

# ZH\_OBERGERICHT LB170028 vom 30. November 2017

ZH Obergericht, 2017-11-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_obergericht\\_LB170028](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_obergericht_LB170028)

FR: ZH\_OBERGERICHT LB170028 du 30 novembre 2017

IT: ZH\_OBERGERICHT LB170028 del 30 novembre 2017

## Erwägungen

### E. 1

Die Klägerin und Berufungsklägerin (nachfolgend Klägerin) erlitt am 19. Juli 1992 einen Unfall, bei welchem sie als Wagenführerin bei stehendem Tram das Gleichgewicht verlor und den Kopf an der Türe des Führerstandes anstoss (act. 4/18). Dabei zog sie sich eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) zu (u.a. act. 14/12, 14/24, 21/50) und litt danach an verschiedenen Beschwerden wie Kopfweg und Übelkeit. Nach Versuchen, ihre Tätigkeit als Tramführerin wieder aufzunehmen, wurde ihr eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im Fahrdienst attestiert. Die Klägerin verrichtete daraufhin eine angepasste Tätigkeit und nahm später ihre Arbeit als Tramführerin zu einem Pensum von 50% wieder auf (act. 21/51- 53).

#### E. 1.1

Die Klage wurde bei der Vorinstanz am 20. Oktober 2010, d.h. vor Inkrafttreten der heutigen eidgenössischen Zivilprozessordnung unter der Geltung des damaligen zürcherischen Zivilprozessrechts eingereicht. Gemäss Art. 404 Abs. 1 ZPO ist nunmehr für das Berufungsverfahren das geltende Bundeszivilprozessrecht, insbesondere Art. 311 ff. ZPO, anzuwenden, während im erstinstanzlichen Verfahren das alte kantonale Zivilprozessrecht zur Anwendung gelangte.

#### E. 1.2

Es gelten demnach im Berufungsverfahren folgende prozessualen Grundsätze: Mit der Berufung können die unrichtige Rechtsanwendung und unrichtige Feststellung des Sachverhalts geltend gemacht werden (Art. 310 ZPO).

- 7 - Die Berufungsinstanz verfügt über eine unbeschränkte Kognition bezüglich Tat- und Rechtsfragen, einschliesslich der Frage richtiger Ermessensausübung (BGer. Urteil 5A\_184/2013 vom 26. April 2013, E. 3.1). Gemäss Art. 317 Abs. 1 ZPO werden neue Tatsachen und Beweismittel (Noven) nur noch berücksichtigt, wenn sie ohne Verzug vorgebracht werden und trotz zumutbarer Sorgfalt nicht schon vor erster Instanz vorgebracht werden konnten. Dabei hat, wer sich auf Noven bezieht, deren Zulässigkeit darzutun (BGer. Urteil 5A\_330/2013 vom 24. September 2013, E. 3.5.1). Mit dieser Regelung hat der Gesetzgeber für das Berufungsverfahren ein restriktives Novenrecht statuiert, das nur unter bestimmten Voraussetzungen ausnahmsweise Noven zulässt. Denn der ZPO liegt die Idee zugrunde, dass alle Tatsachen und Beweismittel in erster Instanz vorzubringen sind und der Prozess vor dem erstinstanzlichen Gericht grundsätzlich abschliessend zu führen ist. Das Berufungsverfahren dient nicht der Vervollständigung des vorinstanzlichen Verfahrens, sondern der Überprüfung und Korrektur des erstinstanzlichen Entscheids im Lichte konkret dagegen vorgebrachter Beanstandungen (BGer. Urteile 4A\_619/2015 vom 25. Mai 2016, 4A\_382/2015 vom 4. Januar 2016 und

4A\_569/2013 vom 24. März 2014 E. 2.3). Noven, die vor dem ersten Schriftenwechsel entstanden sind, sind mit der ersten Rechtsschrift einzureichen. Bestehen offene Fristen, genügt es, wenn das Novum im Zuge der bevorstehenden Eingabe in das Berufungsverfahren eingebracht wird, zumal das Verfahren dadurch keine Verzögerung erleidet. Noven ausserhalb laufender Fristen sind in der Regel innert zehn Tagen ab deren Kenntnis einzubringen (THOMAS ALEXANDER STEINIGER, DIKE-Komm-ZPO, 2016, Art. 317 N 5).

## **E. 2**

Am 30. Juni 1999 stürzte sie auf glitschigem Boden, was zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der Beschwerden führte. Nach anfänglicher Arbeitsunfähigkeit war sie ab 17. April 2000 wieder zu 50% als Tramführerin tätig (act. 14/11, 14/12 und 14/17).

### **E. 2.1**

Die Klägerin reicht im Berufungsverfahren einen Befundbericht des Radiologen Dr. med. J.\_\_\_\_\_ vom 7. April 2017 als neues Beweismittel sowie verschiedene Richtlinien ärztlicher Fachbereiche über die Erstellung von medizinischen Gutachten ein (act. 196/3-7). Die Beklagte brachte in der Berufungsantwort ebenfalls neue Tatsachenbehauptungen in den Prozess ein, teilweise veranlasst durch das zwischenzeitlich ergangene Urteil des Sozialversicherungsgerichts, und reichte zur Untermauerung ihres Antrags auf Abweisung der Berufung eine versicherungsmedizinische Stellungnahme der Dres. K.\_\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_\_ vom 28. Juni 2017, das Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich

- 8 - vom 31. Mai 2017 sowie das jenem Urteil zugrunde liegende Gutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 30. Januar 2017 zu den Akten (act. 204/1-3). Schliesslich liess die Klägerin der Kammer mit ihrer Vernehmlassung zu den Noven in der Berufungsantwort einen ärztlichen Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ vom 18. März 2017 zukommen (act. 209).

### **E. 2.2**

Die Klägerin hat in ihrer Berufung nicht dargelegt, weshalb sie den Befundbericht von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ (act. 196/7) erst im Berufungsverfahren einreichen konnte. Der Bericht datiert zwar vom 7. April 2017, bezieht sich aber auf elektronische Durchleuchtungs- und MRI-Aufnahmen vom 13. Mai 2005 bis 27. Oktober 2015. Der Bericht soll zudem die im Ergänzungsgutachten G.\_\_\_\_\_/F.\_\_\_\_\_ vertretene These widerlegen, der Kontrastmittelaustritt bei C2/C3 sei auf degenerative Veränderungen zurückzuführen (act. 177). Dieses Ergänzungsgutachten liegt den Parteien seit Sommer 2016 vor. Die der Befundung zugrunde liegenden Aufnahmen sind somit nicht aktuell, und der Bericht nimmt auch nicht auf neuste, im vorinstanzlichen Verfahren unbekannte Erkenntnisse Bezug. Damit ist er kein im Sinne von Art. 317 ZPO zulässiges Novum und folglich nicht zu berücksichtigen. Die von der Klägerin eingereichten fachärztlichen Richtlinien zur Begutachtung tangieren im Wesentlichen die rechtlichen Fragen der Aussage- und Beweiskraft eines medizinischen Gutachtens. Soweit die Klägerin darüber hinaus neue tatsächliche Behauptungen vorbringt, sind diese, zumal die Novenqualität nicht dargetan wurde, ebenfalls verspätet eingebracht.

### **E. 2.3**

Das von der Beklagten eingereichte Urteil des Sozialversicherungsgerichts datiert vom 31. Mai 2017 und wurde am 14. Juni 2017 an die Parteien jenes Verfahrens versandt. Die

Beklagte war im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren nicht Partei (act. 204/3). Die Beklagte reichte das Urteil innert der mit Verfügung vom 15. Juni 2017 angesetzten Frist zur Berufungsantwort (act. 201) damit ohne Verzug im Berufungsverfahren ein, weshalb dieses als Novum im Sinne von Art. 317 ZPO zuzulassen ist. Das Urteil stützt sich entscheidend auf das Gutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 30. Januar 2017 zuhanden des Sozialversicherungsgerichts (act. 204/2). Es ist anzunehmen, dass die Expertise der in jenem Verfahren nicht beteiligten Beklagten erst nach dem Gerichtsentscheid zu-

- 9 - gänglich war. Es ist deshalb gerechtfertigt, auch das bereits im Januar 2017 erstattete Gutachten als Novum im Berufungsverfahren zuzulassen. Demgegenüber hat die Beklagte die Novenqualität der versicherungsmedizinischen Stellungnahme der Dres. K.\_\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_\_ nicht dargelegt und diese ist aufgrund der Akten auch nicht ohne weiteres ersichtlich. Die medizinische Stellungnahme (act. 204/1) ist folglich nicht zu berücksichtigen.

#### **E. 2.4**

Was den mit der Stellungnahme zu den Noven in der Berufungsantwort eingereichte Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ vom 18. März 2017 zuhanden des damaligen Rechtsvertreters der Klägerin (act. 209) betrifft, führte die Klägerin nachvollziehbar aus, diese Urkunde werde als Reaktion auf das von der Beklagten mit der Berufungsantwort produzierte MEDAS-Gutachten zu den Akten gereicht (act. 208 S. 5, N 11). Der fragliche Bericht datiert zwar bereits vom 18. März 2017. Da er sich indessen direkt auf das als Novum zugelassene MEDAS-Gutachten bezieht, rechtfertigt es sich, diesen ebenfalls als neues Beweismittel zuzulassen. Darin erklärt Dr. med. M.\_\_\_\_\_ angesichts der anhaltenden Kritik über Methodik und Signifikanz seiner Messmethode die Grundlagen der von ihm angewendeten funktionalen Computertomographie (fCT) der Halswirbelsäule. Weitere Parteibehauptungen der Klägerin, die sich nicht auf die MEDAS-Expertise, das Urteil des Sozialversicherungsgerichts oder den Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ beziehen, wie, die Beklagte habe durch diverse Akontozahlungen an die Rechtsvertreter, die Klägerin und SUVA die Unfallkausalität im Unfallzeitpunkt anerkannt, und die (im Übrigen nicht substantiierten) Vorbringen zum temporären Leistungsanspruch (act. 208 S. 10 N 22 f.), sind verspätet.

