (vgl. § 20 Abs. 3 Gesundheitsgesetz des Kantons Solothurn).

Damit verbleiben nach objektiven Gesichtspunkten gewichtige Zweifel daran, dass beim Versicherten innerhalb der Latenzzeit von 24 bis maximal 72 Stunden seit dem Schadenereignis HWS- oder Nackenschmerzen vorlagen und ein entsprechender Befund vom als erstbehandelnder Arzt genannten Allgemeinpraktiker Dr. med. P._____ aufgrund eigener Untersuchung erhoben wurde. Eine echtzeitliche Urkunde, der zuverlässige ärztliche Angaben hierzu zu entnehmen wären, wurde nicht ins Recht gelegt und ein mündliches Zeugnis nicht anboten. Der Schluss aus Indizien auf geäusserte Klagen über Nackenschmerzen reicht nicht.

Der fehlenden Dokumentation der behaupteten Erstabklärung ist insofern Rechnung zu tragen, als dass dem unbestrittenen Unfallhergang, dem unmittelbar da-

ran anschliessenden Nachunfallverhalten und den ersten *echtzeitlichen medizinischen Berichten* sowie der biomechanischen Beurteilung, welche auf der Unfallschwere als einem objektiven Kriterium fusst, entsprechend grösseres Gewicht zukommt.

6.2.4. Widersprüchliche Angaben des Versicherten zu Initialbeschwerden

a) Die zum Haupt- und Gegenbeweis angerufenen medizinischen Berichte stützen sich hinsichtlich *Art, Umfang und Zeitpunkt des (initialen) Auftretens von geklagten Beschwerden* (ausschliesslich) auf die Angaben des Versicherten. Für die behandelnden Ärzte (Hausarzt, behandelnder Facharzt, Schmerztherapeut) bestand angesichts ihrer therapeutischen Aufgabe grundsätzlich keine Veranlassung, an den Schilderungen des Versicherten über nicht objektivierbare Beschwerden zu zweifeln. Es ist daher von wesentlicher Bedeutung, was der Versicherte den Ärzten schilderte. Bei unzutreffenden Angaben des Patienten zu nicht objektivierbaren Beschwerden ist zwangsläufig auch die darauf fussende Beurteilung des Arztes nicht korrekt.

b) Aus den medizinischen Berichten gehen *verschiedene Ungereimtheiten und Widersprüche* in den Angaben des Versicherten hinsichtlich *Art und Zeitpunkt des Auftretens initialer Beschwerden* hervor:

Gegenüber der Polizei am Unfallort (7. April 1997) bezeichnete sich der Versicherte auf Nachfrage als unverletzt (act. 12 Rz. 23; unbestritten in act. 21 Rz. 3, 14 ff.). Er war in der Folge unbestrittenermassen in der Lage, seinen Wagen zunächst zum Bahnhof Aarau zu fahren und hernach den Wagen im Schlepptau eines Kollegen selber über eine längere Distanz bis zur Garage nach K._____ zu steuern. Demgegenüber machte der Versicherte anlässlich seiner ersten stationären Therapie (Bellikon) gut zwei Monate später erstmals geltend, *unmittelbar nach der Heckkollision* messerstichartige *Schmerzen zwischen den Schulterblättern* verspürt zu haben (act. 4A/IVor 20, psychosomatisches Konsilium). Solche sofortigen, heftigen initialen Schmerzen wurden weder gegenüber dem Hausarzt Dr. med. F._____ zwei Wochen nach dem Schadenereignis (Arztzeugnis vom 21. April 1997) noch gegenüber den untersuchenden Neurologen Dr. med. G._____ (30.

April 1997) und Dr. med. H._____ (22. und 30. Mai 1997) in den darauffolgenden Wochen gemacht. Allfällige gegenüber dem erstkonsultierten (aber nicht erstuntersuchenden, vgl. hiuvor 6.2.3) Allgemeinpraktiker Dr. med. P._____ am Unfalltag konkret geklagte Beschwerden sind, wie aufgezeigt, weder behauptet noch belegt.

Gegenüber dem *ORL-Facharzt Dr. D._____* erwähnte der Versicherte drei Tage nach dem Schadenereignis nebst dem geklagten Tinnitus *starke Schmerzen im Halsbereich* und verneinte eine unstrittig vorbestehende Hörschädigung. Als der Versicherte zwei Wochen (21. April 1997) nach dem Schadenereignis erstmals und just wegen der Unfallfolgen seinen *Hausarzt Dr. med. F._____* aufsuchte, hielt dieser als Befund eine – nicht objektivierbare, somit auf Patientenangaben beruhende – *Empfindungsstörung der linken Schulter* sowie eine – von der Kooperation des Versicherten abhängige – *Bewegungseinschränkung der HWS* fest. Hals- oder Nackenschmerzen wurden ausweislich dieses frühesten Arztberichts (ausser ORL-Facharzt und Röntgen) nicht geklagt, jedenfalls nicht dokumentiert.

Gegenüber dem vom Hausarzt zugezogenen Neurologen Dr. med. G._____ klagte der Versicherte drei Wochen nach dem Schadenereignis am 30. April 1997 demgegenüber *erstmal*s über *Kopfw*eh, *Schwindel*, *Steifigkeit der Finger*, *Gefühllosigkeit beider Beine linksbetont*, *zeitweise Taubheitsgefühl in beiden Armen*, nebst Ohrensausen, Nackenschmerzen und Schwächegefühl im linken Arm, an denen er *seit dem Unfalltag* leide. Auch diese neu geklagten Beschwerden – ebenso wie die vorerwähnten, sofort aufgetretenen messerstichartigen Schmerzen, schilderte der Versicherte seinem eigens wegen der Unfallfolgen aufgesuchten Hausarzt wenige Tage vor der neurologischen Untersuchung nicht. Es ist kein Grund ersichtlich, dessentwegen eine Schilderung hätte unterbleiben sollen. Insbesondere kann dieser Grund nicht in einem gestörten Vertrauensverhältnis zum Hausarzt gesehen werden, zumal Dr. F._____ den Versicherten gemäss Aktenlage (vgl. zu Beweissatz 1.5 angerufener Verlaufsbericht vom 27. Oktober 2003, act. 53/4) in den folgenden Jahren weiter betreute. Nach der Lebenserfahrung ist davon auszugehen, dass Beschwerden der geschilderten Art, die zweifellos geeignet sind, das Wohlbefinden zu beeinträchtigen, gegenüber dem *eigens wegen*

der Unfallfolgen aufgesuchten Hausarzt geschildert werden, wenn man darunter leidet; sie werden erfahrungsgemäss nicht einfach vergessen. Da der Versicherte gegenüber nachfolgenden behandelnden Ärzten klar die Aussage machte, dass diese Schmerzen *sofort* (messerstichartige Schmerzen) resp. *bereits am Unfalltag* (diverse Schmerzen bei Dr. G._____) und damit *vor* der Untersuchung beim Hausarzt Dr. med. F._____ *aufgetreten* seien, diese dort aber nicht geklagt wurden, sind diese Angaben des Versicherten zu Art und Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens initialer Beschwerden nicht glaubhaft.

Bei *sich widersprechenden Angaben* des Versicherten hat sich die Klägerin die Beweismaxime, wonach die sogenannten spontanen "*Aussagen der ersten Stunde*" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen beeinflusst sein können (vgl. BGE 115 V 133 E. 8c), entgegenhalten zu lassen. Allfällige "*Aussagen der ersten Stunde*" während der Latenzzeit werden, wie dargelegt, weder rechtsgenüglich behauptet, noch findet sich dazu ein verlässlicher bzw. überhaupt ein medizinischer Bericht. Der früheste Bericht (ausser ORL-Facharzt und Röntgenbericht) ist vorliegend das Arzteugnis des Hausarztes Dr. med. F._____ *vom 21. April 1997.*

Somit ergibt sich aus den angerufenen medizinischen Berichten, dass die Angaben des Versicherten zu *Art und Zeitpunkt der Initialbeschwerden* eine zunehmende *Ausweitung* in dessen Schilderungen gegenüber behandelnden resp. untersuchenden Ärzten erfahren und zueinander in Widerspruch stehen. Weiter ist festzuhalten, dass auch *Umfang und Intensität der initialen Beschwerden* in den Schilderungen des Versicherten mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Schadenereignis zunehmen. Aufgrund der ersten echtzeitlichen Berichte (ORL-Facharzt Dr. D._____, Hausarzt Dr. med. F._____) ist rechtsgenüglich erstellt, dass der Versicherte innert der Latenzzeit von drei Tagen nach dem Schadenereignis über einen (subjektiven bzw. nicht objektivierbaren) *Tinnitus klagte* (vgl. hiernach 6.2.5.2 h) und zwei Wochen nach dem Schadenereignis gegenüber seinem Hausarzt eine *Empfindungsstörung in der linken Schulter* angab.

c) Eine kontinuierliche Ausweitung von Art und Heftigkeit geklagter Beschwerden ist nicht nur hinsichtlich der Initial-, sondern auch der im weiteren Behandlungsverlauf angegebenen Beschwerden mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Schadenereignis festzustellen:

Gegenüber der Polizei am Unfallort wurden auf Nachfrage *keine Beschwerden* angegeben (Unfalltag), gegenüber dem ORL-Facharzt drei Tage später zunächst ein geklagter *Tinnitus nebst Halsschmerzen*, aber subjektiv keine Gehörsverminderung, bei der Zweituntersuchung beim ORL-Facharzt (2. Mai 1997) nebst dem „subjektiv immer noch störenden Ohrgeräusch links“ nun „angeblich auch *Hörstörung* links und *Lärmempfindlichkeit*“.

Gegenüber dem Hausarzt wird zwei Wochen nach dem Schadenereignis (21. April 1997) nebst Tinnitus eine *Empfindungsstörung in der linken Schulter* geklagt, die gemäss Schreiben des Hausarztes vier Tage später (25. April 1997) zugekommen habe und nun auch den *ganzen linken Arm* erfasse, „ohne dass speziell ein Dermatom [Anm. PSCHYREMBEL: Hautareal mit Bezug zum Rückenmarksegment und dem zugehörigen Spinalnerv] angegeben werden könnte“.

Bei der neurologischen Erstuntersuchung (Dr. G._____, 30. April 1997) wird erstmals die vorgenannte Vielfalt an Beschwerden (Kopfweh, Schwindel, Ohrensausen, Nackenschmerzen, Schwächegefühl im linken Arm mit Gefühlsstörungen, Steifigkeit der Finger, Gefühllosigkeit beider Beine linksbetont, begleitend abnorme Nervosität, zeitweise Taubheitsgefühl in beiden Armen) als seit dem Unfalltag vorhanden geklagt (act. 4A/16), drei Wochen später gegenüber dem vom Hausarzt um eine Standortbestimmung ersuchten Kreisarzt und Neurologen Dr. H._____ (22. Mai 1997) wiederum multiple Beschwerden, darunter erstmals auch *Vergesslichkeit, Erbrechen, Rückenbeschwerden* (act. 4A/10).

Nach den erfolgten neurologischen Untersuchungen im Mai 1997 resp. ab dem Bericht der *Rehaklinik Bellikon*, aber auch gemäss den folgenden Berichten, beklagte der Versicherte eine Ausweitung der Beschwerden mehr oder minder *auf den ganzen Körper*, gab aber auch erstmals im Juni 1997 in Bellikon (erste stationäre Behandlung) *eine psychische Beeinträchtigung* an: Der Versicherte bezeich-

nete sich als „total ruiniert“. In physischer Hinsicht wurden als am schlimmsten beklagt: permanente, stechende Kopfschmerzen, daneben Ohrgeräusche, Nackenschmerzen, *lumbale* Rückenschmerzen, Übelkeit und Erbrechen, bzw. „Dauerschmerzen ohne Linderung beim Sitzen oder Liegen“. Neu kamen *Schmerzen über und im Auge* bzw. schmerzhaft Augenbewegungen dazu (act. 4A/1/vor 20 und 20). In Bellikon wird denn auch *erstmal*s eine psychiatrische Störung diagnostiziert, im Übrigen in der „Beurteilung“ einzig eine Bewegungseinschränkung der HWS und LWS *wegen muskulärer Verspannungen* festgehalten. Die geklagten somatischen Beschwerden konnten gemäss Austrittsbericht überhaupt nicht angegangen werden, und entsprechend wurde der Versicherte in die „hausärztliche Weiterbetreuung“ entlassen und einzig eine Fortführung der in Bellikon begonnenen Psychotherapie als angezeigt erachtet (act. 4A/1/20).

Dasselbe wurde im *Austrittsbericht Valens* (zweite stationäre Behandlung ab 19. November 1997) festgehalten, wo die Behandlung nach zehn Tagen abgebrochen wurde zwecks Zuweisung des Versicherten an die psychiatrische Privatklinik Wyss (Münchenbuchsee): Eine somatische Rehabilitation wurde als gar nicht möglich bezeichnet wegen der „psychiatrischen Problematik, die sich nach dem Unfall vor allem sekundär entwickelt“ habe. *Geklagt* wurden in Valens Kopfschmerzen vom Nacken bis frontal, konstantes Ohrgeräusch nun beidseits, ständige Übelkeit mit gelegentlichem Erbrechen, allgemeine Appetitlosigkeit, Schmerzausstrahlung vom Nacken bis lumbal, Empfindungsstörungen (Dysästhesien) in den Extremitäten beim Liegen, Stehen und Sitzen in beiden Armen und ventral an beiden Oberschenkeln sowie nun auch eine *Reduktion des „Gedächtnisses generell“* und der Konzentrationsfähigkeit. Objektiv ergab sich nebst Normalbefunden, dass eine Untersuchung der Wirbelsäule *gar nicht möglich* sei, sowie die Angabe von starken *Druckdolenzen* der gesamten Wirbelsäule (act. 4A/1/55).

Beim *dritten stationären Aufenthalt (Rheinfeld)*, angetreten über ein Jahr nach dem Schadenereignis (ab 4. Juni 1998), wurden nebst cervicalen Dauerschmerzen und permanenten Kopfschmerzen, lokalisiert häufig hinter den Augen, eine Schmerzausstrahlung in den Schultergürtel, zeitweise in beide Arme, lumbale Dauerschmerzen, zunehmend im Sitzen und beim Gehen nach einer halben

Stunde, Schmerzausstrahlung in beide Beine, häufig verbunden mit Kribbelparästhesien, Tinnitus sowie neu auch „zeitweise blitzartig auftretende Schmerzen im rechten Bein bei Belastung“, Sehstörungen mit Verschwommensehen, Nebelsehen vor allem rechts, Schwindel, der durch das Tragen des Halskragens etwas gelindert werde, Schluckstörungen, Kiefergelenksschmerzen, sowie weiter Lärm- und Lichtempfindlichkeit, Vergesslichkeit, Traurigkeit, Aggressivität angegeben (act. 4A/III/vor 95). Festgestellt wurden zum Status des Bewegungsapparates wiederum eine druckdolent verspannte Muskulatur, weiter die schon im Schreiben des zuweisenden Arztes Dr. R. _____ vom 22. Juni 1998 (Kopie an Rheinfelden) festgehaltenen Muskelverklebungen (Myogelosen) und eine schmerzbedingte Einschränkung der HWS-Beweglichkeit. Hauptziel des Aufenthalts in Rheinfelden war denn auch nicht die Behandlung geklagter körperlicher Beschwerden, sondern eine Verbesserung des psychischen Zustands („Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse des in seinem Selbstbewusstsein tief gekränkten Patienten“, vgl. act. 4A/III/vor 95, S. 9).

Gegenüber dem Gutachter Prof. Dr. J. _____ berichtete der Versicherte im Rahmen der Anamnese (April 1999) über „wahnsinnige Schmerzen, ihm wäre es lieber, tot zu sein, als mit diesen weiterleben zu müssen“, gefolgt von einer Vielzahl von Beschwerden, bei "objektivem" Befund von Druckdolenzen im Bereich des Schädels, Nackens und Rückens mit Angabe von Ameisenlaufen, Visusminderung.

Gemäss Ziff. 4 des Konsenspapiers der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft (act. 13/3: Beschwerdebild nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma, Bericht der Kommission "whiplash-associated disorder", in: Schweizerische Ärztezeitung, 2000, 81: Nr. 39, 2218 ff.), zitiert von der Beklagten (act. 12 Rz. 41), sind sekundäre Verschlechterungen von Beschwerden (z.B. Nackenschmerzen) unter Belastungssituationen auch nach mehreren Wochen oder Monaten möglich. Das Auftreten von neuartigen Symptomen ist jedoch unwahrscheinlich.

d) Zusammenfassend ist festzuhalten: Aus der Zuweisung an einen ORL-Facharzt und das Röntgeninstitut Dr. E. _____ ist zu schliessen, dass der Versicherte innert der Latenzzeit bis 10. April 1997 ein Ohrgeräusch und Hals-/

Nackenschmerzen wohl *geklagt* hat (daher die Überweisungen), dass eine tatsächlich stattgehabte Untersuchung während der Latenzzeit, wie hiavor aufgezeigt, aufgrund der Beweislage nicht rechtsgenügend erstellt ist, sowie dass während der Latenzzeit konkret geklagte Beschwerden (ausser Tinnitus) auch nicht *behauptet*, sondern aus der Überweisung zum Röntgen geklagte „HWS- oder Nackenbeschwerden“ gefolgert werden. Angesichts der aufgezeigten Widersprüche in den Angaben des Versicherten zu initialen, entweder sofort (messerstichartige Schmerzen zwischen den Schulterblättern) oder am Unfallfolgetag (Vielfalt an Beschwerden) aufgetretenen Beschwerden sind die geklagten Nackenbeschwerden nicht glaubhaft: Sie wurden anlässlich *der ersten dokumentierten, echtzeitlichen Untersuchung beim Hausarzt Dr. med. F._____* zwei Wochen nach dem Schadenereignis *nicht erwähnt*. Festgehalten anhand der Angaben des Versicherten wurden im Arztzeugnis vom 21. April 1997, wie dargelegt, eine – nicht objektivierbare – Empfindungsstörung im Bereich der linken Schulter sowie eine – nicht objektivierbare, da von der Kooperation des Patienten abhängige – eingeschränkte Beweglichkeit der HWS. Dieses Ergebnis steht denn auch im Einklang mit dem *Verhalten des Versicherten* anlässlich der Untersuchungen der ersten beiden Monate sowie der Einschätzung dieses Verhaltens *durch nahezu sämtliche behandelnden und untersuchenden Ärzte* in den ersten beiden Monaten, einschliesslich des Hausarztes. Hierauf wird nachfolgend unter 6.2.5 eingegangen.

Weiter ist festzustellen, dass bereits ab dem Klinikaufenthalt in Bellikon zwei Monate nach dem Schadenereignis eine Behandlung der in Art und Intensität ausweitend geklagten Beschwerden gar nicht möglich war und nicht als indiziert erachtet wurde und die weitere Behandlung im Wesentlichen *in Psychotherapie* bestand.

Dies hat zur Folge, dass auf Beurteilungen in echtzeitlichen Berichten, die auf nicht glaubhaften, da mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Schadenereignis kontinuierlich ausweitend geschilderten *initialen Beschwerden* im Rahmen der Anamnese fassen, nicht ohne Weiteres abgestellt werden kann. Dasselbe gilt für eine gestützt darauf gestellte Diagnose.

Aufgrund des Gesagten erübrigen sich Ausführungen zur zum *Gegenbeweis* verstellten Behauptung der Beklagten (Beweissatz 4.1), wonach der Versicherte erstmals in der neurologischen Untersuchung bei Dr. med. G._____ Nackenschmerzen, Kopfweh, Schwindel, Ohrensausen erwähnt habe. Die Erwähnung von Nackenschmerzen, vor dem 30. April 1997 einzig im Bericht des ORL-Facharztes Dr. med. D._____ drei Tage nach dem Schadenereignis festgehalten, reicht für den *Nachweis* initialer HWS- oder Nackenbeschwerden nicht. Nicht objektivierbare Beschwerden müssen durch zuverlässige ärztliche Berichte im Sinne der Rechtsprechung dokumentiert sein. Wie ausgeführt, sind im Bericht des eigens wegen des Schadenereignisses aufgesuchten Hausarztes vom 21. April 1997 geklagte Nackenschmerzen nicht dokumentiert (vgl. act. 4A/II/2), so wenig wie im Bericht von Dr. med. E._____, Medizinisch-Radiologisches Institut Olten, vom 10. April 1997 (act. 13/4).

6.2.5. Zu den einzelnen medizinischen Berichten (1997 – 1999)

6.2.5.1. Behandlungsverlauf und Beweiswert der Berichte

a) Der Versicherte wurde, wie dargelegt, drei Tage nach dem Schadenereignis am 10. April 1997 und erneut am 2. Mai 1997 *ohrenärztlich* untersucht und drei Tage nach dem Schadenereignis *geröntgt*. Zwei Wochen nach dem Unfall stellte der Hausarzt das Arzteugnis vom 21. April 1997 aus und veranlasste zügig die *neurologischen Untersuchungen* bei Dr. med. G._____ (30. April 1997) und Dr. med. H._____ (22. und 30. Mai 1997). Im Recht liegen zudem die *Austrittsberichte* der Kliniken Bellikon (Juni/Juli 1997), Valens (Ende November 1997, nach 10 Tagen Abbruch) und Rheinfelden (Juni/Juli 1998) zu stationären Aufenthalten des Versicherten sowie schliesslich zwei Schreiben des behandelnden Neurologen Dr. med. R._____ vom März resp. Juni 1998.

b) Die Klägerin erachtet – unter Zitierung des Gutachtens Prof. Dr. J._____ – die HWS-Schleuderverletzung (Beweissätze 1.1/1.4) insbesondere durch organische Unfallfolgen in Form von *C5-Senke, Tinnitus und muskuloskelettalen* Zeichen ausgewiesen (act. 1 Rz. 27; act. 21 Rz. 28). Diese Behauptung fand Eingang in Beweissatz 1.3. Die hierzu angerufenen Beweismittel wurden durchwegs auch

zum allgemeineren Beweissatz des Vorliegens einer HWS-Schleuderverletzung (Beweissätze 1.1/1.4) angerufen. Die Beklagte bestreitet das Vorliegen einer HWS-Verletzung resp. unfallbedingter Beschwerden u.a. damit, dass sich aus verschiedenen Berichten insbesondere der Frühphase nach dem Schadenereignis zahlreiche Anzeichen dafür ergäben, dass der Versicherte aggraviere oder simulierte, er ein deutlich dysfunktionales Schmerzverhalten zeige und nicht ganz zwei Monate nach dem Unfall psychovegetative Symptome im Vordergrund gestanden hätten. Diese Behauptungen fanden Eingang in die Gegenbeweissätze 2.1 bis 2.3.

c) Bei der Würdigung der angerufenen Urkunden ist Folgendem Rechnung zu tragen: Die *Angabe einer Diagnose* in einem medizinischen Bericht ist für sich genommen nicht beweisbildend für den Nachweis einer HWS-Verletzung. Entscheidend für den Beweiswert eines medizinischen Berichts ist gemäss gefestigter Rechtsprechung, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstattet wird, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a). Ebenso wenig genügen Angaben von Ärzten wie "*Status nach Distorsionstrauma der Halswirbelsäule*" für sich allein für den Nachweis der Kausalität, soweit es sich um eine anamnetische Feststellung handelt. Sie stellen keine zuverlässigen ärztlichen Angaben im Sinne der Rechtsprechung dar, wonach medizinische *Fakten* wie *fachärztliche Erhebungen* (über Anamnese, objektiven Befund, Diagnose, Verletzungsfolgen, unfallfremde Faktoren, Vorzustand etc., vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/aa) die massgeblichen Grundlagen für die Kausalitätsbeurteilung bilden.

Aus dem Gesagten folgt, dass die Zuverlässigkeit der Beurteilung und der Diagnosestellung wesentlich davon abhängt, ob einem (Fach)Arzt bei der Untersuchung resp. Erstellung seines Berichts der *tatsächliche Unfallhergang, bereits bestehende Beeinträchtigungen und echtzeitliche Feststellungen der erstbehandelnden Ärzte bekannt* waren oder ob er seiner Einschätzung und damit seiner Diagnose *ausschliesslich Angaben des Versicherten* zugrunde legt. Im vorliegen-

den Verfahren ist zu ersterem (Kenntnis vom Unfallhergang) dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die unfalltechnischen Berichte M._____ (maximales Delta-v von 10-11 km/h) erst im Januar resp. Februar 1999 und der biomechanische Bericht Prof. Dr. N._____ erst im September 1999 (alle in act. 4A/II/vor 97) vorlagen. Die Berichte der ersten Jahre stützten sich somit hinsichtlich der Schwere des Schadenereignisses zwangsläufig ausschliesslich auf die Angaben des Versicherten.

d) Bei der Würdigung der Berichte ist weiter zu berücksichtigen, dass *behandelnde Ärzte* (Hausarzt, behandelnder Facharzt, Schmerztherapeut) nicht dazu angerufen wurden herauszufinden, ob die Beschwerden des Patienten *auf das Schadenereignis vom 7. April 1997 zurückzuführen* sind. Ihre Aufgabe ist die *Linderung* von Beschwerden. Soweit bekundeten Beschwerden keine objektiv feststellbare Schädigung zugrunde liegt, beruht die Einschätzung des behandelnden Arztes damit auf den Angaben des Patienten, an denen zu zweifeln für ihn in der Regel kein Anlass besteht. Sind die Angaben des Patienten unzutreffend, sind es zwangsläufig auch die Einschätzung und die Diagnose des behandelnden Arztes. Wie erwogen, sind kurz nach dem Schadenereignis gemachte Angaben („Aussagen der ersten Stunde“) in der Regel unbefangener und zuverlässiger als spätere Darstellungen (vgl. BGE 115 V 133 E. 8c.).

e) Rechnung zu tragen ist sodann der Erfahrungstatsache, dass bei *später erstellten Berichten* schon aufgrund der zeitlichen Distanz und der vorerwähnten höheren Verlässlichkeit der frühesten Angaben des Patienten zu geklagten Beschwerden die Gefahr besteht, dass *Einschätzungen und Diagnosen von Vorbehandlern relativ unbesehen übernommen* werden. Das Gesagte gilt umso mehr dort, wo Fachärzte in ihren Berichten *fachfremde Diagnosen* wiedergeben, die von vornherein nicht auf eigenen entsprechenden Untersuchungen unter Berücksichtigung von allfälligen (wiederum nicht ihr Fachgebiet betreffenden) Vorzuständen basieren. Solchen Wiedergaben kommt ein entsprechend geringer Beweiswert zu. Die fachliche Qualifikation eines Experten oder eines Arztes spielt für die richterliche Würdigung eine erhebliche Rolle, da sich das Gericht auf die medizinische Stichhaltigkeit eines Gutachtens oder eines medizinischen Berichts verlas-

sen können muss (Urteile I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3 und I 178/00 E. 4a vom 3. August 2000).

6.2.5.2. Hauptbeweismittel der Klägerin

a) Unfallmeldung des Arbeitgebers

Der Unfallmeldung des Arbeitgebers vom 10. April 1997 (act. 4A/I/1) kommt für das Vorliegen einer HWS-Schleuderverletzung kein Beweiswert zu. Es handelt sich nicht um einen Arztbericht, sondern um die Anmeldung eines Versicherungsfalls unter Weitergabe von Informationen („Schleudertrauma“), die dem Arbeitgeber entweder vom Arbeitnehmer oder von dritter Seite gemeldet wurden.

b) Berichte des Hausarztes Dr. med. F.

- Frühester medizinischer Bericht (ausser ORL und Röntgen) vom 21. April 1997

Beim Arztzeugnis des Hausarztes Dr. med. F. vom 21. April 1997 (act. 4A/I/2), erstellt *zwei Wochen nach dem Unfall*, handelt es sich um den Formularbericht zuhanden der Klägerin. Die Angaben des Hausarztes sind knapp gehalten, ohne Beiblatt zum Formular. Es geht aus dem Formular nicht hervor, *wann* die Untersuchung des Versicherten erfolgte, die dem Befund des Hausarztes (Beweglichkeitseinschränkung der HWS und Empfindungsstörung im Bereich der linken Schulter, C4 links) zugrunde lag. Die Angaben des Hausarztes zur *Anamnese* ("Angaben des Patienten") sind sehr knapp und allgemein gehalten: Es ergibt sich daraus weder, *welche Schmerzen* mit "anfänglich nur wenig Schmerzen" gemeint sind bzw. geklagt wurden, noch welche "Schmerzen erst am nächsten Morgen" auftraten. Die betreffenden Angaben können zufolge Ferienabwesenheit des Hausarztes nicht auf dessen eigener Wahrnehmung von (geklagten) Beschwerden zu den genannten Zeitpunkten („anfänglich“, „am nächsten Morgen“) beruhen. Ein "lästiger Tinnitus" ist gemäss Anamnese "einige Tage später" aufgetreten, was mit der andernorts behaupteten Überweisung an den ORL-Facharzt am Unfallfolgetag in Widerspruch steht. Es ergibt sich aus dem Arztzeugnis weiter nicht, von welcher *Unfallschilderung* des Versicherten nebst der Angabe "Auffahrunfall am 07.04.1997" der Hausarzt ausging. Das Arztzeugnis

erwähnt den Röntgenbefund vom 10. April 1997 (keine ossäre Läsion und keine Rotationsdislokation), nicht aber den Polizeibericht (mit Angabe des Versicherten: „keine Verletzungen“). Objektive Angaben (M.____-Berichte zu Unfalltechnik, delta-v etc.) lagen, wie erwähnt, erst knapp zwei Jahre später vor. Es ist davon auszugehen, dass der Hausarzt, der vom Patienten *wegen eines Unfalls* und nicht einer Erkrankung aufgesucht wurde, die Frage, ob mit dem festgestellten Befund Unfallfolgen vorlägen, einzig und unkritisch aufgrund der Angaben des Versicherten durch Ankreuzen des betreffenden Kästchens beantwortete. Der im kurzen Formularbericht über das Gesagte (Empfindungsstörung linke Schulter und eingeschränkte HWS-Beweglichkeit) hinaus nicht weiter begründeten Diagnose „Schleudertrauma“ (ohne ICD-10-Einordnung) kommt, da basierend einzig auf der Patientenangabe einer Sensibilitätsstörung und eines (wohl) geschilderten Unfallereignisses, nur beschränkter Beweiswert zu.

Als Hausarzt des Versicherten, dessen Aufgabe aufgrund des Vertrauensverhältnisses zum Patienten in der zur Linderung geklagter Beschwerden bestand, war Dr. med. F.____ weder mit der Klärung der Ursache der angegebenen Beschwerden – Beweglichkeitseinschränkung der HWS und Sensibilitätsstörung (PSCHYREMBEL: Veränderte Wahrnehmung von Sinnesreizen, hier C4: Im Bereich der linken Schulter, vgl. auch Schreiben des Hausarztes vom 25. April 1997, act. 4/A/1/3) – befasst, noch hatte er – bei der ersten Konsultation – konkrete Veranlassung, die Angaben seines Patienten kritisch zu hinterfragen.

Der Formularbericht des Hausarztes und Allgemeinpraktikers Dr. med. F.____ zuhanden der A.____ stellt damit keinen verlässlichen medizinischen Bericht im Sinne der Rechtsprechung und insbesondere keine *fachärztliche* Erhebung, die für eine Kausalitätsbeurteilung massgebend wäre, dar (BGE 119 V 335 E. 2b/aa). Aus den dargelegten Gründen (keine Kenntnis vom Unfallhergang, keine daraus hervorgehende, einlässliche Anamnese, rein subjektiver Befund, unklar, wann welche Untersuchung erfolgte, zwei Wochen nach dem Schadenereignis verfasster Formularbericht, Vertrauensverhältnis als Hausarzt) kommt dem Bericht hinsichtlich der Frage von unfallkausalen Beschwerden ein nur sehr beschränkter Beweiswert zu. Kein Beweiswert kommt ihm zufolge Ferienabwesenheit des

Hausarztes für die Frage zu, wann welche *Initialbeschwerden innert der Latenzzeit* („anfänglich“, „am nächsten Morgen“) geklagt wurden.

Das Arztzeugnis des Hausarztes ist – abgesehen vom Tonaudiogramm des ORL-Facharztes und des Röntgenbefundes – der *früheste Bericht* zu einer vorgenommenen Untersuchung des Versicherten nach dem Unfall. Der Hausarzt wurde eigens und erstmals wegen der Unfallfolgen aufgesucht (vgl. die rückwirkend attestierte Arbeitsunfähigkeit ab 8. April bis voraussichtlich Ende April 1997). Er dokumentiert nebst der erwähnten *Empfindungsstörung* der linken Schulter und der – von der Kooperation des Versicherten abhängigen – Beweglichkeitseinschränkung der HWS keine weiteren Angaben zu geklagten Beschwerden, insbesondere nicht zu geklagten *HWS- oder Nackenschmerzen* oder Beschwerden im Sinne des *typischen Beschwerdebilds*. Da nebst der Empfindungsstörung auch das geklagte Ohrgeräusch im Arztzeugnis erwähnt wird, ist aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung davon auszugehen, dass weitere in den zwei Wochen seit dem Schadenereignis aufgetretene und den Versicherten nach wie vor beeinträchtigende Beschwerden gegenüber dem Hausarzt geäussert worden wären, sofern solche vorhanden waren.

