

ZH_HANDELSGERICHT HG090292 vom 15. Dezember 2015

Zh Handelsgericht, 2015-12-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_handelsgericht_HG090292

FR: ZH_HANDELSGERICHT HG090292 du 15 décembre 2015

IT: ZH_HANDELSGERICHT HG090292 del 15 dicembre 2015

Erwägungen

E. 1

Formelles

E. 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.

E. 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).

- 9 -

E. 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.

E. 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.

E. 1.5

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

- 10 -

E. 2

Haftungsvoraussetzungen

E. 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 rechtsgenügend 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.

- 117 - 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 Führung 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 anerkannt. 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

- 118 - 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 unberücksichtigt bleiben, 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.

- 119 - 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 So- lothurn. 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/I/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 hiervor). Anzuführen bleibt im Rahmen des Beweissatzes 1.2 (Vor- liegen einer MTBI) Folgendes:

- 120 - 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 hiervor 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.

- 121 - 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 Rheinfelden 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 Rheinfelden 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),

- 122 - 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. AI._____ 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 (Be-weissatz 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-

- 123 - 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 angegrufene 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.

- 124 - 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 Rheinfeldens 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.

- 125 - 8. Zum Vorliegen einer unfallbedingten posttraumatischen Anpassungsstörung

E. 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 entfiel bzw. nicht als in gleicher Weise bzw. zur gleichen Zeit eingetre-

- 11 - 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).

E. 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, Wechselsveränderung 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-

- 12 - 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.

E. 3

Unfallereignis vom 7. April 1997

E. 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-

- 13 - 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).

- 14 -

E. 3.2

Umstrittene Einzelaspekte

E. 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, dem gemäss das Kollisionsereignis aus technischer und biomechanischer Sicht nur knapp geeignet gewesen sei, die initial festgestellten Beschwerden zu erklären.

- 15 - 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 anliegt. Der Oberkörper vollzieht 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.

E. 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 tieferen

- 16 - 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.

E. 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-

- 17 - 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.

E. 4

Parteibehauptungen zu unfallbedingten Gesundheitsbeeinträchtigungen

E. 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 Arztzeugnis 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)

- 18 - 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

Hausarzt 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

- 19 - 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

E. 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.

E. 4.3

Beweisverfahren a) Der Klägerin wurde mit Beweisaufgabebeschluss 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

- 23 - 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. simuliere (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

- 24 - 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._____ -Audiomobiltest durchgeführt worden am Arbeitsplatz, dessen Resultat uns nicht bekannt ist. [...] Im Anschluss an das Schleudertrauma vom

- 25 - 07.04.1997 (Akzeleration) traten nebst starken Schmerzen im Halsbereich auch ein starkes beidseitiges hochfrequenten 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 Arztzeugnis (21. April 1997) (act. 4A/I/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"

- 26 - 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" angeben. - Dem vier Tage nach Erstellen des Arztzeugnisses UVG vom 21. April 1997 verfassten Zuweisungsschreiben des Hausarztes Dr. med. F._____ vom 25. April 1997 (act. 4A/I/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 Anfang 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 Dermatome 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/I/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 Spontano- oder Lagensystagmus, Cornealreflex seitengleich lebhaft. Komplette Blockierung der

- 27 - 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

- 28 - 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 Untersuchungsliege 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 Untersuchungs- liege sind keine typischen Probleme zu sehen, welche vom Patienten bei Rücken- schmerzen 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 Blockie- rung 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 paravertebra- le 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 festge- stellt werden. Bei Rotation der Wirbelsäule bei fixiertem Becken gibt der Patient weni- ger 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:

- 29 - "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 Um- ständen 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 über- führt werden. [...] Das heutige Benehmen des Patienten spricht aber nicht mehr gross für Unfall- folgen, sondern für eine bewusste oder unbewusste funktionelle Überlagerung. Ich glaube, dass diesem Zustand durch eine vorsichtige Reintegration im Arbeitspro- zess 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 psychi- schen 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 Rein- tegration in den Arbeitsprozess (25% Arbeitsfähigkeit während eines halben Ta- ges, vgl. hiervor) unternahm der Versicherte einen kurzen Arbeitsversuch. Ge- mäss Schreiben des Hausarztes Dr. med. F._____ an Dr. med. H._____ vom 27. Mai 1997 (act. 4A/I/111) zum Arztbesuch vom gleichen Tag brach der Versicherte die Arbeit nach wenigen Stunden ab wegen Auftretens von Konzentrationsstörun- gen, Schwindel, Nausea und Magenbeschwerden. Der Hausarzt Dr. med. F._____ erachtete es zwar als dem Arbeitsbetrieb des Versicherten nicht zumut- bar, einen solchen Patienten „zu hüten“, doch dürfe man „den Patienten nicht wei- terhin damit belohnen, ihn weiterhin voll arbeitsunfähig zu schreiben“. Er empfahl eine raschmöglichste Anmeldung in der Rehaklinik Bellikon, da man mit ambulan- ten Methoden nicht weiterkomme. - Nach der erneuten kreisärztlichen Untersuchung hielt Dr. med. H._____ im Be- richt an den Hausarzt vom 30. Mai 1997 (act. 4A/I/12) fest:

- 30 - "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-

- 31 - 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

E. 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

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

E. 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.

E. 8.2

Diagnose „posttraumatische Anpassungsstörung“ Eine posttraumatische Anpassungsstörung ist ein Zustand von subjektiver Beeinträchtigung 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.).

- 126 - 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.

E. 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 viel mehr als notwendig und dem Versicherten zumutbar bzw. eine "Belohnung" durch weitere Attestierung von Arbeitsunfähigkeit, so der Hausarzt, als kontraproduktiv. Wie zu den angerufenen Gegenbeweismitteln hiervor erwogen, bezeichnete Dr.