#### **E. 3**

Am 3. Juli 2000 erlitt die Klägerin einen Autounfall. Sie wartete im parkierten Auto in leicht abgedrehter Sitzhaltung (Rücken Richtung Fahrertüre), als C.\_\_\_\_\_ mit seinem Fahrzeug rückwärts aus einem Parkfeld fuhr und in die Fahrertüre des Fahrzeugs der Klägerin prallte. Wegen anhaltender gesundheitlicher Beschwerden gab die Klägerin ihren zuvor zu einem Pensum von 50% ausgeübten Beruf als Tramführerin im Sommer 2000 ganz auf (act. 4/3 ff, 204/3 S. 2). Am 1. April 2002 verlor sie ihre Anstellung bei der D.\_\_\_\_\_ (act. 4/18 S. 4). In den Folgejahren konsultierte sie zahlreiche Ärzte und wurde im Rahmen der IV- und SUVA-Verfahren eingehend medizinisch untersucht.

#### **E. 3.1**

Die Klägerin machte zur Begründung ihrer Klage vor Vorinstanz geltend, sie habe etwa eine Stunde nach dem Unfall am 3. Juli 2000 starkes Kopfweh bekommen und an Übelkeit gelitten. Auch in den anschliessenden Ferien sei ihr mehrmals schwindlig geworden und übel gewesen. Umgehend nach den Ferien habe sie einen Arzt, Dr. med. N.\_\_\_\_\_,

aufgesucht, welcher ein seitliches HWS- Schleudertrauma auf vorbestehender HWS-Verletzung diagnostiziert habe. Nach- dem sie zuerst ihr 50%-Arbeitspensum als Tramchauffeuse wieder aufgenommen gehabt habe, habe sie ab 31. Juli 2000 wegen Kopfweh, Schwindel und starker

- 10 - Konzentrationsstörungen definitiv nicht mehr arbeiten können (act. 2 S. 5). Die Klägerin habe sich nach dem Unfall sehr bemüht, ihren Gesundheitszustand zu verbessern und habe jeden Tag zum Depot gehen wollen, um ihren Beruf als Tramführerin auszuüben. Wegen den persistierenden Unfallfolgen sei ihr dies je- doch nicht gelungen (act. 20 S. 14). Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, habe bereits nach dem Unfall vom 19. Juli 1992 mittels CT eine leichte rotatori- sche Fehlstellung bei C1/C2 von links nach rechts festgestellt. C3 sei damals weitgehend unauffällig gewesen. Im CT-Befund vom 22. September 2000 habe er jedoch eine Pathologie im Bereich C0 - C3 festgestellt. Das von der IV-Stelle ein- geholte polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Basel vom 23. Oktober 2003 sei zum Schluss gekommen, es lägen keine objektivierbaren Befunde vor und habe bei der Klägerin eine Somatisierungsstörung diagnostiziert. Das Sozialversiche- rungsgericht habe jedoch im Rahmen des SUVA-Verfahrens festgehalten, dass nicht auszuschliessen sei, dass der Unfall vom 3. Juli 2000 Ursprung der von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ festgestellten Segmentstörung sei. Es könne nicht ausge- schlossen werden, dass die Beschwerden der Klägerin eine organische Ursache hätten, wobei es sich aufgrund der bereits seit 1993 diagnostizierten rotarischen Fehlstellung bei C1/C2 höchstens um eine richtungsgebende Verschlimmerung handeln könne. Der von der SUVA beauftragte Prof. Dr. med. O.\_\_\_\_\_ beim asim sei am 1. Dezember 2006 zum Schluss gekommen, der Ursprung der Schmerzen läge im Bewegungssegment C2/C3. Es handle sich bei den Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um direkte Folgen des Unfalls vom 3. Juli 2000, wobei es eher eine neue Läsion (Instabilität) und nicht eine richtungsge- bende Verschlimmerung des Vorzustandes sei. Der von der SUVA daraufhin be- auftragte Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Uniklinik Balgrist, habe allerdings in seinem Ak- tengutachten vom 2. April 2004 und Ergänzungsgutachten vom 5. November 2008 die Auffassung vertreten, dass der von Prof. Dr. med. O.\_\_\_\_\_ festgestellte pathologische Befund möglich, jedoch nicht überwiegend unfallkausal sei. Zwi- schenzeitlich habe Dr. med. M.\_\_\_\_\_ Funktions-CTs (fCTs) und weitere CTs durchgeführt, die eine Segmentstörung bei C2/C3 bei Hypermobilität von C2 nach links ausgeprägten Grades ergeben hätten. Auch Dr. med. Q.\_\_\_\_\_ habe im Sep- tember 2009 in einem funktionellen MRI eine Hypermobilität von C0/C1 und eine

- 11 - verstärkte Mobilität des Rückenmarkes mit funktionellem Kontakt zum Spinalkanal während der Rotationsmanöver festgestellt. Die Befunde würden erfahrungsge- mäss einer Instabilität aufgrund einer Überdehnung der ligamenta alaria entspre- chen. Die Klägerin sei überdies mehrfach durch Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Schulthess Klinik Zürich, untersucht worden, wobei beim Segment C2/C3 Diagno- se-Infiltrationen durchgeführt worden seien. Die Klägerin habe jeweils nicht ge- wusst, was appliziert würde und für welche Zeit diese Infiltrationen Wirkung zeitig- ten. Sie habe aber stets adäquat darauf reagiert. Zusammenfassend hätten die Dres. M.\_\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_\_ die radiologischen Befunde reproduzieren können, weshalb nunmehr von objektivierbaren organisch/strukturellen Verletzungen im Bereich der HWS C2/C3 (Segmentstörung/Instabilität) auszugehen sei. Bei den CTs und fCTs handle es sich um eine wissenschaftlich anerkannte Methode. Da- mit sei anzunehmen, dass der Unfall vom 3. Juli 2000 Teilursache für die rich- tungsweisende Verschlimmerung ihrer Beschwerden bzw. für die Segmentstörung im Sinne

einer Instabilität sei, weshalb die natürliche Kausalität zwischen Unfall und Beschwerden zu bejahen sei. Das eidgenössische Versicherungsgericht habe endgültig entschieden, dass der Unfall vom 19. Juli 1992 keine Unfallfolgen gezeitigt habe. Auch die Folgen des Sturzes vom 30. Juni 1999 seien am Unfalltag, dem 3. Juli 2000, ausgeheilt gewesen und der Wiederaufnahme der Vollzeit-tätigkeit als Tramführerin hätte nichts mehr im Wege gestanden (act. 2, 20 und 46).

### **E. 3.2**

In der Vernehmlassung zum Gutachten G.\_\_\_\_/F.\_\_\_\_ rügte die Klä-gerin im erstinstanzlichen Verfahren, die gutachterlichen Feststellungen seien nicht mit der Bundesgerichtspraxis vereinbar. Das Bundesgericht habe die von Dr. M.\_\_\_\_ angewendete Messmethode mittels fCT selber bestätigt. Diese Messmethode sei hinreichend validiert, auch wenn sie keine weite Verbreitung gefunden habe. Die Diagnose der Somatisierungsstörung sei überdies eine fach- psychiatrische Diagnose, weshalb die Gutachter zwingend einen Facharzt der Psychiatrie hätten beiziehen müssen. Auch hätten sie bei der Beurteilung der Kausalität unberücksichtigt gelassen, dass es sich um eine Seitenkollision gehandelt habe. Es fehle ihnen im Übrigen das nötige Wissen in der Biomechanik (act. 156).