- Zuweisungsschreiben des Hausarztes vom 25. April 1997: Veranlassung der ersten neurologischen Untersuchung

Das vier Tage nach dem Arztzeugnis vom 21. April 1997 verfasste Zuweisungsschreiben des Hausarztes Dr. med. F. _____ vom 25. April 1997 an den Neurologen Dr. med. G. _____ (act. 4A/I/3) zwecks „Beurteilung nach einem Schleudertrauma“ weist in mehrfacher Hinsicht Unklarheiten auf: Es enthält zunächst wiederum die Angabe, dass der Versicherte „anfänglich“ keine Schmerzen verspürt habe, führt dann aber aus, dass „*am Tage danach die typischen Beschwerden als Folge eines Schleudertraumas*“ und „gleichzeitig auch ein Tinnitus aufgetreten“ seien. Zu dieser Angabe des Hausarztes, der seinen Patienten zufolge Ferienabwesenheit erst nach der Latenzzeit (Arztzeugnis vom 21. April 1997, act. 4A/I/2) sah, ist auf das Gesagte zu verweisen. Woraus der Hausarzt vier Tage nach dem Arztzeugnis (vgl. oben) auf das Vorliegen „*der typischen Schleudertraumabeschwerden*“ *am Unfallfolgetag* schloss, ist aus dem Zuweisungsschreiben – ins-

besondere vor dem Hintergrund der Feststellungen im Arztzeugnis – nicht ersichtlich und auch nicht nachvollziehbar. Im Widerspruch zum Arztzeugnis wird ein gleichzeitiges Auftreten eines Tinnitus (mithin nicht einige Tage später) geschildert. Es gilt das zum Arztzeugnis vom 21. April 1997 Gesagte, wonach der Hausarzt keine eigene Wahrnehmung von geklagten Initialbeschwerden während der Latenzzeit hatte und haben konnte.

Erwähnung finden weiter „von Anbeginn“ *geklagte Sensibilitätsausfälle im Bereich der linken Schulter*, die der Hausarzt auf das Dermatome C4 zurückführt. Hinsichtlich der zeitlichen Verortung „von Anbeginn“ ist erneut auf die Ferienabwesenheit des Hausarztes zu verweisen. Da sich der Hausarzt im Zuweisungsschreiben auf seine *eigene* Beurteilung bezieht („die ich auf [...] zurückgeführt habe“), kann sich die Angabe der „von Anbeginn“ geklagten Sensibilitätsausfälle folglich einzig auf die erste Untersuchung des Versicherten durch den Hausarzt beziehen. Festgehalten wird weiter, dass der Patient „in der Zwischenzeit“ über eine *Zunahme* der Schmerzen klagt mit neu „Sensibilitätsstörungen *im Bereiche des ganzen Armes, ohne dass speziell ein Dermatome angegeben werden kann*. Der Händedruck ist symmetrisch.“ Zu schliessen ist aus dem Zuweisungsschreiben, dass der Versicherte wenige Tage nach dem Verfassen des Arztzeugnisses eine für den Hausarzt unklare ("ohne dass speziell ein Dermatome angegeben werden kann") Ausweitung der Beschwerden in der linken Schulter (so ursprünglich, act. 4A/I/2) über den ganzen linken Arm geklagt hat. Abgesehen von Letzterem (ausweitende Schilderung der geklagten Beschwerden in der linken Schulter/im linken Arm) kommt dem Zuweisungsschreiben vor dem Hintergrund der Rechtsprechung und aus den analogen Gründen wie dem Arztzeugnis vom 21. April 1997 (vgl. hiervor) für die Frage einer erlittenen HWS-Distorsion nur sehr beschränkter Beweiswert zu.

cc) Bericht des Hausarztes Dr. med. F. _____ an die IV-Stelle vom 25. März 1998

Beim rund ein Jahr nach dem Schadenereignis erstatteten Bericht des Hausarztes Dr. med. F. _____ an die IV-Stelle Solothurn (inkl. Beiblatt zum Arztbericht, S. 2, act. 53/1) handelt es sich um einen Verlaufsbericht, der nicht auf neuerlicher Untersuchung basiert (vgl. S. 2). Er wiederholt die Diagnosen „HWS Distorsions-

trauma vom 7. April 1997“ sowie einer in der Folge aufgetretenen posttraumatischen Anpassungsstörung. Hinsichtlich der letzteren fachfremden, somit übernommenen Diagnose hat der Bericht keinen eigenständigen Beweiswert. Hinsichtlich der Wiederholung der Diagnose „HWS-Distorsionstrauma“ basiert er, wie erwähnt, nicht auf neuerlicher Untersuchung, sondern den Angaben des Patienten, wonach chronische Beschwerden im Bereich des Nackens mit Ausstrahlung in den Rücken bestünden und die Kopfbewegungen schmerzbedingt eingeschränkt seien. Es ist mangels ersichtlicher anderweitiger Grundlage von einer Übernahme früherer Diagnosen auszugehen. Die Diagnose ist im Übrigen nicht begründet. Hinsichtlich der „chronischen Beschwerden im Bereich des Nackens“ ist sodann zu berücksichtigen, dass der Versicherte gemäss Bericht des Hausarztes auch *rund ein Jahr nach dem Schadenereignis* nach wie vor stets einen Halskragen trug und seit dem ersten Aufenthalt in Bellikon (Juni/Juli 1997) einzig psychotherapeutisch behandelt wurde.

Zu entnehmen ist dem Bericht weiter, dass der Hausarzt *berufliche Massnahmen* als dringend angezeigt erachtet (Hervorhebung angefügt): Man müsse *„unbedingt darauf tendieren, den Patienten in einen neuen Arbeitsprozess einzuschleusen, da dies den Patienten zwingen würde, sein Leiden etwas zu vergessen. Ob er allerdings unter den jetzigen Umständen integrierbar ist, ist fraglich“* sowie weiter *„es sollte ein Arbeitsplatzversuch gestartet werden“*. Daraus ist zu schliessen, dass der Hausarzt Dr. F. _____ von einer hauptsächlich psychischen Problematik ausgeht, der dringend mit Reintegration zu begegnen sei, und dass aus seiner Sicht *körperliche Beschwerden* einer beruflichen Wiedereingliederung nicht im Wege standen. Dies ergibt sich auch aus der weiteren Angabe, wonach das Schadenereignis „etwas pathologisch“ verarbeitet werde. Hinsichtlich des psychischen Befindens seines Patienten findet sich die Feststellung, dass der zwischenzeitliche Arbeitsplatzverlust „weiterhin einen psychischen Knick“ des Versicherten zur Folge gehabt habe. Der Bericht ist aufgrund des Gesagten – Übernahme früherer, teils fachfremder Diagnosen, aber dringend empfohlene Reintegration in den Arbeitsprozess und Einschätzung der Beschwerden als psychisch, Hinweis auf weitere Ursachen für den „psychischen Knick“ – nicht geeignet, das Vorliegen einer HWS-Schleuderverletzung resp. das Leiden am typi-

schen Beschwerdebild zu belegen, insbesondere aber nicht das Vorliegen einer die Arbeitsfähigkeit des Versicherten beeinträchtigenden Gesundheitsschädigung.

c) Erste neurologische Untersuchung (Dr. med. G._____, 30. April 1997)

Die Beurteilung gemäss Bericht des vom Hausarzt beigezogenen Facharztes für Neurologie, Dr. med. G._____, vom 1. Mai 1997 (act. 4A/16) basiert auf der *frühesten neurologischen Untersuchung* des Versicherten, die rund drei Wochen nach dem Schadenereignis am 30. April 1997 stattfand.

Nachdem der Versicherte beim Hausarzt noch über eine Sensibilitätsstörung in der linken Schulter (nebst dem Tinnitus) geklagt hatte, gibt er bei der neurologischen Untersuchung im Rahmen der Anamnese *erstmalig* eine *Vielzahl von typischen Beschwerden nach Schleudertrauma* – namentlich Kopfweh, Schwindel, Ohrensausen, Nackenschmerzen, Schwächegefühl im linken Arm mit Gefühlsstörungen, Steifigkeit der Finger, Gefühllosigkeit beider Beine linksbetont, begleitend abnorme Nervosität, zeitweise Taubheitsgefühl in beiden Armen etc. – an, an denen er *seit dem Unfallfolgetag* leide. Wie hiervor erwogen, ist nicht nachvollziehbar (und nicht dargetan), weshalb der Versicherte diese (Vielzahl an massiven) Beschwerden gegenüber seinem Hausarzt Dr. med. F._____, den er *wenige Tage zuvor just wegen des Schadenereignisses* aufgesucht hatte, hätte verschweigen sollen. Diese Beschwerden werden vom Versicherten nicht als während des seitherigen Verlaufs neu aufgetreten beklagt, sondern als *seit dem Unfallfolgetag* bestehend. Kein Grund für die Nichterwähnung beim Hausarzt kann, wie dargelegt, ein gestörtes Vertrauensverhältnis zum Allgemeinpraktiker Dr. med. F._____ sein, zumal der Versicherte auch in den Folgejahren von Dr. med. F._____ hausärztlich versorgt wurde (vgl. die späteren Statusberichte zuhanden der Klägerin, z.B. act. 53/4 vom 27. Oktober 2003). In der erstmaligen Angabe der genannten Palette von nicht objektivierbaren Initialbeschwerden gegenüber dem Neurologen kann auch *keine Verdeutlichung* von gegenüber dem Hausarzt gemachten Angaben gesehen werden. Es liegt vielmehr sowohl qualitativ als auch quantitativ eine *massive Ausweitung* der geklagten, durchwegs nicht mittels bildgebenden Verfahren objektivierbaren Initialbeschwerden vor. Wie dargelegt, erweisen sich die neu geklagten Beschwerden daher als nicht glaubhaft.

Mit dieser Schlussfolgerung in Einklang steht der Befund des Neurologen. Nebst Normalbefunden wird festgehalten (Hervorhebung angefügt): "komplette *Blockierung* der HWS-Beweglichkeit, Verspannung und *Gegenstemmen* bei Lasègue-Prüfung bds.", "grobe Kraft *kooperationsbedingt* nicht prüfbar". Ebenfalls damit in Einklang steht schliesslich die Beurteilung des Neurologen, wonach sämtliche klinischen Befunde, die *nicht willkürlich beeinflusst werden könnten*, unauffällig seien. Trotz der *bei mangelhafter Kooperation erschwerten Untersuchung* fänden sich keine Hinweise für zentralnervöse Ausfälle oder eine cervikale Rückenmarksläsion. Der Patient bewege sich "*wie bei einer akuten Lumbago*" (PSCHYREMBEL: Hexenschuss; akut auftretender, heftiger Kreuzschmerz ohne Ausstrahlung in die untere Extremität), was in Zusammenhang mit dem abgelaufenen Ereignis *nicht plausibel* sei.

Dr. med. G._____ erstattete seinen Bericht in Kenntnis der radiologischen Ergebnisse vom 10. April 1997 (keine nachweisbaren Schäden) ebenso wie der früheren, neurologisch relevanten Episode mit Rückenschmerzen (vgl. Anamnese) und der Erstuntersuchung beim ORL-Facharzt wegen eines geklagten Ohrgeräuschs (vgl. act. 4/I/3, Zuweisungsschreiben des Hausarztes samt Beilagen). Er geht gestützt auf die Schilderung des Versicherten von einem (zu) heftigen Unfallereignis aus ("gerammt"; die M._____ -Berichte lagen erst im 1999 vor) und berücksichtigt die – nun erstmals vom Versicherten vorgetragene Vielzahl von – geklagten Beschwerden, von deren erstmaligem Auftreten *am Unfallfolgetag* er aufgrund des Zuweisungsschreibens des Hausarztes ausgeht. Der Bericht basiert auf einer einlässlichen Untersuchung (vgl. Befund), trifft auch Feststellungen zum Verhalten des Patienten und ist in seiner Beurteilung nachvollziehbar. Dem zeitnah erstellten Bericht des Facharztes für Neurologie kommt damit im Lichte der Rechtsprechung grundsätzlich hoher Beweiswert zu.

Der Neurologe erachtet 23 Tage nach dem Schadenereignis – unter den unzutreffenden, sich *zugunsten* des Versicherten auswirkenden Annahmen eines *heftigen* Schadenereignisses und des Auftretens des „typischen Beschwerdebilds“ *am Unfallfolgetag* – die nun erstmals geklagte Vielfalt an Beschwerden als noch *glaubhaft*. Aus diesem ersten neurologischen Untersuchungsbericht rund drei Wochen

nach dem Schadenereignis geht indes der klar geäußerte Verdacht des Facharztes auf eine *massive funktionelle Überlagerung* hervor angesichts des detailliert beschriebenen Verhaltens des Versicherten bei und ausserhalb des Untersuchungsgangs (mangelhafte Kooperation, Gegenstemmen, unplausible Bewegung wie bei akutem Hexenschuss, Feststellung, dass sämtliche klinischen Befunde, die nicht willkürlich beeinflusst werden können, unauffällig seien etc.). Eine Diagnose stellt der Facharzt Neurologie, der vom Hausarzt um eine baldmöglichste Beurteilung ersucht worden war, nicht.

Aufgrund des Gesagten ist dieser früheste Untersuchungsbericht eines Facharztes für Neurologie von hohem Beweiswert, aber nur sehr bedingt geeignet zum Nachweis einer erlittenen HWS-Schleuderverletzung: Er dokumentiert eine massive Ausweitung geklagter und *vom Versicherten auf den Unfallfolgetag* verorteter Beschwerden. Zwar werden die geklagten Beschwerden vom Berichtsverfasser als noch *glaubhaft* bezeichnet, doch basiert diese Einschätzung drei Wochen nach dem Schadenereignis, wie aufgezeigt, auf der Schilderung eines (zu) heftiges Heckauffahrenergebnisses und auf dem im Zuweisungsschreiben angegebenen initialen Auftreten von „typischen Beschwerden“ *am Unfallfolgetag*. Insbesondere aber äussert der Neurologe, wie aufgezeigt, unter Darlegung einer Vielzahl von konkret genannten Anzeichen bereits drei Wochen nach dem Schadenereignis den Verdacht auf eine *massive funktionelle Überlagerung*. Die Einschätzung des Neurologen ist damit nicht geeignet zum Nachweis einer - auch nicht diagnostizierten - HWS-Schleuderverletzung und dadurch ausgelöster körperlicher Beschwerden als Ursache für das dokumentierte Verhalten und die geklagten Beschwerden des Versicherten.

d) Austrittsberichte der Kliniken Bellikon und Valens

- Erste Hospitalisation (Reha-Klinik Bellikon, Juni/Juli 1997)

Der Versicherte trat nach drei neurologischen Untersuchungen zwischen dem 30. April und dem 30. Mai 1997 (Dres. G._____ und H._____) am 4. Juni 1997 in die Rehaklinik Bellikon ein zwecks einer interdisziplinären Therapie. Zum Beweiswert des Austrittsberichts Bellikon ist viererlei festzuhalten: Zum einen standen dem

Verfasser nur wenige *Vorakten* zur Verfügung: der Bericht des Hausarztes Dr. F._____ betreffend Beweglichkeitseinschränkung HWS und Sensibilitätsstörung C4 links, der *fälschlicherweise auf den Unfallfolgetag vom 8. April 1997 (statt auf den 21. April 1997) verortet* wird, der neurologische Bericht Dr. med. G._____ vom 1. Mai 1997, der Bericht der ersten ORL-Untersuchung Dr. D._____ vom 11. April 1997, verfasst in Unkenntnis der unstreitig vorbestehenden Hörschädigung aus dem Jahre 1992, sowie der Kurzbericht des Neurologen Dr. med. H._____ vom 30. Mai 1997, nicht aber der Bericht über die ausführliche erste Untersuchung des Kreisarztes vom 22. Mai 1997. Zum anderen geht eine Kenntnis von vorbestehenden Schäden (Verhebetauma, ORL etc.) seitens des Berichtsverfassers aus dem Bericht nicht hervor. Zum Dritten wurde von einer *Eintrittsdiagnose* einer HWS-Distorsion mit Bewegungseinschränkung der HWS und psychovegetativer Symptomatik ausgegangen. Zweck des Aufenthalts war, wie erwogen, die Therapierung mittels eines interdisziplinären Ansatzes und nicht eine gutachterliche Abklärung; der Austrittsbericht äussert sich daher nicht zur *Ursache* der geklagten Beschwerden. Schliesslich wird im Austrittsbericht – mit Ausnahme der Einreihung der psychischen Beschwerden gemäss Bericht zum psychosomatischen Konsilium (vgl. sogleich) – *keine Diagnose* gestellt. Ebenso wenig wird ein „Status nach Schleudertrauma“ oder ein cervicobrachiales Schmerzsyndrom festgehalten.

Aus dem Austrittsbericht ebenso wie dem Bericht des psychosomatischen Konsiliums ergibt sich zur Anamnese die Angabe des Versicherten von (neu) Schmerzen „überall“, darunter Kopfschmerzen unterschiedlicher Intensität, Ohrgeräusche, Nackenschmerzen, lumbale Rückenschmerzen, erstmals auch Schmerzen über und im Auge. Er leide an Übelkeit und Erbrechen und sei psychisch am Boden. Bekundet werden Dauerschmerzen ohne Linderung beim Sitzen oder Liegen. Erstmals erwähnt der Versicherte messerstichartige Schmerzen zwischen den Schulterblättern, die *sofort* nach dem Heckauffahrunfall aufgetreten seien, die er indes gegenüber keinem der vorbehandelnden Ärzte, einschliesslich seines Hausarztes, angegeben hat. Zum Therapieverlauf während dieser ersten stationären Behandlung rund zwei Monate nach dem Schadenereignis wird festgehalten,

dass es nicht möglich gewesen sei, einen therapeutischen Zugang zum Patienten zu finden. Das *somatische Problem* habe kaum angegangen werden können.

Gemäss Beurteilung (act. 4A/II/20) lag eine *Bewegungseinschränkung der HWS und LWS wegen muskulärer Verspannungen* vor, im Übrigen *psychische Beschwerden* (Depression und Hoffnungslosigkeit). Muskuläre Verspannungen gehören, ebenso wie Druckdolenz und Triggerpunkte, zu den muskuloskelettalen Zeichen gemäss Grad II der Québec Task Force. Aus dem Bericht geht hervor, dass die Beschwerden nach Einschätzung der Ärzte *nicht somatischer Natur* waren. Entsprechend wurde der Versicherte in die „hausärztliche Weiterbetreuung“ entlassen und als weitere Behandlung einzig die Fortführung der begonnenen *Psychotherapie* vorgesehen und empfohlen. Inwiefern die (einzig) festgestellten *muskulären Verspannungen* auf den Umstand zurückzuführen sind, dass der Versicherte auch Monate nach dem Schadenereignis (vgl. 5.2 zur unveränderten Situation im Folgejahr) nicht vom *dauernden Tragen des Halsstützkragens* entwöhnt werden konnte, dass er gemäss Austrittsbericht ein sehr tiefes Leistungsniveau zeigte und bei den Therapieübungen nicht mitmachte, ist dem Austrittsbericht nicht zu entnehmen. Die *Ursache* der muskulären Verspannungen mit dadurch bewirkter Bewegungseinschränkung der HWS wird nicht diskutiert oder dargelegt. Eine Auseinandersetzung mit den in den Berichten der Neurologen Dr. med. G._____ und Dr. med. H._____ erhobenen Befunden, soweit überhaupt vorliegend, findet sich im Austrittsbericht schliesslich nicht.

Damit ergibt sich aus dem Austrittsbericht Bellikon im Wesentlichen, dass die psychischen Beschwerden klar im Vordergrund standen und eine Therapierung der geklagten, nunmehr den ganzen Körper betreffenden körperlichen Beschwerden nicht möglich war und als nicht angezeigt erachtet wurde. Ein HWS-Distorsionstrauma wird nicht diagnostiziert. Festgehalten wird ohne Erörterung der Ursache eine *verspannte Muskulatur* und dadurch eingeschränkte Beweglichkeit der HWS. Aus dem psychosomatischen Konsilium ergibt sich die Einschätzung, dass der Versicherte *psychovegetativ völlig entgleist* erscheine (vgl. 4A/II/vor 20). Zum Nachweis einer HWS-Schleuderverletzung, die denn auch nicht

diagnostiziert wird, ist er mangels Diskussion möglicher Ursachen der Verspannungen von geringem Beweiswert.

bb) Zweite Hospitalisation (Klinik Valens, 10 Tage im November 1997)

Im kurzen Austrittsbericht (resp. Zuweisungsbericht, vgl. nachfolgend) der Klinik Valens vom 11. Dezember 1997 (act. 4A/155) wird die Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas und einer posttraumatischen Anpassungsstörung gestellt. Dem Bericht liegt wegen des vorzeitigen Abbruchs des Aufenthalts und der Überweisung an die psychiatrische Klinik Wyss ein lediglich 10-tägiger Aufenthalt des Versicherten zugrunde. Dem Berichtsverfasser (Assistenzarzt Dr. med. AD._____, visiert von Dr. med. AE._____, Rheumatologe) lagen gemäss Zusammenfassung als Vorakten das Arztzeugnis Dr. med. F._____, die ORL-Untersuchung Dr. D._____, die Berichte Dr. med. G._____ vom 1. Mai 1997 und Dr. med. H._____ vom 30. Mai 1997 – nicht jedoch die ausführliche kreisärztliche Untersuchung vom 22. Mai 1997 – sowie der Austrittsbericht der Klinik Bellikon vor. Geklagt wurden Beschwerden am ganzen Körper, zudem Tinnitus, Schwindel, trockener Mund und Konzentrationsschwierigkeiten. Der Bericht geht von einem (zu) heftigen Auffahreignis gemäss Schilderung des Versicherten („wurde wohl durch den Aufprall zunächst nach hinten, dann beim Aufprall in den vorderen Wagen *geschleudert*“, Hervorhebung angefügt) und einem Auftreten heftiger initialer Schmerzen *nach zwölf Stunden*, letzteres wohl gestützt auf die Vorakten, aus (S. 3). Der Berichtsverfasser hat sodann Kenntnis vom Verhebetauma im August 1994 (Lumbovertebralsyndrom).

Dem Bericht ist an Befunden lediglich die *Druckschmerzhaftigkeit* der Wirbelsäule zu entnehmen, die wiederum auf Patientenangaben beruht. Eine aussagekräftige Untersuchung der Beweglichkeit der HWS sei *nicht möglich gewesen* wegen starker Schmerzangabe bei kleinster Bewegung. Weiter wird festgehalten, dass *sämtliche Punkte im Waddell-Test positiv* gewesen seien. Die neurologischen Befunde und der Allgemeinstatus werden als unauffällig bezeichnet. Zu entnehmen ist dem Bericht weiter, dass die psychiatrische Problematik, die sich *sekundär* entwickelt

habe, deutlich im Vordergrund stehe und eine somatische Rehabilitation deshalb gar nicht möglich gewesen sei, weshalb der Aufenthalt abgebrochen und der Versicherte zur Behandlung in die psychiatrische Klinik Wyss überwiesen werde. Weiter ergibt sich aus dem Austrittsbericht, dass der Versicherte nach wie vor einen *Halskragen* trage, den er sehr ungern abnehme, in den Therapien *nicht habe kooperieren* können, da sämtliche Bewegungen die Beschwerden verschlimmern würden, und eine weitere Physiotherapie *nicht indiziert* sei. Die einzige Therapie seit Austritt aus Bellikon im August 1997 habe in einer wöchentlichen psychiatrischen Sitzung bei Dr. med. S. _____ (Psychiatrisches Ambulatorium in Olten) bestanden (S. 3).

Der Bericht befasst sich nicht mit der *Ursache* der Beschwerden, weder jener der Druckschmerzhaftigkeit der Wirbelsäule noch jener der als im Vordergrund stehend bezeichneten psychischen Problematik. Letzteres wäre, da fachfremd, auch nicht beweiskräftig. Es ist mangels ersichtlicher Begründung davon auszugehen, dass die Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas einzig aufgrund der Vorakten resp. des Einweisungsgrundes des Hausarztes „therapieresistente Entwicklung mit schweren psychovegetativen Symptomen nach HWS-Distorsionstrauma“ und des geschilderten Schadenereignisses erfolgte. Angesichts des zum rheumatologischen Befund vermerkten Ergebnisses des Waddell-Tests bei gleichzeitigem Fehlen einer Begründung der Diagnose „HWS-Distorsionstrauma“ ist der Bericht nicht geeignet zum Nachweis einer beim Schadenereignis erlittenen HWS-Schleuderverletzung. Auf die im Bericht als „wahrscheinlich posttraumatisch“ bezeichneten „kleinen Retroostheophyten“ wurde hiervor unter 6.2.1 eingegangen. Auf die Bedeutung des positiven Waddell-Tests wird nachfolgend in Zusammenhang mit den Gegenbeweissätzen eingegangen (vgl. 6.2.5.3).

e) Zwei Schreiben des Neurologen Dr. med. R. _____ (März/Juni 1998)

aa) Beim Schreiben von Dr. med. R. _____ vom 25. März 1998 (act. 4A/I/84) handelt es sich um ein Kostengutsprachege such. Dr. med. R. _____ ist Neurologe, dessen Beizug als Schleudertraumaexperte vom Versicherten frühzeitig gewünscht wurde (act. 12 Rz. 56; unbestritten act. 21 Rz. 13 ff.). Es werden die aktuell geklagten Beschwerden wiedergegeben und festgehalten, dass „noch heute

ein deutliches linksbetontes Cervicalsyndrom sowie cervicocephale Beschwerden“ bestünden. Aus dem Schreiben geht nicht hervor, wann Dr. med. R._____ den Versicherten erstmals untersuchte, ob ihm Vorakten einschliesslich des Unfallrapports vorlagen, welche Unfallschilderung er seinen Angaben zugrunde legte. Eine Bezugnahme auf die von voruntersuchenden und –behandelnden Ärzten erhobenen Befunde in den ersten rund 11 Monaten nach dem Schadenereignis fehlt. Im Schreiben von Dr. R._____ wird *erstmal*s eine *milde traumatische Hirnverletzung* erwähnt. Wie der im Folgejahr nach dem Schadenereignis beigezogene Arzt zu dieser Diagnose gelangte, ergibt sich aus dem ersten aktenkundigen Schreiben von Dr. med. R._____ mit Ausnahme des Hinweises auf Angaben des Versicherten nicht. Soweit Dr. med. R._____ ohne weitere Erläuterung eine in der Folge aufgetretene „posttraumatische Anpassungsstörung“ erwähnt, kommt dem Schreiben kein Beweiswert hinsichtlich der (fachfremden) Diagnose zu. Mit der *Ursache* der geklagten Beschwerden befasst sich Dr. R._____ nicht: In der Angabe „als Folge dieser Verletzung [HWS-Distorsionstrauma] besteht noch heute ein deutliches linksbetontes Cervicalsyndrom sowie cervicocephale Beschwerden“ ist keine Begründung, sondern mangels weiterer Ausführungen eine anamnetische Feststellung zu sehen. Dr. med. R._____ hatte aufgrund seines Vertrauensverhältnisses zum Versicherten im Übrigen keine Veranlassung, die Angaben seines Patienten kritisch zu hinterfragen. Es ist daher davon auszugehen, dass die Angabe eines HWS-Distorsionstraumas einzig auf Patientenangaben beruht. Zweck des Schreibens war schliesslich „die wohlwollende Beurteilung dieses Kostengutsprachegesuchs“. Der Beweiswert des Schreibens für den Nachweis einer erlittenen HWS-Schleuderverletzung (Beweissätze 1.1, 3.1) ist aus den aufgezeigten Gründen als gering einzustufen.

bb) Mit weiterem Schreiben vom 22. Juni 1998 des Neurologen Dr. med. R._____ (act. 4A/II/vor95) erstattete dieser dem Rechtsanwalt des Versicherten im Hinblick auf die Beschwerde an das Versicherungsgericht Bericht. Aus dem Schreiben geht wiederum nicht hervor, welche Vorakten dem Neurologen zur Verfügung standen; jedenfalls findet eine Auseinandersetzung mit echtzeitlichen medizinischen Unterlagen der ersten zwölf Monate nach dem Schadenereignis oder ein Einbezug von Vorzuständen nicht statt. Nicht ersichtlich ist wiederum, welche

Unfallereignisschilderung des Versicherten der Einschätzung des Neurologen zugrunde lag resp. ob der Neurologe Kenntnis davon hatte, dass sich der Versicherte gegenüber der Polizei als unverletzt bezeichnete und beim Schadenereignis weder eine Bewusstlosigkeit, noch eine Amnesie oder eine vorübergehende Verwirrtheit erlitt. Soweit über ein Jahr nach dem Schadenereignis zum Nachweis des Cervikalsyndroms auf eine „*verspannte Muskulatur im Genickbereich*“ und *Verklebungen der Muskulatur* verwiesen wird, ist nicht ersichtlich, ob die Umstände, dass der Versicherte nunmehr seit über einem Jahr einen Halskragen trug (vgl. Bericht Rheinfeldern sogleich) und bereits zwei Monate nach dem Schadenereignis keinerlei Physio-, sondern einzig eine Psychotherapie besuchte (vgl. hiervor zum Austrittsbericht Valens) Berücksichtigung fanden. Es ist weiter nicht ersichtlich, worauf sich die Diagnose einer MTBI stützt. Soweit der Neurologe sich dahingehend äussert, dass es „*keinen Grund gebe anzunehmen*“, dass der Zustand des Versicherten *nicht* auf das Schadenereignis zurückzuführen sei, spricht daraus zum einen eine unkritische Haltung des Neurologen und kommt darin zum Ausdruck, dass nach dem Schadenereignis geklagte Beschwerden vermutungsweise auf dieses zurückgeführt werden. Damit kommt nicht nur den fachfremden Angaben des Neurologen, sondern dem Schreiben insgesamt mangels nachvollziehbarer Grundlage und Begründung kein Beweiswert zu.

f) Stationäre Behandlung Rheinfeldern im Unfallfolgejahr (Juni/Juli 1998)

Zum Aufenthalt des Versicherten in der Rehaklinik Rheinfeldern im Unfallfolgejahr werden einerseits der Bericht an die IV-Stelle vom 11. August 1998 (act. 53/3) und andererseits das Schreiben (Austrittsbericht) vom 10. August 1998 an den zuweisenden Arzt Dr. med. R._____ (act. 4A/II vor 95), je einschliesslich Beiblättern, angerufen.

Der Arztbericht zuhanden der IV-Stelle wurde von Dr. med. AC._____, Facharzt für Rheumatologie und innere Medizin, erstellt. Er verweist hinsichtlich *Diagnose, Anamnese und Befund auf das siebenseitige Beiblatt*, das im ausführlicheren Austrittsbericht zuhanden des zuweisenden Neurologen Dr. med. R._____ inhaltlich enthalten ist (dazu nachfolgend zu act. 4A/II vor 95). Aus dem IV-Formularbericht selbst sowie dem einseitigen Beiblatt (betreffend Arbeitsfähigkeit)

ergibt sich die Angabe, dass der Gesundheitsschaden *seit dem 7. April 1997* bestehe. Da der Versicherte erst über ein Jahr nach dem Schadenereignis nach Zuweisung durch Dr. med. R._____ in die Klinik Rheinfelden eintrat, die Antworten im Formularbericht sich ausdrücklich auf die Phase der Hospitalisation ab 6. Juni 1998 stützen und Dr. med. AC._____ den Versicherten somit frühestens 14 Monate nach dem Schadenereignis erstmals befragt und untersucht haben kann, kann dieser Angabe *keine* eigene Feststellung und damit keine objektive Grundlage zugrunde liegen. Weiter geht aus dem Formularbericht hervor, dass ausser hausärztlicher Weiterbetreuung und Psychotherapie *kein Behandlungsbedarf*, insbesondere kein Behandlungsbedarf im Fachgebiet des Verfassers des Arztberichts (Facharzt Rheumatologie und innere Medizin) besteht. Hinsichtlich des Inhalts des siebenseitigen Beiblatts zum Arztbericht, das einer gekürzten Variante des ebenfalls zum Beweis angerufenen Austrittsbericht an Dr. med. R._____ entspricht, vgl. sogleich. Dem Formularbericht samt einseitigem Beiblatt kommt über die Feststellung hinaus, dass der Versicherte auch nach Einschätzung in Rheinfelden einzig der *psychotherapeutischen* Betreuung bedarf, mangels Diagnosestellung und Erläuterungen kein eigenständiger Beweiswert für die Frage des Vorliegens von unfallbedingten Beschwerden zu.

Dem Austrittsbericht (Schreiben) der Rehaklinik Rheinfelden an Dr. med. R._____ vom 10. August 1998 (act. 4A/II/vor 95), wiederum verfasst von Dr. med. AC._____, Facharzt für Rheumatologie und innere Medizin, kommt, soweit der Verfasser fachfremde Einschätzungen abgibt resp. Diagnosen stellt, kein Beweiswert zu. Gestellt wird die Diagnose „St. n. HWS-Distorsion und leichter traumatischer Hirnverletzung [...] mit schwerer posttraumatischer Anpassungsstörung mit agitierten Zügen, schwere psychovegetative Erschöpfung“ (vgl. zur Zusammenfassung des Berichts hiavor 5.2). Zur Beurteilung der ausschliesslich auf Patientenangaben gestützten Diagnose einer MTBI wird nachfolgend unter 7.2 und auf die Ausführungen zu psychischen Beschwerden und deren Ursachen unter 8.4 eingegangen.

Aus dem Bericht geht hervor, dass sich die ambulante Therapie des Versicherten bereits seit dem ersten Klinikaufenthalt in Bellikon, mithin gut zwei Monate nach

dem Schadenereignis, in regelmässiger *psychotherapeutischer Betreuung* (Dr. med. S._____, Olten) erschöpfte, mithin keine Behandlung von physischen Beschwerden stattfand (S. 5). Diese Angabe steht in Einklang mit den Angaben in den Austrittsberichten Bellikon und Valens, aber auch dem späteren Verlaufsbericht des Hausarztes von 2003 (vgl. 6.5.2 hiernach). Aus dem Bericht geht weiter hervor, dass der Versicherte auch während des Aufenthalts in Rheinfelden, nunmehr über 15 Monate nach dem Schadenereignis, "vom permanenten Tragen des *Halskragens* nicht entwöhnt werden" konnte (vgl. S. 5, 10). Aus der Anamnese im Austrittsbericht geht sodann eine *weitere Ausweitung der Vielzahl an geklagten Beschwerden* hervor, so u.a. Sehstörungen mit Verschwommensehen, Nebelsehen, blitzartig auftretende Schmerzen im rechten Bein bei Belastung, Kiefergelenksschmerzen, Herzklopfen (S. 5).