- 127 - 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 tatbestandlichen 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

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

E. 8.4

Beweisverfahren (Beweissätze 1.5 und 3.1) a) Die zum Nachweis des Vorliegens einer posttraumatischen Anpassungsstö- rung (Beweissatz 1.5) angerufenen Berichte werden – mit Ausnahme des Schrei- bens von Dr. med. R._____ vom 22. Juni 1998 (act. 4A/II/vor 95) und des Arztbe- richts der behandelnden Ärztin Dr. med. S._____ vom 7. Oktober 1997 (act. 4A/I/44) – durchwegs auch zur Frage der Unfallkausalität (Beweissatz 3.1) ange- rufen (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/I/vor 20) ist der früheste medizinische Bericht, der psychi- sche Beschwerden des Versicherten nach dem Schadenereignis festhält. Er geht von der Eintrittsdiagnose „Status nach HWS-Distorsionstrauma infolge Auffahrun- fall“ 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 Höhenex- position Angst habe, nicht sonderlich als Beifahrer im Auto, und dass er vom Un- fall 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 verwei- gert 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 Scha- denereignis als solches nicht eindrücklich war und nach eigener Angabe des Ver- sicherten keine Angstsymptome auslöste. Als psychosozial belastend bzw. krän-

- 129 - kend und verletzend empfunden wurde vom Versicherten die ihm widerfahrene Behandlung bei der Untersuchung und Schadenfallbearbeitung. Im Übrigen äus- sert 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 Symp- tome 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 nachge- gangen wurde, sind die diesbezüglichen Ausführungen nicht geeignet, die Ur- sächlichkeit 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 ei- ner 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 Patien- ten 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 Ver- sicherten 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 „Zukunfts- ängste 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 Behandlungs- grund 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.

- 130 - 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.____, visitiert 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 Auffahreignis ("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

- 131 - 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 zweiseitliche 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 hiervor 6.2.5.2.

- 132 - - 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 Rheinfeldern war gemäss Bericht die "Verarbeitung

- 133 - der traumatischen Erlebnisse des in seinem Selbstbewusstsein tief gekränkten Patienten". Dem Schadenereignis kommt aufgrund des Austrittsberichts der Rehaklinik Rheinfeldern 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 Rheinfeldern 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.

- 134 - - 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-

- 135 - kende 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. hierzu 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

E. 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-

- 143 - men einer Anpassungsstörung (vgl. das psychosomatische Konsilium Bellikon und die Berichte der Dres. S. _____, AH. _____, AI. _____, 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.

- 144 - 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.

- 145 - 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 weiteren 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 verletzende 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 eindrucklich 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

- 146 - 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 Schadenverlauf 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.

- 147 - 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 sodann auch geringfügige Unfälle geeignet, eine HWS-Schleuderverletzung im Sinne des vorerwähnten bunten Beschwerdebildes (BGE 131 III 12), eine komplexe

- 148 - 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

- 149 - 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 Heckauffahreignis 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 Verkraften 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 Zusammenhang zwischen dem Schadenereignis vom 7. April 1997 und der erst Monate nach dem nichttraumatisierenden Schadenereignis aufgetretenen psychischen 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 rechtsgenüchlich 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 rechtsgenüchlich nachgewiesen.

- 151 - 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 rechtsgenüchlichen 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 Begutachtungssodyssee 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-

- 152 - 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

- 153 - 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

E. 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).

- 22 - 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 entscheiderelevant, bei der Beweiswürdigung einzugehen ist (vgl. 6.2 nachfolgend).

E. 13

Juni 1997 (act. 4A/I/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 Kopfweg 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 eingeeengt 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."

- 32 - 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 usw.) 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“ (ICD-10 F 43.22) vor. - Die Beurteilung des ORL-Facharztes Dr. U._____ (A._____ -Ärzteteam) vom

E. 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-

- 109 - 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

E. 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

- 136 - 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-

- 137 - 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 dargestellt, 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-

- 138 - störung 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. AI._____ 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. AI._____ 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. AI._____ 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. AI._____ äussert sich jedenfalls

- 139 - 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. AI._____ so dann fachfremd (HWS-Trauma, muskuloskeletale Zeichen, Ohrgeräusch, neuropsychologische Defizite) äussert, kommt dem Bericht kein Beweiswert zu. Aus den dargelegten Gründen ist der im 2003 erstattete Verlaufsbericht des behandelnden Psychotherapeuten zum Nachweis einer unfallbedingten posttraumatischen 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 Verfasser in seiner Beurteilung die Diagnose seines Kollegen aus dem A._____ - Ärzteteam, 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 Vorgeschichte“ 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 voruntersuchenden und –behandelnden Ärzten als nicht als dramatisch erlebt worden sei, er keine mit dem Schadenereignis verbundenen Angstgefühle (sondern Höhenangst) habe und dass familiäre und berufliche Probleme (Kündigung Dezember 1997, Streitigkeiten) als belastende Faktoren dazu gekommen seien. Weiterhält Dr. AF._____ fest, dass mehrfach eine psychische Überlagerung beschrieben worden sei, und dass in den Vorakten die Ausweitung der geklagten Beschwerden zum Ausdruck

komme. Im Bericht werden die Angaben des Versicherten festgehalten („persönlichen Angaben“), wonach unmittelbar nach dem Schadenereignis keine psychischen Beschwerden aufgetreten seien, sondern erst im Anschluss 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.

- 140 - 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 vorbehandelnden 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

- 141 -

behandelnden Psychotherapeuten AI._____ 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-

- 142 - 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. hiervor). 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.

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