- 12 -

### **E. 3.3**

In der Noveneingabe vom 19. November 2015 brachte die Klägerin erstmals vor, Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ habe bei der Infiltration vom 27. Oktober 2015 festgestellt, dass dorsal Kontrastmittel aus der Gelenkkapsel bei C2/C3 ausgetreten sei. Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ würde diese Verletzung als Traumafolge interpretieren (act. 160). 4. Die Beklagte bestritt vor Vorinstanz, dass sich die Klägerin bei der Kollisi- on vom 3. Juli 2000 überhaupt Verletzungen zugezogen hat, und wendete ein, die Klägerin habe bereits 1992 ein schweres Distorsionstrauma der HWS erlitten. Zu- dem sei sie am 30. Juni 1999 auf dem Boden ausgerutscht und auf den Rücken gefallen, worauf sie zu 31% invalid gewesen sei. Beim Unfall vom 3. Juli 2000 ha- be es sich um eine Bagatellkollision gehandelt. Die CT-Befunde und das MRI der HWS vor dem Unfall hätten bereits eine leichte rotarische Fehllhaltung bei C1/C2 ergeben. Die Beklagte beruft sich zur Untermauerung ihres Standpunkts unter anderem auf die ärztlichen Berichte von Dr. med. R.\_\_\_\_ vom 10. November 2000, Dr. med. S.\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2000, Frau Dr. med. T.\_\_\_\_ vom 3. Januar 2001, Dr. med. U.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2001, gemäss welchen auch nach dem Unfall im Jahr 2000 keine pathologischen Befunde an der HWS der Klägerin hätten gefunden werden können. Insbesondere habe der Rheumatologe im ME- DAS-Gutachten vom 23. Oktober 2003 abgesehen von diskreten segmentalen Dysfunktionen im Bereich HWS keine organischen Pathologien objektivieren kön- nen. Es bestehe der Verdacht auf einen psychiatrischen Kontext, zumal eine er- hebliche Diskrepanz zwischen den geltend gemachten Einschränkungen und den objektivierbaren Befunden sowie dem Eindruck der Untersuchung vorliege. Die Klägerin bagatellisiere in diesem Verfahren ihre Beschwerden nach dem Unfall im Jahre 1992. Bereits damals habe sie über mangelnde Stabilität ihrer HWS und über ausgeprägte, gleiche Beschwerden wie nach dem Unfall vom 3. Juli 2000 geklagt. Auch nach dem Sturz im Jahr 1999 sei es erneut zu einer ähnlich gela- gerten Symptomatik gekommen. Das Sozialversicherungsgericht habe in seinem Urteil vom 29. März 2006 ein HWS-Schleuder- bzw. -Distorsionstrauma ausge- schlossen. Seine

Feststellung, es lasse sich nicht ausschliessen, dass der Unfall vom 3. Juli 2000 Ursprung der von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ am 29. März 2005 festgestellten Segmentstörung sei, genüge für die Annahme der Kausalität nicht, da

- 13 - diese eine überwiegende Wahrscheinlichkeit verlange. Das Sozialversicherungsgericht habe zudem festgestellt, dass unmittelbar nach dem Unfall aufgetretene Beschwerden nicht gesichert seien, da die Klägerin zuerst in die Ferien gegangen sei und erst am 13. Juli 2000 einen Arzt konsultiert habe. Auch der Gutachter Dr. med. P.\_\_\_\_\_ sowie die SUVA internen Berater Dres. V.\_\_\_\_\_ und W.\_\_\_\_\_ hätten die Kausalität zwischen Unfall und Beschwerden verneint. Zusammenfassend zeige der Expertenstreit, dass verschiedene Interpretationen der vorhandenen Aufnahmen der HWS der Klägerin möglich seien. Insgesamt lasse sich deshalb der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 3. Juli 2000 und den Beschwerden der Klägerin nicht mit der nötigen überwiegenden Wahrscheinlichkeit beweisen (act. 13). 5. Die Vorinstanz ging in ihren Erwägungen zunächst auf einen Teil der bei den Akten liegenden ärztlichen Befunde ein, worauf, um Wiederholungen zu vermeiden, zu verwiesen ist (act. 186 S. 11 ff.). Dabei zeigte sie die divergierenden medizinischen Meinungen insbesondere der Dres. P.\_\_\_\_\_/AA.\_\_\_\_\_/V.\_\_\_\_\_ einerseits und M.\_\_\_\_\_/I.\_\_\_\_\_/O.\_\_\_\_\_ andererseits auf. Weiter hielt sie fest, Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_\_ vertrete die Auffassung, dass in den bildgebenden Untersuchungen ein sicherer pathologischer Befund an der HWS der Klägerin nicht erhoben werden können. Er habe zudem die Messmethoden von Dr. M.\_\_\_\_\_ angezweifelt. Eine pathologische Rechts-Links-Seitendifferenz bei C2/C3 sei zwar möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Währenddessen sei Dr. med. M.\_\_\_\_\_ aufgrund der von ihm vorgenommenen fCT der Meinung, bei der Klägerin sei ein pathologischer Befund im Sinne einer Segmentstörung bei C2/C3 mit Hypermobilität bei C2 gegeben und es liege eine unfallbedingte Instabilität mit chronifiziertem, belastungsabhängigem Cervicalsyndrom mit neurovegetativer Symptomatik und Unberechenbarkeit der Beschwerden vor. Zur Auflösung des Expertenstreits zog die Vorinstanz das gerichtliche Gutachten und Ergänzungsgutachten der Dres. G.\_\_\_\_\_/F.\_\_\_\_\_ zu Rate und erwog, die Gutachter hätten der Klägerin in erster Linie die Diagnose Somatisierungsstörung und chronisches cerviko-cephales rechtsbetontes Schmerzsyndrom gestellt. Zu den CT-Befunden von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ nach dem 3. Juli 2000, welche eine Instabilität im Segment C2/C3 im pathologischen Bereich diagnostizierten, hätten die Gutachter schlüssig

- 14 - erklärt, es bestünden zwar keine Zweifel an den erhobenen Messwerten. Gemäss Gutachter sei die angewendete Messmethode allerdings nicht ausreichend validiert und kein in der klinischen Routine etabliertes Messverfahren. Zum Anderen lasse sich die Diagnose einer pathologischen Segmentinstabilität anhand der erhobenen Messwerte nicht erstellen, weil die publizierten Grenzwerte auf Berechnungen anhand eines sehr kleinen Normalkollektivs basierten und bekannt sei, dass sich bei einem Teil der bezüglich der HWS asymptomatischen Bevölkerung ebenfalls Messwerte ausserhalb der Norm erheben liessen. Die Befunde könnten zwar auf rein deskriptiver Ebene bestätigt werden, es liesse sich jedoch die daraus abgeleitete Diagnose einer Instabilität nicht stellen. Das bunte Beschwerdebild bei der Klägerin sei unspezifisch und werde im Rahmen einer Somatisierungsstörung und eines Beschwerdesyndroms interpretiert. Die Vorinstanz hielt das Gutachten G.\_\_\_\_\_/F.\_\_\_\_\_ einschliesslich Ergänzungsgutachten für nachvollziehbar und schlüssig. Es könne auf die darin erhobene Diagnose abgestellt und auf die Abnahme

weiterer Beweismittel verzichtet werden, zumal nach Auffassung der Experten von den erhobenen Messwerten so oder so kein Krankheitswert abgeleitet werden könne. Eine Kausalität, selbst eine Teilkausalität, zwischen den Beschwerden der Klägerin und dem Unfallereignis vom 3. Juli 2000 sei unwahrscheinlich. Der Klägerin sei damit der Beweis der überwiegenden Wahrscheinlichkeit des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht gelungen und die Klage sei somit abzuweisen (act. 186). 6.1. Die Klägerin rügt in der Berufung zusammenfassend, die Vorinstanz habe ihren Entscheid auf ein nicht nachvollziehbares gerichtliches neurologisches Gutachten abgestützt. Zudem habe sie das Recht der Klägerin auf Beweis verletzt, indem sie weder ein neurochirurgisches/orthopädisches noch ein psychiatrisches Gutachten eingeholt habe. Die Vorinstanz habe damit den Sachverhalt unvollständig und unrichtig festgestellt. 6.2. Im Einzelnen macht sie geltend, die Gutachter hätten sich mit der Messmethode von Dr. med. M.\_\_\_\_\_, der bei der Klägerin mittels fCT eine Segmentinstabilität bei C2/C3 diagnostiziert habe, pflichtwidrig nicht auseinandergesetzt. Sie würden nicht beachten, dass die therapeutische HWS-Infiltration bei der

- 15 - Klägerin zur völligen Beschwerdefreiheit während jeweils drei bis vier Wochen führe. Es sei bei den Infiltrationen mehrmals zum Austritt von Kontrastmitteln gekommen, was einer Läsion der Gelenkkapsel entspreche. Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_\_ habe ausgeführt, dass ein solcher Austritt normalerweise Folge einer degenerativen Veränderung sei. Da die Klägerin jedoch sehr gut auf die Infiltration anspreche, neige er dazu, dies als Traumafolge zu interpretieren. Weder im Hauptgutachten noch im Ergänzungsgutachten seien die Gutachter auf diese Fragen eingegangen. Die völlige Beschwerdefreiheit durch Infiltrationen zeige, dass die Ursachen der Beschwerden beim Gelenk C2/C3 lägen. Die Beschwerden seien daher nicht psychischer sondern organischer Natur. Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_\_ habe im Falle einer Rotationsdifferenz die Möglichkeit, dass die Gelenkkapsel verletzt werde, selber in Betracht gezogen. Damit sei eine Verletzung der Gelenkkapsel erstellt. Die Gutachter G.\_\_\_\_\_/F.\_\_\_\_\_ seien nicht auf solche traumatischen Wirbelsäulenverletzungen spezialisiert. Auch habe im Rahmen der Begutachtung eine differenzierte segmentale Untersuchung der HWS der Klägerin nicht stattgefunden, weshalb das Gutachten G.\_\_\_\_\_/F.\_\_\_\_\_ unvollständig und die Befundung mangelhaft sei. Für die offenen Fragen sei zwingend ein Obergutachten der Fachrichtungen orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates erforderlich (act. 194 S. 5 ff.). 6.3. Im Weiteren rügt die Klägerin, die gerichtlichen Gutachter hätten der Klägerin eine hohe Einschränkung ihrer Arbeitsfähigkeit wegen eines chronischen Schmerzsyndroms und schweren Somatisierungsstörungen attestiert, ohne jedoch die Ursache dieser Störungen zu klären. Eine Somatisierungsstörung stelle eine psychiatrische Störung gemäss ICD-10 dar, weshalb für die Feststellung und deren Auswirkungen ein psychiatrisches Gutachten einzuholen gewesen wäre. Mit der psychiatrischen Diagnose hätten die Gutachter ihr Fachgebiet verlassen, was erneut einen offensichtlichen Mangel darstelle. Sie würden zudem nicht begründen, weshalb die Somatisierungsstörung nicht Unfallfolge sei. Die Annahme, dass Unfallfolgen im Laufe der Zeit typischerweise abnehmen, treffe bei psychischen Beschwerden nicht zu, und ein teilkausaler Zusammenhang von psychischen Störungen nach Unfallereignissen sei in den meisten Fällen gegeben. Auch im vorliegenden Fall bestünden Anhaltspunkte für eine solche mittelbare, aber re-