Der Austrittsbericht geht einzig gestützt auf Patientenangaben davon aus, dass der Versicherte *sofort messerstichartige Schmerzen zwischen den Schulterblättern* verspürt habe, weshalb nach Ansicht des Berichtsverfassers voruntersuchende Ärzte zu Unrecht von einem initialen Schmerzauftreten erst nach zwölf Stunden ausgegangen seien (S. 7 ff.). Dass solche sofortigen starken Schmerzen zwischen den Schulterblättern gegenüber keinem der erstbehandelnden und -untersuchenden Ärzte in den ersten Monaten nach dem Schadenereignis, ebenso wenig wie auf Nachfrage gegenüber der Polizei am Unfallort, überhaupt geklagt wurden, lässt der Berichtsverfasser ausser Acht. Er stützt sich somit hinsichtlich initialer Beschwerden – trotz Kenntnis der Vorberichte – einzig auf die nun deponierten Angaben des Versicherten. Eine unbesehene Übernahme von Patientenangaben kommt weiter in der Stellungnahme des Berichtsverfassers zu Beurteilungen von voruntersuchenden Ärzten (S. 7 ff.) zum Ausdruck, so zu gegenüber dem Versicherten erhobenen "Vorwürfen" der mangelhaften Kooperation und der funktionellen Überlagerung. Widersprüchlich erscheint in diesem Zusammenhang, dass einerseits die nicht frühzeitig erfolgte Zuweisung an den Spezialisten Dr. med. R._____ zwecks umfassender Beurteilung bemängelt (S. 9), andererseits eine frühzeitige Überweisung in die Rehaklinik Bellikon zwecks interdisziplinärer Therapie anerkannt wird (S. 2).

Eine nachvollziehbare Begründung für die Diagnose „St. n. HWS-Distorsion“ ergibt sich aus der Beurteilung nicht (S. 5 ff.): Die "Beurteilung" setzt sich aus Kritik an den voruntersuchenden Neurologen, die das Vorliegen einer MTBI verneint und zu Unrecht auf mangelnde Kooperation des Versicherten bei der Untersuchung geschlossen hätten, aus dem Hinweis, dass ein Tinnitus Zusatzsymptom bei allen Schweregraden gemäss Quebec Task Force sein könne, und aus einer Auseinandersetzung mit den Gründen für die Leistungseinstellung durch die Klägerin per Ende Januar 1998 zusammen. Soweit eine Begründung des „St.n. HWS-Distorsion“ darin zu sehen wäre, dass der Berichtsverfasser von *noch am Unfallort geklagten thorakalen Schmerzen* und *einer unmittelbar nach dem Unfall vom Hausarzt festgestellten Verminderung der HWS-Beweglichkeit* ausgeht, fusst sie auf unzutreffenden Angaben. Weder wurden sofortige messerstichartige Schmerzen vor Eintritt in die Rehaklinik Bellikon je geklagt, noch konnte der Hausarzt, da ferienabwesend, unmittelbar nach dem Unfall entsprechende Feststellungen machen. Eine Feststellung einer verminderten HWS-Beweglichkeit durch den Hausarzt erfolgte, wie mehrfach dargelegt, erst zwei Wochen später im Arzzeugnis vom 21. April 1997. Soweit zur weiteren Begründung einer HWS-Schleuderverletzung auf „*mögliche vorhandene Weichteil- und ligamentäre Läsionen, wie bei dem Patienten sicherlich vorhanden aufgrund nach dem Unfall aufgetretener und seither konsistenter Befunde, die im Schreiben von Dr. R._____ vom 22. Juni 1998 erläutert werden*“ Bezug genommen wird, sind diese Ausführungen resp. Verweisungen nicht nachvollziehbar und nicht schlüssig. Mit der angesprochenen „Erläuterung“ im Schreiben von Dr. med. R._____ sind wohl die „verspannte Muskulatur im Genickbereich“ und „Verklebungen“ der Muskulatur im gleichen Bereich gemeint. Diesbezüglich ist zu verweisen auf das zum Schreiben von Dr. R._____ hiervoor Ausgeführte.

Aus den dargelegten Gründen (keine nachvollziehbare Begründung der Diagnose, unzutreffende Annahmen zum Auftreten von Initialbeschwerden etc.) kommt dem über ein Jahr nach dem Schadenereignis erstellten Austrittsbericht der Rehaklinik Rheinfelden im Schreiben an Dr. med. R._____, gekürzt enthalten im Beiblatt zum Arztbericht zuhanden der IV, kein Beweiswert für das Vorliegen einer HWS-Schleuderverletzung zu.

f) Zum Bericht Institut Dr. AB. (MRI, CT) vom 25. Mai 1998 (act. 4A/II/vor 95) ist auf die Ausführungen hiavor (vgl. 6.2.1: "wahrscheinlich schmerzbedingte Blockierung") zu verweisen. Dem über ein Jahr nach dem Schadenereignis erstellten Bericht lässt sich insbesondere nichts zu *initial* festgestellten muskuloskelettalen Zeichen oder dem Vorliegen des typischen Beschwerdebildes entnehmen. Mit der Ursache von Gesundheitsbeeinträchtigungen ist der Bericht nicht befasst.

g) Der Wiedergabe der zwei fachfremden Diagnosen "HWS-Distorsionstrauma" und "milde traumatische Hirnverletzung" im Schreiben der Psychiatrischen Dienste des Kantons Solothurn an die IV-Stelle Solothurn vom 20. Mai 1998 (act. 53/2), die von den Verfassern weder erhoben wurden noch – da ein anderes Fachgebiet betreffend – erhoben werden konnten, kommt kein Beweiswert zu. Das Schreiben stellt keinen medizinischen Bericht im Sinne der Rechtsprechung dar.

g) Biomechanischer Bericht Prof. Dr. N. vom 12. September 1999 (act. 4A/II/vor 97)

Der biomechanische Bericht Prof. Dr. N._____ vom 12. September 1999 (act. 4A/II/vor 97), wonach „das Kollisionsereignis aus technischer und biomechanischer Sicht nur knapp geeignet [war], die initial festgestellten Beschwerden zu erklären“, basiert einerseits auf den technischen Berichten M._____, andererseits auf den dem Biomechaniker vorliegenden medizinischen Berichten (vgl. S. 3 ff.). Gemäss Anhang II, der als „expliziter Bestandteil des Gutachtens“ bezeichnet wird (S. 9 unten), nimmt der Biomechaniker „die Resultate der medizinischen und unfallanalytischen Untersuchungen bezogen auf die *Befunde* für gegeben an, da sie von entsprechenden Fachleuten (Ärzten, Polizeibeamten, Unfallanalytikern) erhoben wurden.“

Prof. Dr. N._____ ging in seinem Bericht *unzutreffenderweise* davon aus (Hervorhebung angefügt), dass gemäss dem „ersten uns zur Verfügung stehenden Arztzeugnis (Dr. F._____, ...) [...] *die am Unfallfolgetag (8.4.1997) erfolgte Untersuchung*“ eine Beweglichkeitseinschränkung der HWS und eine Sensibilitätsstörung C4 ergeben habe (S. 3). Dies sind indes, wie dargelegt, die Feststellungen des

Hausarztes Dr. med. F._____ *zwei Wochen nach dem Schadenereignis*. Dem Biomechaniker lag – so wenig wie dem Versicherungsgericht im Jahre 2002, dem Gerichtsgutachter im Jahre 2000 oder diesem Gericht – ein (echtzeitlicher) Bericht über eine am Unfallfolgetag stattgehabte Erstuntersuchung und dort erhobene Befunde vor. Dementsprechend bezeichnet der Biomechaniker das Arztzeugnis Dr. med. F._____, aus welchem zitiert wird, an erwähnter Stelle auch als „erstes uns zur Verfügung stehendes Arztzeugnis“ (vgl. S. 3).

Der Biomechaniker fasst den wesentlichen Inhalt der ihm vorliegenden medizinischen Berichte zwar zunächst grob (und wie gezeigt, nicht durchwegs zutreffend) zusammen und gibt somit die gegenüber den jeweiligen Ärzten gemachten, sich widersprechenden Angaben des Versicherten zu geklagten Beschwerden wieder. *Welche geklagten initialen Beschwerden* („Befund“, vgl. Anhang II) er seiner Einschätzung als gegeben zugrunde legte, geht aus der Beurteilung von Prof. Dr. N._____ (S. 6 ff.) einzig in Form geäußelter Kritik an den Berichten des Kreisarztes Dr. med. H._____ hervor: Dieser sei von einem „kleinen Unfallereignis“ und von einem „späten Auftreten der Beschwerden“ ausgegangen, obwohl bezüglich des Unfallereignisses damals noch keine quantitativen Unterlagen vorgelegen hätten und obwohl „aus den Aussagen von [Versicherter] und dem erstbehandelnden Arzt Dr. F._____“ hervorgehe, dass die Beschwerden nicht ‚spät‘, sondern relativ bald nach der Kollision aufgetreten seien (vgl. S. 6). Weshalb ersteres – das Vorliegen der technischen Unfallanalyse erst im Januar 1999 – nicht auch für sämtliche weiteren vor diesem Zeitpunkt erstellten Berichte gleichermaßen gelten und Berücksichtigung finden sollte, ist nicht nachvollziehbar und nicht dargetan. Sämtliche der in den Jahren 1997 und 1998 verfassten ärztlichen Berichte, von denen im Übrigen keiner Bezug nimmt auf den Polizeirapport (auf Nachfrage: „keine Verletzungen“, act. 4B), fussten im Wesentlichen auf der Unfallereignisschilderung des Versicherten. Aus der zweiten Anmerkung erhellt, dass Prof. Dr. N._____, wie von ihm selbst festgehalten, von *einer Untersuchung am Unfallfolgetag* mit den Feststellungen, die in Tat und Wahrheit *erst zwei Wochen* später vom Hausarzt im ersten Arztzeugnis festgestellt wurden, ausgeht und diese seiner Schlussfolgerung, wonach das Schadenereignis nur knapp geeignet gewesen sei, „die initial festgestellten Beschwerden“ auszulösen, zugrunde legt.

Schliesslich ist dem biomechanischen Bericht Prof. Dr. med. N._____ zu entnehmen, dass eine „Pseudo-Ruhigstellung der Halswirbelsäule“ mittels eines Halsstützkragens der Heilung nicht förderlich sei, da die Muskulatur sich rasch abschwäche. Er erläutert unter Bezugnahme auf diesbezügliche Studien, dass es seit längerer Zeit resp. seit 1993 unter Fachleuten gefestigter Erkenntnis entspreche, dass sich das Tragen eines Halskragens in den meisten Fällen *negativ* auswirke. Der Bericht von Prof. Dr. N._____, der unzutreffenderweise von einer *initial am Unfallfolgetag* und damit während der Latenzzeit festgestellten Sensibilitätsstörung und Beweglichkeitseinschränkung der HWS ausgeht, ist aufgrund des Gesagten nur bedingt geeignet zum Nachweis einer beim Schadenereignis erlittenen HWS-Distorsion, die im Übrigen, basierend auf den technischen Erkenntnissen des M._____, ohnehin als *nur knapp erklärbar* bezeichnet wird. Hinsichtlich der zu den Beweissätzen 1.1 und 3.1 ebenfalls angerufenen technischen Analysen M._____ vgl. hiervor 3.1.

h) Berichte des ORL-Facharztes vom April/Mai 1997 (C5-Senke und Tinnitus)

Der unabhängige ORL-Facharzt Dr. med. D._____ untersuchte den Versicherten, wie dargelegt, zunächst drei Tage nach dem Schadenereignis (10. April 1997) und hernach rund einen Monat später (2. Mai 1997) ein zweites Mal aufgrund eines geklagten Ohrgeräusches. Beide Berichte werden sowohl zum Vorliegen einer HWS-Schleuderverletzung resp. organischen Unfallfolgen im Bereich ORL als auch zur Unfallkausalität angerufen (Beweissätze 1.1, 1.3 und 3.1).

- Dem ersten Bericht von Dr. D._____ vom 10. April 1997 (act. 4A/I/9) kommt, soweit das eigene Fachgebiet betreffend (Erstellung des Tonaudiogramms), grundsätzlich hoher Beweiswert zu. Soweit sich der Bericht (fachfremd) zum Vorliegen eines Schleudertraumas äussert, mangelt es ihm an Beweiswert (vgl. schon hiervor 6.2.5.2 h). Dr. D._____ stellte mittels Tonaudiogramm eine *leicht-gradige hochtonbetonte Schallempfindungshörstörung* im Sinne von beidseitigen C5-Senken und die Entwicklung eines *akuten starken Ohrgeräuschs* fest. Eine C5-Senke ist eine Hörschwellenkurve bei etwa 4000 Hz, wo sich eine Lärmschädigung zuerst in Form einer Senke bemerkbar macht. Im Übrigen ergaben sich Normalbefunde.

Zu berücksichtigen ist zunächst, dass der Ersteller eines Tonaudiogramms zwingend auf die *Mitwirkung* des Patienten angewiesen ist und die Zuverlässigkeit des Audiogramms damit von dessen Angaben abhängt. Hinsichtlich des Beweiswerts des Berichts ist wesentlich, dass der ORL-Facharzt nicht über die *Vorakten* verfügte (Tonaudiogramm von 1992), aus denen unbestrittenermassen ein binauraler Hörschaden von 14.9% (ausgehend von einem Gesamtgehör von 200%), mithin nur geringfügig weniger als der vom Facharzt ermittelte Hörschaden von 16.4% hervorgeht (vgl. schon hiervor A.5; act. 4A/149, Audiogramm vom 2. Juli 1992). Unbestritten ist weiter, dass der Versicherte als Vorarbeiter in einer Heizkörperfabrik *Lärmimmissionen* ausgesetzt war (act. 25 Rz. 74, act. 29 Rz. 39). Damit ist aufgrund des Tonaudiogramms vom 10. April 1997 nicht erstellt, dass die *leichtgradigen C5-Senken* resp. die geringfügige Veränderung seit 1992 Folge des Schadenereignisses vom 7. April 1997 sind. Dr. D._____ ist als behandelnder Facharzt mit der Feststellung und der Linderung des geklagten Tinnitus befasst, *nicht mit der Frage der Unfallkausalität*. Soweit er sich zur zeitlichen Nähe des geklagten Tinnitus zum Unfallereignis äussert ("im Anschluss an das Schleudertrauma [...] trat auch ein [...] Ohrgeräusch auf"), ist dies eine Wiedergabe von Patientenangaben, die zu hinterfragen nicht Aufgabe des behandelnden Arztes und diesem bei einem subjektiven, mithin nicht objektivierbaren Tinnitus auch gar nicht möglich ist.

Dies geht klar aus dem Bericht zum zweiten Tonaudiogramm vom 5. Mai 1997 (act. 4A/18) hervor, wonach der Versicherte "*subjektiv* immer noch störendes Ohrgeräusch links, nun *angeblich* auch *Hörstörung links und Lärmempfindlichkeit*" beklagte und „das *subjektiv* starke Ohrgeräusch [...] *nach Angabe des Patienten* erst im Anschluss an das Wirbelsäulentrauma aufgetreten“ sei (Hervorhebungen angefügt). Damit findet auch im Bereich ORL eine *Ausweitung* der geklagten Beeinträchtigung zwischen erster (10.04.1997: „subjektiv keine sichere Gehörsverminderung“) und zweiter Untersuchung (02.05.1997: „angeblich auch Hörstörung links und Lärmempfindlichkeit“) statt, die der ORL-Facharzt in keiner Weise objektivieren konnte ("angeblich"). Hinsichtlich der diagnostizierten *linksbetonten C5-Senke* geht auch aus dem zweiten Bericht hervor, dass der ORL-Facharzt nach wie vor *keine* Kenntnis von der unbestrittenermassen seit 1992 bestehenden Hör-

verminderung hatte ("Frühere Audiogrammbefunde liegen nicht vor"), mithin seine Diagnose einer C5-Senke in Unkenntnis der diesbezüglichen Vorakten abgab. Wenn Dr. D._____ im Formularbericht zuhanden der A._____ schliesslich ankreuzt, dass keine unfallfremden Faktoren im Heilungsverlauf mitspielen, und weiter festhält, dass "das *subjektive* Ohrgeräusch *nach Angabe des Patienten* erst im Anschluss an das Wirbelsäulentrauma aufgetreten" sei, so kommt darin wiederum die mangelnde Objektivierbarkeit des subjektiven Tinnitus, aber auch der vorerwähnte Umstand zum Ausdruck, dass der behandelnde Ohrenarzt nicht mit der Ermittlung der Ursache befasst ist. Schliesslich wurde der Versicherte "aus ohrenärztlicher Sicht" als arbeitsfähig bezeichnet.

Aus den dargelegten Gründen ist aufgrund der Berichte von Dr. med. D._____ nicht rechtsgenügend erstellt, dass der vom Versicherten geklagte Tinnitus sowie die geringfügige Veränderung vorbestehender C5-Senken Unfallfolgen darstellen (vgl. zudem hiernach 6.2.5.3 zum Gegenbeweis) und kommt ihm hinsichtlich der Wiedergabe fachfremder Diagnosen kein Beweiswert zu.

i) Zusammenfassend ist zur Beweislage aufgrund der Hauptbeweismittel der ersten drei Jahre nach dem Schadenereignis zum Vorliegen einer HWS-Distorsion (einschliesslich Unfallfolgen in Form von muskuloskelettalen Zeichen und C5-Senke sowie Tinnitus) somit Folgendes festzuhalten: Aus verschiedenen Berichten ergeben sich Feststellungen einer *muskulären Verspannung* oder von *Druckdolenzen* und eine dadurch bedingte *Bewegungseinschränkung* (muskuloskelettale Zeichen). Diese überwiegend von behandelnden Ärzten verfassten Berichte waren indes mehrheitlich nicht mit der Ursache des Befunds befasst (so Dres. F._____, D._____, E._____, AB._____, R._____, ebenso die Verfasser der Austrittsberichte Bellikon und Valens), basierten auf unvollständiger Aktenlage (so Bellikon, Valens, Rheinfeld, Dr. D._____) resp. gingen von einer falschen Interpretation der Vorakten und unzutreffenden Annahmen zu Initialbeschwerden aus (so Dres. N._____, G._____, R._____, ebenso die Verfasser der Austrittsberichte Bellikon, Valens und Rheinfeld). Die Mehrzahl der Verfasser geben sodann (auch) fachfremde Diagnosen wieder (so Dres. F._____, R._____, die Verfasser der Austrittsberichte Bellikon, Valens und Rheinfeld). In zwei Berichten wird die

Diagnose einer HWS-Distorsion gar nicht gestellt und auch kein "Status nach" einem solchen angegeben (so der Neurologe Dr. med. G._____, ebenso im Austrittsbericht Bellikon) resp. es wird der Verdacht auf eine funktionelle Überlagerung geäussert (so Dr. G._____. Dem Verlaufsbericht von Dr. med. F._____ vom Unfallfolgejahr ist schliesslich die Einschätzung einer dringend gebotenen Reintegration in den Arbeitsprozess zu entnehmen, der demnach aus Sicht des Hausarztes weder physische noch psychische Beschwerden entgegenstanden. Vor dem Arztbericht vom 21. April 1997 wurde ein muskuloskelettales Zeichen in Form einer Bewegungseinschränkung nicht festgestellt resp. dokumentiert. Den Berichten liegen zunehmend ausweitend geklagte (Initial)Beschwerden zugrunde, die von den behandelnden Ärzten gemäss den *als Hauptbeweismittel* angerufenen Berichten mit wenigen Ausnahmen nicht hinterfragt wurden. Schliesslich ergibt sich aus sämtlichen medizinischen Berichten ab dem Austrittsbericht Bellikon (August 1997), soweit diesen ein gewisser Beweiswert zukommt, dass eine Behandlung von körperlichen Beschwerden weder stattfand, noch möglich war oder als indiziert erachtet wurde und eine psychische Problematik des Versicherten im Vordergrund stand. Damit ist der Nachweis des Vorliegens einer HWS-Schleuderverletzung anhand der angerufenen Beweismittel der ersten drei Jahre nach dem Schadenereignis nicht erbracht.

6.2.5.3. Gegenbeweismittel der Beklagten

a) Dieses Ergebnis wird durch die von der Beklagten zum Gegenbeweis dafür, dass der Versicherte keine HWS-Schleuderverletzung erlitten habe, sondern Anzeichen für eine Simulation oder Aggravation resp. ein deutlich dysfunktionales Schmerzverhalten vorlägen und schon nach kurzem psychovegetative Symptome im Vordergrund gestanden hätten (Gegenbeweissätze 2.1 bis 2.3), angerufenen Berichte der behandelnden und untersuchenden Ärzte in den ersten beiden Monaten (Hausarzt, Neurologen G._____ und H._____, ORL-Facharzt) und die Austrittsberichte der Kliniken Bellikon und Valens zusätzlich gestützt.

b) Im Entscheid vom 19. Januar 2005 (Urteil U 330/2005 vom 19. Januar 2006 E. 4.2.2) stellte das Bundesgericht auf die Ergebnisse eines Waddell-Tests ab und hielt dazu Folgendes fest: Sind mindestens drei von fünf Waddell-Zeichen

positiv, spricht dies für eine *nicht-nozizeptive* – eine nicht an der Aufnahme, Weiterleitung und zentralnervösen Verarbeitung von noxischen Signalen beteiligte – Schmerzursache. Zum dem Entscheid des Bundesgerichts zugrundeliegenden Fall wurde festgehalten, dass der angerufene neurologische Bericht die Unfallkausalität zwar bejahe, allerdings ohne Belege oder nachvollziehbare Begründung. Vielmehr werde darin festgehalten, dass sich die *Exploration schwierig* gestalte und die *klinischen Untersuchungsbefunde* und auch das *spontane Bewegungsverhalten* in einem gewissen Kontrast zum subjektiv geltend gemachten massiven Leidensdruck stünden. In der Untersuchungssituation gebe es deutliche Zeichen der *funktionellen Überlagerung* mit positiv geprüften Waddell-Zeichen. Dies seien *Indizien für eine nicht-organische Pathologie*, welche die Annahme stützen, dass *keine organischen Ursachen* für die vom Beschwerdeführer geklagten (körperlichen) Leiden vorhanden seien (unter Bezugnahme auf STEBLER/PUTZI/MICHEL, Lumbale Rückenschmerzen: Diagnostik, in: Schweiz Med Forum Nr. 9, 2001, S. 205 ff.).

Ein *dysfunktionales Schmerzverhalten* (vgl. Beweissatz 2.2) ist eine *Fehlentwicklung auf der Verhaltensebene*. Eine eigene F-Diagnose gemäss ICD-10 (vgl. DILLING/FREYBERGER [Hrsg.], Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 7. A., 2014, S. 175 ff.) besteht nicht. Anzeichen für ein dysfunktionales Schmerzverhalten sind übervorsichtige Bewegungen, starre/abnorme Haltung, häufiges Reiben/Halten des Schmerzbereichs, häufige Schmerzmimik, häufiges Seufzen, häufige verbale Schmerzäusserung, übertriebene Abwehrreaktion bei klinischer Untersuchung (act. 25 Rz. 101 mit Verweis auf: Keefe et al., Behavioral Dysfunction Index [BDI] von 1985; unbestritten in act. 29 Rz. 47 f.). Es wirkt sich in einer übermässig starken, undifferenzierten, allenfalls topografisch ausgeweiteten Schmerzbeschreibung (Symptomausweitung), einem inadäquaten, demonstrativen Schmerzverhalten, einem inadäquaten, auf Selbstlimitierung beruhenden Leistungsverhalten (Vermeidungsverhalten) sowie zahlreichen Unregelmässigkeiten aus (Oliveri M et al [2006], Schweiz Med Forum, S. 420 ff.).

Als *Psychovegetativ* (vgl. Beweissatz 2.3) werden Symptome bezeichnet, die die Psyche und das vegetative Nervensystem betreffen. Sie beruhen auf einer durch

seelische Vorgänge ausgelösten Störung des vegetativen Nervensystems (des Nervensystems, das die willentlich nicht beeinflussbaren Prozesse steuert), besonders bei organisch nicht fassbaren Krankheitssymptomen (DUDEN). Vereinfacht ausgedrückt sind darunter Symptome zu verstehen, die nicht auf einer körperlichen, sondern einer *seelischen resp. psychischen Ursache* beruhen.

Eine *Simulation* ist eine bewusste, durch externe Anreize motivierte Vortäuschung von Krankheitszuständen (PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 2014, S. 1964), eine *Aggravation* das bewusste Übertreiben vorhandener Symptome durch den Patienten (DUDEN), (vgl. Beweissatz 2.1).

c) Vor dem Hintergrund des Gesagten ergibt sich in Würdigung der angerufenen *Gegenbeweismittel* (Gegenbeweissätze 2.1 bis 2.3) aus den ersten drei Jahren nach dem Schadenereignis das Folgende:

- Aus dem Polizeirapport (act. 4B) ergibt sich, wie erwähnt, die Angabe des Versicherten am Unfallort auf Nachfrage, *unverletzt* zu sein. Dies steht im Widerspruch zur erstmals in Bellikon gemachten Angabe, wonach er *sofort* messerstichartige Schmerzen zwischen den Schulterblättern verspürt habe. Wie erwogen, wurden solche sofortigen und heftigen initialen Schmerzen gegenüber dem eigens wegen des Schadenereignisses aufgesuchten Hausarzt zwei Wochen später, aber auch gegenüber den Neurologen Dres. med. G._____ und H._____, nicht geklagt (vgl. schon hiavor 6.2.4). Darin kann ein Anzeichen für Aggravation resp. Simulation gesehen werden.

- Aus dem ersten Bericht des ORL-Facharztes Dr. med. D._____ vom 11. April 1997 (act. 4A/19) ergibt sich, dass der Facharzt *aufgrund unzutreffender Patientenangabe* davon ausging, dass kein ORL-relevanter Vorzustand vorliege. Hier von ging der Facharzt auch einen Monat später noch aus.

- Aus dem Bericht von Dr. med. G._____ zur ersten neurologischen Untersuchung vom 30. April 1997 (act. 4A/16) ergibt sich nebst Normalbefunden eine *komplette Blockierung der HWS-Beweglichkeit*, ein *Gegenstemmen* bei der Lasègue-Prüfung, eine *mangelnde Kooperation*, ein *nicht überprüfbares* Gangbild. Gemäss

Beurteilung des Neurologen zeigte der Versicherte ein *nicht plausibles Bewegungsverhalten wie bei einem akuten Hexenschuss* und es seien sämtliche klinischen Befunde, *die nicht willkürlich beeinflusst* werden könnten, unauffällig gewesen. Dr. med. G._____ äussert den Verdacht auf eine *massive funktionelle Überlagerung*. Der Bericht enthält somit eine Vielzahl an deutlichen Zeichen für eine *funktionelle Überlagerung resp. für ein dysfunktionales Verhalten* und damit *Indizien für eine nicht-organische Ursache* der ausweitend geklagten Beschwerden. Aus der Erwähnung eines *unplausiblen* Bewegungsverhaltens und dem Hinweis auf die „nicht *willentlich* beeinflussbaren“ Befunde, die mangelnde Kooperation und das „Gegenstemmen“ ist zu schliessen, dass eine willentliche Beeinflussung der Untersuchungsergebnisse durch den Versicherten, wo dies möglich war, gemäss der Einschätzung des Neurologen stattgefunden haben könnte. Damit ist der Bericht zur ersten neurologischen Untersuchung geeignet, die Vorbringen der Beklagten, wonach Anzeichen für Aggravation oder Simulation vorlägen und der Versicherte ein dysfunktionales Schmerzverhalten (starre Haltung, übertriebene Abwehrreaktion) bei der Untersuchung gezeigt habe, zu stützen und als *Gegenbeweismittel* geeignet, (weitere) Zweifel am Vorliegen einer HWS-Schleuderverletzung und unfallbedingten körperlichen Beschwerden zu wecken.

- Die Einschätzung des Neurologen Dr. med. H. _____ im Bericht vom 22. Mai 1997 (act. 4A/V10) basiert auf der gleichentags durchgeführten, ersten kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Mai 1997 (act. 4A/V11). Dr. med. H._____ zieht die geklagten Beschwerden mit in die Beurteilung ein und geht gestützt auf das Zuweisungsschreiben des Hausarztes von einem *Schmerzauftreten am Unfallfolgetag* aus. Gestützt auf diese – vom Kreisarzt nicht überprüfbare – Information zur Latenzzeit schliesst der Neurologe auf eine leichte HWS-Distorsion. Gemäss Anamnese klagte der Versicherte über *multiple Beschwerden*, ohne dass vom Patienten schmerzauslösende Momente angegeben würden. Aus dem Bericht geht damit eine *weitere Ausweitung der geklagten Beschwerden* hervor (vgl. hiavor 6.2.4). Weiter hatte der Kreisarzt Kenntnis von den Berichten des ORL-Facharztes Dr. med. D._____. Berichten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit beste-

hen. Anhaltspunkte für eine Voreingenommenheit oder eine Befangenheit gegenüber dem Beschwerdeführer sind nicht auszumachen. Insbesondere können solche nicht darin gesehen werden, dass Feststellungen zum Verhalten des Versicherten gemacht werden. Bei nicht objektivierbaren Beschwerden ist es vielmehr die Aufgabe des Facharztes, geklagte Beschwerden anhand der weiteren vorhandenen Informationen zum Schadenereignis, aber auch des Verhaltens des Patienten, kritisch zu prüfen (Urteil 8C_802/2007 vom 5. Mai 2008 E. 5).

Zur Untersuchung wird festgehalten, dass die Muskulatur des Versicherten bei der Prüfung *gesamthaft weich* sei. Der Kreisarzt hält fest, dass gewisse Restbeschwerden 6 bis 7 Wochen nach dem Unfall nicht abzustreiten seien, was problemlos akzeptiert werden könne. Aufgrund der Untersuchung des Versicherten und dessen Verhalten kommt der Neurologe Dr. H._____ – wie schon der erstuntersuchende Facharzt Neurologie Dr. G._____ drei Wochen nach dem Schadenereignis (30. April 1997) – zum Schluss, dass das *Verhalten des Versicherten* nicht mehr gross für Unfallfolgen, sondern für *eine bewusste oder unbewusste funktionelle Überlagerung* spreche: Diverse Untersuchungen könnten wegen *mangelnder Kooperation* nicht durchgeführt werden, der Patient weise verschiedene Unregelmässigkeiten auf und könne „durch *einfache Trickuntersuchungen in praktisch jedem Fall*“ überführt werden, zeige Überreaktionen bei der leichtesten Berührung. Er empfiehlt eine vorsichtige Reintegration in den Arbeitsprozess.

Die Ausführungen zum Befund sind detailliert und die Beurteilung und Schlussfolgerung aufgrund der gemachten Feststellungen nachvollziehbar und schlüssig. Die Feststellung einer *bewussten oder unbewussten* funktionellen Überlagerung aufgrund der medizinisch nicht erklärbaren Diskrepanzen (Unregelmässigkeiten) zwischen dem Verhalten des Versicherten und dem Befund bei der Untersuchung (soweit bei mangelnder Kooperation überhaupt erhebbar) lässt offen, ob nach Einschätzung des Facharztes eine *willentliche* oder eine *unbewusste* Verdeutlichung durch den Versicherten vorliegt. Damit ist der Bericht geeignet, die Gegenbehauptungen der Beklagten, wonach Anzeichen für eine Simulation oder Aggravation vorlägen („bewusste oder unbewusste..“) zu stützen. Er ist weiter geeignet, die weitere Behauptung der Beklagten, wonach *psychovegetative Symptome* im

Vordergrund stünden (Beweissatz 2.3), zu stützen. Psychovegetativ sind, wie dargelegt, Symptome, die *nicht auf einer körperlichen*, sondern einer *seelischen resp. psychischen Ursache* beruhen. Das im Bericht dokumentierte Verhalten enthält demgegenüber, wie schon die früheren Berichte, keinen Hinweis auf psychische Symptome *einer Anpassungsstörung* (Depression, Angst, Sorge oder eine Mischung von diesen).

- Mit Schreiben des Hausarztes vom 27. Mai 1997 (act. 4A/11) an den Neurologen Dr. H._____ orientierte der Hausarzt über den Arbeitsversuch des Versicherten (25% an einem halben Tag) resp. dessen Abbruch. Aus dem Schreiben des Hausarztes ergibt sich zum einen, dass der Versicherte den kurzen Arbeitsversuch *nicht* wegen Nacken- oder Rückenbeschwerden (oder allenfalls einer Sensibilitätsstörung der linken Schulter), sondern wegen beklagter *Nausea, Magenbeschwerden, Konzentrationsstörungen und Schwindel* abbrach. Weder Nacken-, noch HWS- oder Kopfschmerzen verunmöglichten dem Versicherten demnach die versuchsweise Wiederaufnahme der Arbeit. Zum anderen hält der Hausarzt fest, dass der Versicherte nicht weiter damit „*belohnt*“ werden solle, dass man ihn *vollständig krankschreibe*. Diese Einschätzung legt den Schluss nahe, dass aus Sicht des Hausarztes die *Attestierung weiterer Arbeitsunfähigkeit* kontraproduktiv ist, der Wiederaufnahme der Arbeit mithin keine vom Hausarzt als glaubhaft erachteten körperlichen Beschwerden entgegenstanden. Daraus, dass der Versicherte nicht mehr mit der Attestierung von 100%iger Arbeitsunfähigkeit zu „*belohnen*“ sei, ist weiter zu schliessen, dass der Versicherte aus Sicht des Hausarztes mit seinem Verhalten entweder einen sekundären Krankheitsgewinn anstrebte oder aber psychische Gründe für dessen Verhalten resp. die geschilderten nicht objektivierbaren Beschwerden verantwortlich waren. Es ergibt sich aus dem Schreiben über den gleichentags (27. Mai 1997) erfolgten Besuch des Versicherten beim Hausarzt denn auch eine *weitere Ausweitung der geklagten Beschwerden*. Das Schreiben des Hausarztes ist damit geeignet, das Vorbringen der Beklagten gemäss Beweissatz 2.1 zu stützen und weitere Zweifel am Vorliegen einer HWS-Schleuderverletzung oder dadurch bewirkter körperlicher Beschwerden zu wecken.