- 16 - levante Teilkausalität des Unfalls für die diagnostizierte Somatisierungsstörung. Das Bundesgericht verlange zur Abklärung eines HWS-Distorsionsstraumas ein polydisziplinäres Gutachten und bei Schmerzstörungen eine psychiatrische Begutachtung. Selbst die Vorinstanz habe ein polydisziplinäres Gutachten gefordert. Dem habe sich Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ widersetzt. Es stelle einen Eingriff in das Recht der Parteien auf Beweis dar, wenn der Experte abschliessend über die Einberufung von Fachpersonen entscheide. Da sich die Vorinstanz mit den aufgezeigten Mängeln im Gutachten nicht auseinandergesetzt habe, habe sie ferner ihre Begründungspflicht verletzt (act. 194 S. 13 ff.). 6.4. In ihrer Vernehmlassung zu den Noven der Berufungsantwort bringt die Klägerin vor, das neu eingereichte Gutachten der MEDAS Zentralschweiz widerspreche der Expertise G.\_\_\_\_\_/F.\_\_\_\_\_ in wesentlichen Teilen, weshalb sich schon deshalb die Einholung eines Obergutachtens aufdränge. Das Gutachten der MEDAS Zentralschweiz habe ferner die Frage der Kausalität der Beschwerden nicht untersucht und sei somit zum Beweis derselben nicht tauglich. Es gehe zudem realitätswidrig und zu Unrecht davon aus, die Tätigkeit als Tramführerin sei für die Klägerin bereits vor dem Unfall vom 3. Juli 2000 nicht geeignet gewesen. Die Klägerin liess im Weiteren die Ausführungen und Ergebnisse im MEDAS-Gutachten unter Berufung auf die jeweils im Bericht M.\_\_\_\_\_ vertretene, gegen- teilige Meinung bestreiten. Dessen Untersuchungen hätten eine eindeutige Segmentstörung und reproduzierbare, rotatorische Instabilität bei C2/C3 ergeben (act. 208). 6.5. Die Beklagte hält in ihrer Berufungsantwort an ihren Ausführungen im vorinstanzlichen Verfahren vollumfänglich fest und erachtet das erstinstanzliche Urteil als korrekt. Der Klägerin sei es nicht gelungen, den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 3. Juli 2000 und ihren Beschwerden mit der nötigen überwiegenden Wahrscheinlichkeit darzutun (u.a. act. 203 S. 8 f., 25). Auf das Gutachten G.\_\_\_\_\_/F.\_\_\_\_\_ sei abzustellen, hätten den Experten doch zahlreiche ärztliche Beurteilungen von Orthopäden und dem bekannten Wirbelsäulenchirurgen Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_\_ sowie verschiedene polydisziplinäre Gutachten vorgelegen. Sie hätten sich mit den bereits bestehenden ärztlichen Unter-

- 17 - lagen eingehend auseinandergesetzt, weshalb eine fachlich fundierte Expertise vorliege (u.a. act. 203 S. 6). Eine pathologische Segmentstörung bei C2/C3 sei nicht erstellt und die Messmethode der Dres. I.\_\_\_\_\_ und M.\_\_\_\_\_ nicht hinreichend validiert. Zur Untermauerung ihrer Standpunkte wies die Beklagte auf das von ihr eingereichte polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Zentralschweiz hin. Dieses lege deutlich dar, dass die Klägerin bereits seit dem Unfallereignis im Jahr 1992 in ihrer Erwerbstätigkeit als Tramführerin eingeschränkt sei und die volle Erwerbsfähigkeit bis zum Unfall im Jahr 2000 nicht mehr erlangt habe (act. 203 S. 8 f.). Im neuen Gutachten werde vermutet, dass die Ursache des Gelenkkapseldefekts bei C2/C3, der für das Ausfliessen des Kontrastmittels verantwortlich sei, durch die ab 2005 vorgenommene Infiltrationsbehandlung und daher iatrogen verursacht worden sei. Die MEDAS-Expertise sowie das Urteil des Verwaltungsgerichts setzten sich mit den Infiltrationen und der dadurch erzielten Beschwerdefreiheit der Klägerin hinreichend auseinander, weshalb ein allfälliger Mangel des Gutachtes G.\_\_\_\_\_/F.\_\_\_\_\_ nicht mehr relevant sei (act. 203 S. 12 und 21). Das Gutachten der MEDAS lege auch nachvollziehbar dar, dass sich die Untersuchungsmethode mittels fCT der HWS schweizweit und international nicht durchgesetzt habe und die bei der Klägerin gemessenen Rotationsdifferenzen deshalb keine nachweisbaren pathologischen Werte darstellten (act. 203 S. 14f.). Auch wenn die Gutachter G.\_\_\_\_\_/F.\_\_\_\_\_ eine differenzierte segmentale und klinische Untersuchung unterlassen hätten, was bestritten werde,

korrespondierten ihre Ergebnisse mit dem neusten polydisziplinären Gutachten (act. 203 S. 22). Das Verhalten der Klägerin, erneut eine interdisziplinäre Expertise zu verlangen, sei angesichts der aktuellen Begutachtung rechtsmissbräuchlich (act. 203 S. 18). Eine neue Begutachtung werde zu keinem anderen Ergebnis führen. Auch die Kritik, dass trotz diagnostizierter Somatisierungsstörung kein psychiatrisches Gutachten veranlasst worden sei, sei durch die aktuelle MEDAS-Exploration, welcher ein ausführliches psychiatrisches Teilgutachten zu Grunde liege, überholt. Danach leide die Klägerin weder an einem Schmerzsyndrom noch an einer Somatisierungsstörung (act. 203 S. 25). Schliesslich sei ein harmloses bzw. gewöhnliches Rüttelereignis nicht geeignet, psychisch invalidisierende Beschwerden zu verursachen (act. 203 S. 28).

- 18 - 6.6. In der Stellungnahme vom 17. November 2017 bringt die Beklagte zusammenfassend vor, es bestünden keine im Ergebnis sich widersprechenden Gutachten. Das Gutachten G.\_\_\_\_\_/F.\_\_\_\_\_ sei bei der Kausalitätsfrage vollumfänglich beweiskräftig, weshalb kein Obergutachten einzuholen sei. Eine Segmentstörung bzw. eine rotatorische Instabilität der HWS lasse sich nicht nachweisen. Das aktuelle MEDAS-Gutachten habe sich ausreichend mit den Infiltrationen und deren Wirkungen auseinandergesetzt und sei schlüssig (act. 216). 7. Die Beklagte ist die Haftpflichtversichererin des die Kollision verursachenden Fahrzeuglenkers. Es handelt sich vorliegend um ein zivilrechtliches Haftpflichtverfahren, auf das in materieller Hinsicht Art. 58 ff. Strassenverkehrsgesetz (SVG) sowie die Grundsätze des Obligationenrechtes über unerlaubte Handlungen, Art. 41 ff. OR, Anwendung finden (Art. 62 Abs. 1 SVG). Um Wiederholungen zu vermeiden, ist zunächst auf die zutreffenden rechtlichen Erwägungen der Vorinstanz zu den Haftungsvoraussetzungen (act. 186 S. 8), insbesondere zum natürlichen Kausalzusammenhang, zu verweisen (act. 186 S. 25 ff.). Die Voraussetzungen haftpflichtrechtlicher Ansprüche unterscheiden sich wesentlich von denjenigen sozialversicherungsrechtlicher gemäss Bundesgesetz über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), des Invalidenversicherungs-, Krankenversicherungs- und Unfallversicherungsgesetzes (IVG, KVG, UVG). So werden im vorliegenden Verfahren insbesondere keine diagnostizierte Krankheit oder kein Unfall mit einer gewissen Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer vorausgesetzt (vgl. demgegenüber u.a. Art. 4 IVG), sondern es sind die Anspruchsvoraussetzungen gemäss Art. 41 OR alleine gestützt auf die speziellen, konkreten Verhältnisse zu prüfen. Es ist vorzuschicken, dass ein Teil der ärztlichen Berichte und Gutachten auf die im Haftpflichtrecht nicht im Vordergrund stehende Frage fokussiert, ob bei der Klägerin eine HWS-Beeinträchtigung oder psychische Störung mit medizinisch anerkanntem Krankheitswert vorliegt.

#### **E. 4**

Die SUVA entrichtete der Klägerin nach dem Unfall vom 3. Juli 2000 zunächst Taggelder. Gestützt auf eine biomechanische Kurzbeurteilung von

- 3 - Dr. med. E.\_\_\_\_ der Arbeitsgruppe für Unfallmechanik vom 21. Mai 2002 (act. 11/23) und dem Gutachten der medizinischen Abklärungsstelle Basel (MEDAS Basel) vom 23. Oktober 2003, welches im Auftrag der Invalidenversicherung eingeholt worden war (act. 4/15), teilte die SUVA der Versicherten mit, dass sie die Leistungen per 31. Oktober 2001 einstelle. Eine dagegen erhobene Beschwerde der Klägerin hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich insoweit gut, als es die Sache an die SUVA zur Ergänzung der medizinischen Abklärungen zurückwies (act. 4/17 und 4/18). Nach Einholung des gestützt auf diesen Entscheid eingeholten orthopädischen Fachgutachtens

der Academy of Swiss Insurance Medicine (asim, act. 4/19) sowie weiterer ärztlicher Berichte hielt die SUVA am 2. Dezember 2008 an ihrem Entscheid fest und stellte ihre Leistungen ein (act. 4/37). Nachdem gegen diesen Entscheid die Krankenkasse der Klägerin (act. 4/38) sowie diese selber Einsprache erhoben hatten, schlossen die SUVA und die Klägerin am 11. bzw. 17. Dezember 2009 einen Vergleich. Darin verpflichtete sich die SUVA zur Zahlung von Taggeldern bis 31. Dezember 2009 im Umfang von Fr. 176'488.80 (act. 4/39).

## **E. 5**

Am 15. Oktober 2004 sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, der Klägerin gestützt auf das Gutachten der MEDAS Basel ab 1. April 2001 eine halbe IV-Rente zu, wobei sie einen IV-Grad von 52% errechnete (act. 4/16). Am 4. August 2009 stellte die Klägerin ein Gesuch um Rentenerhöhung bei der IV-Stelle. Im Zuge dieses Verfahrens stellte die IV-Stelle Zürich die IV-Rente am 1. September 2013 ein (act. 204 S. 2, act. 130/69). Dagegen erhob die Klägerin Beschwerde beim Sozialversicherungsgericht (act. 50/21 S. 2 f.). Nach Einholung einer Expertise der MEDAS Zentralschweiz wies dieses die Beschwerde am 31. Mai 2017 ab (act. 204/3). Dabei ging das Sozialversicherungsgericht zwar von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Tramführerin aus. Die Klägerin sei aber in einer leidensangepassten Tätigkeit vollumfänglich einsatzfähig (act. 204/3 S. 20). 6.1. Am 20. Oktober 2010 reichte die Klägerin gegen die Beklagte und Berufungsbeklagte (nachfolgend Beklagte), die Haftpflichtversichererin des Unfallverursachers, eine Teilklage beim Bezirksgericht Uster ein und verlangte von dieser

- 4 - einstweilen für die Zeit bis 31. Dezember 2009 Genugtuung, Erwerbsausfall, Haushaltschaden sowie vorprozessuale Anwaltskosten in der Höhe von insgesamt Fr. 334'392.55 (act. 2). 6.2. Die Vorinstanz holte nach Eingang der Klage eine schriftliche Klageantwort sowie die schriftliche Replik und Duplik ein. Die Beklagte unterliess es allerdings, innert angesetzter Frist eine Duplik einzureichen. Ihr Fristerstreckungsgesuch erachtete die Vorinstanz als verspätet und schloss das Hauptverfahren (act. 32). Eine gerichtliche Vergleichsverhandlung blieb erfolglos (Prot. S. 10 ff.). Am 7. September 2012 erging der Beweisauflagebeschluss (act. 43), worin den Parteien einerseits nochmals Gelegenheit gewährt wurde, ihre Behauptungen zu substantiieren, und andererseits, Beweismittel zu offerieren. Während laufender Frist stellte die Klägerin das Gesuch, es sei der Beweisauflagebeschluss bezüglich der natürlichen Kausalität neu zu fassen bzw. durch einen weiteren Beweissatz zu ergänzen (act. 46). Am 29. Oktober 2012 ergänzte die Beklagte ihre tatsächlichen Vorbringen, reichte zahlreiche Urkunden ein und erstattete ihre Beweisantretungsschrift (act. 49 und 50/1-24). Die Klägerin sandte ihre Schrift mit Verbesserung der Substantiierung sowie Beweisantretung am 30. November 2012 mit zahlreichen Urkunden der Vorinstanz zu (act. 58 und 59/1-41). 6.3. Im Beweisabnahmebeschluss vom 22. April 2013 entschied die Vorinstanz, die von der Klägerin zu den einzelnen Beweissätzen beantragten polydisziplinären Gutachten und Expertisen unter dem Begriff "polydisziplinäres Gutachten" als Beweis abzunehmen (act. 93 S. 5). Zugleich verzichtete sie auf die Abnahme des von der Klägerin beantragten unfalldynamischen und biomechanischen Gutachtens. In der Folge wurde als Gutachter Dr. med. F.\_\_\_\_\_, ... [Funktion] an der Poliklinik am Inselspital Bern, unter der Supervision von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_, ... neurologische Poliklinik am Inselspital, als Experten vorgeschlagen. Mit Eingabe vom 2. Mai 2013 lehnte die Klägerin die beiden

Gutachter ab und schlug Dr. med. H.\_\_\_\_\_, ... Wirbelsäulen und Schmerzchirurgie am In-  
selspital, vor (act. 101). Acht Monate später erliess die Vorinstanz gleichwohl den  
Gutachtensauftrag an Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ sowie einen ergänzenden Beweis-  
auflagebeschluss zur Höhe der eingeklagten Forderung (Prot. S. 23 ff., act. 113

- 5 - f.). Am 28. Januar 2014 sandte die Klägerin ihre Beweisantragungsschrift sowie diverse  
Urkunden der Vorinstanz zu (act. 117 und 118/1-4). Die Beklagte erstatte- te ihre zweite  
Beweisantragungsschrift zum Schadenspunkt am 10. März 2014 (act. 129). 6.4. Am 4.  
Februar 2014 reichte die Klägerin ein Wiedererwägungsgesuch betreffend Ernennung der  
für die Federführung des Gutachtens zuständigen Sachverständigen ein und machte geltend,  
die Neurologen G.\_\_\_\_\_/F.\_\_\_\_\_ sei- en für die zum Beweis verstellte Frage der  
natürlichen Kausalität fachlich nicht geeignet und schlug zwei weitere Ärzte als Gutachter  
vor (act. 122). 6.5. Am 13. Mai 2015 wurde das Gutachten unter Beilage eines radiologi-  
schen/neuroradiologischen Teilgutachtens erstattet (act. 140 und 141). Nachdem die  
Parteien Gelegenheit erhalten hatten, zum Gutachten Stellung zu nehmen (act. 145), reichte  
die Beklagte ihre Vernehmlassung am 21. September 2015 ein (act. 155). Innert erstreckter  
laufender Frist stellte die Klägerin den Antrag, es sei ein neues Gutachten mit  
neurochirurgischer Hauptbeteiligung und zusätzlich ein psychiatrisches Gutachten in  
Auftrag zu geben (act. 156) und reichte diverse Bei- lagen zu den Akten (act. 157/8-21).  
6.6. Am 19. November 2015 liess die Klägerin der Vorinstanz eine Noven- eingabe  
zukommen und legte zwei neue Berichte des Neurologen Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_\_,  
Schulthess Klinik Zürich, bei (act. 160 und 161/1-2). 6.7. Mit Beschluss vom 18. Januar  
2016 wies die Vorinstanz die klägeri- schen Anträge auf Erstellung eines neuen und  
zusätzlichen Gutachtens ab (act. 163), wogegen die Klägerin schriftlich opponierte (act.  
165). Am 14. April 2016 beschloss die Vorinstanz aufgrund der von der Klägerin  
vorgebrachten No- ven, ein Ergänzungsgutachten einzuholen (act. 168 und 170), das am 15.  
Juli 2016 einging (act. 177). Während die Beklagte auf eine Stellungnahme zum Er-  
gänzungsgutachten verzichtete (act. 181), hielt die Klägerin am Antrag fest, es sei ein  
Obergutachten durch einen Neurochirurgen einzuholen (act. 182).

- 6 -

## **E. 7**

Am 6. März 2017 wies die Vorinstanz die Klage vollumfänglich ab (act. 186 = act. 196/2).

## **E. 8**

Dagegen erhob die Klägerin rechtzeitig Berufung (act. 194) und reichte weitere Dokumente  
als Beweismittel ein (act. 196/3-7). Den von der Kammer auf- erlegten reduzierten  
Kostenvorschuss (act. 198) leistete sie innert Frist (act. 200). Mit Verfügung vom 15. Juni  
2017 wurde der Beklagten Frist zur Beantwortung der Berufung angesetzt (act. 201),  
worauf diese am 16. August 2017 ihre Berufungs- antwort einreichte, welcher sie unter  
anderem das Gutachten der MEDAS Zent- ralschweiz vom 30. Januar 2017 sowie das  
Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 31. Mai 2017 in Sachen  
Klägerin gegen Sozialversiche- rungsanstalt des Kantons Zürich als Noven beilegte (act.  
203 und 204/2-3). In der Folge wurde der Klägerin eine einmalige Frist angesetzt, um zu  
den Noven in der Berufungsantwort, insbesondere zum genannten Gutachten und Urteil,  
Stellung zu nehmen (act. 205). Die klägerische Stellungnahme mit Beilage ging rechtzeitig  
am 18. September 2017 ein (act. 208 und 209). Diese wurde der Beklagten am 3. November  
2017 zugestellt (act. 210), welche sich ihrerseits mit Eingabe vom 17. November 2017 dazu

vernehmen liess (act. 216).