- Gemäss Bericht des A. _____ -Neurologen Dr. med. H. _____ vom 30. Mai 1997 (act. 4A/12) klagte der Versicherte bei der neuerlichen Untersuchung über „*massivste Beschwerden*“ bei gleichzeitig unauffälligem objektivem Befund, kam nach kurzem Sitzen ins Zittern und Schwitzen, und war eine *Untersuchung wegen Steifhaltung der HWS nicht möglich*. Gemäss Dr. med. H. _____ lagen bei der Untersuchung eine *funktionelle Überlagerung* resp. im Wesentlichen *psychovegetative Symptome* vor, die interdisziplinär angegangen werden müssten. Unter Diagnose werden „jetzt schon wesentliche Zeichen von *somatoformen Schmerzen*“ festgehalten. Der Bericht ist damit geeignet, die Behauptungen der Beklagten gemäss den Beweissätzen 2.1 (vgl. „Steifhaltung der HWS“ und Unmöglichkeit der Untersuchung) resp. 2.3 (psychovegetative Symptome) zu stützen.

- Gemäss Austrittsbericht Bellikon vom 26. August 1997 samt Bericht zum psychosomatischen Konsilium vom 13. Juni 1997 (act. 4A/1vor20; vgl. hiavor 6.2.5.2 d zum Beweiswert) fand eine neuerliche Ausweitung der geklagten Beschwerden mehr oder minder auf den ganzen Körper statt, konnte kein therapeutischer Zugang zum Patienten gefunden und konnten die geklagten somatischen Beschwerden nicht angegangen werden. Der Versicherte wirke immer sehr nervös und unruhig und zeige ein sehr tiefes Leistungsniveau. Wie erwogen, wurde der Versicherte in die „hausärztliche Betreuung“ entlassen und einzig eine Psychotherapie als indiziert erachtet. Der Patient erscheine „*psychovegetativ völlig entgleist*“. Unter „Beurteilung“ wurde eine Bewegungseinschränkung der HWS und LWS wegen muskulären Verspannungen festgehalten. Eine *Diagnose* „HWS-Distorsion“ wurde, wie bereits dargelegt, nicht gestellt. Der Bericht ist damit geeignet, die Behauptung gemäss Gegenbeweissatz 2.3 zu stützen.

- Zum Austrittsbericht der Klinik Valens vom 11. Dezember 1997 (act. 4A/155) vgl. hiavor 6.2.5.2, wonach dem Bericht an Befunden lediglich die *Druckschmerzhaftigkeit* der Wirbelsäule zu entnehmen ist, die wiederum auf Patientenangaben beruht, sowie dass eine *Untersuchung der HWS* deswegen (Angabe von starken Schmerzen bei kleinster Bewegung) *gar nicht möglich* sei. Die Feststellung, dass sämtliche Punkte im *Waddell-Test* positiv gewesen seien, stützt die Annahme, dass *keine körperlichen Ursachen* für die vom Versicherten geklagten Leiden vor-

handen sind. Wie hiervor dargelegt, ist das Vorliegen von mindestens drei positiven von fünf Waddell-Zeichen ein Indiz dafür, dass den geklagten Beschwerden keine organischen Ursachen zugrunde liegen. Daraus ist zu schliessen, dass die geklagten Beschwerden entweder vom Versicherten aggraviert oder simuliert waren, oder aber, dass sie Ausdruck einer *psychischen* Ursache sind. Klar zu entnehmen ist dem Bericht, dass die *psychiatrische Problematik*, die sich nach dem Unfall *sekundär* entwickelt habe, deutlich im Vordergrund stehe. Dies führte denn, wie aufgezeigt, schon nach zehn Tagen zum Abbruch des Aufenthalts. Damit ist der Bericht geeignet, die Vorbringen der Beklagten gemäss den Gegenbeweissätzen 2.1 und 2.3 zu stützen.

- Die Beurteilung des ORL-Facharztes Dr. med. U. _____ gemäss Bericht vom 14. November 1997 (act. 4A/149) stützt sich einerseits auf die ORL-Befunde des behandelnden Facharztes Dr. D. _____ mit dem aktuellen Stand der Hörverminderung (16.4% von insgesamt 200%) und andererseits den unstreitig im 1992 festgestellten vorbestehenden Hörschaden des Versicherten (14,9% bei Gesamtgehör 200%). Er nimmt mithin eine fachärztliche Beurteilung eines feststehenden Sachverhalts aufgrund der Vorakten vor, weshalb der Umstand, dass Dr. U. _____ den Versicherten nicht einem weiteren Tonaudiogramm unterzog, dem Beweiswert seiner Beurteilung nicht abträglich ist. Ebenso wie der behandelnde ORL-Facharzt geht er davon aus, dass *kein organischer Hörschaden* vorliegt. Er verweist auf die Erheblichkeitsgrenze bei binauralem Hörschaden von 70 von 200% und beurteilt die in den fünf Jahren seit dem Test von 1992 eingetretene sehr geringfügige Verschlechterung des Gehörs als der physiologischen Alterung entsprechend. Weiter erachtet es der Facharzt als sehr unwahrscheinlich, dass ohne unfallbedingten Hörschaden ein als erheblich zu bezeichnender Tinnitus *unfallbedingter* Art vorliege. Der Bericht zeigt, wie schon jener des behandelnden ORL-Facharztes Dr. med. D. _____, auf, dass Letzterer aufgrund der Angaben des Versicherten unzutreffenderweise von einer unfallbedingten Hörschädigung ausging. Insofern, als eine Nichtoffenlegung eines vorbestehenden Hörschadens durch den Versicherten gegenüber seinem behandelnden Arzt (auch) aus diesem Bericht hervorgeht, kommt dem Bericht eine Eignung zu, die Behauptung der Beklagten gemäss Gegenbeweissatz 2.1 zu stützen.

- Im Bericht des versicherungsinternen Facharztes für Psychiatrie, Dr. med. AF. _____, vom 28. August 2003 (act. 4A/III/154) wird im Rahmen des psychopathologischen Befunds zum Verhalten des Versicherten festgehalten, dass er deutlich hinke, während des ganzen Gesprächs seine rechte Hand an den Hals halte, auf Nachfrage mit der Begründung, dass der Kopf sich schwer anfühle und er ihn stützen wolle. Weiter wird ein fast permanentes Augenzwinkern festgehalten, dass der Versicherte bei jedem Schluck Mineralwasser das Gesicht verziehe, auf Nachfrage, weil das Schlucken schmerze, und dass das Gespräch immer wieder durch Schmerzäusserungen unterbrochen werde. Im Übrigen werden Normalbefunde festgestellt. Festgehalten werden im Bericht eine Mehrzahl von Anzeichen für ein dysfunktionales Schmerzverhalten (vgl. hiervor 6.2.5.3 b). Damit ist der Bericht geeignet, die Behauptung gemäss Gegenbeweissatz 2.2 zu stützen.

e) Zusammenfassend ist zu den als Gegenbeweismitteln angerufenen Berichten festzuhalten, dass sie geeignet sind, die Vorbringen der Beklagten gemäss den Gegenbeweissätzen 2.1 bis 2.3 zu stützen und erhebliche Zweifel am Vorliegen einer HWS-Schleuderverletzung und dadurch verursachter Beschwerden zu wecken.

6.2.5.4. Fazit zur Beweislage (HWS-Distorsion) der Jahre 1997 bis 1999

a) Sämtliche Berichte der den Versicherten zeitnah untersuchenden resp. behandelnden Ärzte halten eine *Ausweitung der geklagten Initialbeschwerden* mit zunehmender Distanz zum Schadenereignis fest. Diese nachträglich vorgetragenen Initialbeschwerden, die das Befinden erheblich zu beeinträchtigen geeignet sind und gemäss Angabe des Versicherten sofort resp. am Unfallfolgetag aufgetreten seien, wurden gegenüber dem eigens wegen des Unfallereignisses aufgesuchten Hausarzt des Versicherten gemäss dem frühesten echtzeitlichen Bericht (ausser ORL und Röntgen) vom 21. April 1997 nicht geklagt und sind daher nicht glaubhaft. Aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung ist davon auszugehen, dass Beschwerden wie die nachträglich als initial beklagten gegenüber dem just wegen des Schadenereignisses aufgesuchten Hausarzt genannt werden, wenn man daran leidet.

b) Wie erwogen, ist eine *Erstuntersuchung am Unfallfolgetag* nicht rechtsgenügend erstellt. Der aus der Überweisung zum Röntgen gezogene Schluss auf wohl initial *geklagte* Nackenbeschwerden vermag das Vorliegen solcher Initialbeschwerden nicht rechtsgenügend nachzuweisen. Dies umso mehr, als die behauptete Erstuntersuchung einem *direkten Nachweis* ohne Weiteres zugänglich ist. Die Schlussfolgerung, dass der Versicherte initial wohl HWS-/Nackenschmerzen geklagt haben muss, reicht für den Nachweis der während der Latenzzeit aufgetretenen Beschwerden nicht.

c) Annähernd sämtliche der behandelnden und untersuchenden Ärzte in den ersten zwei Monaten nach dem Schadenereignis, einschliesslich des Hausarztes des Versicherten, bringen *Zweifel an der Glaubhaftigkeit* der geklagten, nicht objektivierbaren Beschwerden resp. deren Unfallkausalität zum Ausdruck und halten in ihren Berichten mangelnde Kooperation, Gegenstemmen, Steifhaltung bei der Untersuchung, nicht plausibles Bewegungsmuster, Befürchtung einer kontraproduktiven Begutachtungsodyssee, keine „Belohnung“ des Verhaltens in Form weiterer Attestierung von Arbeitsunfähigkeit etc. fest.

d) Die von der Beklagten zu den (Gegen)beweissätzen 2.1 bis 2.3 angerufenen Gegenbeweismittel sind, wie aufgezeigt, geeignet, zusätzliche *erhebliche Zweifel* am Vorliegen einer HWS-Schleuderverletzung oder dadurch verursachter, geklagter Beschwerden zu wecken. Ausweislich der Aktenlage besteht eine Vielzahl von Hinweisen dafür, dass die vom Versicherten geklagten Beschwerden nicht auf eine körperliche Ursache zurückzuführen sind. Es ist auf die Ausführungen zum Vorliegen einer funktionellen Überlagerung, von psychovegetativen Symptomen resp. der mangelnden Plausibilität des Verhaltens und der Angaben des Versicherten zu verweisen.

e) Unbestritten blieben die Vorbringen, dass der Versicherte gut drei Wochen nach dem Schadenereignis einen *Anwalt mit der Wahrung seiner Interessen aus dem Schadenereignis* betraute, obwohl sich weder Haftungsfragen stellten noch die Ablehnung von Versicherungsleistungen im Raum stand (act. 12 Rz. 28; act. 21 Rz. 8). Unbestritten blieb weiter, dass der Hausarzt Dr. med. F. _____ schon in seinem ersten Schreiben an den A. _____-Kreisarzt, Dr. med. H. _____, vom 5.

Mai 1997 (act. 4A/17), mithin noch vor Vorliegen der Ergebnisse der ersten neurologischen Untersuchung (Dr. G.____), die Befürchtung mitteilte, dass „eine grosse Odyssee von Spezialist zu Spezialist planlos“ erfolgen könnte, da der Versicherte den Wunsch geäussert habe, er wolle "den *Schleudertraumaspezialisten* Dr. R.____ in Basel aufsuchen" (act. 12 Rz. 56; act. 21 Rz. 13 ff.). Dieser durchaus legitime Wunsch lässt sich nicht mit dem Wunsch nach fachärztlicher Abklärung (die stattfand: Röntgen, ORL, Neurologie) oder dem Einholen einer Zweitmeinung begründen: Zu diesem Zeitpunkt lag der Bericht des Neurologen Dr. med. G.____ (die „Erstmeinung“) noch nicht vor (vgl. act. 4A/17) und konnte der nach wie vor krankgeschriebene Versicherte folglich um allfällige Empfehlungen betreffend das weitere Vorgehen (Physiotherapie, Arbeitsunfähigkeitsattest) auch nicht wissen.

f) Erstellt ist weiter, dass ein kurzer *Arbeitsversuch* vom Versicherten wegen geklagter Konzentrationsstörungen, Schwindel, Nausea und Magenbeschwerden abgebrochen wurde, mithin weder wegen Hals-, noch Nacken-, HWS- oder Rückenbeschwerden.

g) *Muskuloskelettale Zeichen* (Verspannungen, Druckdolenz, Triggerpunkte, Bewegungseinschränkungen als klinisch erhobene, objektive Zeichen, vgl. Grad II Québec Task Force; vgl. auch Schreiben des Gutachters Prof. Dr. med. J.____ vom 22. August 2001, act. 4A/17/vor 98) wurden erstmals zwei Wochen nach dem Schadenereignis im Arztzeugnis des Hausarztes Dr. med. F.____ vom 21. April 1997 festgehalten (Bewegungseinschränkung der HWS). Aufgrund des fehlenden Nachweises einer behaupteten Erstuntersuchung innert der Latenzzeit und den zahlreichen Widersprüchen in den Angaben des Versicherten zu Art und Zeitpunkt des Auftretens von Initialbeschwerden ist aufgrund der medizinischen Aktenlage der ersten drei Jahre nicht rechtsgenügend erstellt, dass *objektive muskuloskelettale Zeichen innert drei Tagen* nach dem Schadenereignis klinisch erhoben wurden oder vorhanden waren.

Hinsichtlich der in *späteren Berichten* festgehaltenen klinischen Befunde zu Zeichen im Sinne von Grad II (Bewegungseinschränkung wegen muskulärer Verspannung in Bellikon, act. 4A/17/20; Angabe von starker Druckdolenz mit Unmög-

lichkeit einer Beweglichkeitsprüfung in Valens, act. 4A/II/55; druckdolent verspannte Muskulatur und Muskelverklebungen in Rheinfelden, act. 4A/II/vor 95) geht aus den betreffenden Berichten nicht hervor, inwiefern den Umständen Rechnung getragen wurde, dass der Versicherte während Monaten bzw. über einem Jahr (Rheinfelden) nicht vom Tragen des Halsstützkragens abgehalten werden konnte und er seit dem Klinikaufenthalt in Bellikon keinerlei Physiotherapie, sondern einzig eine Psychotherapie machte.

h) Weiter sind *organische Unfallfolgen in Form einer C5-Senke und eines Tinnitus* im gleichen Frequenzbereich aufgrund der Beweislage der ersten drei Jahre nicht erstellt: Aufgrund der unbestrittenen und ausgewiesenen vorbestehenden Hörschädigung von 14.9% (von 200%), die dem behandelnden Facharzt ORL bei Erstellen seiner Berichte ausweislich der Akten nicht bekannt war, sowie der schlüssigen Ausführungen in der Beurteilung Dr. med. U._____ ist von einer geringfügigen, der Alterung entsprechenden Verschlechterung des Gehörs in den fünf Jahren vor dem Schadenereignis auszugehen (auf 16.4% von total 200%). Dies steht in Einklang mit dem weiteren unbestrittenen Umstand, dass der Versicherte in den fünf Jahren ab 1992 bis zum Schadenereignis weiterhin in der Heizkörperproduktion tätig war, wo er Lärmimmissionen ausgesetzt war. Damit fehlt es am Nachweis eines unfallbedingten Hörschadens.

Gemäss neuerer Praxis des Bundesgerichts (BGE 138 V 238 ff.) kann an der Auffassung, dass ein Tinnitus – ein regelmässiges, mehr oder weniger dauernd vorhandenes, in einem Ohr oder beiden Ohren lokalisiertes, diffus im Kopf empfundenes Geräusch – ein *körperliches Leiden* darstellt oder zumindest (zwingend) *auf eine körperliche Ursache* zurückzuführen sei, nicht festgehalten werden. Ein subjektiver (oder nicht objektivierbarer) Tinnitus (wahrnehmbar nur vom Betroffenen) könne *nicht objektiv gemessen* werden. Die Einstufung in Schweregrade erfolge denn auch *nicht aufgrund audiometrischer oder anderer Messungen*, sondern nach der *subjektiv empfundenen Beeinträchtigung*. Dementsprechend würden die Schweregrade des Tinnitus den subjektiven Leidensdruck wiedergeben. Der Schweregrad eines (subjektiven) Tinnitus werde demzufolge nicht mittels objektiver Messungen, sondern *ausschliesslich aufgrund der Angaben der betroffe-*

nen Person und deren subjektiv empfundenen Beeinträchtigung festgelegt. Dar- aus erhelle auch, dass der nur so bestimmbare Schweregrad keine verlässlichen Rückschlüsse auf eine organische Unfallfolge als Ursache des Tinnitus bieten könne. Damit ist festzuhalten, dass keine medizinisch gesicherte Grundlage besteht, um einen Tinnitus als körperliches Leiden zu betrachten oder ihn (zwin- gend) einer organischen Ursache zuzuordnen. Auch lässt sich nicht vom Schwe- regrad eines Tinnitus auf eine organische Unfallfolge als Ursache schliessen.

Dies ergibt sich denn auch aus den Berichten des ORL-Facharztes Dr. D._____, der festhält, dass der ausdrücklich als *subjektiv* bezeichnete Tinnitus „*angeblich*“ erst nach dem Schadenereignis aufgetreten sei. Ein unfallbedingter Tinnitus ist damit nicht nachgewiesen. An diesem Beweisergebnis ändert das Vorbringen in der Triplik (act. 29 Rz. 40 ff.), wonach auch ein Tinnitus, der sich *nicht objektivie- ren* lasse, eine für den Betroffenen äusserst unangenehme Erscheinung sei, nichts. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass der Versicherte gemäss Bericht des ORL-Facharztes vom 5. Mai 1997 aus ohrenärztlicher Sicht arbeitsfähig sei (act. 4A/1/8).

i) Das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn zitierte in seinem Entscheid vom 27. März 2002 auszugsweise aus einigen Berichten aus den Jahren 1997 bis 1999, ohne diese zu würdigen resp. auf die aufgezeigten Umstände einzugehen. Unter Verweis auf die als widersprüchlich bezeichnete medizinische Aktenlage der ersten Jahre wurde das von der Klägerin sowohl zum Vorliegen von Be- schwerden (Beweissätze 1.1, 1.3 bis 1.5) als auch von deren Unfallkausalität (Beweissatz 3.1) offerierte neurologische Gerichtsgutachten Prof. Dr. med. J._____ vom 11. August 2000 (act. 4A/II/vor 98) eingeholt. Dieses bildete in der Folge die *alleinige Grundlage* für die Bejahung einer HWS-Schleuderverletzung einschliesslich unfallkausaler psychischer Folgen durch das Versicherungsgericht. Auf das Gerichtsgutachten J._____ sowie die Erwägungen im Entscheid des Ver- sicherungsgerichts vom 27. März 2002 wird nachfolgend eingegangen.

6.3. Neurologisches Gutachten J._____ zuhanden Versicherungsgericht vom 11. August 2000

6.3.1. Wesentlicher Inhalt des Gutachtens

Das Neurologische Gutachten vom 11. August 2000 samt Beantwortung der Ergänzungsfragen vom 22. August 2001 (act. 4A/I/vor 98) äussert sich zu den Unfallfolgen und der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten. Grundlage des Gutachtens sind eine neurologische Untersuchung des Geschädigten am 21. April 1999 durch den Gutachter sowie die Akten des Versicherungsgerichts, einschliesslich jener der A._____ (vgl. act. 4A/I/vor 98 S. 1).

Nach Anamnese ("Aktuelle Beschwerden", S. 3) und einer zusammenfassenden Wiedergabe der beigezogenen Akten (S. 3-10) erhob der Gutachter diverse eigene Befunde (S. 10 f.) und stellte die Diagnose (S. 11):

"- Z.n. Halswirbelsäulendistorsionsstrauma Grad II nach Quebec-Task-Force mit schwerer posttraumatischer Anpassungsstörung.

- Tinnitus"

Unter „Beurteilung“ hält Prof. J._____ zunächst unter anderem fest, dass der Geschädigte nicht wisse, wie er auf das Vorderfahrzeug aufgeschoben worden sei, dass er *unmittelbar über stechende Schmerzen zwischen den Schulterblättern* berichtet und sich das *Bild seiner aktuellen Beschwerden am darauffolgenden Tag entwickelt* habe. Im Anschluss an die Beantwortung der Expertenfragen nimmt der Gutachter sodann ausführlich und kritisch Stellung zur „Diskussion“, die sich um das „richtige Vorgehen“ zwischen A._____, Hausarzt und Anwalt des Geschädigten ergeben habe (S. 17 ff.).

In der neurologischen Untersuchung hätten sich ausgeprägte *Druckdolenz*en im Bereich des Schädels, Nackens und Rückens *mit Angabe von Ameisenlaufen*, eine Visusminderung rechts mehr als links ergeben, im Übrigen jedoch keine objektivierbaren Befunde.

In Beantwortung der Expertenfragen kam Prof. J._____ zum Schluss (S. 13 ff.),

- dass kein objektiver, unfallbedingter organischer Hirnschaden oder Schaden an der HWS vorliege;
- dass eine kurze posttraumatische Amnesie durch eine MTBI bedingt sein *könne*;
- dass *auch ohne objektive Befunde an der HWS* sich schon *aus der Erstuntersuchung von Dr. F._____* und den diversen Nachuntersuchungen typische Folgeerscheinungen einer HWS-Distorsion Grad II nach der Quebec-Task-Force ergäben. Hierbei handle es sich um vorwiegend *muskuloskelettale Zeichen*, die in ausreichender Weise dokumentiert seien. Letztere seien nicht als psychogen bzw. psychosomatisch zu werten. Zusätzlich sei allerdings eine *schwere posttraumatische Anpassungsstörung* dokumentiert, die in ihrer natürlichen Kausalität auf das Unfallereignis zurückgeführt werden müsse;
- dass das heutige Beschwerdebild nicht als rein psychosomatisch bezeichnet werden könne im Sinne einer „somatoformen Schmerzstörung“;
- dass die vom Geschädigten geäußerten *Beschwerden (inkl. Tinnitus)* mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. *Organische Unfallfolgen* würden die audiometrische Untersuchung von Dr. D._____ mit C5-Senken beidseits und Nachweis des Tinnitus im gleichen Frequenzbereich sowie die initial durch den Hausarzt festgestellten muskuloskelettalen Zeichen darstellen. Auf die *übrigen Untersuchungen*, die z.T. wesentlich später durchgeführt worden seien, brauche nicht weiter eingegangen zu werden, da sie weitgehend Normalbefunde ergeben hätten. Die *Untersuchungen des Neurologen Dr. G._____* drei Wochen nach dem Unfall seien nicht relevant, da diese allesamt nur dem Ausschluss schwerwiegender Schädigung des peripheren oder zentralen Nervensystems dienen würden.
- Der Unfall sei eine wesentlich mitwirkende Teilursache der geklagten Beschwerden und auch der erhobenen Befunde. Die Episode von 1994 (Rehaklinik Rheinfelden, schwere psychovegetative Störungen) zeige, dass der Geschädigte *zu schweren psychovegetativen Störungen* neige, und dass das in Frage stehende Unfallereignis zu einer schweren Exazerbation zumindest richtunggebender Verschlimmerung eines die Arbeitsfähigkeit nicht behindernden Zustands geführt habe.
- *Unfallfremde Faktoren* seien die genannte Neigung des Geschädigten zu schweren psychovegetativen Störungen sowie die bekannte *Bandscheibenerkrankung*. Diese Faktoren hätten ohne das aktuelle Unfallereignis nicht mit Wahrscheinlichkeit aus eigener Dynamik heraus zu den aktuell geklagten Beschwerden geführt.
- Der Geschädigte sei zur Zeit der Begutachtung arbeitsunfähig krank und es sei nicht absehbar, wie lange dieser Zustand anhalte. Aufgrund des bisherigen Verlaufs könne nach seiner Einschätzung bei adäquater Behandlung resp. geeigneter Führung eine *Arbeitsfähigkeit – auch in der angestammten Tätigkeit – innert zwei Jahren wieder erreicht werden*.

Unter „Bemerkungen“ kritisiert der Gutachter sodann ausführlich das „Prozedere“ der Klägerin; so, dass dem Wunsch des Geschädigten nach weitergehender Untersuchung durch den Arzt seiner Wahl (Dr. med. R._____) nicht entsprochen worden sei, dass durch die A._____ geführte, z.T. stationäre Untersuchungen eine Eskalation der posttraumatischen Anpassungsstörung erst verursacht haben, dass interdisziplinäre Therapieansätze verzögert worden seien und die Kostenübernahme restriktiv gehandhabt worden sei.

In Beantwortung der Ergänzungsfragen des Versicherungsgerichts Solothurn nahm der Gutachter rund ein Jahr später mit einseitigem Schreiben vom 22. August 2001 (act. 4A/II/vor98) dahingehend Stellung,

- dass die *Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas Grad II Quebec-Task-Force* durch den Nachweis muskuloskelettaler Zeichen – Verspannungen, Druckdolenzen, Triggerpunkte u.ä. – gestellt werde, wobei diese Zeichen rein organischer Natur seien;
- dass die Arbeitsfähigkeit des Geschädigten in seinem bisherigen Beruf durch die festgestellten Beschwerden einschliesslich *Tinnitus*, der ebenfalls als organisch anzusehen sei, eingeschränkt sei und dass diese Arbeitsunfähigkeit auch bestünde, wenn keine posttraumatische Anpassungsstörung vorläge;
- dass die beschriebenen Beschwerden typische Folgeerscheinungen eines HWS-Distorsionstraumas und nicht auf eine posttraumatische Anpassungsstörung zurückzuführen seien;
- dass die Gesundheitsstörung im Zusammenhang mit dem typischen Beschwerdebild des HWS-Distorsionstraumas gegenüber der diagnostizierten posttraumatischen Anpassungsstörung nicht in den Hintergrund trete und keinesfalls zu vernachlässigen sei.

Diese Antworten werden über das Zitierte hinaus nicht weiter begründet.

6.3.2. Würdigung des Gutachtens

Dem neurologischen Gutachten von Prof. J._____, erstattet am 11. August 2000 zuhanden des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn, kommt insofern erhebliches Gewicht zu, als dass das Versicherungsgericht ausschliesslich gestützt auf das Gutachten das Vorliegen eines Schleudertraumas und die Unfallkausalität bejahte. Nach dem Dafürhalten der Klägerin erübrigt sich damit ein weiteres Gerichtsgutachten, wohingegen die Beklagte dem Gutachten aus verschiedenen Gründen seine Tauglichkeit im vorliegenden Verfahren abspricht.

Das von Prof. Dr. med. J._____ erstattete neurologische Gutachten weist als ein vom Versicherungsgericht eingeholtes Gutachten grundsätzlich einen hohen Beweiswert auf (BGE 125 V 351 E. 3). Das Zivilgericht ist allerdings an die Beweiswürdigung des Versicherungsgerichts nicht gebunden, wird diese aber unter Umständen berücksichtigen (BGE 134 V 306 E. 4.2.; 119 V 86 E. 5b). Das Gutachten ist nachfolgend unter Einbezug der Stellungnahme der Beklagten, welche im Verfahren vor Versicherungsgericht nicht Parteistellung hatte, im Lichte der Rechtsprechung zu würdigen.

Zunächst ist mit der Beklagten festzustellen, dass es sich bei dem von Prof. Dr. med. J._____ erstatteten Gutachten um ein rein neurologisches Gutachten handelt. Äusserungen von medizinischen Fachpersonen kommt nur in ihrem eigenen Fachgebiet gesteigerter Beweiswert zu, was auch für einen vom Gericht bestellten Gutachter gilt. Soweit der Gutachter – dessen Diagnose wie erwähnt auf HWS-Distorsionstrauma Grad II, schwere posttraumatische Anpassungsstörung und Tinnitus lautet – sich zu ORL- oder psychiatrischen Diagnosen äussert, kommt seiner Einschätzung damit kein erhöhter Beweiswert zu.

Der Gutachter verneint das Vorliegen eines objektiven unfallbedingten organischen Schadens an der HWS (S. 13). Er begründet seine Diagnose einer HWS-Distorsion damit, dass auch ohne objektivierbare Befunde sich schon (a) aus der *Erstuntersuchung* von Dr. F._____ und (b) den diversen *Nachuntersuchungen* typische Folgeerscheinungen einer HWS-Distorsion Grad II Québec Task Force ergäben in Form von ausreichend dokumentierten *muskuloskelettalen Zeichen*. (S. 14). Im Widerspruch hierzu hält der Gutachter fest (S. 15), dass *einzig* die initiale audiometrische Untersuchung ORL und die "initial vom Hausarzt festgestellten musculo-skelettalen Zeichen" massgeblich seien und "auf die übrigen Untersuchungen, [...] inkl. der eigenen gutachterlichen elektrophysiologischen Untersuchungen", *nicht eingegangen zu werden brauche*, da zum Teil wesentlich später durchgeführt und im Übrigen weitgehend Normalbefunde ergebend. Nach Ansicht des Gutachters ergeben sich "organische Unfallfolgen" somit allein aus der *initialen Untersuchung von Dr. D._____* sowie den *initialen Feststellungen des Hausarztes* und bestehen diese in einer C5-Senke und Tinnitus (ORL) sowie in musku-

loskelettalen Zeichen (Hausarzt). Auf sämtliche weiteren Berichte geht der Gutachter (abgesehen von Hinweisen zu deren Irrelevanz, vgl. S. 15) denn auch nicht ein.

Mit der Beklagten (act. 12 Rz. 88) ist daher festzuhalten, dass der Gutachter sich nicht mit dem Befund gemäss Bericht des Kreisarztes Dr. med. H._____ zur ausführlichen Untersuchung vom 22. Mai 1997 befasst, wonach *die Muskulatur des Geschädigten weich* und die Beweglichkeit der HWS *unbeobachtet spontan normal* gewesen sei. Der Gutachter geht nicht auf den Bericht von Dr. med. G._____ ein, welcher drei Wochen nach dem Unfall (30. April 1997) bereits festhielt, dass angesichts der mangelnden Kooperation (Gegenstemmen etc.) und des unplausiblen Bewegungsverhaltens des Versicherten (wie bei einem akuten Hexenschuss) der *Verdacht auf eine massive funktionelle Überlagerung* bestehe (vgl. act. 4A/I/3). Dasselbe gilt für die in Bellikon festgestellte „*völlige psychovegetative Entgleisung*“ und das in Valens festgehaltene Ergebnis des *Waddell-Tests* sowie die Gründe für den Behandlungsabbruch nach nur zehn Tagen. Nicht eingegangen wird auf die vom Hausarzt am 27. Mai 1997 gemeldeten Gründe für den *Arbeitsabbruch*, zu denen weder Kopf-, noch Nacken-, noch HWS-, noch Rückenbeschwerden gehörten. Dem Gutachter lagen die A._____ -Akten vor (vgl. S. 2). Eine (kritische) Auseinandersetzung mit sich widersprechenden medizinischen Akten erfolgt nicht. Erwähnung finden demgegenüber weniger gewichtige Urkunden, so das Schreiben des Rechtsvertreters des Versicherten drei Wochen nach dem Schadenereignis, wonach er vom Versicherten mit dessen *Interessenwahrung in der Unfallsache* betraut worden sei (vgl. S. 4).

Wie erwogen, stellte der Gutachter für seine Diagnose *einzig* auf die Feststellungen des ORL-Arztes Dr. med. D._____ – betreffend Tinnitus resp. C5-Senke – sowie die bei der „Erstuntersuchung von Dr. F._____“ festgestellten muskuloskelettalen Zeichen ab. Damit fusst das Gutachten auf einer falschen Grundlage: Wie in Zusammenhang mit dem Arzteugnis des Hausarztes vom 21. April 1997 als des frühesten medizinischen Berichts (ausser ORL und Röntgen) ausgeführt, sah der Hausarzt den Patienten zufolge Ferienabwesenheit erst rund zwei Wochen nach dem Unfallereignis. Ein *Bericht des Hausarztes Dr. F._____*, der muskulos-

kelettale Zeichen initial, während der Latenzzeit, festgestellt hätte, existiert daher nicht. Prof. Dr. med. J._____ bemerkte nicht, dass die Befunde im Arztzeugnis des Hausarztes zwei Wochen nach dem Unfall *keine echtzeitlichen Feststellungen* vom Unfallfolgetag sind und sein können. Dem Gutachter lag ebenso wenig wie dem Versicherungsgericht oder diesem Gericht ein Bericht betreffend die (vermeintliche) *Erstuntersuchung* beim Ferienvertreter des Hausarztes vor. Wie erwogen, gehen aus dem Arztzeugnis ausser einer – von der Kooperation des Versicherten abhängigen – eingeschränkten Beweglichkeit der HWS und einer – geklagten und nicht objektivierbaren – Empfindungsstörung der linken Schulter keine Befunde hervor (vgl. S. 3 des Gutachtens). Gemäss den im Polizeirapport getroffenen Feststellungen bezeichnete sich der Versicherte am Unfallort auf Nachfrage, wie dargelegt, als unverletzt. Dieser Polizeirapport, der das Fehlen von initial geklagten Beschwerden echtzeitlich dokumentiert, lag dem Gutachter augenscheinlich nicht vor (vgl. S.2: „Es existiere ein Polizeirapport“).