### **E. 8.1**

Zum von der Klägerin schon im vorinstanzlichen Verfahren erhobenen und nunmehr im Berufungsverfahren wiederholten Vorwurf, es liege kein polydisziplinäres Gutachten vor, erwog die Vorinstanz, die Klägerin habe in ihrer Beweisantretungsschrift vom 30. November 2012 bei der Forderung eines polydis-

- 19 - ziplinären Gutachtens selber die Neurologie als erste Fachrichtung erwähnt, wohingegen die Neurochirurgie überhaupt nicht aufgeführt werde. Einzig aus dem Umstand, dass Neurochirurgie nebst der Neurologie als ebenfalls im Vordergrund stehende Fachrichtung angesehen werden könne, lasse sich kein Anspruch herleiten, den Gutachtersauftrag an einen Sachverständigen der Neurochirurgie zu erteilen. Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ sei explizit darauf hingewiesen worden, dass er weitere Spezialisten beiziehen könne, sofern dies angezeigt erscheine. Dass die beiden Gutachter auf den Beizug namentlich von Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ verzichtet hätten, zeige, dass sie dies nicht als notwendig erachtet hätten, was für sich allein nicht zu beanstanden sei. Gutachten und Ergänzungsgutachten seien bezüglich der Diagnose nachvollziehbar und schlüssig, weshalb darauf abgestellt und auf die Abnahme weiterer Beweismittel verzichtet werden könne (act. 186 S. 22 ff.).

### **E. 8.2**

Vor erster Instanz war zu prüfen, ob der Unfall vom 3. Juli 2000 unmittelbare oder mittelbare Ursache oder Teilursache der von der Klägerin geltend gemachten Beschwerden, wie Kopfweg, Übelkeit, Schwindel etc. ist, wobei auch die Möglichkeit einer dadurch verursachten richtungsweisenden Verschlimmerung vorbestehender Beschwerden zu untersuchen war. Zentraler Gegenstand bildete die Frage, ob durch den Unfall eine somatische Beeinträchtigung, nämlich eine Instabilität der HWS bei C2/C3 und/oder ein Riss einer Kapsel bei diesem Gelenk, entstanden ist, welche die behaupteten Schmerzen und die geltend gemachte Beeinträchtigung der Klägerin im Lebensgenuss, in ihrer Erwerbsfähigkeit und in der Haushaltsführung verursachten. Der Beweis der Beeinträchtigung, der Beschwerden und des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bzw. Beschwerden obliegt der Klägerin. Nicht zu beweisen ist hingegen, ob die Klägerin an einer medizinisch anerkannten pathologischen Instabilität leidet.

### **E. 8.3**

Die Klägerin verlangte im Rahmen des Beweisverfahrens vor Vorinstanz wiederholt die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens. In ihrer Eingabe vom 13. September 2012 opponierte sie gegen den Beweisaufgabebeschluss und wies darauf hin, dass nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ein polydiszipli-

- 20 - naires Gutachten der Fachrichtungen Neurologie/Orthopädie und Psychiatrie sowie gegebenenfalls der Neuropsychologie und bei spezifischer Fragestellung und zum Ausschluss von Differenzialdiagnosen der Otoneurologie und Ophthalmologie einzuholen sei (act. 46). Auch in ihrer Beweisantretungsschrift vom 30. November 2012 offerierte die Klägerin sowohl bei Annahme, es liege eine objektivierbare Verletzung der HWS im Bereich C2/C3 vor, als auch bei Annahme, die Beschwerden seien organisch nicht objektivierbar, ausdrücklich ein interdisziplinäres Gutachten für den Beweis ihrer

Beschwerden und der natürlichen Kausalität (act. 58 S. 11). Zudem verlangte die Klägerin nach Eingang des Gutachtens G.\_\_\_\_\_/ F.\_\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme 29. September 2015 ein neues Gutachten mit neurochirurgischer Hauptausrichtung sowie eine psychiatrische Expertise (act. 156).

#### **E. 8.4**

Der Beweisführungsanspruch leitet sich aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 BV, Art. 8 ZGB sowie Art. 6 EMRK und Art. 152 ZPO ab. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst das Recht der Parteien, für entscheidungserhebliche Sachvorbringen zum Beweis zugelassen zu werden, und dementsprechend die Pflicht des Gerichts, die ihm rechtzeitig und formrichtig angebotenen Beweismittel abzunehmen, wenn sie geeignet sind, den zu treffenden Entscheid zu beeinflussen. Das Gericht darf auf die Abnahme beantragter Beweismittel verzichten, wenn es auf Grund der bereits abgenommenen Beweise seine Überzeugung gebildet hat und ohne Willkür in vorweggenommener Beweiswürdigung annehmen kann, dass seine Überzeugung durch weitere Beweiserhebungen nicht geändert würde (BGE 140 I 285 E. 6.3.1 S. 299; 141 I 60 E. 3.3 S. 64).

#### **E. 8.5**

Die Vorinstanz machte sich nach Eingang der Beweisantragungsschriften auf die Suche nach einer Gutachterstelle, wobei sie ein Gutachten in den Disziplinen Neurologie, Orthopädie, Rheumatologie, Psychiatrie, Neuropsychologie, Otoneurologie und Ophthalmologie in Auftrag zu geben beabsichtigte (act. 80). Die Ernennung der Gutachterstelle gestaltete sich schwierig. Unter anderem lehnte der ins Auge gefasste Neurologe Prof. Dr. med. AB.\_\_\_\_\_, Inselspital Bern, den Auftrag ab (act. 80), worauf Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_, ebenfalls vom Inselspital, als

- 21 - federführender Arzt gewonnen werden konnte (act. 84 - 91). Dieser verlangte ausdrücklich, im Gutachtensauftrag sei vorzusehen, dass es ihm überlassen werde, weitere Spezialisten beizuziehen (act. 84 und 86). Im Beweisabnahmebeschluss vom 22. April 2013 erwog die Vorinstanz, dass den Beweisofferten der Klägerin im Sinne polydisziplinärer Gutachten Genüge getan sei, wenn der Auftrag an einen Spezialisten der im Vordergrund stehenden Fachrichtung der Neurologie erteilt werde, der ermächtigt sei, sofern angezeigt, weitere Spezialisten beizuziehen (act. 93 S. 5). Im Gutachtensauftrag an Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ wies sie ausdrücklich darauf hin, dass die Klägerin ein polydisziplinäres Gutachten unter Einbezug verschiedener medizinischer Disziplinen gefordert habe (act. 113 S. 2). Die Vorinstanz bemühte sich somit darum, im Sinne des von der Klägerin anbotenen Beweises eine polydisziplinäre Expertise abzunehmen. Dass sie es dem verantwortlichen Experten überliess, weitere Fachkräfte aus andern medizinischen Bereichen sofern notwendig beizuziehen, erweist sich nicht als Verletzung des Anspruchs der Klägerin auf Beweis. Die Vorinstanz durfte annehmen, dass der Experte als medizinischer Sachverständiger die fachliche Eignung besass, zu entscheiden, welche medizinischen Teilgebiete wesentlich zur Klärung der vom Gericht unterbreiteten Fragen beitragen und welche Fachärzte notwendigerweise beizuziehen sind. Trotz dieser Ermächtigung an den Hauptgutachter blieb die Vorinstanz berechtigt und verpflichtet, nach Eingang des Gutachtens auf Verständlichkeit, Schlüssigkeit und Vollständigkeit zu prüfen und bei Ungenügen der Expertise ein Ergänzungs- oder Obergutachten unter Einbezug weiterer Fachärzte einzuholen. Die Gutachtensbeauftragung durch die Vorinstanz ist da-

nicht zu beanstanden. 8.6.1. Damit bleibt zu prüfen, ob das Gutachten unter Einbezug des Ergänzungsgutachtens den formalen und inhaltlichen Anforderungen einer polydisziplinären Expertise, wie von der Klägerin offeriert und verlangt sowie vom Gericht abgenommen, zu genügen vermag. Für das vorliegende Verfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 62 Abs. 1 SVG in Verbindung mit Art.157 ZPO).

- 22 - 8.6.2. Bei schleudertraumaähnlichen HWS-Verletzungen stellen sich schwierige Beweisfragen, vor allem, wenn das typische Beschwerdebild gegeben ist, sich jedoch keine bildgebenden, objektivierbaren, die Beschwerden erklärenden Verletzungen erkennen lassen. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zum Sozialversicherungsrecht wird für die Kausalitätsbeurteilung bei schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS eine eingehende medizinische Abklärung mittels polydisziplinärem Gutachten verlangt, sofern und sobald Anhaltspunkte für ein längeres Andauern oder gar eine Chronifizierung der Beschwerden bestehen. Ein solch poly-/interdisziplinäres Gutachten hat durch mit diesen Verletzungsarten besonders vertraute Spezialärzte zu erfolgen. Im Vordergrund stehen Untersuchungen neurologisch/orthopädischer und psychiatrischer sowie gegebenenfalls neuropsychologischer Fachrichtung. Bei spezifischer Fragestellung und zum Abschluss von Differentialdiagnosen sind zudem otoneurologische, ophthalmologische oder andere Untersuchungen angezeigt. Inhaltlich sind überzeugende Aussagen dazu erforderlich, ob die geklagten Beschwerden glaubhaft sind, und bejahendenfalls, ob für diese Beschwerden (selbst bei Fehlen objektiv ausgewiesener organischer Unfallfolgen) eine beim Unfall erlittene Distorsion der HWS überwiegend wahrscheinlich zumindest eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, BGE 123 V 43 E. 2b S. 45; BGE 121 V 326 E. 2 S. 329). Wird die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 Ziff. F 45.40) gestellt, hat dies im Sozialversicherungsrecht gestützt auf ein psychiatrisches Gutachten zu geschehen (BGE 141 V 281). Es besteht kein Anlass, von diesen im Sozialversicherungsrecht bundesgerichtlich festgelegten Anforderungen an medizinische Gutachten bei HWS-Distorsionen im vorliegenden zivilrechtlichen Prozess abzuweichen. Es bestehen vorliegend keine Bindungen an förmliche Beweisregeln und alle Beweise sind umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Die Rechtsprechung im Sozialversicherungsrecht erachtet es allerdings mit dem auch dort geltenden Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf medizinische Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. Danach weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe

- 23 - es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 S. 353, BGE 118 V 290 Erw. 1b, BGE 112 V 32 f. mit Hinweisen).

## **E. 8.7**

Vorliegend stellen sich aufgrund der langen Krankengeschichte der Klägerin sowie der geltend gemachten Instabilität der HWS bzw. Kapselläsion bei C2/C3 zweifellos delikate, komplexe und damit schwierige Fragen im Bereich der Halswirbelsäule. Es gilt unzählige Arztberichte und Gutachten zu prüfen, gestützt auf das umfassende Aktenmaterial und eine eigene eingehende Untersuchung eine Diagnose zu stellen und deren Kausalitäten zu beurteilen. Es ist deshalb selbst für medizinische Laien nachvollziehbar, dass es für eine qualifizierte Begutachtung der zur Diskussion stehenden Aspekte unumgänglich ist, einen Spezialisten aus der Halswirbelchirurgie miteinzubeziehen, wobei offen gelassen werden kann, ob dieser dem Fachgebiet der Orthopädie oder Neurologie entstammt. Bei den Gutachtern G.\_\_\_\_\_/F.\_\_\_\_\_ handelt es sich um Neurologen ohne eine solche Spezialisierung auf traumatische Wirbelsäulenverletzungen (vgl. u.a. act. 203 S. 22). Am 26. Mai 2015 erstatten die beiden Experten ein neurologisches Gutachten und legen ein radiologisches/neuroradiologisches Teilgutachten von PD Dr. med. AC.\_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, bei (act. 149 und 141). Die Experten stützten sich bei ihrer Begutachtung auf die vollständigen Gerichtakten, weitere von der Klägerin zur Verfügung gestellte Unterlagen, auf deren persönlichen Angaben und die klinische Untersuchung der Klägerin vom 16. Juli 2014, auf das radiologische-neuroradiologische Teilgutachten sowie auf mehrere Sitzungen zwischen Neurologen und Neuroradiologen samt Literaturrecherchen (act. 140 S. 1 f.). Fachärzte aus weiteren Fachgebieten, namentlich der Wirbel-

- 24 - säulenchirurgie und Psychiatrie, wurden nicht beigezogen. Damit erfolgte die Begutachtung ausschliesslich durch die Neurologen F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ sowie den Neuroradiologen AC.\_\_\_\_\_. Bereits aus diesem Grund bestehen erhebliche Zweifel an der Qualifikation einer hinreichend interdisziplinären Begutachtung.

### **E. 8.8**

Bei der Klägerin wurde im Verlaufe der Jahre ärztlicher Abklärungen wiederholt eine psychiatrische Komponente diskutiert, zumal ihre Beschwerden nunmehr 17 Jahre anhalten. Im Gutachten der MEDAS Basel vom 23. Oktober 2003, im Auftrag der SUVA erstellt, wurde der Verdacht auf eine erhebliche Symptomausweitung oder Störung des Schmerzempfindens, die den psychiatrischen Bereich beschlagen würde, geäussert (act. 4/15). Im von der IV-Stelle Zürich in Auftrag gegebenen Gutachten des ärztlichen Begutachtungsinstitut GmbH, Basel (ABI-Gutachten), vom 19. Juni 2013, wurde ein chronisches zervikovertebrales und -zephales Schmerzsyndrom nach Distorsionstraumata der HWS und ein Verdacht auf somatoforme Störung diagnostiziert (act. 130/66). Die Gutachter G.\_\_\_\_\_/F.\_\_\_\_\_ stellen der Klägerin die Diagnose einer Somatisierungsstörung sowie eines chronischen cerviko-cephalen rechtsbetonten Schmerzsyndroms (act. 140 S. 19). Im aktuellen MEDAS-Gutachten Zentralschweiz wird demgegenüber eine psychische Störung mit Krankheitswert und Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit verneint (act. 204/2). Zusammenfassend bestehen Expertisen mit sich widersprechenden psychiatrischen Diagnosen. Die Gutachter G.\_\_\_\_\_/F.\_\_\_\_\_ sind keine Fachärzte der Psychiatrie. Bei ihrer in erster Linie psychiatrischen Diagnose stützen sie sich gemäss ihrer Begründung in erster Linie auf das eine Seite umfassende psychiatrische Konsil von Frau Dr. med. AD.\_\_\_\_\_ vom 12. und 14. Januar 2003 (act. 14/4) sowie die Diskrepanz in ihrer eigenen klinischen Untersuchung vom 16. Juli 2014, wonach die HWS-Beweglichkeit der Klägerin bei aktiver Testung geringer gewesen sei als bei spontaner Bewegung (act. 140 S. 19 und 20). Die Diagnose der beiden Neurologen wirkt angesichts ihrer fachspezifischen Herkunft und der einbezogenen Grundlagen wenig fundiert. Auch der verantwortliche Gutachter der

MEDAS-Expertise Zentralschweiz, dem das Gutachten G.\_\_\_\_\_/F.\_\_\_\_\_ vorlag, erachtete es als grosse Schwäche, dass eine psychiatrische Diagnose von Neurologen und nicht von Psychiatern gestellt wird (act. 204/2 S. 58). Schliesslich halten u.a. die Richt-

- 25 - linien der swiss orthopaedics fest, dass die Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen sowohl somatischen wie auch psychosomati- schen/psychiatrischen Sachverstand benötigt und eine gemeinsame Beurteilung der Experten erfordert (act. 196/5 Ziffer 2.4. und 2.7., vgl. auch act. 194/4 Ziffer 2.7., Leitlinien der AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizin], für die ärztliche Begutachtung von Menschen mit chronischen Schmerzen publi- ziert bei [www.awmf.org/](http://www.awmf.org/), act. 196/6).

### **E. 8.9**

Insgesamt greift das Gutachten G.\_\_\_\_\_/F.\_\_\_\_\_ aufgrund der in Frage stehenden, zu beweisenden Behauptungen sowie dem von der Klägerin offerier- ten und vom Gericht abgenommenen Beweis einer polydisziplinären Expertise zu kurz. Die Gutachter führen im Übrigen nicht aus, weshalb sie keinen Spezialisten der Wirbelsäulenchirurgie und keinen Facharzt der Psychiatrie beigezogen haben. Zusammenfassend genügt das Gutachten den formalen Anforderungen einer po- lydisziplinären Expertise nicht. Es handelt sich, wie sich schliesslich dem Titel der Expertise entnehmen lässt, um ein neurologisches Gutachten unter Einbezug der Neuroradiologie. 8.10.1. Das Gutachten G.\_\_\_\_\_/F.\_\_\_\_\_ vermag auch inhaltlich nicht zu überzeugen. Die Klägerin argumentierte vor Vorinstanz, sie habe adäquat auf die von Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_\_ durchgeführten Infiltrationen auf Höhe C2/C3 reagiert, wodurch die Beschwerden dort hätten lokalisiert und die radiologischen Befunde der Instabilität hätten reproduziert werden können. Sie reichte im erstinstanzlichen Verfahren am 19. November 2015 zwei Berichte von Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_\_ ein, worin dieser das technische Vorgehen der letzten Facetteninfiltration beschrieb und feststellte, dass Kontrastmittel an der Gelenkkapsel austrat (act. 160 und 161). Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_\_ interpretierte dies im konkreten Fall als Folge einer traumatischen Läsion der Gelenkkapsel (act. 160 und 162). Die Klägerin wies die Gutachter anlässlich ihrer Anhörung am 16. Juli 2014 ebenfalls auf diese Infiltrati- onen sowie die dadurch bewirkte, jeweilige rund vierwöchige Beschwerdefreiheit hin (act. 140 S. 6). Obwohl den Experten damit die Infiltrationen, der Austritt von Flüssigkeit sowie die Beschwerdefreiheit bekannt waren (act. 113 und 140 S. 11), gingen sie auf diese Aspekte mit keinem Wort ein und thematisierten den Austritt

- 26 - der Flüssigkeit sowie dessen mögliche Ursachen nicht. Zwar erkannte die Vo- rininstanz diesen Mangel der Expertise und holte ein Ergänzungsgutachten ein. Da- rin beschränkten sich die Gutachter indessen im Wesentlichen auf die Bemerkung, beim Flüssigkeitsaustritt handle es sich üblicherweise um eine Folge dege- nerativer Veränderungen (act. 177). Eine fundierte Diskussion darüber, in wel- chem Ausmass degenerative Veränderungen für einen Flüssigkeitsaustritt erfah- rungsgemäss vorliegen sollten und in welchem Ausmass die Klägerin daran lei- det, fehlt. Degenerative Veränderungen als Ursachen der Beschwerden standen weder in den ärztlichen Berichten und Gutachten bis anhin im Fokus, noch wur- den sie als Ursache der Beschwerden ernsthaft in Betracht gezogen. Im Teilgut- achten von Dr. AC.\_\_\_\_\_ wird zudem erwähnt, dass in den HWS-CTs vom

### **E. 8.11**

Zusammenfassend ist das Gutachten G.\_\_\_\_\_/F.\_\_\_\_\_, einschliesslich Teilgutachten und Ergänzungsgutachten lückenhaft, teilweise nicht schlüssig und insbesondere in den medizinischen Fachgebieten der Wirbelsäulenchirurgie und Psychiatrie zu wenig fundiert. Auf das Gutachten kann daher nicht massgeblich abgestellt werden. Indem sich die Vorinstanz dennoch entscheidend darauf abstützte, hat sie den Sachverhalt nur ungenügend abgeklärt.