Hinsichtlich der weiteren „organischen Unfallfolge“ einer *C5-Senke und eines Tinnitus* trägt der Gutachter dem unbestrittenen und bei der Klägerin *seit 1992* mittels Tonaudiogramm dokumentierten Umstand, dass beim Versicherten bereits fünf Jahre vor dem Schadenereignis eine nur geringfügig kleinere Hörverminderung vorlag (14.9 statt 16.4% von insgesamt 200% Hörvermögen), als vom ORL-Facharzt am 10. April 1997 festgestellt, nicht Rechnung. Dem Gutachter lag der Bericht des ORL-Facharztes Dr. U._____ hierzu vor (vgl. S. 6); dieser wurde indessen – so wenig wie sämtliche weiteren Berichte ausser den vorgenannten „initialen Berichten“ Dres. D._____ und F._____ – nicht in die gutachterliche Beurteilung mit einbezogen. Dr. D._____ ging, wie hiavor ausgeführt, bei der Erstellung seines initialen Berichts aufgrund der Angaben des Versicherten unzutreffenderweise davon aus, dass keine vorbestehende Hörverminderung vorliege. Aus den Angaben des Gutachters zu ihm bekannten Vorzuständen (S. 16) ist zu schliessen, dass der Gutachter seinen Bericht in Unkenntnis dieses Umstands erstattete. Schliesslich ist nicht nachvollziehbar, dass der Gutachter den geklagten Tinnitus trotz der Angabe im „initialen Bericht“ Dr. D._____, wonach „*subjektiv*“ ein Hörgeräusch vorliege, das „*angeblich erst nach dem Unfall aufgetreten sei*“, ohne weiteres und noch dazu fachfremd als eine *organische Unfallfolge* bezeichnet. Auch

diesbezüglich erweist sich das Gutachten als nicht nachvollziehbar begründet und die Schlussfolgerung als nicht überzeugend.

Der Gutachter legt seinem Bericht unkritisch und ohne Plausibilisierung anhand der Akten Patientenangaben zu Art und Zeitpunkt des Auftretens initialer Beschwerden zugrunde: Er geht in seiner „Beurteilung“ davon aus, dass der Versicherte „*unmittelbar* [...] über stechende Schmerzen zwischen den Schulterblättern“ berichtet habe, aber „aus dem Wagen habe aussteigen können“ und dann „das Bild seiner aktuellen Beschwerden am folgenden Morgen entwickelt“ habe. Obwohl dem Gutachter die betreffenden Berichte vorlagen (ausser dem Polizeibericht), stellte der Gutachter nicht fest, dass solche sofortigen stechenden Schmerzen gegenüber *keinem* der Ärzte Dres. F.____, G.____ und H.____, somit auch nicht gegenüber seinem eigens wegen des Schadenereignisses aufgesuchten Hausarzt, in den ersten zwei Monaten nach dem Schadenereignis geklagt wurden, sondern (stets) andere Beschwerden. Er legt diese erst später geklagten, sofortigen (messerstichartigen, also sehr heftigen) Schmerzen seiner Beurteilung nichtsdestotrotz zugrunde.

Dasselbe gilt für „das aktuelle Beschwerdebild“ – mithin das vom Gutachter zwei Jahre nach dem Schadenereignis erfragte –, von dessen Auftreten *am Unfallfolgetag* der Gutachter wiederum unkritisch ausgeht, *trotz Fehlens eines echtzeitlichen medizinischen Berichts* aus der Latenzzeit und trotz Kenntnis der von sämtlichen zeitnah untersuchenden und behandelnden Ärzten mehrfach und klar *geäußerten Zweifel* an der Glaubhaftigkeit der vom Versicherten später geklagten Beschwerden. Mit diesen Vorakten setzt sich der Gutachter, wie erwähnt, ausser extensiver Kritik am Umgang der Klägerin mit dem Versicherten nicht auseinander, sondern bezeichnet *sämtliche späteren Untersuchungen einschliesslich seiner eigenen* als irrelevant. Die Beurteilung erweist sich somit als lückenhaft, auf einer falschen Grundlage fussend und nicht schlüssig und nachvollziehbar begründet. Auch aus diesem Grund – unzutreffende Annahmen zu Initialbeschwerden und keinerlei Auseinandersetzung mit den Vorakten – ist auf das Gutachten nicht abzustellen.

Obwohl der Gutachter das Vorliegen eines *objektiven* unfallbedingten organi-

schen Schadens an der HWS klar verneint (vgl. S. 13) und somit einzig auf eine *subjektive, nicht überprüfbare* Schädigung schliesst, findet keinerlei Plausibilisierung der Patientenangaben statt. Fehlt es an objektivierbaren Schäden, so kommt den Angaben des Versicherten als der einzigen Beurteilungsgrundlage zwangsläufig ausschlaggebendes Gewicht zu und wären diese – zumal angesichts der erwähnten Zweifel in mehreren frühen Berichten, einschliesslich solchen des Hausarztes – zumindest zu plausibilisieren gewesen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung gehört es zur Aufgabe des Gutachters, die *Glaubwürdigkeit der Schmerzschilderung* soweit möglich zu überprüfen und die Auswirkungen der Schmerzen bei der Untersuchung substantiiert darzulegen. Dies umfasst insbesondere *Angaben zum beobachteten Verhalten, Feststellungen über Inkonsistenz und Vagheit der gemachten Angaben* und über *Hinweise für Aggravation oder Simulation*. Weil die Qualität der Begutachtung *weitgehend von der Motivation und Mitarbeit des Patienten/Exploranden abhängt*, hat sich der Gutachter nötigenfalls auch hierüber auszusprechen. Die einzige diesbezügliche Feststellung findet sich in Zusammenhang mit der neurologischen Untersuchung ("z.T. eingeschränkt beurteilbare Untersuchungsergebnisse"), ohne Erläuterung der Ursache (Gegensprechen?) und ohne Schlussfolgerung (Klagen plausibel oder nicht). Aufgabe des Gutachters ist es überdies, auf offene Fragen oder *Widersprüche* aufmerksam zu machen und Diskrepanzen zwischen Angaben des Exploranden und dem Befund zu erläutern (Urteil 8C_802/2007 vom 5. Mai 2008 E. 5).

Als widersprüchlich und daher nicht nachvollziehbar erweisen sich weiter die gutachterlichen Ausführungen zu eigenen Befunden: Zu diesen sind seiner Beurteilung im eigenen Fachgebiet (neurologisch, S. 12) *Druckdolenz* im Bereich Schädel, Nacken und Rücken mit Angabe von Ameisenlaufen und Visusminderung, „*im Übrigen jedoch keine objektivierbaren Befunde*“ zu entnehmen (Hervorhebung angefügt). Dazu ist zweierlei festzuhalten: Erstens widerspricht der Gutachter damit seiner eigenen Aussage (vgl. S. 13 ff.), wonach „*auch ohne objektive Befunde an der HWS*“ sich aus der "Erstuntersuchung" des Hausarztes typische Folgeerscheinungen einer HWS-Distorsion Grad II ergäben. Objektive – somit auch "objektivierbare" – Befunde lagen demnach nicht vor. Zum zweiten ist eine *Druckdolenz* (PSCHYREMBEL: Druckschmerzhaftigkeit, mithin Angabe von Schmerz

bei Berührung) *kein* objektivierbarer – unabhängig von der Angabe des Patienten überprüfbarer (vgl. Urteile 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009 E. 2, 8C_584/2010 vom 11. März 2011 E. 2) – Befund, ebenso wie die „Angabe von Ameisenlaufen“. Die Beurteilung auch im eigenen Fachgebiet des Gutachters erscheint somit widersprüchlich, nicht nachvollziehbar und nicht schlüssig begründet (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

Prof. Dr. J._____ verweist in seinem Gutachten auf die Notwendigkeit einer frühzeitigen *interdisziplinären Diagnostik* und Therapie (S. 18) sowie darauf, dass es in keinem Falle medizinischem Wissen entspreche, *interdisziplinäre Ansätze von Diagnostik* und Therapie bei *drohenden chronischen Schmerzsyndromen* zu behindern (S. 19). Daraus ist zu schliessen, dass der Gutachter eine interdisziplinäre Diagnostik im ihm zur Beurteilung vorgelegten Fall als nicht oder ungenügend stattgehabt erachtet. Angesichts dieser Feststellung ist nicht nachvollziehbar, dass der Neurologe J._____ die *fachfremden Diagnosen* "schwere posttraumatische Anpassungsstörung" und "Tinnitus" stellt resp. wiedergibt (S. 11), denen von vornherein und ausweislich des Gutachtens keine eigene (fachärztliche) Untersuchung des Neurologen zugrunde liegt und liegen kann. Nicht nachvollziehbar ist weiter, dass der Gutachter vom Beizug von Ärzten bzw. Untergutachtern der entsprechenden Fachrichtungen absieht und sich *überdies* mit keinem Wort mit den sich widersprechenden Beurteilungen der Fachärzte der genannten Richtungen gemäss den ihm vorliegenden Vorakten auseinandersetzt. Hinsichtlich der nicht sein Fachgebiet betreffenden Fragen hätte es dem Gutachter obliegen, auf die Notwendigkeit des Beizugs von Kollegen anderer Fachrichtungen für deren Beantwortung hinzuweisen.

Schliesslich bezieht der Gutachter unter "Bemerkungen" (ab S. 17) klar Stellung zum „Prozedere, was schlussendlich durch die A._____ in Gang gebracht wurde“. Er kritisiert die dem Versicherten verweigerte frühzeitige Zuweisung an den Arzt seiner Wahl (Dr. med. R._____), weiter die „durch die A._____ geführten, z.T. stationären Untersuchungen“, *die eine Eskalation der posttraumatischen Anpassungsstörung erst verursacht habe, was zur schwerwiegenden Chronifizierung habe führen können*. Für den Gutachter ist „auffällig“, dass beim Kreisarzt, eben-

so in Bellikon und in Valens, eine körperliche Untersuchung und Therapie gerade nicht möglich gewesen sei. Mit den Resultaten der betreffenden Untersuchungen (positive Zeichen im Waddell-Test, Unregelmässigkeiten, Tricküberführungen, unplausibles Verhalten kurz nach dem Schadenereignis, ausweitende Schilderung von nicht objektivierbaren Beschwerden, aber auch Hinweise auf Aggravation/Simulation u.a. im Bericht des Hausarztes etc.) setzt sich der Gutachter indes, wie dargelegt, nicht auseinander. Er macht sich vielmehr *die Sicht des Geschädigten zu eigen*. Dass es die Aufgabe des untersuchenden Facharztes ist, bei *nicht objektivierbaren* Beschwerden die Angaben des Patienten anhand der weiteren Informationen, aber auch von dessen Verhalten, zu plausibilisieren und nicht unkritisch auf dessen Klagen abzustellen, wird nicht erwogen. Schliesslich kritisiert er die nicht nachvollziehbare „restriktive Handhabung der Kostenübernahme“ und sieht „als Neurologe *und Schmerztherapeut* [...] zahlreiche Faktoren, die einerseits durch das Unfallereignis selbst verursacht, andererseits iatrogen zu einer Chronifizierung [...]“ geführt hätten. Bei diesen „zahlreichen Faktoren“, die *durch das Unfallereignis selbst* verursacht wurden, kann es sich wiederum *einzig* um die vorgenannten initialen ORL-Befunde und die „initial vom Hausarzt“ festgestellten muskuloskelettalen Zeichen handeln. Etwas anderes als diese "initialen organischen Unfallfolgen" hat der Gutachter seiner Einschätzung nicht zugrundegelegt. Die Stellungnahme zum „Prozedere“ der Klägerin, die zumindest auf eine unkritische Übernahme der Sicht des Versicherten schliessen lässt, ist damit ein weiterer Mangel des Gutachtens, der dessen Beweiswert Abbruch tut (vgl. Urteil 9C_603/2009 vom 2. Februar 2010, E. 4.2).

Schliesslich ergibt sich aus dem Gutachten, dass Prof. Dr. J._____ von einer Wiedererlangung vollständiger Arbeitsfähigkeit innert zwei Jahren ab Begutachtungszeitpunkt ausging "unter adäquater Behandlung" resp. "bei geeigneter Führung", dies selbst für eine Tätigkeit im angestammten Bereich mit mittelstarker körperlicher Beanspruchung (S. 16 f.).

6.3.3. Fazit zum Beweiswert des Gutachtens

Aufgrund der aufgezeigten Mängel des Gutachtens (widersprüchliche Aussagen, weitestgehend fehlende Auseinandersetzung mit zueinander in Widerspruch ste-

henden ärztlichen Berichten, Zugrundelegung falscher Annahmen zu initial festgestellten Befunden, unvollständige Aktenlage, unkritische Zugrundelegung von im Widerspruch zu echtzeitlichen Berichten stehenden Patientenangaben, Anzeichen für mangende Unvoreingenommenheit, kein Beizug von Ärzten der Fachrichtungen ORL und Psychiatrie und kein Hinweis auf die Notwendigkeit eines solchen Beizugs) kann auf das Gutachten von Prof. Dr. J._____ – auch im eigenen Fachgebiet – nicht abgestellt werden. Somit verbleiben auch unter Berücksichtigung des Gutachtens erhebliche Zweifel daran, dass der Versicherte ein HWS-Schleudertrauma erlitten hat, und ist der Nachweis damit nicht zu erbringen.

6.4. Urteil Versicherungsgericht vom 27. März 2002 (act. 4A/II/100)

a) Das Zivilgericht ist an die Beweiswürdigung des Sozialversicherungsgerichts nicht gebunden, hat diese aber, wie erwogen, gegebenenfalls zu berücksichtigen.

b) Das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn kam mit Urteil vom 27. März 2002 gestützt ausschliesslich auf das neurologische Gerichtsgutachten von Prof. Dr. J._____ zum Schluss, dass der Versicherte am 7. April 1997 ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule erlitten habe und ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild vorliege (vgl. S. 8). Den Erwägungen ist die Kurzzusammenfassung einiger weniger (genau fünf) medizinischer Berichte aus den Jahren 1997 bis 1999 sowie eine Kurzzusammenfassung der Stellungnahme des Neurologen Dr. med. AG._____ (A._____ -Ärzteteam) vom 14. September 2001 (act. 4A/II/98) zum eingeholten Gerichtsgutachten zu entnehmen. Eine *Beweiswürdigung* – weder eine solche der früheren Berichte, noch eine solche des Gerichtsgutachtens oder der Stellungnahme dazu – ist dem Urteil *nicht* zu entnehmen. Festgehalten wird einzig, dass „angesichts der widersprüchlichen medizinischen Aktenlage“ ein neurologisches Gerichtsgutachten sowie ein Ergänzungsgutachten bei Prof. Dr. med. J._____ eingeholt worden sei. Hieran schliesst ohne jegliche Begründung die Schlussfolgerung an, dass „gestützt auf die erwähnten medizinischen Gutachten“ von Prof. Dr. med. J._____ erstellt sei, dass der Versicherte am 7. April 1997 ein Schleudertrauma der HWS erlitten habe und das typische Beschwerdebild vorliege, womit der natürliche Kausalzusammenhang *anzunehmen* sei. Damit fehlt es an Erwägungen, auf die eingegangen werden könnte.

c) Dem Urteil des Versicherungsgerichts vom 27. März 2002 kommt aufgrund des Gesagten weder für das Vorliegen von Beschwerden noch für deren Unfallkausalität ein eigenständiger Beweiswert zu.

6.5. Spätere medizinische und weitere angerufene Urkunden (ab 2001)

6.5.1. Einleitend zum Beweiswert der später erstellten Berichte

Die später erstellten Berichte konnten, da *nach* dem Gerichtsgutachten von Prof. Dr. J. _____ vom 11. August 2000 verfasst, von vornherein nicht Berücksichtigung in Letzterem finden, ebenso wenig wie im Urteil des Versicherungsgerichts, das sich, wie erwogen, ohnehin und ohne Begründung auf das Gerichtgutachten stützte. Damit ist auch gesagt, dass die später erstellten Berichte (mit Ausnahme der erwähnten Stellungnahme des A. _____-Neurologen Dr. med. AG. _____ vom 14. September 2001) *nach* Bejahung der Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Entscheid des Versicherungsgerichts erstellt wurden, was die Gefahr einer unkritischen Übernahme früherer Diagnosen in den Verlaufsberichten der *behandelnden Ärzte* nicht gering erscheinen lässt. In Übereinstimmung damit, dass der Versicherte, wie ausgeführt, schon wenige Monate nach dem Schadenereignis (vgl. Austrittsbericht Bellikon) nebst der "hausärztlichen Weiterbetreuung" ausschliesslich psychotherapiert wurde, handelt es sich bei den angerufenen späteren Berichten einerseits um Verlaufsberichte dieser beiden *behandelnden Ärzte*, andererseits um Untersuchungsberichte der A. _____-Ärzte im 2003 im Hinblick auf die Berentung des Versicherten (Dres. AG. _____ und AF. _____ im 2003) und Privatgutachten der Beklagten.

Soweit sich Berichte auf die *Angaben des Versicherten* zu länger zurückliegenden Umständen (Unfallhergang, initiale Beschwerden, Verlauf in den ersten Jahren) stützen, ist zu berücksichtigen, dass zeitnahe Aussagen, wie erwogen, zuverlässiger und unbefangener sind als spätere Darstellungen, die von nachträglichen Überlegungen oder seitherigen Erfahrungen beeinflusst sein mögen.

Zu prüfen ist auch hinsichtlich der vier Jahre und mehr nach dem Schadenereignis erstellten Berichte (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a), ob sie für die streitigen Belan-

ge umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, in Kenntnis der Vorakten abgegeben werden, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Je mehr ein Bericht von diesen Anforderungen abweicht, desto geringer ist sein Beweiswert.

6.5.2. Die Hauptbeweismittel der Klägerin (ab 2001)

a) In Würdigung der von der Klägerin zum Vorliegen einer HWS-Schleuderverletzung (Beweissätze 1.1/1.4), insbesondere organischen Unfallfolgen in Form von C5-Senke, Tinnitus und muskuloskelettale Zeichen (Beweissatz 1.3) und deren Unfallkausalität (Beweissatz 3.1) angerufenen medizinischen Berichten *ab dem Jahr 2001* (vgl. act. 52) ergibt sich das Folgende:

- Zum psychiatrischen Aktengutachten (Konsilium) von Dr. med. AH. _____ vom 15. Oktober 2001 zuhanden der Beklagten (act. 4A/II/vor 99, angerufenen auch zu Beweissatz 1.4): Auf Inhalt und Stellenwert des Parteigutachtens des Facharztes für Psychiatrie, erstattet zuhanden der Beklagten, ist nachfolgend in Zusammenhang mit den psychischen Beschwerden des Versicherten einzugehen. Es lässt sich daraus zur fachfremden Frage des Vorliegens einer HWS-Schleuderverletzung nichts ableiten (vgl. im Einzelnen nachfolgend 8.4).

- Zum angerufenen Schreiben von Dr. med. Al. _____ vom 27. Februar 2002 [recte: 2003] (act. 4A/III/133), verfasst vom behandelnden Psychotherapeuten des Versicherten sechs Jahre nach dem Schadenereignis, siehe wiederum nachfolgend unter 8.4, da Feststellungen des Psychiaters mit Wiedergabe von allfälligen Diagnosen *ausserhalb* seines Fachgebiets mangels einer objektiven Grundlage in Form von eigenen Untersuchungen kein Beweiswert zukommt.

- Zum Bericht Dr. med. AF. _____ (A. _____) vom 28. August 2003 betreffend die psychiatrische Untersuchung vom 26. August 2003, S. 7 (act. 4A/III/154) gilt das soeben Gesagte: Der versicherungsinterne Facharzt setzt in seiner psychiatrischen Beurteilung ein erlittenes "kranio-zervikales Beschleunigungstrauma" gemäss Diagnose seines Kollegen Dr. med. AG. _____ (versicherungsinterner Neu-

rologe) als *gegeben* voraus, weshalb ihm für das Vorliegen eines HWS-Distorsionstraumas kein Beweiswert zukommt (vgl. zur psychiatrischen Einschätzung hiernach 8.4).

- Die Neurologische Beurteilung von Dr. med. AJ. _____ vom 13. September 2004 (act. 4A/III/175), angerufen zur Frage der Unfallkausalität der Beschwerden und Diagnosen gemäss den Beweissätzen 1.1 bis 1.5, befasst sich ausschliesslich mit der Überprüfung der Integritätsentschädigung, wie verfügt von der Klägerin am 23. Dezember 2003 aufgrund der psychiatrischen Beurteilung von Dr. med. AF. _____ vom 28. August 2003 und der neurologischen Beurteilung von Dr. med. AG. _____ vom 6. Oktober 2003 bestätigt diese. Es werden weder eigene Befunde erhoben, noch eine Analyse der Vorakten vorgenommen, noch liegt der Beurteilung eine Untersuchung des Versicherten zugrunde, noch beinhaltet sie eine neue Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts. Der knapp gehaltenen Beurteilung, wonach korrekt verfügt worden sei, kommt hinsichtlich der Frage der Unfallkausalität von Beschwerden, zu der sie angerufen wird (Beweissatz 3.1), kein Beweiswert zu.

- Der Verlaufsbericht des Hausarztes Dr. med. F. _____ vom 27. Oktober 2003 (act. 53/4) an die IV-Stelle Solothurn (Revision von IV-Leistungen bei Erwachsenen) verweist als knapper Formularbericht auf die kürzliche Untersuchung durch die A. _____-Ärzte Dres. med. AF. _____ und AG. _____, wonach neben Restbeschwerden auch eine "posttraumatische Anpassungsstörung mit agitiert-depressiven Zügen und prononcierter psychovegetativer Symptomatik bei leistungsorientierter Persönlichkeit" erwähnt werde. Dem Bericht des Hausarztes des Versicherten kommt damit kein eigenständiger Beweiswert für die Frage der Unfallkausalität zu. Zu verweisen ist im Übrigen auf das zur Aufgabe des Hausarztes (Behandlung und Betreuung, nicht Ursachenanalyse) und zum besonderen Vertrauensverhältnis mit dem Patienten bereits Ausgeführte.

b) Aus den dargelegten Gründen vermögen die als Hauptbeweismittel angerufenen, ab dem Jahr 2001 erstellten späteren Berichte am Beweisergebnis aufgrund der Berichte aus den früheren Jahren (vgl. 6.2.5.4) und des Gutachtens J. _____ (vgl. 6.3.3) nichts zu ändern.

6.5.3. Gegenbeweismittel der Beklagten

a) Eventualiter ist nachfolgend aufzuzeigen, dass die von der Beklagten angerufenen Gegenbeweismittel geeignet sind bzw. wären, weitere erhebliche Zweifel daran zu wecken, dass der Versicherte beim Schadenereignis vom 7. April 1997 eine HWS-Distorsion erlitten hat. In Würdigung der von der Beklagten als Gegenbeweismittel zu den genannten Beweissätzen (1.1, 1.3, 3.1) sowie den Gegenbeweissätzen 2.1 bis 2.3 angerufenen medizinischen und weiteren Berichten ab dem Jahr 2001 ergibt sich das Folgende:

- Die Stellungnahme von Dr. med. AG. _____ vom 14. September 2001 (act. 4A/II/98), versicherungsinterner Facharzt für Neurologie, befasst sich ausschliesslich mit den im Gerichtsgutachten gezogenen *Schlüssen* aus dem Vorliegen von muskuloskelettalen Zeichen. Dr. med. AG. _____ nimmt Stellung zu folgenden Aussagen des Gerichtsgutachters Prof. Dr. med. J. _____: "Es liegt *kein objektiver, unfallbedingter, organischer Schaden* an der HWS vor." An anderer Stelle (Frage 4) werde festgehalten: "Auch *ohne objektive Befunde* an der Halswirbelsäule ergeben sich schon aus der Erstuntersuchung durch Herrn Dr. F. _____ sowie bei diversen Nachuntersuchungen typische Folgeerscheinungen einer HWS-Distorsion Grad II. Hierbei handelt es sich vorwiegend um muskuloskelettale Zeichen, die in ausreichender Weise dokumentiert sind." Aus der Beantwortung der Ergänzungsfrage 2.1 vom 22. August 2001 ergebe sich schliesslich: "Die Diagnose eines HWS-Distorsionstraumas Grad II wird durch den *Nachweis muskuloskelettaler Zeichen wie Verspannungen, Druckdolenzen, Triggerpunkten* und ähnlichem gestellt. Hierbei handelt es sich um *Zeichen, die rein organischer Natur* sind." Dazu hält Dr. med. AG. _____ fest: Muskelverspannungen und druckdolente Ansatzpunkte der Muskulatur (Trigger-Punkte) seien – naturgemäss – *organische Beschwerden*, deswegen aber keineswegs Ausdruck einer zugrunde liegenden *organischen Schädigung*. Es folgen Ausführungen zur Jahresprävalenz von Nackenbeschwerden bei der Normalbevölkerung. Weiter nimmt Dr. med. AG. _____ Stellung zur Aussage des Gutachters, wonach die C5-Senke und der geklagte Tinnitus organische Unfallfolgen darstellen würden. Er verweist auf den dokumentierten Vorzustand von 1992 und die Ausführungen des ORL-Facharztes

Dr. med. U._____ sowie das Fehlen eines organischen Korrelats bei subjektivem Tinnitus.

Die Beurteilung mit Bezug auf die gutachterlichen Aussagen zu muskuloskelettalen Zeichen beruht nicht auf einer eigenen Untersuchung des Versicherten, was ihr indes keinen Abbruch tut: Die Stellungnahme von Dr. med. AG._____ befasst sich, wie dargelegt, ausschliesslich mit der *Schlussfolgerung* des Gutachters. Dr. med. AG._____ geht somit vom medizinischen Befund, der dem Gutachten zugrunde liegt (verspannte Muskeln und Triggerpunkte), als gegeben aus und nimmt eine fachärztliche *Beurteilung* vor. Diese Beurteilung der medizinischen Situation – dass aus einer geklagten körperlichen *Beschwerde* nicht ohne Weiteres auf eine (hier unfallbedingte) *körperliche Schädigung* geschlossen werden kann – leuchtet ohne Weiteres ein. Damit ergibt sich aus der Beurteilung des Neurologen Dr. med. AG._____, soweit sein Fachgebiet betreffend, das in Würdigung des Gutachtens bereits Erwogene. Soweit Dr. med. AG._____ sich als Neurologe unter Bezugnahme auf den Bericht des ORL-Facharztes Dr. med. U._____ zu *ORL-Befunden* äussert, kommt der Stellungnahme keine eigenständige Bedeutung zu, ebenso wenig wie der fachfremden Einschätzung zur Frage der Ursachen der Chronifizierung der im Vordergrund stehenden *psychischen Beschwerden* des Versicherten. Die Stellungnahme des versicherungsinternen Facharztes, soweit "muskuloskelettale Zeichen" betreffend, ist bzw. wäre somit geeignet, (weitere) Zweifel an der Schlüssigkeit des Gutachtens Prof. Dr. J._____ zu wecken. Aufgrund des zu Letzterem bereits Ausgeführten erübrigen sich weitere Ausführungen.

- Der Bericht zur neurologischen Untersuchung von Dr. med. AG._____ vom 6. Oktober 2003 (act. 4A/III/155), versicherungsinternen Facharzt, basiert auf der zusammen mit dem versicherungsinternen Facharzt für Psychiatrie Dr. med. AF._____ durchgeführten *Untersuchung* des Versicherten vom 26. August 2003 (vgl. act. 4a/III/154). Zum Beweiswert von Berichten von versicherungsinternen Fachärzten ist auf das hiavor (6.2.5.3 c) Ausgeführte zu verweisen. Der Bericht wird von der Beklagten im Rahmen der Gegenbeweissätze, wonach Zeichen für

eine Aggravation oder Simulation vorliegen resp. der Versicherte ein deutlich dysfunktionales Schmerzverhalten zeige (Beweissätze 2.1 und 2.2) angerufen.

In der "Vorgeschichte nach Aktenlage" finden sich Ungenauigkeiten bei der Wiedergabe der Vorakten, wie sie schon in früher erstellte ärztliche Berichte Eingang gefunden haben: So, dass der *Hausarzt Dr. F._____ bei einer Erstkonsultation am Unfallfolgetag* eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS und eine Empfindungsstörung der linken Schulter festgestellt habe. Wie erwogen, wurden die fälschlicherweise auf den Unfallfolgetag verorteten Feststellungen des Hausarztes Dr. med. F._____ erstmals *zwei Wochen nach dem Unfall* im ersten Arzteugnis zuhanden der Klägerin festgehalten. Unzutreffend ist auch die weitere Feststellung im Bericht, dass der Versicherte "*gleichzeitig*" über "multiple Symptome wie Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Schwächegefühl im linken Arm" etc. geklagt habe. Konkrete Angaben des Versicherten ähnlichen Inhalts finden sich ausweislich der echtzeitlichen medizinischen Berichte erstmals drei Wochen nach dem Schadenereignis bei Dr. med. G._____ (vgl. hiavor 5.2). Nebst diesen Ungenauigkeiten in der Zusammenfassung der Vorakten – die sich durchwegs "*zugunsten*" des Versicherten auswirken in Form einer Vorverlagerung des Zeitpunkts des erstmaligen Auftretens initialer Beschwerden und insbesondere von deren erstmaliger Untersuchung – stützt sich der Berichtsverfasser auf sämtliche in diesem Verfahren angerufenen medizinischen Berichte der ersten Jahre (Hausarzt, Neurologen Dres. G._____, H._____ und R._____, ORL-Fachärzte Dres. D._____ und U._____, Klinikaufenthalte Bellikon, Valens, Rheinfelden, biomechanischer Bericht Prof. N._____, zudem neurologisches Gutachten Prof. J._____).

Zum Verhalten des Versicherten anlässlich der Untersuchung wird festgehalten: Während der Anamneseerhebung halte der Geschädigte die ganze Zeit seine rechte Hand am Hals, grimassiere ständig und zwinkere fortwährend mit den Augen. Der Gang sei äusserst mühsam mit Hinken links und angedeutetem Schleppen des linken Beines. Beim Sitzen sei ein ausgeprägtes Zittern der rechten Körperhälfte, vor allem des rechten Beines, zu beobachten. In regelmässigen Abständen unterbreche der Versicherte das Gespräch und laufe hinkend im Zimmer

umher (S. 5). Die neurologische Untersuchung habe sich aufgrund einer massiven psychischen Problematik ausserordentlich schwierig gestaltet. Bei der HWS-Beweglichkeitsprüfung zeige sich eine *massive Gegeninnervation* in alle Richtungen. Bei der Anamneseerhebung aber zeige der Geschädigte eine uneingeschränkte und wahrscheinlich schmerzfreie Beweglichkeit der HWS. Alle weiteren, *nicht beeinflussbaren Untersuchungsbefunde* seien normal ausgefallen. In seiner Beurteilung (nach Auseinandersetzung mit der Aktenlage sowie ausführlicher Anamnese) kommt der Neurologe zum Schluss (Hervorhebung angefügt):

„Aufgrund der fehlenden Hinweise auf eine objektive somatische Läsion [kann] keine Schätzung der Integritätsentschädigung [vorgenommen werden]. *Nur basierend auf den Angaben* dieses psychisch sehr auffälligen Patienten, bei radiologisch fehlenden Hinweisen auf irgendwelche strukturelle Läsion, würde ich ein Zervikalsyndrom *nur vermuten*, welches m.E. eine Integritätsentschädigung von max. 5% berechtigen würde. Bei *klinisch und radiologisch fehlenden Hinweisen* auf eine post-traumatische Läsion im Bereich des Achsen skeletts, der Weichteile oder im Bereich des Nervensystems, welche aufgrund des ermittelten Delta-V (11 km/h) nicht zu erwarten sind, stehen bei der heutigen neurologischen Untersuchung in Luzern *psychische Beschwerden* im Vordergrund, die m.E. *in keinem Verhältnis* zur erlittenen banalen Heckauffahrkollision stehen.“

Der Bericht berücksichtigt die geklagten Beschwerden, so unter anderem gegenüber dem Hausarzt nicht geklagte initiale Schmerzen "in beiden Beinen". Im Rahmen des Befunds sowie der Beurteilung finden sich die vorzitierten Beobachtungen zum Verhalten des Versicherten, daneben die Unmöglichkeit der Beurteilung der Pupillen zufolge dauernden Zwinkerns, dass ein Finger-Nase-Versuch *demonstrativ beidseits daneben* liege, keine schlüssigen Resultate resp. mangelnde Beurteilbarkeit der Sensibilität vorliege. Angesichts des beschriebenen Verhaltens des Versicherten, der von Dr. med. AG._____ aufgezeigten frühen Ausweitung der Beschwerden und der ebenfalls schon in den Berichten der voruntersuchenden Ärzte festgehaltenen Hinweise auf eine *psychische Überlagerung* ist der Schluss von Dr. med. AG._____, dass das Vorliegen eines Zervikalsyndroms einzig aufgrund der *Angaben* des psychisch sehr auffälligen Patienten *nur vermutet* werden könne, begründet und nachvollziehbar. Der Bericht ist damit geeignet, die Behauptungen der Beklagten gemäss den Beweissätzen 2.1 und 2.2 zu stützen und (weitere) Zweifel am Vorliegen einer HWS-Schleuderverletzung resp. dem Vorliegen von unfallbedingten Beschwerden zu wecken.