## **E. 9**

Die Sache ist spruchreif. II. (Parteivorbringen und Berufung im Einzelnen)

### **E. 9.1**

Es bleibt zu prüfen, ob das im Berufungsverfahren eingereichte, vom Sozialversicherungsgericht eingeholte Gutachten der MEDAS Zentralschweiz die Mängel des Gutachtens G.\_\_\_\_\_/F.\_\_\_\_\_ zu beheben vermag. Im Sozialversicherungsverfahren eingeholte medizinische Gutachten können grundsätzlich als Beweismittel im Zivilprozess berücksichtigt werden, sofern durch entsprechende Vorkehren die Wahrung des rechtlichen Gehörs im Zivilprozess sichergestellt wird. Dazu gehört namentlich auch die Möglichkeit, Ergänzungsfragen zu stellen (Art. 185 Abs. 2 ZPO). Die Beweiskraft der Fremdgutachten richtet sich wie die jedes gerichtlichen Gutachtens nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 157 ZPO), weshalb ein neues Gutachten angeordnet werden kann, wenn die Feststellungen und Schlussfolgerungen des Fremdgutachtens einer kritischen Würdigung nicht standhalten (BGE 140 III 24 E. 3.3.1.3 S. 27, Urteil 4A301/2016 vom 15. Dezember 2016).

### **E. 9.2**

Vorauszuschicken ist, dass im sozialversicherungsrechtlichen IV-Verfahren, in dessen Rahmen das MEDAS-Gutachten eingeholt wurde, der Invaliditätsgrad und ein allfälliger Rentenanspruch der Klägerin gemäss ATSG und IVG abzuklären waren. Da die im IV-Revisionsverfahren zu prüfenden Anspruchsvoraussetzungen erheblich von den im Haftpflichtrecht massgeblichen abweichen, kann auf das Gutachten der MEDAS nicht vorbehaltlos abgestellt werden. Die Gutachter prüften zwar auch die vorliegend interessierende Frage, welche aktuellen Befunde bei der Klägerin zu diagnostizieren sind. Diese Beurteilung erfolgte

- 28 - indessen stets unter dem Aspekt einer ausgewiesenen Pathologie. Das Gutachten basiert auf Teilgutachten in den medizinischen Fachbereichen der allgemeinen inneren Medizin, Rheumatologie, Wirbelsäulenchirurgie, Neurologie und Psychiatrie. Auf eine orthopädisch-chirurgische Abklärung wurde verzichtet, weil ein Neurochirurg aus dem Bereich der Wirbelsäulenchirurgie beigezogen wurde, wogegen die Klägerin keine Einwände erhoben hatte (act. 204/3 S. 15 f.). Es stellt daher grundsätzlich eine auch im vorliegenden Fall geeignete polydisziplinäre Expertise dar. Das Sozialversicherungsgericht erwog, dass das Gutachten umfassend und nachvollziehbar begründet sei, der Komplexität der Sache angemessen Rechnung trage und sich mit den überaus zahlreichen medizinischen Akten und den sich daraus ergebenden Divergenzen auseinandersetze (act. 204/3 S. 17). Diesen Erwägungen ist in Bezug auf das IV-Verfahren grundsätzlich zuzustimmen. Das Gutachten geht auf sämtliche im IV-Verfahren relevanten ärztlichen Unterlagen detailliert ein, diskutiert diese nachvollziehbar und hinterfragt bisherige Diagnosen. Nach den zusammenfassend dargestellten Ergebnissen der Teilgutachten folgt eine anschauliche Gesamtbeurteilung (act. 204/2 S. 69 - 89). Der

verantwortliche Gutachter kam zum Schluss, dass im Hinblick auf eine wesentliche Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ein chronisch-rezidivierendes Zervikal-Syndrom mit zervikogenem Kopfschmerz (Zervoko-Zephalo-Syndrom) bei leichten degenerativen Veränderungen in den Fazettengelenken C2/3 mit rezidivierenden segmentalen Dysfunktionen besteht. Sowohl der Rheumatologe als auch der Wirbelsäulenchirurg haben eine pathologische Instabilität der oberen HWS auf Höhe C2/C3 zwar als nicht eindeutig erwiesen erachtet (act. 204/2 S. 93 und act. 204/3 S. 17), wiesen jedoch daraufhin, dass auch die segmentalen Dysfunktionen und muskuläre Verspannungen für Rheumatologen organische und nachweisbare Befunde darstellten (act. 204/2 S. 83 und 93 N 5.3.). Gemäss Beurteilung des Neurochirurgen zeigten die Durchleuchtungsbilder von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ ab 2007 ein Ausfliessen des Kontrastmittels aus der Gelenkkapsel von C2/C3. Dazu hielt der Neurochirurg pauschal fest, die Ursache sei nicht eruierbar und könne auch durch die infiltrative Austestung verursacht worden sein (act. 204/2 S. 83). Weitere für das Haftpflichtverfahren interessierende und erklärende Ausführungen zu dieser Folgerung, insbesondere weshalb sich die Ursache

- 29 - nicht eruieren lässt, inwiefern Infiltrationen ein Verletzungsrisiko bergen und welche anderen Ursachen in Frage kommen, lassen sich dem Gutachten nicht entnehmen. Deshalb erweist sich auch das MEDAS-Gutachten für die vorliegend bedeutsame Frage der Ursache des Flüssigkeitsaustritts als zu wenig nachvollziehbar (act. 204/2 S. 93 Ziffer 5.2.). Gemäss Teilgutachten der Psychiaterin könne der Klägerin ferner keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Insbesondere seien die Kriterien einer anhaltenden somatoformen oder einer chronischen Schmerzstörung nicht erfüllt (act. 204/2 S. 69 und 84 f.). Damit weicht das aktuelle MEDAS-Gutachten entscheidend vom Gutachten G. \_\_\_\_\_/F. \_\_\_\_\_ sowie früheren ärztlichen Einschätzungen, namentlich vom Gutachten der MEDAS Basel, welches der Klägerin eine Somatisierungsstörung nach ICD-10 F45.0 diagnostizierte, aus für den medizinischen Laien nicht nachvollziehbaren Gründen ab (act. 4/16 Beilage 2). Das offenbar im Anhang zur MEDAS-Expertise angefügte vollständige psychiatrische Teilgutachten liegt der Kammer zudem nicht vor und lässt sich auch nicht auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit überprüfen.

## **E. 11**

Juni 1993, 4. Februar 2005, 20. September 2006, 22. September 2000, in der Röntgenaufnahme der HWS vom 6. August 2003 sowie im MRI vom 12. November 2008 keine arthrotischen oder degenerativen Veränderungen gefunden wurden (act. 141). Degenerative Veränderungen als Ursache der Kapselläsion lassen sich daher aus den ärztlichen Berichten sowie dem radiologischen/neuroradiologischen Teilgutachten nicht nachvollziehen. Die Schlussfolgerung im Ergänzungsgutachten ergibt sich folglich nicht schlüssig aus den Akten. Unklar bleibt ebenso, ob die Gutachter eine Verletzung der Gelenkkapsel bei C2/C3 überhaupt sicher diagnostizieren und ob bzw. in welchem Ausmass diese für die Beschwerden der Klägerin ursächlich ist oder sein kann. 8.10.2. Die Gutachter äussern sich auch nicht detailliert zu Ausmass und Ursache der von ihnen diagnostizierten psychischen Störungen. Ins Auge springt dabei der scheinbar beiläufig angefügte Satz im Gutachten "Der Unfall kann der Auslöser (für das Schmerzsyndrom) gewesen sein (act. 140 S. 26 Antwort zu Frage 2.2.). Damit scheinen die Gutachter zumindest das Schmerzsyndrom als denkbare mittelbare oder unmittelbare Folge des Unfalls zu werten. Ob auch die Somatisierungsstörung Unfallfolge sein kann, ergibt sich

aus dem Wortzusammenhang nicht eindeutig. Mit der sich daraus ableitenden Frage, ob dadurch eine vorbestandene Störung verstärkt (Teilursache) oder eine neue Störung bewirkt wurde, haben sich die Gutachter wiederum nicht auseinandergesetzt. In diesem Zusammenhang wären Ausführungen über das Zusammenwirken körperlicher

- 27 - Beeinträchtigungen (degenerative Veränderungen, Läsion der Gelenkkapsel, Rotationsdifferenzen bei C2/C3) und der psychischen Störungen für die Kausalitätsfrage wesentlich. Das Gutachten ist folglich auch diesbezüglich unvollständig und nicht nachvollziehbar.

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