- Konsilium Prof. Dr. med. AK. _____, Schulthess Klinik, vom 13. Januar 2004
(act. 4B)

Prof. Dr. med. AK. _____, ... Arzt des Schmerzzentrums der Schulthess Klinik und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete zuhanden der Beklagten am 13. Januar 2004 ein Gutachten gestützt auf ihm in anonymisierter Form zur Verfügung gestellte Akten (vgl. act. 4B). Das Aktengutachten wird von der Beklagten im Rahmen des Gegenbeweises, dort zu Beweissatz 2.3, wonach nicht ganz zwei Monate nach dem Unfall *psychovegetative Symptome* im Vordergrund gestanden hätten, angerufen.

Als Parteigutachten kommt dem Konsilium AK. _____ nicht der Stellenwert eines Beweismittels, sondern von substantiierten Parteivorbringen zu (BGE 135 III 670 E. 3.3.1; 132 III 83 E. 3.4; 127 I 73 E. 3 f/bb; je mit Hinweisen). Wird darin eine ernsthafte Auseinandersetzung einer fachlich kompetenten Person mit der Materie vorgenommen, so ist ein Parteigutachten im Rahmen der Beweiswürdigung zu beachten (Urteile 4A_193/2008 vom 8. Juli 2008 E. 4.1; 4P.120/2005 vom 29. August 2005 E. 3). Es kann geeignet sein, die Erstellung eines (zusätzlichen) Gutachtens zu rechtfertigen oder darzulegen, dass *ein gerichtliches oder amtliches Gutachten mangelhaft oder nicht schlüssig* ist (Urteile 6B_829/2013 vom 6. Mai 2014 E. 4.1; 6B_215/2013 vom 27. Januar 2014 E. 1.2; je mit Hinweisen).

Dr. med. AK. _____ zeigt im Wesentlichen anhand der Vorakten auf, dass ab den neurologischen Untersuchungen – nicht aber vorher – eine Nervosität beschrieben worden sei, verweist auf die Gründe für den Arbeitsabbruch des Versicherten, zeigt anhand der Vorakten Widersprüche im Verhalten und den Angaben des Versicherten auf und setzt sich detailliert mit den früheren objektiven und subjektiven Befunden und den ausführlichen Anamnesen auseinander. Er weist darauf hin, dass der Versicherte in der Folge nicht in besonderer Art und Weise gefordert gewesen sei; da keine Arbeitsleistung gefordert worden sei, hätten sich auch die geklagten somatischen Beschwerden gar nicht auswirken können.

Das Parteigutachten wäre geeignet aufzuzeigen, dass das vom Versicherungsgericht eingeholte neurologische Gutachten mit der darin gestellten Diagnose resp.

eines "Status nach" Schleudertrauma sowie die darin – zudem fachfremd – wiedergegebene Diagnose einer posttraumatischen Anpassungsstörung mangelhaft und nicht schlüssig ist. Zum nämlichen Ergebnis hat bereits die Würdigung des Gutachtens geführt. Darüber hinaus kommt dem Parteigutachten, da kein Beweismittel, keine eigenständige Bedeutung zu.

b) Damit sind bzw. wären die von der Beklagten als Gegenbeweismittel angerufenen Urkunden geeignet, weitere Zweifel am Vorliegen einer HWS-Schleuderverletzung zu wecken.

c) Angesichts der erheblichen (zusätzlichen) Zweifel, die die von der Beklagten zum Gegenbeweis angerufenen, echtzeitlichen medizinischen Berichte am Vorliegen einer HWS-Distorsion zu erwecken vermöchten, ist die beantragte Einholung eines – einzig zum Gegenbeweis (Beweissätze 1.1, 1.3, Gegenbeweissätze 2.1 – 2.3) angerufenen – polydisziplinären Gutachtens entbehrlich. Ein solches vermöchte am Beweisergebnis gemäss den im Recht liegenden Urkunden nichts zu ändern: Wie aufgezeigt, fehlt es an objektiv nachweisbaren Beschwerden. Allfällige im heutigen Zeitpunkt feststellbare objektivierbare Beschwerden liessen sich aufgrund des Zeitablaufs nach 18 Jahren nicht mehr rechtsgenüglich auf das Schadenereignis vom 7. April 1997 zurückführen. Damit hätte sich ein Gutachten einerseits mit den im Recht liegenden, echtzeitlichen medizinischen Berichten (Vorakten) und andererseits mit vom Versicherten im Rahmen einer neuerlichen Anamnese geklagten Beschwerden zu befassen. Erstere (echtzeitliche medizinische Berichte) wurden vorliegend eingehend gewürdigt; auf allfällige Angaben des Versicherten wäre angesichts der aufgezeigten Vielzahl an widersprüchlichen Angaben zu initialen Beschwerden nicht abzustellen. Damit hat es beim Beweisergebnis gemäss den im Recht liegenden, echtzeitlichen Berichten sein Bewenden.

6.6. Weitere angerufene Urkunden ab 2001 (der Vollständigkeit halber)

a) Die Klägerin ruft zum Nachweis des Kausalzusammenhangs (Beweissatz 3.1) schliesslich sechs Schreiben der Beklagten, datierend zwischen dem 10. Dezember 2001 und dem 4. Dezember 2003, an die Klägerin resp. die IV an (vgl.

act. 52). Da es sich dabei nicht um fachärztliche Berichte handelt, kommt diesen zur Frage der Unfallkausalität von Beschwerden *kein Beweiswert* zu (BGE 119 V 335 E. 2b/aa). Die Schreiben beschlagen im Übrigen Ersuchen der Beklagten um Informationen zu den Wiedereingliederungsbemühungen der IV, dies unter Hinweis darauf, dass auch gemäss Gutachten J._____ eine vollständige Arbeitsfähigkeit innert ein bis zwei Jahren ab Begutachtungszeitpunkt bei geeigneter Hinführung wiedererlangt werden könne (act. 53/6, 53/7, act. 53/9, act. 4A/III/165), weiter ein Ersuchen um Aktenzustellung (53/8) und eine Anfrage betreffend die Bereitschaft der Klägerin zu einer interdisziplinären Begutachtung (act. 53/10). Aus diesen Anfragen nach Wiedereingliederungsmassnahmen und interdisziplinärer Begutachtung lässt sich jedenfalls eine Anerkennung von unfallkausalen Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht ableiten. Was darüber hinaus daraus abgeleitet wird, ist nicht ersichtlich.

b) Mit Noveneingabe vom 16. April 2015 (act. 66) reicht die Klägerin eine Vereinbarung zwischen der Beklagten und dem Versicherten vom 3./4. März 2015 zu den Akten (act. 67), wonach die Beklagte ohne Präjudiz und ohne Anerkennung einer Rechtspflicht in Abgeltung jeglicher Direktansprüche des Versicherten eine Zahlung von CHF 120'000 geleistet habe. Weiter ergebe sich daraus, dass "offenbar zuvor Akontoleistungen" von CHF 75'000 erbracht worden seien. Da ein Grossteil des Schadenersatzanspruchs des Versicherten durch Subrogation auf die Klägerin übergegangen sei, rechtfertige sich eine abweichende Behandlung der Frage des Ersatzanspruchs im vorliegenden Verfahren nicht (act. 66 S. 3).

Die Noveneingabe ist zulässig (§ 115 ZPO/ZH). Die Vergleichsvereinbarung wird als Hauptbeweismittel zu sämtlichen der Klägerin auferlegten Beweisen anerboten. Die Beklagte verweist auf den Wortlaut, wonach die Zahlung ausdrücklich ohne Anerkennung einer Rechtspflicht erfolgt sei, sowie darauf, dass der Versicherte auch einen Sachschaden erlitten und die Zahlung auch allfällige Ansprüche unter den Titeln Haushaltschaden, Genugtuung und insbesondere Anwaltskosten umfasst habe. Da der Versicherte bereits im sozialversicherungsgerichtlichen Verfahren anwaltlich vertreten gewesen sei, entfalle auf die Anwaltskosten ein Betrag von rund CHF 50'000.- bis CHF 80'000.-. Eine Haftung, insbesondere

in Bezug auf den vorliegend geltend gemachten Dauerschaden mit Invaliditätsfolge, sei seitens der Beklagten nie anerkannt worden (act. 72).

Aus der von der Klägerin eingereichten Vereinbarung vom 3./4. März 2015 (act. 67), wonach, wie zutreffend ausgeführt, ohne Anerkennung einer Rechtspflicht und per Saldo aller Ansprüche 18 Jahre nach dem Schadenereignis ein Pauschalbetrag von CHF 120'000 geleistet wird, lässt sich weder zur Frage des Gesundheitszustands noch zur Ursächlichkeit des Schadenereignisses vom 7. April 1997 etwas ableiten. Wie erwogen, sind für die Beurteilung der natürlichen Kausalität die möglichst frühzeitigen Einschätzungen von Fachärzten, soweit diese mit der Kausalitätsfrage (und nicht nur der Linderung von Schmerzen) befasst waren, resp. ein zu dieser Frage eingeholtes, mängelfreies Gutachten massgeblich. Entgegen der Auffassung der Klägerin ist eine Grundlage für einen Anspruch auf "Gleichbehandlung" der eingeklagten Regressforderung mit der vergleichsweise geregelten Direktforderung des Versicherten nicht ersichtlich. Mutmassungen über mögliche Gründe für eine 18 Jahre nach dem Schadenereignis getroffene Vereinbarung per Saldo aller Ansprüche mit dem bereits drei Wochen nach dem Schadenereignis anwaltlich vertretenen Versicherten können daher unterbleiben, ebenso wie die Ergänzung des Beweisabnahmebeschlusses um die zu sämtlichen Beweissätzen angerufene Vereinbarung.

6.7. Fazit zum Vorliegen einer HWS-Schleuderverletzung

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die angerufenen medizinischen Berichte ab dem Jahr 2001 am Beweisergebnis gemäss den vorstehenden Erwägungen nichts zu ändern vermögen. Damit ist der Nachweis, dass der Versicherte beim Schadenereignis vom 7. April 1997 eine HWS-Schleuderverletzung erlitten hat und seither daran leidet (Beweissätze 1.1, 1.3, 1.4 sowie 3.1), misslungen.

7. Zum Vorliegen einer unfallbedingten MTBI

7.1. Einleitend

Die Vorbringen der Klägerin in der Klageschrift zu *erlittenen Gesundheitsbeeinträchtigungen* bestehen, wie erwähnt, im Wesentlichen in Zitaten aus einer Vielzahl von medizinischen und anderen Urkunden. Aufgrund der Ausführungen in der Replik verblieb unklar, ob die Klägerin unter diesem Titel (auch) eine milde traumatische Hirnverletzung (MTBI) geltend macht (vgl. act. 21 Rz. 28). Der Vollständigkeit halber wurde auch diese, sich erst aus späteren medizinischen Berichten ergebende Diagnose zum Beweis verstellt (Beweissatz 1.2). Mit Stellungnahme zum einstweiligen Beweisergebnis (act. 52 S. 3) hielt die Klägerin fest, dass „die Frage des Erleidens einer leichten traumatischen Hirnverletzung nicht von absolut zentraler Bedeutung sein dürfte“.

Die Diagnose einer MTBI steht in diesem Verfahren nicht im Vordergrund, zumal daraus keine die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigenden Beschwerden abgeleitet werden. Sie wurde vom Gerichtsgutachter Prof. Dr. J._____ – dem als Vorakten das Schreiben von Dr. R._____ und der Austrittsbericht der Klinik Rheinfelden (vgl. 4A/II/vor 98 S. 8 f.) vorlagen – nicht gestellt und in nur sehr allgemeiner, nicht schlüssiger Form im Gutachten thematisiert. Die Diagnose fand dementsprechend auch nicht Eingang in den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn.

7.2. Hauptbeweismittel der Klägerin

a) Zwei Schreiben von Dr. med. R._____ vom 25. März und vom 22. Juni 1998

Die Diagnose einer MTBI wird erstmals im Kostengutsprachege such von Dr. med. R._____ vom 25. März 1998 (act. 4A/II/84) und dessen Schreiben vom 22. Juni 1998 an den Anwalt des Versicherten (act. 4A/II/vor 95) erwähnt. Zu verweisen ist zunächst auf das zum geringen Beweiswert der Schreiben bereits Ausgeführte (vgl. 6.2.5.2 e hiavor). Anzuführen bleibt im Rahmen des Beweissatzes 1.2 (Vorliegen einer MTBI) Folgendes:

Dr. med. R._____ lagen weder die Berichte des M._____ noch der biomechanische Bericht (da alle erst im 1999 erstellt) vor noch wird Bezug genommen auf den Polizeirapport und die vom Hausarzt bei der erstmaligen Untersuchung dokumentierten Angaben des Versicherten noch findet eine Auseinandersetzung mit unbestrittenen Umständen des Nachunfallverhaltens statt (Angabe von keinerlei Verletzungen am Unfallort, keinerlei Verwirrung, kein Kopfanprall, keine Symptome einer MTBI gegenüber dem Hausarzt erwähnt). Ebenso wenig wird in Betracht gezogen, dass nebst dem Zeitablauf als solchem weitere Umstände im Verlaufe des Jahres seit dem Heckauffahrunfall bis zur erstmaligen Diagnose einer MTBI dazugekommen sein können, derentwegen sich der Versicherte an einen spezifischen Aspekt des gemäss biomechanischem Bericht (act. 4A/II/vor 97, S. 6) insgesamt maximal eine Sekunde dauernden, überraschenden und gemäss Angabe des Versicherten *nicht eindrücklichen* Geschehens ein Jahr später nicht zu erinnern vermag (oder dies zumindest so aussagt), so beispielsweise die dokumentierte Einnahme einer Vielzahl von Psychopharmaka. Die Erwähnung einer MTBI basiert damit ausschliesslich auf den Angaben des Versicherten annähernd ein Jahr nach dem Schadenereignis und wird weder durch einen Verweis auf einen zeitnah nach dem Schadenereignis erhobenen Hirnnervenbefund noch ein Reflexbild etc. gestützt. Die in den Schreiben erwähnte Diagnose einer MTBI ist damit weder nachvollziehbar begründet, noch trägt sie den unbestrittenen konkreten Umständen des Unfallhergangs Rechnung, noch wird den Vorakten Rechnung getragen. Mit den angerufenen Schreiben ist das Vorliegen einer MTBI nicht nachgewiesen.

b) Arztbericht/Austrittsbericht der Klinik Rheinfelden vom 10./11. August 1998

Wie hiavor dargelegt, ist der Arztbericht der Klinik Rheinfelden, Dr. med. AC._____, an die IV-Stelle vom 11. August 1998 (act. 53/3, dort 7-seitiges Beiblatt) im umfassenderen Austrittsbericht im Schreiben von Dr. med. AC._____ vom 10. August 1998 an den zuweisenden Neurologen Dr. med. R._____ (act. 4A/II/vor 95) enthalten. Der Formularbericht zuhanden der IV (samt 1-seitigem Beiblatt) enthält weder Befunde noch Diagnosen.

Der Rheumatologe und Facharzt für innere Medizin Dr. med. AC._____ stellt 15 Monate nach dem Schadenereignis im Austrittsbericht vom 10. August 1998 (act. 4A/II vor 95) die Diagnose einer milden traumatischen Hirnverletzung (MTBI). Er stützt diese einzig und ausdrücklich auf die Angabe des Versicherten, sich nicht daran zu erinnern, wie er in das vor ihm stehende Fahrzeug gestossen worden sei, und auch nicht an den Knall des Aufpralls (S. 1), und hält gleichzeitig fest, dass der Versicherte nach der Kollision klar im Kopf und weder verwirrt noch desorientiert gewesen sei. Unberücksichtigt blieb, dass der Versicherte nach dem Schadenereignis sein abgeschlepptes Fahrzeug selber über eine längere Distanz steuerte (Aarau bis ...). Einzig aufgrund der erwähnten Patientenangabe über ein Jahr nach dem Schadenereignis wird eine klare amnestische Lücke festgehalten. Zu verweisen ist auf das hiervor zu den Schreiben von Dr. med. R._____ bereits Ausgeführte.

Die Diagnose einer MTBI, die erstmals rund ein Jahr nach dem Schadenereignis ohne Begründung in das vorerwähnte Zuweisungsschreiben von Dr. med. R._____ Eingang fand, steht schliesslich im Widerspruch zu den Einschätzungen von Prof. Dr. med. N._____, aber auch des Gutachters zuhanden des Versicherungsgerichts (vgl. nachfolgend). Von früheren behandelnden und untersuchenden Ärzten wurde die Diagnose weder gestellt noch auch nur diskutiert. Einzig auf Grund einer vom Patienten rund ein Jahr nach dem Schadenereignis geschilderten mangelnden Erinnerung daran, wie er genau in das vordere Fahrzeug geschoben worden sei, eine milde traumatische Hirnverletzung (MTBI) zu diagnostizieren, erscheint als eine Mutmassung, zumal die Diagnose sich auf *nichts anderes* als diese Patientenangabe stützt und angesichts des Zeitablaufs auch stützen kann. Es wird auch im Bericht Rheinfeldens weder auf einen zeitnah nach dem Schadenereignis erhobenen Hirnnervenbefund noch ein Reflexbild Bezug genommen. Es ist davon auszugehen, dass die erstmals von Dr. med. R._____ (aufgrund einer Patientenangabe) gestellte Diagnose einer MTBI unbesehen in den Austrittsbericht Rheinfeldens übernommen wurde.

c) Dem Schreiben der Psychiatrischen Dienste des Kantons Solothurn an die IV-Stelle vom 20. Mai 1998 (act. 53/2) kommt, wie hiervor dargelegt (vgl. 6.2.5.2 g),

kein Beweiswert zu. Es handelt sich weder um einen medizinischen Bericht im Sinne der Rechtsprechung, noch werden die wiedergegebenen fachfremden Diagnosen begründet.

d) Dem Schreiben von Dr. med. Al. _____ vom 27. Februar 2002 [recte: 2003] (act. 4A/III/133), verfasst vom behandelnden Psychotherapeuten des Versicherten sechs Jahre nach dem Schadenereignis, kommt, da eine Diagnose ausserhalb seines Fachgebiets betreffend, mangels einer objektiven Grundlage in Form von eigenen Untersuchungen, aber auch aufgrund des genannten Erstellungszeitpunktes sechs Jahre nach dem Schadenereignis, zur Frage des Vorliegens einer beim Schadenereignis vom 1997 erlittenen MTBI kein Beweiswert zu.

e) Dasselbe gilt für die "neurologische Beurteilung" von Dr. med. AJ. _____ vom 13. September 2004 (act. 4A/III/175), die zur Unfallkausalität angerufen wird (Beweissatz 3.1). Der Bericht befasst sich einzig mit der Überprüfung der verfügbaren Höhe der Integritätsentschädigung. Die unter diesem Titel (erlittene MTBI) vom Versicherten geforderte Entschädigung erachtet der Verfasser als richtigerweise mit der Entschädigung für die psychiatrische Störung abgegolten und verweist im Übrigen auf die kontroverse Beurteilung eines solchen Befunds. Damit lässt sich aus der Urkunde nichts für das Vorliegen einer MTBI ableiten.

7.3. Gegenbeweismittel der Beklagten

a) Prof. Dr. med. N. _____ hält im biomechanischen Bericht vom 12. September 1999 (act. 4A/II/vor 97 S. 6 f.) fest, dass die Entstehungsmöglichkeit einer MTBI bei Fehlen eines Kopfanpralls an harte Strukturen (d.h. Kopfstütze ausgenommen) und fehlender Bewusstlosigkeit und Amnesie bei den vorliegend nicht übermässigen biomechanischen Belastungen aus biomechanischer Sicht nicht erklärbar sei. Die Diagnose werde leider häufig fast automatisch und oft nur verdachtsmässig gestellt, ohne dass die Umstände der Kollision technisch-unfallanalytisch und biomechanisch genügend genau bekannt seien. Er verweist sodann auf den psychologisch ungünstigen Einfluss einer solchen Diagnose, die zu einer weiteren Traumatisierung des Patienten führen könne. Der Einschätzung von Prof. Dr. med. N. _____ kommt erhebliches Gewicht zu, da sie sich – im Ge-

gensatz zu den Schreiben von Dr. med. R._____ und dem Austrittsbericht Rheinfelden – auf die nunmehr technisch erstellte, unbestrittene (geringe) Heftigkeit des Unfallereignisses und die sich daraus ergebenden Konsequenzen in biomechanischer Hinsicht stützt. Die Berichte des M._____ wie auch der biomechanische Bericht lagen, wie erwähnt, erst im 1999, rund ein Jahr nach der von Dr. med. R._____ erstmals gestellten Diagnose, vor. Damit ist der zum Gegenbeweis angerufene biomechanische Bericht geeignet, weitere erhebliche Zweifel an den Diagnosen der Dres. R._____ und AC._____ zu wecken.

b) Die Diagnose einer MTBI wird von Prof. Dr. med. J._____ im zuhanden des Versicherungsgerichts erstatteten neurologischen Gutachten vom 11. August 2000 (act. 4A/II/vor 98), dem als Vorakten auch die Schreiben von Dr. R._____ und der Austrittsbericht Rheinfelden vorlagen, nicht gestellt und die Frage nur in nur sehr allgemeiner, nicht schlüssiger Form überhaupt thematisiert.

c) Der Bericht von Dr. med. AG. _____, Facharzt Neurologie, vom 14. September 2001 (act. 4A/II/98) ist eine Stellungnahme zum Gerichtsgutachten Prof. Dr. med. J._____. Es äussert sich zu den vom Gutachter gezogenen Schlussfolgerungen aus dem Vorliegen von muskuloskelettalen Zeichen, nicht aber zur Frage einer MTBI, zumal eine solche Diagnose, wie gesehen, auch im Gutachten Prof. Dr. med. J._____ nicht gestellt wurde.

d) Hinsichtlich des Konsiliums von Prof. Dr. med. AK. _____, Schulthess Klinik, vom 13. Januar 2004 (act. 4B) ist auf 6.5.3 hiervor zu verweisen. Es handelt sich um ein Parteigutachten anhand der Vorakten, dem der Stellenwert von substantiierten Parteibehauptungen zukommt. Die Ausführungen erschöpfen sich in einer Zusammenfassung von in diesem Verfahren angerufenen, echtzeitlichen medizinischen Berichten. Dem Parteigutachten kommt vorliegend nicht die Funktion zu aufzuzeigen, dass die Erstellung eines (zusätzlichen) Gutachtens zur Frage einer MTBI angezeigt oder ein eingeholtes gerichtliches oder amtliches Gutachten mangelhaft oder nicht schlüssig ist (vgl. Urteile 6B_829/2013 vom 6. Mai 2014 E. 4.1; 6B_215/2013 vom 27. Januar 2014 E. 1.2; je mit Hinweisen), zumal die Diagnose einer MTBI im Gerichtsgutachten J._____ nicht gestellt wurde und der Parteigutachter zum gleichen Schluss gelangt.

7.4. Fazit zum Vorliegen einer MTBI

Eine MTBI wird anhand *klinischer Kriterien im Akutstadium* diagnostiziert. In der *Postakutphase* ist die Diagnosestellung bedeutend schwieriger. Relevant ist in dieser Situation vor allem die Wertung der *dokumentierten* klinischen Symptome Bewusstseinsverlust, Amnesie, qualitative Bewusstseinsveränderung. Solche klinischen Symptome sind vorliegend nicht dokumentiert.

Gemäss unbestrittenem Sachverhalt kam es weder zu einem Kopfanprall an harte Strukturen noch zu einer Bewusstlosigkeit noch wurde eine retro- und/oder anterograde Amnesie dokumentiert. Der Versicherte war eigenen Angaben zufolge nicht verwirrt, sondern in der Lage, Entscheidungen zu treffen und Fragen zu beantworten (vgl. Polizeirapport). Er war weiter in der Lage, seinen Wagen zunächst selber zum Bahnhof Aarau und hernach den abgeschleppten Wagen über eine längere Distanz von Aarau nach ... zu steuern. Eine MTBI wurde von keinem der untersuchenden Ärzte in den ersten 11 Monaten nach dem Schadenereignis diagnostiziert noch auch nur in Erwägung gezogen. Gegenüber dem eigens wegen des Schadenereignisses aufgesuchten Hausarzt erwähnte der Versicherte zwei Wochen nach dem Schadenereignis keines der typischen Symptome einer MTBI (Verwirrung, Schwerbesinnlichkeit, Benommenheit etc.). Die erstmals knapp ein Jahr nach dem Schadenereignis einzig aufgrund der Angaben des Versicherten gestellte Diagnose in den Schreiben von Dr. med. R._____ und dem Austrittsbericht Rheinfeldern stützt sich auf keine objektive Grundlage. Der zum Gegenbeweis angerufene Bericht Prof. Dr. med. N._____ erachtet unter Berücksichtigung der unbestrittenen konkreten Umstände des Schadenereignisses und der ihm vorliegenden technischen Unfalldaten das Vorliegen eines MTBI denn auch als biomechanisch nicht erklärbar. Die weiteren angerufenen Beweismittel ab dem Jahr 2001 vermögen hieran, wie dargelegt, nichts zu ändern. In Würdigung der angerufenen Beweismittel ist aus den dargelegten Gründen nicht erstellt, dass der Versicherte beim Schadenereignis vom 7. April 1997 eine MTBI erlitten hat.

8. Zum Vorliegen einer unfallbedingten posttraumatischen Anpassungsstörung

8.1. Vorliegen einer psychischen Störung

Bevor auf die angerufenen Beweismittel zu den Beweissätzen 1.5 (Vorliegen einer posttraumatischen Anpassungsstörung) und 3.1 (Unfallkausalität der Störung) eingegangen wird, ist festzuhalten, dass ausweislich der Akten als erstellt zu betrachten ist, dass beim Versicherten einige Monate nach dem Schadenereignis erstmals *Anzeichen einer psychischen Störung* festgestellt und die zum Beweis verstellte Diagnose gestellt wurde.

Auch nach dem Dafürhalten der Beklagten standen bereits früh psychische Beschwerden beim Versicherten im Vordergrund. Diese würden sich jedoch nicht auf das objektiv geringfügige und subjektiv ebenso empfundene Schadenereignis als Ursache zurückführen lassen (act. 12 Rz. 60, 67, 99; act. 25 Rz. 62, 75). Weder seien beim Versicherten die entsprechenden Symptome (so Angst) festgestellt worden, noch habe er sich gegenüber den Ärzten dahingehend geäußert, dass er das Schadenereignis als belastend empfunden habe (act. 25 Rz. 63). Bestritten werden somit die Diagnose einer posttraumatischen Anpassungsstörung und die Ursächlichkeit des Schadenereignisses für die Störung.

8.2. Diagnose „posttraumatische Anpassungsstörung“

Eine posttraumatische Anpassungsstörung ist ein Zustand von *subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung*, der während eines Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach *belastenden Ereignissen (posttraumatisch)* auftritt. Die Bandbreite möglicher belastender Ereignisse ist gross und reicht vom Trauerfall bis zu einer persönlichen Krise des Betroffenen (Arbeitsplatzverlust). Die individuelle Prädisposition oder Vulnerabilität spielt beim möglichen Auftreten und bei der Form der Anpassungsstörung eine bedeutsame Rolle; es ist jedoch davon auszugehen, dass das Krankheitsbild ohne die Belastung nicht entstanden wäre. Die *Symptome* umfassen depressive Stimmung, Angst, Sorge oder eine Mischung derselben (DILLING/FREYBERGER a.a.O., S. 175 ff.).

Zu den obligatorischen diagnostischen Kriterien einer Anpassungsstörung gehören *eine identifizierbare psychosoziale Belastung* von nicht aussergewöhnlichem/katastrophalem Ausmass und der Beginn der Symptome *innerhalb eines Monats*. Es zeigen sich *Symptome* und Verhaltensstörungen, wie sie auch bei affektiven Störungen, somatoformen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens auftreten, ohne dass die obligatorischen Kriterien einer dieser Störungen erfüllt sind. Die Symptome einer Anpassungsstörung dauern *nicht länger als sechs Monate* nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen an, ausser bei einer längeren depressiven Reaktion (F 43.21), die bis zu zwei Jahre ab dem belastenden Ereignis diagnostiziert werden kann. Diese Diagnose (F 43.21) wurde in keinem der angerufenen medizinischen Berichte gestellt.

8.3. Fehlen einer HWS-Distorsion als Ursache

Wie gezeigt, ist gemäss Ergebnis des Beweisverfahrens nicht erstellt, dass der Versicherte beim Schadenereignis eine HWS-Schleuderverletzung erlitten hat. Damit sind durch einen Schleudermechanismus verursachte, nicht objektivierbare *körperliche Beschwerden* nicht Ursache für die nachfolgend eingetretene psychische Störung. Bereits nach dem ersten Klinikaufenthalt (Bellikon) wurde einzig die Weiterführung der dort begonnenen *Psychotherapie* als angezeigt erachtet, nicht aber eine Behandlung von geklagten körperlichen Beschwerden.

Durch einen Schleudermechanismus verursachte *körperliche Beschwerden* führten demnach auch nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit des Versicherten, die ihrerseits eine *initiale psychische Reaktion* hätte bewirken können. Wie im Einzelnen ausgeführt, brachten sämtliche Ärzte, einschliesslich des Hausarztes, die den Versicherten in den ersten beiden Monaten nach dem Schadenereignis behandelten oder untersuchten, Zweifel an der Glaubhaftigkeit der geklagten Beschwerden zum Ausdruck. Mehrere Ärzte, darunter der Hausarzt, bezeichneten in ihren Berichten eine schnelle Reintegration des Versicherten in den Arbeitsprozess vielmehr als notwendig und dem Versicherten zumutbar bzw. eine "Belohnung" durch weitere Attestierung von Arbeitsunfähigkeit, so der Hausarzt, als kontraproduktiv. Wie zu den angerufenen Gegenbeweismitteln hiavor erwogen, bezeichnete Dr.

med. F._____, der die hausärztliche Betreuung in den Jahren nach dem Schadenereignis leistete, auch im Unfallfolgejahr die Reintegration in den Arbeitsprozess als dringend angezeigt.

In Einklang mit dem Gesagten werden zum Vorliegen einer posttraumatischen Anpassungsstörung und zur Unfallkausalität der psychischen Störung keine Berichte und Schreiben der Ärzte, die den Versicherten *in den ersten Monaten nach dem Schadenereignis vom 7. April 1997* behandelt oder untersucht haben, angerufen. Der früheste angerufene Bericht datiert vom 26. August 1997 (Austrittsbericht Bellikon). Ein Auftreten von Symptomen einer posttraumatischen Anpassungsstörung innerhalb der ersten Monate nach dem Schadenereignis ist weder behauptet noch anhand der Beweislage zu Beweissatz 1.5 (Vorliegen einer posttraumatischen Anpassungsstörung) nachweisbar. Damit fehlt es am Nachweis des Beginns der Symptome innerhalb eines Monats nach dem Schadenereignis und damit eines obligatorischen diagnostischen Kriteriums, weshalb sich die Frage stellt, ob das Schadenereignis die identifizierbare psychosoziale Belastung (das belastende Ereignis) darstellt. Festzuhalten ist, dass aus der *Diagnose* einer posttraumatischen Anpassungsstörung als solcher, soweit in einem beweiskräftigen medizinischen Bericht gestellt (vgl. nachfolgend im Einzelnen), nicht ohne Weiteres der Schluss gezogen werden kann, dass die psychische Störung *durch das Schadenereignis* verursacht wurde (vgl. die Beweissätze 1.5 und 3.1). Dies käme der beweisrechtlich unzulässigen Vermutung gleich, dass Beschwerden, die zeitlich nach einem Schadenereignis aufgetreten sind, ohne Weiteres auf dieses zurückzuführen sind (post hoc ergo propter hoc). Definitionsgemäss liegt eine posttraumatische Anpassungsstörung, wie erwogen, vor bei einer psychischen Reaktion auf eine identifizierbare psychosoziale Belastung mit Symptomen, wie sie auch bei anderen psychischen Störungen vorliegen können (ICD-10 F 43.2). Damit ist wesentlich, auf welchen *initialen tatbeständlichen Grundlagen* die angerufenen Berichte fussen und somit insbesondere, ob der Diagnose einer posttraumatischen Anpassungsstörung eine – nunmehr als nicht stattgehabt erstellte – HWS-Schleuderverletzung aufgrund anamnetischer Feststellungen *als gegeben*

zugrunde gelegt wird. Im Übrigen gelten die Anforderungen an den Beweiswert von Arztberichten gemäss ständiger Praxis des Bundesgerichts (BGE 125 V 351).

8.4. Beweisverfahren (Beweissätze 1.5 und 3.1)

a) Die zum Nachweis des Vorliegens einer posttraumatischen Anpassungsstörung (Beweissatz 1.5) angerufenen Berichte werden – mit Ausnahme des Schreibens von Dr. med. R._____ vom 22. Juni 1998 (act. 4A/II/vor 95) und des Arztberichts der behandelnden Ärztin Dr. med. S._____ vom 7. Oktober 1997 (act. 4A/II/44) – durchwegs auch zur Frage der Unfallkausalität (Beweissatz 3.1) angerufen (vgl. act. 55 S. 8 und 12). In Würdigung der Berichte (chronologisch) ergibt sich das Folgende:

- Der Bericht zum psychosomatischen Konsilium der Rehaklinik Bellikon vom 13. Juni 1997 (act. 4A/II/vor 20) ist der früheste medizinische Bericht, der psychische Beschwerden des Versicherten nach dem Schadenereignis festhält. Er geht von der Eintrittsdiagnose „Status nach HWS-Distorsionstrauma infolge Auffahrunfall“ aus und stellt die Diagnose einer posttraumatischen Anpassungsstörung mit agitiert-depressiven Zügen und prononcierter psychovegetativer Symptomatik (ICD-10: F 43.25). Dem Bericht ist unter „Angabe des Patienten“ zum Vorliegen von *Angstsymptomen* zu entnehmen, dass der Versicherte lediglich bei Höhenexposition Angst habe, nicht sonderlich als Beifahrer im Auto, und dass er vom Unfall nie geträumt habe; dieser sei nicht so dramatisch gewesen. Darüber hinaus führt der Versicherte aus, dass er bei der *kreisärztlichen Untersuchung stärksten Schmerzen* ausgesetzt gewesen („laut aufgeschrien“), er „*als Simulant hingestellt*“ worden und ihm eine *Behandlung beim Spezialisten Dr. R._____* in Basel verweigert worden sei. *Sorge* bereite ihm seine Zukunft, insbesondere, wie es mit seiner Familie weitergehen solle, die er aufgrund seines gereizten Verhaltens wegen Lärmintoleranz zu zerstören glaubt. Soweit sich der Austrittsbericht Bellikon bzw. der Bericht zum psychosomatischen Konsilium zu den Umständen, die aus Sicht des Versicherten belastend waren, äussert, ergibt sich daraus, dass das Schadenereignis als solches nicht eindrücklich war und nach eigener Angabe des Versicherten keine Angstsymptome auslöste. Als psychosozial belastend bzw. krän-

kend und verletzend empfunden wurde vom Versicherten die ihm widerfahrene Behandlung bei der Untersuchung und Schadenfallbearbeitung. Im Übrigen äussert sich der Bericht zur Frage der Unfallkausalität nicht. Der Berichtsverfasser setzt die Diagnose einer HWS-Distorsion als gegeben voraus und äussert sich nicht dazu, dass in den ersten Monaten nach dem Schadenereignis keine Symptome einer Anpassungsstörung festgehalten wurden. Zu verweisen ist im Übrigen auf das bereits Ausgeführte zur unvollständigen Aktenlage (vgl. 6.2.5.2 d). Soweit im Rahmen der Exploration der Frage des belastenden Ereignisses als erstem obligatorischem Kriterium einer posttraumatischen Anpassungsstörung nachgegangen wurde, sind die diesbezüglichen Ausführungen nicht geeignet, die Ursächlichkeit des Schadenereignisses als solches nachzuweisen.

- Zum Bericht Dr. med. S. _____ des Ambulatoriums der psychiatrischen Klinik Solothurn vom 7. Oktober 1997 (act. 4A/I/44) ist festzuhalten, dass er nicht auf einer vollständigen Aktenlage beruht: Bezug genommen wird einzig auf die initiale ORL-Behandlung sowie den Aufenthalt in Bellikon. Der Patient befinde sich seit her (einzig) in hausärztlicher Weiterbetreuung. Da Dr. med. S. _____ den Patienten erst seit dem Austritt aus der Rehaklinik Bellikon bzw. dem 7. August 1997 im psychiatrischen Ambulatorium Solothurn betreute, konnte die behandelnde Ärztin von vornherein keine eigenen Feststellungen zum psychischen Befinden des Versicherten und damit allfälligen Symptomen einer Anpassungsstörung *in den ersten vier Monaten nach dem Schadenereignis* machen. Zu den Versicherten *belastenden Faktoren* geht aus dem Bericht hervor, dass der Versicherte „Zukunftsängste in beruflicher wie familiärer Hinsicht“ habe, dass in der Familie grosse Spannungen aufgetreten seien und es zu Streitigkeiten zwischen den Ehepartnern und zu schwierigen Situationen mit dem Sohn gekommen sei. Feststellungen dazu, dass das *Unfallereignis als solches* bzw. eine subjektive Eindrücklichkeit desselben Grund für die psychischen Beschwerden des Versicherten wären, finden sich keine. Weiter ist festzustellen, dass sowohl bei der als Behandlungsgrund wiedergegebenen Diagnose der Klinik Bellikon („posttraumatische Anpassungsstörung [...]“) als auch der unter „Beurteilung“ gestellten Diagnose („traumatische Anpassungsstörung [...]“) die Worte „posttraumatisch“ resp. „traumatisch“ im Originalbericht in den A. _____-Akten nachträglich durchgestrichen wurden.

Festzustellen ist schliesslich, dass sich die behandelnde Assistenzärztin im psychiatrischen Ambulatorium zur Frage der Unfallkausalität der psychischen Beschwerden nicht äussert, was allerdings auch nicht ihre Aufgabe als betreuende Ärztin war. Dementsprechend wurde der Bericht zwar zum Vorliegen einer „posttraumatischen Anpassungsstörung“ (Beweissatz 1.5), nicht aber dazu angerufen, ob die (psychischen) Beschwerden resp. die zum Beweis verstellte Störung auf das *Schadenereignis* vom 7. April 1997 zurückzuführen ist (Beweissatz 3.1). Dem Bericht kommt insofern ein Beweiswert zu, als die behandelnde Ärztin im psychiatrischen Ambulatorium für die Zeit zwischen August und Oktober 1997 die vom Versicherten selbst angegebenen, ihn belastenden Faktoren festhielt, wozu das Schadenereignis als solches oder eine subjektive Eindrücklichkeit desselben, wie aufgezeigt, nicht gehört. Damit ist der Bericht nicht geeignet (und nicht angerufen) zum Nachweis der Unfallkausalität der psychischen Beschwerden.

- Im Austrittsbericht der Klinik Valens vom 11. Dezember 1997 (act. 4A/I/55, vgl. hiervor 6.2.5.2 d) wird eine posttraumatische Anpassungsstörung diagnostiziert und nach zehntägigem Aufenthalt eine Zuweisung an die psychiatrische Klinik veranlasst, da eine somatische Rehabilitation gar nicht möglich sei. Festgehalten wird, dass *sämtliche Punkte im Waddell-Test positiv* gewesen seien und die psychiatrische Problematik, die sich *sekundär* entwickelt habe, deutlich im Vordergrund stehe. Der Bericht befasst sich nicht mit der *Ursache* der Beschwerden, einschliesslich der als im Vordergrund stehend bezeichneten psychischen Problematik. Erstellt wurde er vom Assistenzarzt Dr. med. AD._____, visiert vom Rheumatologen Dr. med. AE._____. Eine Exploration der Ursache der psychischen Störung findet sich darin dementsprechend nicht. Zu verweisen ist auf das bereits Ausgeführte (vgl. 6.2.5.2 d), wonach der Bericht auf einer unvollständigen Voraktenlage basiert und aufgrund der Angaben des Versicherten von einem zu heftigen Auffahrereignis ("geschleudert") sowie einem nicht erstellten Auftreten heftiger initialer Schmerzen nach 12 Stunden ausgeht. Die Diagnose einer posttraumatischen Anpassungsstörung setzt sodann die Diagnose "HWS-Distorsionstrauma" als gegeben voraus. Aus den aufgezeigten Gründen kommt dem Bericht, in welchem die *fachfremde* Diagnose einer posttraumatischen Anpassungsstörung gestellt wird und der sich zu den Ursachen im Übrigen nicht

äussert, keine Eignung zum Nachweis einer unfallbedingten posttraumatischen Störung zu.

- Der Einsprache des Hausarztes Dr. med. F. _____ vom 29. Januar 1998 (act. 4A/I/69), angerufen zur Frage der Unfallkausalität (Beweissatz 3.1), kommt kein eigenständiger Beweiswert zu, da der Hausarzt darin auf den Bericht der psychiatrischen Klinik Wyss, der in diesem Verfahren nicht als Beweismittel angerufen wurde, und den Bericht der behandelnden Ärztin Dr. S. _____, der zur Frage der Unfallkausalität ebenfalls nicht angerufen wurde, verweist.

- Im Arztbericht des Hausarztes Dr. med. F. _____ vom 25. März 1998 an die IV - Stelle Solothurn (act. 53/1) werden die Diagnosen „HWS Distorsionstrauma“ und „posttraumatische Anpassungsstörung [...]“ wiedergegeben. Es handelt sich um einen Verlaufsbericht, der nicht auf neuerlicher Untersuchung basiert (vgl. S. 2). Da Dr. F. _____ Allgemeinmediziner und zudem der Hausarzt des Versicherten ist, war er mit der *Ursache* der Beschwerden nicht befasst. Es ist dem Bericht immerhin zu entnehmen, dass der Allgemeinpraktiker Dr. F. _____, der den Versicherten schon vor, aber auch Jahre nach dem Schadenereignis (vgl. act. 53/4) hausärztlich begleitete, *berufliche Reintegrationsmassnahmen* als dringend angezeigt erachtete und solchen aus Sicht des Berichtsverfassers somit weder psychische noch physische Beschwerden entgegenstanden. Hinsichtlich des psychischen Befindens seines Patienten findet sich die Feststellung, dass der *zwischenzeitliche Arbeitsplatzverlust* „weiterhin einen psychischen Knick“ des Versicherten zur Folge gehabt habe. Der Bericht ist damit nicht geeignet, eine unfallbedingte posttraumatische Anpassungsstörung (insbesondere keine eine Arbeitsunfähigkeit bewirkende) nachzuweisen.

- Den Schreiben des Neurologen Dr. med. R. _____ vom 25. März resp. 22. Juni 1998 (act. 4A/I/84 und 4A/II/vor 95) kommt kein Beweiswert für die Frage der Unfallkausalität von psychischen Beschwerden zu, da Dr. med. R. _____ weder Facharzt für Psychiatrie ist noch die wiedergegebene fachfremde Diagnose begründet wird. Vgl. im Übrigen schon hiavor 6.2.5.2.

- Der Austrittsbericht im Schreiben der Rehaklinik Rheinfelden an Dr. med. R. _____ vom 10. August 1998 (act. 4A/II/vor95), darin enthalten der ebenfalls angerufene Arztbericht Rheinfelden vom 11. August 1998 an die IV-Stelle Solothurn (act. 53/3), wurde von Dr. med. AC. _____, Facharzt Rheumatologie und innere Medizin, und damit nicht von einem Facharzt für Psychiatrie verfasst. Erwähnt wird im Bericht eine Betreuung durch einen Psychologen während des Aufenthalts. Damit ist der Bericht, da nicht von einem Facharzt erstellt, nicht geeignet zum Nachweis einer posttraumatischen Anpassungsstörung oder der Unfallursächlichkeit einer solchen psychischen Störung. Dem Bericht kommt insofern ein Beweiswert zu, als er die Angaben des Versicherten zu den von ihm als traumatisierend empfundenen "Begleitumständen" im Rahmen der Anamnese *dokumentiert*.

Der Bericht setzt sich an mehreren Stellen mit diesen "Begleitumständen" auseinander, die als *"traumatische Erlebnisse"* den Versicherten in seinem Selbstbewusstsein *tief gekränkt* und den Krankheitsverlauf *"auf das Schwerste ungünstig beeinflusst"* hätten. Keinerlei Erwähnung in Zusammenhang mit der Traumatisierung des Versicherten findet das *Schadenereignis selbst*, eine allfällige subjektive Eindrücklichkeit desselben, dadurch ausgelöste Angstsymptome oder ähnliches. Zu diesen traumatisierenden Erlebnissen oder Begleitumständen wird ausgeführt, dass dem Versicherten in mehreren ärztlichen Untersuchungen der Eindruck vermittelt worden sei, er *simuliere resp. aggraviere*. Es sei ihm die gewünschte Beurteilung durch Dr. med. R. _____, der dem Versicherten von Bekannten als *Schleudertraumaspezialist* empfohlen worden sei, verweigert worden. Der Versicherte habe seit dem Schadenereignis *"zahlreiche für ihn als schwere Kränkung erlebte Ereignisse"* durchgemacht. Aufgrund dieser *sehr ungünstigen Begleitumstände* sei der Verlauf *aufs Schwerste ungünstig beeinflusst worden*. In der Privatklinik Wyss in Münchenbuchsee, in welche der Versicherte nach vorzeitigem Abbruch des Aufenthalts in der Klinik Valens überwiesen worden sei, sei zudem festgehalten worden sei, dass die Existenzängste des Versicherten *durch die Kündigung durch den Arbeitgeber* Ende 1997 noch verstärkt worden seien (S. 3). Hauptziel der Hospitalisation in Rheinfelden war gemäss Bericht die "Verarbeitung

der traumatischen Erlebnisse des in seinem Selbstbewusstsein tief gekränkten Patienten".

Dem *Schadenereignis* kommt aufgrund des Austrittsberichts der Rehaklinik Rheinfelden einzig der Stellenwert des *äusseren Anlasses* zu, der zu den für den Versicherten *traumatisierenden Ereignissen* geführt hat: Die erhobenen „Vorwürfe“ der mangelnden Kooperation, der Aggravation oder Simulation in den Untersuchungen der ersten beiden Monate, die Verweigerung der Behandlung durch den ihm von Bekannten frühzeitig empfohlenen Schleudertraumaspezialisten. Soweit im Bericht vom "aufgrund dieser sehr ungünstigen Begleitumstände [...] aufs Schwerste ungünstig beeinflussten *Verlauf*" die Rede ist, ist festzuhalten, dass sich der Berichtsverfasser nicht aus eigener Anschauung dazu äussern konnte, ob *initial*, vor den "sehr ungünstigen Begleitumständen", bereits psychische Symptome einer Anpassungsstörung vorlagen (Angst, Depressionen, Kombination davon). Der Versicherte trat im Juni 1998, 15 Monate nach dem Schadenereignis, in Rheinfelden ein. Auf solche initialen Symptome einer *durch das Schadenereignis ausgelösten*, posttraumatischen Anpassungsstörung konnte der Berichtsverfasser auch nicht aus *echtzeitlichen medizinischen Berichten*, soweit ihm vorliegend, schliessen: Die im Recht liegenden medizinischen Berichte aus den ersten Monaten nach dem Schadenereignis enthalten keine Feststellungen im Rahmen der Anamnese, wonach der Versicherte Angstsymptome, depressive Verstimmung oder ähnliches beklage. Die Berichte wurden denn auch nicht als Beweismittel zum Beweissatz 1.5 (Anpassungsstörung) angerufen (wohl aber zu Beweissatz 3.1 betreffen die Kausalität auch der psychischen Beschwerden). Der Bericht geht zudem von einem "St. n. HWS-Distorsion" und einer MTBI aus (vgl. hiervor 6.2.5.2 f und 7.2 b zum Beweiswert bezüglich dieser Diagnosen). Aus den genannten Gründen kommt der fachfremd gestellten Diagnose einer Anpassungsstörung kein Beweiswert im Rahmen von Beweissatz 1.5 zu. Soweit er die Angaben des Versicherten zu den Ursachen seiner psychischen Probleme dokumentiert, ist der Bericht nicht geeignet zum Nachweis des Schadenereignisses als Ursache der Beschwerden.

- Dasselbe gilt für das neurologische Gutachten von Prof. Dr. J. _____ vom 11. August 2000 zuhanden des Versicherungsgerichts (act. 4A/II/vor98): Einer fachfremden Diagnose des Neurologen kommt von vornherein kein erhöhter Beweiswert zu (vgl. schon hiervor 6.3.2). Zur Frage des auslösenden belastenden Ereignisses der psychischen Beschwerden ist der Anamnese zu entnehmen, dass sich der Versicherte eigenen Angaben zufolge erst etwa nach einem Zeitraum von *drei Monaten nach dem Unfallereignis* psychisch beeinträchtigt gefühlt habe und sich insbesondere durch die *"brutale" Untersuchung durch einen Arzt der Klägerin* verletzt fühle. Er sei als *Simulant* bezeichnet worden (S. 2). Der Vollständigkeit halber ist auf die (fachfremde) eigene Einschätzung des Gutachters zu verweisen, wonach die durch die Klägerin geführten Untersuchungen *eine Eskalation der posttraumatischen Anpassungsstörung erst verursacht hätten, was zur schwerwiegenden Chronifizierung* habe führen können. An anderer Stelle wird auf weitere, sich schädigend auswirkende „Fehler“ bei der Schadenfallbearbeitung durch die Klägerin hingewiesen, so u.a. die *verweigerte Behandlung* durch den frühzeitig bekanntgegebenen Wunscharzt. Damit kommt dem Gutachten Prof. Dr. med. J. _____, auf das sich die Klägerin wesentlich stützt, lediglich insofern Gewicht zu für die Frage der Unfallkausalität der psychischen Beschwerden, als darin die Angaben des Versicherten zu den ihn belastenden Ereignissen *dokumentiert* werden. Zu diesen gehört weder das Schadenereignis als solches noch eine subjektive Eindrücklichkeit desselben, noch gehören dazu die geklagten Beschwerden. Die Angaben des Versicherten stehen in Einklang mit den schon in Bellikon und Rheinfelden als Ursache für seine psychische Beeinträchtigung genannten. Damit kommt dem Gutachten hinsichtlich der Übernahme der (fachfremden) Diagnose einer Anpassungsstörung kein Beweiswert zu. Offen bleiben kann damit, ob eine solche Diagnose (von einem Facharzt) über zwei Jahre nach dem Schadenereignis noch begründet hätte gestellt werden können (vgl. zu ICD-10 F 43.2). Soweit dem Gutachten ein Beweiswert zuerkannt werden kann (Dokumentation der belastenden Ereignisse aus Sicht des Versicherten), ist es nicht geeignet zum Nachweis der Ursächlichkeit des Schadenereignisses für die psychischen Beschwerden. Der Nachweis von psychischen Beschwerden *vor* der Eskalation und *vor* der daraus resultierenden Chronifizierung infolge der als verletzend und krän-

kend empfundenen Behandlung im Rahmen der Untersuchung und Schadenfallbearbeitung kann mittels des Gutachtens von vornherein nicht erbracht werden. Auf solche konnte der Gutachter, wie aufgezeigt, auch nicht aufgrund der Vorakten, die im Übrigen als irrelevant bezeichnet wurden (vgl. hiervor 6.3.2), schliessen.

- Dem Schreiben von Prof. Dr. J. _____ vom 22. August 2001 zu den Ergänzungsfragen zum Gutachten (act. 4A/II/vor 98) kommt neben dem Gutachten kein eigenständiger Beweiswert zu, da die Antworten nicht begründet werden und zudem, soweit hier interessierend, fachfremd sind.

- Dem Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 27. März 2002 (act. 4A/II/100) kommt, wie an anderer Stelle dargelegt, kein eigenständiger Beweiswert zu, da die Begründung des Kausalzusammenhangs sich im Hinweis auf das Gutachten Prof. Dr. J. _____ erschöpft und eine über diesen Verweis hinausgehende Beweiswürdigung fehlt.

- Dem psychiatrischen Aktengutachten (Konsilium) von Dr. med. AH. _____ vom 15. Oktober 2001 (act. 4A/II/vor 99) zuhanden der Beklagten kommt als Parteigutachten nicht die Qualität eines Beweismittels, sondern von *Parteivorbringen* zu (Urteil 4A_286/2011 vom 30. August 2011 E. 4; BGE 132 III 83 E. 3.4). Als solches kann es geeignet sein, die Erstellung eines Gutachtens zu rechtfertigen resp. dessen Notwendigkeit aufzuzeigen oder darzulegen, dass ein gerichtliches oder amtliches Gutachten mangelhaft oder nicht schlüssig ist (Urteile 6B_829/2013 vom 6. Mai 2014 E. 4.1, und 6B_215/2013 vom 27. Januar 2014 E. 1.2; je mit Hinweisen). Privatgutachten sind im Rahmen der Beweiswürdigung zu beachten, wenn darin eine *ernsthafte Auseinandersetzung* einer *fachlich kompetenten Person* mit der Materie vorgenommen wurde (Urteile 4A_193/2008 vom 8. Juli 2008 E. 4.1 und 4P.120/2005 vom 29. August 2005 E. 3).

Das Parteigutachten AH. _____ ist weiter ein reines Aktengutachten. Den darin enthaltenen Einschätzungen kommt somit dann Gewicht im Sinne von substantiierten Behauptungen zu, wenn sich die Beurteilung auf einen *lückenlosen Befund*

stützt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung *eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts* geht. Auch daran mangelt es vorliegend: Weder liegt ein lückenloser Befund vor, noch geht es um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts. Der Aktengutachter nennt die ihm seitens der Beklagten zur Verfügung gestellten Akten ausdrücklich *nicht* (vgl. S. 1), hält andererseits fest, dass sich in den Angaben zur Anamnese in den Akten diverse Widersprüche fänden, die *der Rückfrage* bedürften (S. 2). Zumindest ergibt sich aus der „Beurteilung“ keinerlei Bezugnahme auf die Berichte der behandelnden Ärztin Dr. med. S._____ (Oktober 1997), das psychosomatische Konsilium Rheinfelden (Juni 1997) und den Austrittsbericht der Klinik Valens (November 1997).

Aus dem Parteigutachten ergibt sich immerhin, dass die psychische Störung des Versicherten von behandelnden Fachärzten mit einer breiten Palette von unterschiedlichen Diagnosen versehen wurde: Bezug genommen wird auf die – in diesem Verfahren nicht ins Recht gelegte – Beurteilung in der Privatklinik Wyss im Januar 1998 und die dort gestellten Diagnosen einer *Persönlichkeitsstörung im Sinne von ICD-10 F 60.8* und einer *verlängerten depressiven Reaktion ICD-10 F 43.21*. Bezug genommen wird weiter auf die im Jahr 2000 gestellte Diagnose einer *Somatisierungsstörung (ICD 10 F 45.0)* des psychiatrischen Ambulatoriums Olten und eine anscheinend erfolgte Korrektur der Diagnose auf eine *rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD 10 F 33.11)*. Dr. AH._____ selber diskutiert verschiedene mögliche Einordnungen, so in die Kategorie *depressiver Störungen* (bei unklarem ICD 10-Code) und die Kategorie *undifferenzierter Somatisierungsstörungen (ICD F45.1)*. Er erachtet eine *eindeutige diagnostische Klassifizierung* und ein *Ursachen- und Therapiemodell* als sehr schwer zu finden.

Aus den Einschätzungen Dr. AH._____s in Beantwortung der ihm (nur) von der Beklagten unterbreiteten Fragen kann aufgrund des Gesagten (Parteigutachten, Aktengutachten gestützt auf unbekannte, augenscheinlich unvollständige Aktenlage) nichts für die Frage der diagnostischen Einordnung, geschweige denn der Unfallkausalität der psychischen Störung des Versicherten abgeleitet werden. Zu verweisen ist auf die Mutmassungen des Gutachters zu möglichen Analogie-

schlüssen des Versicherten ("self-fulfilling prophecy") aufgrund des Schicksals seines Bruders (MS-Erkrankung nach erlittener Verletzung), die auch nach eigener Einschätzung Dr. AH.____s keine Stütze in den Akten finden und somit spekulativ sind. Das Parteigutachten äussert sich weder zum Zeitpunkt des *erstmaligen Auftretens* von Symptomen der psychischen Störung, noch setzt sich der Gutachter damit auseinander, dass Symptome einer Anpassungsstörung in den ersten Monaten nach dem Schadenereignis *nicht* festgestellt wurden. Nicht nachvollziehbar ist, dass die Frage der *Plausibilität* der ausweitend geklagten, nicht objektivierbaren Beschwerden nicht angesprochen wird, diesen dennoch die auslösende Funktion für die psychische Entwicklung zugeschrieben wird. Die geklagten Beschwerden werden vom Gutachter unkritisch als gegeben angenommen. Ebenso wenig finden die von sämtlichen behandelnden resp. untersuchenden Ärzten des Versicherten in den ersten Monaten, einschliesslich des Hausarztes, zum Ausdruck gebrachten Zweifel und Hinweise auf Unregelmässigkeiten Erwähnung. Schliesslich fehlt eine Auseinandersetzung mit den *vom Versicherten selbst* gegenüber mehreren untersuchenden und behandelnden Ärzten – mithin im direkten Gespräch – als Grund für seine psychischen Probleme benannten Ursachen.

Zu entnehmen ist dem Aktengutachten im Sinne einer substantiierten Behauptung, dass die psychische Störung des Versicherten, wie darin aufgezeigt, von den behandelnden Fachärzten *sehr unterschiedlich diagnostiziert* wurde resp. verschiedene mögliche Diagnosen mit klarerem oder unklarerem ICD-10-Code diskutiert wurden. *Die Diagnose einer posttraumatischen Anpassungsstörung wird auch vom Parteigutachter nicht gestellt*; das Aktengutachten wurde denn auch vier Jahre nach dem Schadenereignis erstellt (vgl. ICD-10 F 43.2). Hervorgehoben wird vielmehr, wie erwähnt, die *sehr schwierige diagnostische Klassifizierung* und *das nur sehr schwer zu findende Ursachen- und Therapiemodell* und die dringend empfohlene pluridisziplinäre Beurteilung *mit psychiatrischer Exploration* des Versicherten. Aufgrund des Gesagten ist das Parteigutachten, dem wie dargelegt, der Stellenwert von Parteibehauptungen zukommt, aufgrund der darin aufgezeigten Vielfalt von voneinander stark abweichenden Diagnosen einzig geeignet, Zweifel an der behaupteten Diagnose einer posttraumatischen Anpassungs-

sungsstörung zu wecken und die Notwendigkeit einer psychiatrischen Begutachtung des Versicherten aufzuzeigen. Ein Beweiswert für die Frage der Unfallkausalität der psychischen Störungen kommt dem Parteigutachten nicht zu.

- Beim Schreiben von Dr. med. Al. _____ vom 27. Februar 2002 [recte: 2003] (act. 4A/III/133) handelt es sich um einen Verlaufsbericht des behandelnden Psychiaters des Versicherten, weshalb aufgrund des besonderen Vertrauensverhältnisses des Therapeuten (die Therapiegespräche werden in der Muttersprache des Versicherten geführt) dem Umstand Rechnung zu tragen ist, dass er sich im Zweifelsfalle eher im Sinne des Versicherten äussert. Der Bericht wurde sechs Jahre nach dem Schadenereignis und rund ein Jahr nach Ergehen des Entscheids des Versicherungsgerichts mit Bejahung der fortdauernden Zahlungspflicht des Unfallversicherers erstellt. Gestellt wird die Diagnose einer posttraumatischen Anpassungsstörung, obwohl eine solche spätestens zwei Jahre nach dem belastenden Ereignis nicht mehr zutreffend gestellt werden kann (vgl. ICD-10). Dies legt den Schluss nahe, dass die Diagnose von vorbehandelnden Ärzten übernommen wurde. Es bleibt unklar, seit wann Dr. Al. _____ den Versicherten psychotherapierte, zumal aus der Angabe (Fettdruck angefügt) „seit dem **20.09.200** ununterbrochen in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bei mir, worauf sich dieser Bericht stützt“ wohl nur geschlossen werden darf, dass der Beginn der Behandlung auf einen Zeitpunkt nach der Jahrtausendwende zu verorten ist, mithin drei oder mehr Jahre nach dem Schadenereignis. Nicht schlüssig, begründet oder nachvollziehbar ist daher – nebst der schon aus zeitlichen Gründen unzutreffenden Diagnose und der unklar verbleibenden Behandlungsdauer als Grundlage des Berichts –, wie sich Dr. Al. _____ zum psychischen Befinden des Versicherten *in den ersten drei Jahren* aus eigener Anschauung hätte äussern können. Dasselbe gilt für die Angabe, dass sich „prätraumatisch“ keine relevante Psychopathologie von Krankheitswert eruieren lasse; weder ergibt sich aus dem Bericht, dass der behandelnde Psychotherapeut Kenntnis von der früheren depressiven Episode des Versicherten (1994/1995) hatte, noch dass ihm die relevanten Vorakten von vorbehandelnden Ärzten vorgelegen hätten, noch dass er den psychischen Zustand des Versicherten vor dem Schadenereignis aus eigener Wahrnehmung gekannt hätte. Dr. med. Al. _____ äussert sich jedenfalls

nicht zum Verlauf der diagnostizierten Anpassungsstörung oder zur Frage des Vorliegens einer somatoformen Schmerzstörung, die bereits in der kreisärztlichen Untersuchung vom 30. Mai 1997 Erwähnung fand. Soweit sich Dr. Al._____ so- dann fachfremd (HWS-Trauma, muskuloskelettale Zeichen, Ohrgeräusch, neu- ropsychologische Defizite) äussert, kommt dem Bericht kein Beweiswert zu. Aus den dargelegten Gründen ist der im 2003 erstattete Verlaufsbericht des behan- delnden Psychotherapeuten zum Nachweis einer unfallbedingten posttraumati- schen Anpassungsstörung nicht geeignet.

- Im Bericht Dr. med. AF. _____ (A. _____) vom 28. August 2003 betreffend die psychiatrische Untersuchung vom 26. August 2003 (act. 4A/III/154) setzt der Ver- fasser in seiner Beurteilung die Diagnose seines Kollegen aus dem A. _____ - Ärzteam, des Neurologen Dr. med. AG._____, wonach der Versicherte beim Schadenereignis vom 7. April 1997 ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma erlitten habe, als gegeben voraus. Er verweist hinsichtlich der „somatischen Vor- geschichte“ insbesondere auf das neurologische Gutachten J._____ sowie die neurologische Beurteilung von Dr. med AG._____ vom 14. September 2001 (S. 1).

Der Bericht hält im Rahmen der Zusammenfassung der Vorakten fest, dass das Schadenereignis vom Exploranden gemäss eigenen Aussagen gegenüber vorun- tersuchenden und –behandelnden Ärzten *als nicht als dramatisch* erlebt worden sei, er keine mit dem Schadenereignis verbundenen *Angstgefühle* (sondern Hö- henangst) habe und dass *familiäre und berufliche Probleme* (Kündigung Dezem- ber 1997, Streitigkeiten) als belastende Faktoren dazu gekommen seien. Weiter- hält Dr. AF._____ fest, dass mehrfach eine *psychische Überlagerung* beschrieben worden sei, und dass in den Vorakten die *Ausweitung der geklagten Beschwer- den* zum Ausdruck komme. Im Bericht werden die Angaben des Versicherten festgehalten („persönlichen Angaben“), wonach unmittelbar nach dem Schaden- ereignis *keine psychischen Beschwerden* aufgetreten seien, sondern *erst im An- schluss an die kreisärztliche Untersuchung* (Vorwürfe der Simulation etc.). Darauf habe er mit zunehmenden Zukunftsängsten, Nervosität und Unruhe reagiert. Ein *zweiter Schock* sei für ihn die *Kündigung durch den Arbeitgeber* (Dezember 1997) gewesen. Diese Kündigung sei für ihn eine Katastrophe gewesen.

Festgehalten werden vom Berichtersteller sodann eine Vielzahl von Anzeichen für ein dysfunktionales Schmerzverhalten (Verdeutlichung durch Hinken, den Kopf stützen, permanentes Augenzwinkern, Schmerzáusserungen während des Gesprächs etc.; vgl. hiervor 6.2.5.3).

Dem Bericht eines versicherungsinternen Facharztes kommt Beweiswert zu, sofern er als schlüssig erscheint, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei ist und keine Indizien gegen seine Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3). Hinweise auf mangelnde Objektivität oder auf Befangenheit liegen keine vor. Der Bericht basiert auf der am 26. August 2003 durchgeführten Untersuchung des Versicherten. Er berücksichtigt die geklagten Beschwerden und macht Feststellungen zum Verhalten des Exploranden. Ferner wird er in Kenntnis der Vorakten (mit Ausnahme des Berichts der psychiatrischen Klinik Wyss) erstattet.

Er leuchtet indes bei der *Beurteilung der medizinischen Situation* nicht ein und ist insofern nicht schlüssig begründet: Der Verfasser stellt zwar fest, dass der Versicherte das Schadenereignis nach eigenen Aussagen bereits in Bellikon als *nicht dramatisch* bezeichnet und von diesem *nie geträumt* habe. In Übereinstimmung damit stehen die neuerlichen Angaben des Versicherten, zunächst keine bzw. *erst im Anschluss an die kreisärztliche Untersuchung* psychische Probleme gehabt zu haben: Er habe sich vom untersuchenden Arzt nicht verstanden und als „*Simulant*“ behandelt gefühlt. Dazu sei im Dezember 1997 mit der *Kündigung* seiner Arbeitsstelle ein eigentlicher „zweiter Schock“ resp. eine „Katastrophe“ gekommen. Diese Angaben des Versicherten zur (mangelnden) Bedeutung des Schadenereignisses selbst oder dadurch bewirkter somatischer Beschwerden werden festgehalten, aber *mit keinem Wort gewürdigt*. Dr. med. AF. _____ legt nicht dar, inwiefern dem Schadenereignis angesichts dieser Angaben die Bedeutung einer *identifizierbaren psychosozialen Belastung* zukommt resp. zukommen kann. Das Trauma bestand nach eigenen Angaben des Versicherten nicht im Schadenereignis, noch in dadurch bewirkten physischen Beschwerden, sondern initial in der von ihm (auch) gegenüber Dr. AF. _____ geschilderten *verletzenden und kränkenden Behandlung resp. Untersuchung, gefolgt von der Kündigung seiner Arbeitsstelle*. Die Angaben des Versicherten entsprechen den gegenüber vorbehan-

delnden resp. untersuchenden Ärzten deponierten. Dr. AF._____ lässt diese Angaben des Exploranden und damit den Stellenwert, der dem Schadenereignis und allfälligen somatischen Beschwerden *aus eigener Sicht des Versicherten* zukommt –unkommentiert. Ebenso wenig äussert er sich dazu, worin das *belastende Moment des Schadenereignisses* für den Versicherten dennoch zu sehen wäre. Nicht nachvollziehbar ist schliesslich, dass der Facharzt seine Feststellungen zum *Verhalten* des Versicherten bei der Untersuchung nicht fachärztlich würdigt. Auch hierzu wäre eine Einschätzung aus psychiatrischer Sicht angezeigt gewesen. Der Bericht erweist sich auch insofern als nicht nachvollziehbar.

Nicht nachvollziehbar begründet ist weiter die Diagnosestellung: Dr. AF._____ verweist auf die Austrittsberichte Bellikon, Valens (mit fachfremder Diagnose), das Fehlen eines Berichts der Klinik Wyss, auf die Jahre nach dem Schadenereignis wiedergegebene Diagnose des behandelnden Psychotherapeuten Al._____ und *schliesst sich sodann "diagnostisch" [...] den voruntersuchenden Kollegen"* resp. der Diagnose einer "chronifizierten Anpassungsstörung mit agitiert-depressiven Symptomen" an. Weder wird die Frage des *Beginns* der Symptome innerhalb eines Monats nach einem belastenden Ereignis, noch deren *Vorliegen* und die Abgrenzung zu anderen Störungen mit gleichen Symptomen thematisiert (vgl. ICD-10 F 43.2), noch wird dargelegt, worin die chronifizierenden Faktoren bestanden, noch weshalb *sechs Jahre* nach dem Schadenereignis nach wie vor auf eine Anpassungsstörung zu schliessen ist.

Zur *natürlichen Kausalität* mit dem Schadenereignis äusserte sich der versicherungsinterne Facharzt nicht, zumindest nicht nachvollziehbar begründet. Festzuhalten ist schliesslich, dass der Facharzt eine „chronifizierte Anpassungsstörung [...]“, nicht jedoch eine posttraumatische Anpassungsstörung diagnostiziert. Darauf, ob der Facharzt damit dem Umstand Rechnung trug, dass der Explorand eigenen Angaben zufolge wegen der vorerwähnten Begleitumstände und dem als Katastrophe empfundenen Stellenverlust psychisch beeinträchtigt war, bleibt der Bericht eine Antwort schuldig. Dem Bericht von Dr. AF._____ kommt somit Beweiswert einzig hinsichtlich des darin zum Ausdruck kommenden *Stellenwerts des Unfallereignisses* nach eigener Darstellung des Versicherten sechs Jahre nach dem Schadenereignis zu. Nicht schlüssig begründet ist demgegenüber die „Über-

nahme“ der Diagnose einer Anpassungsstörung, *allerdings unter Weglassung der Bezeichnung als „posttraumatisch“*. Eine nachvollziehbare und begründete Aussage zur Ursächlichkeit des Schadenereignisses für die nachfolgende psychische Störung ist dem Bericht nicht zu entnehmen.

- Der weiteren angerufenen „psychiatrischen Beurteilung“ von Dr. med. AF. _____ vom 16. Dezember 2003 (act. 4A/III/166) kommt kein eigenständiger Beweiswert für die Diagnose "chronifizierte Anpassungsstörung" zu. Die wenige Zeilen umfassende Urkunde enthält eine Schätzung des Integritätsschadens aufgrund psychischer Unfallfolgen (30%) nebst eines Anteils von 5% gemäss Dr. med. AG. _____ für somatische Unfallfolgen und verweist im Übrigen auf die Untersuchung vom 26. August 2003 (vgl. hiavor). Immerhin *fehlt* wiederum die Bezeichnung der Störung als *posttraumatisch*.

- Der Verlaufsbericht des Hausarztes Dr. med. F. _____ vom 27. Oktober 2003 (act. 53/4) an die IV-Stelle Solothurn hält fest, dass der Versicherte an Restbeschwerden nach einem Auffahrunfall leide, verweist auf die kürzliche Untersuchung durch die A. _____-Ärzte Dres. med. AF. _____ und AG. _____ und wiederholt die Diagnose „posttraumatische Anpassungsstörung“. Dem Bericht kommt kein eigenständiger Beweiswert für die Frage der Einordnung (ICD-10) und Unfallkausalität der psychischen Beschwerden zu, zumal Dr. med. F. _____ als Allgemeinmediziner eine psychiatrische Diagnose wiedergibt.

8.5. Zusammenfassung der Ergebnisse der Beweiswürdigung

Die zum Nachweis einer unfallbedingten posttraumatischen Anpassungsstörung angerufenen medizinischen Berichte können sich aus chronologischen Gründen nicht zum Auftreten einer Anpassungsstörung resp. von typischen Symptomen einer solchen *in den ersten beiden Monaten* nach dem Schadenereignis vom 7. April 1997 äussern. Damit ist ein Beginn von Symptomen einer posttraumatischen Anpassungsstörung innerhalb eines Monats (F 43.2) nach dem Schadenereignis nicht nachgewiesen und anhand der Beweislage nicht nachweisbar. Die angerufenen medizinischen Berichte von Fachärzten der Psychiatrie äussern sich durchwegs nicht zur Frage des erstmaligen Auftretens von psychischen Sympto-

men einer Anpassungsstörung (vgl. das psychosomatische Konsilium Bellikon und die Berichte der Dres. S._____, AH._____, Al._____, AF._____).

Wie aufgezeigt, wurde ausweislich der angerufenen Beweismittel eine breite Palette von *Diagnosen* gestellt und die Einordnung und Ursachenzuordnung als sehr schwierig bezeichnet. Keine Diagnose einer posttraumatischen Anpassungsstörung findet sich in den fachärztlichen Berichten von Dr. AF._____ (nicht posttraumatisch), Dr. S._____ ("posttraumatisch" resp. "traumatisch" durchgestrichen) und Dr. AH._____ (Diskussion verschiedener möglicher Diagnosen, keine eigene Diagnosestellung). Der Bericht des psychosomatischen Konsiliums Bellikon äussert sich nicht zur Unfallursächlichkeit der psychischen Beschwerden. Der Bericht von Dr. med. S._____ wurde zur Frage des Kausalzusammenhangs nicht angerufen. Nicht thematisiert wird in den Berichten, dass die Diagnose einer posttraumatischen Anpassungsstörung bis zu einer Dauer von sechs Monaten gestellt werden kann, ausser bei einer längeren depressiven Reaktion (F 43.21). Eine solche wurde in den vorliegend angerufenen fachärztlichen Berichten nicht diagnostiziert. Sämtliche Diagnosen von Fachärzten mit Ausnahme des psychosomatischen Konsiliums Bellikon und dem Bericht Dr. med. S._____ wurden im Unfallfolgejahr gestellt. Zu verweisen ist im Übrigen auf die vorstehenden Ausführungen zum Beweiswert der Diagnosen in den einzelnen Berichten. Damit ist anhand der echtzeitlichen medizinischen Berichte aus den in Würdigung der einzelnen Berichte ausgeführten Gründen nicht rechtsgenügend erstellt, dass der Versicherte an einer posttraumatischen Anpassungsstörung leidet.

Zur Frage, ob das Schadenereignis *die identifizierbare psychosoziale Belastung* (das belastende Ereignis) und damit Ursache für die Monate später erstmals festgestellte psychische Störung ist, ist sämtlichen Berichten, die sich hierzu äussern, zu entnehmen, dass der objektiv leichte Heckauffahrunfall vom Versicherten *auch subjektiv* als solcher empfunden wurde und diesem aus Sicht des Versicherten weder eine besondere Eindrücklichkeit eignete, noch bei ihm Angstsymptome auslöste. Ebenso wenig werden als Gründe für die Monate nach dem Schadenereignis aufgetretene psychische Störung die geklagten Beschwerden oder eine Sinnkrise infolge Arbeitsunfähigkeit genannt.

Aus den angerufenen Berichten geht, soweit sich diese mit den aus Sicht des Versicherten belastenden Faktoren befassen, durchwegs hervor, dass der Versicherte gemäss eigener, wiederholter Darstellung die Behandlung bei den Untersuchungen (Vorwürfe der Simulation, Aggravation, verweigerte Zuweisung an den Wunscharzt) als traumatisierende und kränkende Erlebnisse empfand, die ihn in seinem Selbstwert tief verletzt hätten. Er verortete den Beginn seiner psychischen Beschwerden denn auch auf rund drei Monate nach dem Schadenereignis resp. durchwegs auf einen Zeitpunkt nach den erfolgten neurologischen Untersuchungen, was sich mit der Aktenlage zu Beweissatz 1.5 deckt. Ebenso ist den Berichten, soweit mit der Frage des belastenden Faktors aus Sicht des Versicherten überhaupt befasst, zu entnehmen, dass der Verlust der Arbeitsstelle im Dezember 1997 vom Versicherten als sehr belastend resp. als eigentliche Katastrophe erlebt wurde. Bei gestellter Diagnose einer (posttraumatischen) Anpassungsstörung und gleichzeitiger Feststellung in der Anamnese, dass dem Schadenereignis als solchem aus der Sicht des Versicherten keine Eindrücklichkeit anhaftete, sondern vielmehr die vorgenannten Erlebnisse resp. Ereignisse als traumatisierend empfunden wurden, kann aus der Diagnosestellung, wie eingangs dargelegt, nicht auf die Ursächlichkeit des Schadenereignisses geschlossen werden. Zu verweisen ist auf das zu den einzelnen Berichten ausgeführte.

Hinsichtlich der (relativen) zeitlichen Nähe des Auftretens von psychischen Beschwerden nach dem Schadenereignis ist auf das eingangs Erwogene zu verweisen. Aus diesem Umstand allein – trotz des Gesagten und trotz insbesondere der eigenen Angaben des Versicherten gegenüber mehreren Ärzten – kann nicht auf eine Ursächlichkeit des sowohl objektiv als auch subjektiv aufgrund der Auswirkungen im individuellen Fall geringfügigen Schadenereignisses als auslösendes Moment geschlossen werden. Es gibt mithin auch für psychische Beschwerden im Nachgang zu einem Schadenereignis keine Kausalitätsvermutung, wonach diese, da zeitlich nach einem Schadenereignis aufgetreten, als durch dieses verursacht zu gelten haben. Dies käme einem unzulässigen Beweisschluss gleich. Es ist vielmehr mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit der Nachweis der Kausalität durch den Ansprecher zu erbringen.

Dieser Nachweis ist erbracht, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart gewichtige Gründe sprechen, dass *andere denkbare Möglichkeiten* vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fallen. Umgekehrt ist der Beweis misslungen, wenn nach den besonderen Umständen des Falles neben den behaupteten *weitere Ursachen* ebenso ernst in Frage kommen oder sogar näher liegen (Urteil 4A_494/2009 vom 17. November 2009 E. 2.1; BGE 132 III 715 E. 3.1; 107 II 269 E. 1b).

Aufgrund des Dargelegten ist Letzteres vorliegend der Fall: Aus den angerufenen medizinischen Berichten ergibt sich durchwegs, dass der Versicherte die Behandlungen und Untersuchungen in den ersten beiden Monaten mit kritischer Prüfung der geklagten Beschwerden, die Verweigerung einer frühzeitigen Überweisung an den gewünschten Schleudertraumaspezialisten sowie das ihm unterstellte Simulieren von Beschwerden als verletzend empfundene Behandlung, persönliche Kränkung und Nichternstnehmen der geklagten Beschwerden empfand. Diese „Begleitumstände“ (vgl. auch Entscheid des EVG vom 11. Juli 1995, publ. in: SVR 10/1996 UV-Nr. 58, S. 194 E. 4e), deren ausschlaggebende Bedeutung für das Auftreten von psychischen Beschwerden des Versicherten in sämtlichen medizinischen Berichten Eingang fand und die in der Folge durch den als Katastrophe empfundenen Verlust der Arbeitsstelle verstärkt wurden, sind das (einzige) identifizierbare belastende Ereignis, das sich aus den angerufenen medizinischen Berichten ergibt, soweit diese sich mit der Ursache der psychischen Störung überhaupt befassen. In keinem der angerufenen medizinischen Berichte kommt demgegenüber zum Ausdruck, dass das objektiv geringfügige Schadenereignis vom Versicherten aufgrund einer besonderen Vulnerabilität als eindrücklich empfunden worden wäre. Vor den genannten „Begleitumständen“ (Untersuchungen, verweigerter Überweisung an den Schleudertraumaspezialisten) finden sich in keinem der Berichte der ersten beiden Monate Hinweise auf das Vorliegen einer posttraumatischen Anpassungsstörung resp. von Symptomen einer solchen. Diese vom Versicherten als Kränkung resp. Verletzung empfundenen Erlebnisse überwiegen vorliegend das Unfallereignis als solches und lassen dessen ausschlaggebenden Charakter als Ursache für die in der Folge eingetretene psychische Störung als sehr zweifelhaft erscheinen, weshalb der natürliche Kausalzusammenhang zwischen Unfall

und psychischer Beeinträchtigung anhand der angerufenen medizinischen Berichte nicht mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist.

Der Unfall ist einzig insofern *conditio sine qua non* für die in der Folge eingetretene psychische Störung, als es Anlass für die nachfolgende Behandlung und die Schadenfallbearbeitung war, in deren Verlauf es zu den aus Sicht des Versicherten (und mehrerer Ärzte) traumatisierenden Ereignissen kam. Damit kommt dem Unfall indes die Bedeutung einer Zufallsursache zu: Jeder andere, geringfügige Anlass ohne somatische Schäden, dem eine vom Versicherten als kränkend oder verletzend empfundene, da kritische Behandlung gefolgt wäre, hätte an dessen Stelle treten können. Ein ungewöhnlicher Kausalverlauf, bei dem eine konstitutionelle Prädisposition eine massgebliche Rolle spielt (so, wie eingangs erwogen, definitionsgemäss bei der Anpassungsstörung), lässt nicht schon *per se* auf eine Gelegenheitsursache schliessen. Vorliegend war der nicht alltägliche, spezifische weitere Faktor, der aufgrund einer bestehenden Vulnerabilität den Schadensverlauf auslöste, ausweislich der angerufenen, diesbezüglich übereinstimmenden medizinischen Berichte indes nicht das Schadenereignis als solches oder eine subjektive Eindrücklichkeit desselben, noch eine dadurch ausgelöste Arbeitsunfähigkeit, die zu einer initialen psychischen Reaktion geführt hätte. Nach eigenem, wiederholten Bekunden des Versicherten waren es vielmehr die als traumatisierend empfundenen Begleitumstände (Untersuchung und Schadenfallbearbeitung durch Ärzte der Klägerin) sowie der Verlust seiner Arbeitsstelle im Dezember 1997. Das Schadenereignis war damit ein gleichsam beliebiger, austauschbarer Anlass, der zu einer vom Versicherten aufgrund einer besonderen Vulnerabilität als kränkend und verletzend empfundenen Behandlung führte. Damit kommt dem Schadenereignis vorliegend einzig die Bedeutung einer Gelegenheits- oder Zufallsursache zu. Damit ist die Ursächlichkeit des Schadenereignisses vom 7. April 1997 für die einige Monate später aufgetretene psychische Störung in Würdigung der dazu angerufenen medizinischen Berichte nicht mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

9. Adäquanz der psychischen Störung

9.1. Zur Adäquanz von psychischen Folgen

Im Übrigen müsste vorliegend auch die Adäquanz verneint werden. Nach konstanter Praxis ist ein Ereignis dann als adäquate Ursache anzusehen, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt des Erfolgs also durch das Ereignis als allgemein begünstigt erscheint (Urteil 4C.402/2006 vom 27. Februar 2007 E. 4.1.). Die Adäquanz fusst nicht auf einer naturwissenschaftlichen Kausalitätstheorie, sondern bezweckt eine *normative, juristisch wertende Schadenszurechnung* im Sinne eines Werturteils nach Ermessen. Das Gericht stellt eine objektiv-nachträgliche Prognose und entscheidet aufgrund *sämtlicher Umstände im Einzelfall* (Art. 4 ZGB), ob eine Schädigung billigerweise noch dem Haftpflichtigen zugerechnet werden kann (BGE 123 III 110 E. 3a und 132 III 715 E. 2.2 m.w.H.). Es ist mithin von den tatsächlichen Auswirkungen auszugehen und rückblickend zu entscheiden, ob und inwiefern der Unfall noch als deren wesentliche Ursache erscheint (BGE 70 II 177). Rechtspolitischer Zweck der Adäquanz bildet die Begrenzung der Haftung für mittelbare Schäden (Urteile 4A_7/2007 vom 18. Juni 2007 E. 5.1 und 5.4 und 4C.327/2004 vom 22. Dezember 2004 E. 4.2.).

Die Adäquanzprüfung ist nicht allein nach der *Schwere des Unfallereignisses* vorzunehmen; die sozialversicherungsrechtlichen Adäquanzkriterien finden im Haftpflichtrecht keine Anwendung (BGE 123 III 110, 127 III 403 E. 3a, Urteil 4A_171/2012 vom 26. Juni 2012). Das Bundesgericht lehnte es denn auch ab, fixe Adäquanz-Grenzwerte einzuführen bzw. eine Bagatell- oder "Harmlosigkeitsgrenze" festzulegen (vgl. BGE 134 V 109 E. 8.3). Die Beurteilung ist nach rechtlichen Gesichtspunkten, *nicht nach der medizinisch-biologischen Betrachtungsweise*, mithin nicht in Würdigung der ärztlichen Befunde vorzunehmen (BGE 96 II 392 E. 2; BGE 123 III 110 E. 2; Urteile 4C.222/2004 vom 14. September 2004 E. 3; 4C.402/2006 vom 27. Februar 2007 E. 4.3.). Gemäss Rechtsprechung sind so dann *auch geringfügige Unfälle* geeignet, eine HWS-Schleuderverletzung im Sinne des vorerwähnten bunten Beschwerdebildes (BGE 131 III 12), eine komplexe

Anpassungsstörung oder ein Schleudertrauma mit posttraumatischer Belastungsstörung und vollständiger Arbeitsunfähigkeit herbeizuführen (Urteil 4A_307/2008 vom 27. November 2008 E. 2.4.). Bei der Frage der Zurechenbarkeit von Unfallfolgen ist sodann auf eine *weite Bandbreite von Versicherten* abzustellen, mithin auch auf solche, die aufgrund ihrer Veranlagung anfälliger für psychische Störungen sind und einen Unfall *seelisch weniger gut verkraften* (BGE 117 V 362).

9.2. Zurechenbarkeit im vorliegenden Fall

Somit ist aufgrund sämtlicher Umstände des vorliegenden konkreten Falls, ausgehend von den tatsächlichen Auswirkungen, rückblickend zu prüfen, ob dem Haftpflichtigen die geltend gemachten Folgen billigerweise noch zugerechnet werden dürfen.

Zunächst ist festzuhalten, dass in der "massiv psychogenen Reaktion" des Versicherten eine *aussergewöhnliche* Folge im Sinne der Rechtsprechung zu sehen ist. Gemäss Rechtsprechung darf die Adäquanz nicht mit der Begründung verneint werden, dass ein Mensch erfahrungsgemäss in der Lage sei, ein harmloses Ereignis zu verkraften, und dass eine singuläre psychische Labilität zum vom Versicherten zu tragenden Lebensrisiko gehöre. Dem vorzitierten Entscheid 4C.402/2006 vom 27. Februar 2007 lag, wie dem vorliegenden Fall, ein bagatellhaftes Ereignis zugrunde. Die Zurechenbarkeit von Folgeschäden des Ereignisses wurde mit der Begründung bejaht, dass die Versicherte eine hohe Leistungsbereitschaft aufweise, ihre Leistungsfähigkeit *aber aufgrund der initial vorhandenen Schmerzsymptome* herabgesetzt gewesen sei, *was die initialen psychischen Beschwerden* ausgelöst habe. Die – aus psychiatrischer Sicht – *nachher eingetretene komplexe Anpassungsstörung*, bei welcher das Ereignis selbst mit zunehmender Dauer in den Hintergrund getreten sei, habe den Unfall als Auslöser, weshalb dieser als wesentliche Ursache anzusehen und der adäquate Kausalzusammenhang zu bejahen sei (Urteil 4C.402/2006 vom 27. Februar 2007 E. 4.2.).

Hiervon unterscheiden sich die Umstände des vorliegenden Falls in mehrerer Hinsicht: Wie dargelegt, sind *initiale unfallbedingte – nicht objektivierbare – Beschwerden* aufgrund der Beweisergebnisse nicht erstellt. Diese konnten demnach auch nicht Auslöser von initialen psychischen Beschwerden sein und waren

es nach eigener Einschätzung des Versicherten gegenüber sämtlichen Ärzten, die die Ursache der psychischen Störungen im Rahmen der Anamnese erfragen, denn auch nicht. Dem Unfallereignis eignete nach eigenem Bekunden des Versicherten nichts Belastendes an, das zu einer initialen psychischen Reaktion hätte führen können. Dem Heckauffahrereignis ging mithin nicht nur objektiv, sondern auch subjektiv, aus der Warte des konkreten Versicherten, das traumatisierende Element ab. Ebenso wenig war eine aufgrund initial vorhandener Schmerzsymptome herabgesetzte *Leistungsfähigkeit* Auslöser der initialen psychogenen Reaktion: Gemäss erstelltem Sachverhalt stand vielmehr die Frage der Glaubhaftigkeit der geklagten Beschwerden und die Notwendigkeit einer möglichst schnellen Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit in den ersten beiden Monaten im Vordergrund. Damit konnte eine *unfallbedingte*, initiale psychische Reaktion auch nicht Auslöser von Folgebeschwerden psychischer Natur sein. War ein Unfall objektiv leicht, führte er nicht zu initialen Schmerzsymptomen und einer dadurch bedingten Arbeitsunfähigkeit und wurde er überdies subjektiv *auch so empfunden*, so ist er nicht geeignet, eine bleibende psychische Beeinträchtigung zu verursachen. Es liegt mithin weder ein seelisch weniger gutes Verkräften des Schadenereignisses als solches noch von dadurch bedingten *initialen Beschwerden* und damit auch nicht einer dadurch bedingten *Arbeitsunfähigkeit* vor.

c) Damit liegt mangels objektiver Schwere des Ereignisses und subjektiver – aus der Warte des konkreten Versicherten – Schwere der Auswirkung im konkreten Fall mit dem Schadenereignis vom 7. April 1997 keine taugliche Ursache für eine psychische Erstreaktion vor, die ihrerseits (vgl. Urteil 4C.402/2006 vom 27. Februar 2007) geeignet gewesen wäre, eine bleibende psychische Beeinträchtigung auszulösen. Vielmehr liegt mit der vom Versicherten als äusserst kränkend und verletzend empfundenen Behandlung bei der Untersuchung und Schadenfallbearbeitung, auf die der Versicherte nach eigenem Bekunden mit psychischen Beschwerden reagierte, eine Ursache vor, die *das haftungsbegründende Ereignis als solches* überlagert, sodass Letzteres im Geschehensablauf als nicht mehr relevant erscheint. Die Rechtserheblichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Schadenereignis vom 7. April 1997 und der erst Monate nach dem nichttraumatisierenden Schadenereignis aufgetretenen psychi-

schen Beschwerden resp. einer dadurch bedingten Erwerbsunfähigkeit ist aufgrund der konkreten Umstände des vorliegenden Falls zu verneinen.

Soweit man die natürliche Kausalität bejahen wollte, weil es ohne das Schadenereignis nicht zu einer Behandlung durch Ärzte der Klägerin im Rahmen der Schadenfallbearbeitung gekommen wäre, die der Versicherte als traumatisierende Erlebnisse und Auslöser für seine psychische Störung empfunden hat, so wäre es jedenfalls unbillig und mit dem Rechtsempfinden nicht in Einklang zu bringen, die wirtschaftlichen Folgen der eingetretenen psychischen Folgeentwicklung, die durch den als eigentlichen Schock empfundenen Verlust des Arbeitsplatzes zusätzlich verstärkt wurde, dem Halter des unfallverursachenden Fahrzeugs resp. der Beklagten zuzurechnen.

Damit stehen mit den genannten Begleitumständen unfallfremde Faktoren, die im Verlauf der Behandlung nach dem Schadenereignis vom Versicherten als traumatisierend und kränkend empfunden wurden, im Vordergrund als Auslöser für die psychische Störung und kommt dem Unfallereignis als solchem keine Bedeutung für die psychogene Erstreaktion zu. Diese traumatisierenden Begleitumstände lassen den leichten Unfall derart in den Hintergrund treten (vgl. Urteil 4C.402/2006 vom 27. Februar 2007 E. 4.3.), dass er nicht mehr in einem adäquaten Kausalzusammenhang zur psychischen Störung steht.

10. Zusammenfassung der Tat- und Rechtsfragen

Zusammenfassend ist aufgrund des Behauptungssubstrats und der Beweislage festzuhalten, dass während der *Latenzzeit von 72 Stunden* nach dem Schadenereignis und darüber hinaus weder Kopf- noch Nackenschmerzen rechtsgenügend nachgewiesen wurden. Ob der Versicherte anlässlich der behaupteten medizinischen Erstkonsultation untersucht wurde, welche Angaben dem Hausarzt-Stellvertreter zum Unfallereignis vorlagen, ob vorbestehende Beschwerden erfragt wurden und schliesslich, welche Beschwerden geklagt wurden, wurde, soweit überhaupt behauptet, nicht rechtsgenügend nachgewiesen.

Weiter ist festzuhalten, dass keine objektiv nachweisbaren Beschwerden im Sinne der Rechtsprechung festgestellt werden konnten. Damit kommt den Angaben des Versicherten zu geklagten Beschwerden entscheidendes Gewicht zu. Aufgrund der aufgezeigten Vielzahl an Widersprüchen und Ungereimtheiten in den Angaben des Versicherten zu Art, Intensität und Zeitpunkt des Auftretens erster Beschwerden gegenüber behandelnden und untersuchenden Ärzten, aber auch des von verschiedenen Ärzten geschilderten Verhaltens des Versicherten, fehlt es am rechtsgenügenden Nachweis, dass die mit zunehmendem zeitlichem Abstand zum Schadenereignis qualitativ und quantitativ ausweitend geschilderten Beschwerden in den Tagen resp. Wochen und Monaten nach dem Schadenereignis tatsächlich aufgetreten sind. Eine Vielzahl von Berichten der behandelnden und untersuchenden Ärzte fusst einzig auf der Anamnese des Versicherten. Unbestritten blieb, dass gemäss Schreiben des Hausarztes vom 27. Mai 1997 ein kurzer Arbeitsversuch des Versicherten weder wegen Hals-, noch Nacken-, noch HWS- oder Rückenbeschwerden abgebrochen wurde.

Nahezu sämtliche der den Versicherten in den ersten beiden Monaten behandelnden resp. untersuchenden Ärzte brachten in ihren Berichten Zweifel an der Wahrhaftigkeit der geklagten Beschwerden resp. einer organischen Ursache für solche zum Ausdruck. Insbesondere erachtete es der Hausarzt des Versicherten nach sechs Wochen als kontraproduktiv, den Versicherten weiterhin mit Attestierung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit zu "belohnen", verwies auf den Wunsch des Versicherten nach Zuweisung an den Schleudertraumaspezialisten wenige Wochen nach dem Schadenereignis und vor Vorliegen der Resultate der ersten neurologischen Untersuchung und brachte Befürchtungen einer Begutachtungsodyssee zum Ausdruck. Ebenso empfahl der Hausarzt auch im Unfallfolgejahr dringend eine Reintegration in den Arbeitsprozess; einer solchen stand demnach nach Einschätzung des Hausarztes weder das körperliche noch das psychische Befinden des Versicherten entgegen.

Nicht abgestellt werden kann auf das an einer Vielzahl an Mängeln leidende Gutachten J._____ zuhanden des Versicherungsgerichts Solothurn, dessen Entscheidung eine Würdigung des Gutachtens als der einzigen Grundlage für die Beja-

hung einer HWS-Schleuderverletzung und eines natürlichen Kausalzusammenhangs vermissen lässt. Es wurde weder von der Klägerin noch vom Versicherungsgericht ein psychiatrisches Gutachten eingeholt, obwohl ab dem ersten Klinikaufenthalt (Bellikon) eine Therapierung von körperlichen Beschwerden weder stattfand noch als indiziert erachtet wurde. Trotz der widersprüchlichen Aktenlage der ersten Jahre auch zum Vorliegen von psychischen Beschwerden und trotz der von mehreren Ärzten festgehaltenen Hinweise auf eine Aggravation, Simulation oder auf eine psychische Überlagerung wurde ein *rein neurologisches* Gutachten eingeholt, das sich, wie aufgezeigt, mit den genannten Aspekten, einschliesslich der widersprüchlichen Berichte aus dem eigenen Fachbereich des Gutachters, nicht befasst.

Erstellt ist aufgrund des Beweisergebnisses, dass beim Versicherten rund zwei Monate nach dem Schadenereignis psychische Beschwerden auftraten, bezüglich derer verschiedene voneinander abweichende Diagnosen von Fachärzten vorliegen. Sämtlichen Berichten von Fachärzten (und Nichtfachärzten), soweit diese mit der Ursache der psychischen Beschwerden überhaupt befasst waren, ist zu entnehmen, dass dem objektiv als geringfügig einzustufenden Schadenereignis auch subjektiv, aus der Warte des konkreten Versicherten, keine besondere Eindrücklichkeit eignete und er dieses weder selber als schlimm erlebt hat, noch dieses bei ihm Gefühle der Angst ausgelöst hat. Im Einklang mit dem Gesagten geht aus sämtlichen medizinischen Berichten, soweit mit der Frage der Kausalität befasst, hervor, dass die vom Versicherten als traumatisierend empfundene Behandlung im Rahmen der Untersuchung und Schadenfallbearbeitung Auslöser der initialen psychischen Reaktion des Versicherten waren und diese in der Folge durch den als Katastrophe empfundenen Arbeitsplatzverlust verstärkt wurde. Eine besondere Vulnerabilität des Versicherten in Stresssituationen und eine damit einhergehende Neigung zu psychovegetativen Reaktionen wurde von verschiedenen Fachärzten, aber auch dem langjährigen Arbeitgeber des Versicherten bejaht (vgl. die Anamnese im Gutachten J.____). Der die psychogene Erstreaktion auslösende Stressfaktor war vorliegend indes, wie aufgezeigt, nicht das Schadenereignis als solches, sondern die vom Versicherten als überaus kränkend und verletzend empfundene Behandlung bei der Schadenfallbearbeitung, die verweigerte

Zuweisung an den von ihm bezeichneten Wunscharzt sowie die noch im Unfalljahr ausgesprochene Kündigung seiner langjährigen Arbeitsstelle, die er als eigentliche Katastrophe erlebte. Damit kommt dem Unfallereignis die Bedeutung einer Gelegenheitsursache zu, an deren Stelle jeder andere, alltägliche Vorfall, der zu einer als verletzend und kränkend empfundenen Behandlung geführt hätte, stehen könnte. Aufgrund der dargelegten konkreten Umstände des vorliegenden Falls (keine initiale Schmerzsymptomatik ausser subjektivem Befund betreffend Tinnitus und zwei Wochen später festgestellter Empfindungsstörung der linken Schulter, keine Anzeichen einer Anpassungsstörung in den ersten beiden Monaten, sondern Hinweise auf mangelnde Kooperation, auf Verdeutlichungstendenzen etc., keine Anhaltspunkte für ein seelisch weniger gutes Verkräften der vom Versicherten selbst als nicht eindrücklich empfundenen Heckkollision, Vielzahl von Nachweisen für eine heftige psychische Reaktion auf eine in mehrerer Hinsicht als verletzend empfundene Behandlung bei der Schadenfallbearbeitung) ist schliesslich ein rechtserheblicher, adäquater Zusammenhang zwischen dem Schadenereignis vom 7. April 1997 und der nachfolgend aufgetretenen psychischen Störung unklarer Diagnose zu vereinen. Dies führt zur Abweisung der Klage.

11. Kosten- und Entschädigungsfolgen

1. Gemäss § 23 der Gebührenverordnung des Obergerichts vom 8. September 2010 bleibt die alte Verordnung des Obergerichts über die Gerichtsgebühren vom 4. April 2007 anwendbar, da für das Verfahren die Bestimmungen des kantonalen Prozessrechts anwendbar bleiben (vgl. Art. 404 Abs. 1 ZPO). Ebenso gilt die Anwaltsgebührenverordnung vom 21. Juni 2006 (§ 25 der Verordnung über die Anwaltsgebühren vom 8. September 2010).

2. Der Streitwert beträgt vorliegend CHF 2'519'309.–. Die Kosten- und Entschädigungsfolgen sind nach Obsiegen und Unterliegen zu regeln (§§ 64 Abs. 2 und 68 Abs. 1 ZPO/ZH). Die Gerichtsgebühr ist in Anwendung von § 4 Abs. 1 aGebV OG auf CHF 46'000.– festzusetzen. Da die Klage, soweit nicht zufolge Teilrückzugs

abzuschreiben, abzuweisen ist, sind die Gerichtskosten der Klägerin aufzuerlegen. Die Klägerin ist entsprechend der Kostenverteilung zu verpflichten, der Beklagten eine Prozessentschädigung in Höhe von CHF 69'000.– zu bezahlen (§ 68 Abs. 1 ZPO/ZH sowie § 3 Abs. 1 i.V.m. § 6 aAnwGebV).

Das Handelsgericht beschliesst:

1. Die Klage wird im Umfang von CHF 67'177.– als durch Rückzug erledigt abgeschrieben.
2. Schriftliche Mitteilung und Rechtsmittel gemäss nachfolgendem Erkenntnis.

Das Handelsgericht erkennt:

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Die Gerichtsgebühr wird festgesetzt auf CHF 46'000.–.
3. Die Gerichtskosten werden der Klägerin auferlegt.
4. Die Klägerin wird verpflichtet, der Beklagten eine Prozessentschädigung von CHF 69'000.– zu bezahlen.
5. Schriftliche Mitteilung an die Parteien und die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht FINMA.
6. Eine bundesrechtliche Beschwerde gegen diesen Entscheid ist innerhalb von 30 Tagen von der Zustellung an beim Schweizerischen Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, einzureichen. Zulässigkeit und Form einer solchen Beschwerde richten sich nach Art. 72 ff. (Beschwerde in Zivilsachen) oder Art. 113 ff. (subsidiäre Verfassungsbeschwerde) in Verbindung mit Art. 42 und 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG). Der Streitwert beträgt CHF 2'519'309.–.

Zürich, 15. Dezember 2015

Handelsgericht des Kantons Zürich

Vorsitzender:

Gerichtsschreiber:

Peter Helm

Christian Stalder