Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess {T 7}
U 444/05

Urteil vom 6. November 2006
III. Kammer

Besetzung
Präsident Ferrari, Bundesrichter Meyer und nebenamtlicher Richter Maeschi; Gerichtsschreiberin Fleischanderl

Parteien
R._____, 1961, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Jürg Senn, Ulrichstrasse 14, 8032 Zürich,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern, Beschwerdegegnerin

Vorinstanz
Versicherungsgericht des Kantons Aargau, Aarau

(Entscheid vom 28. September 2005)

Sachverhalt:
A.
R._____, geboren 1961, war seit dem 1. April 1996 bei der Firma M._____ als Chauffeur angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch für die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Am 23. September 1996 erlitt er einen Verkehrsunfall, als sein Personenwagen auf einer Strassenkreuzung von einem anderen Fahrzeug hinten links angefahren wurde. Dabei schlug er sich den Kopf am linken Türpfosten an. Wegen Kopfweh, Übelkeit und Schwindelbeschwerden begab er sich gleichentags ins Regionalspital X._____, wo bei unauffälligem Röntgenbefund eine Schädelkontusion temporal links diagnostiziert wurde. Nach ambulanter Untersuchung wurde er zur Weiterbehandlung durch den Hausarzt Dr. med. B._____, Allgemeine Medizin FMH, entlassen, welcher ein "HWS Whiplash" ohne neurologische Ausfälle diagnostizierte. Der beigezogene Neurologe Dr. med. A._____, Kurzentrum Y._____, stellte einen Status nach Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) und Kopfkontusion links fest und ordnete eine MRI-Untersuchung des Neurocraniums an, die unauffällige Befunde ergab. Bei einer kreisärztlichen Untersuchung vom 13. November 1996 gelangte Dr. med. S._____ zum Schluss,
die geklagten Beschwerden müssten im Rahmen eines postcommotionellen Syndroms mit etwas protrahiertem Verlauf gesehen werden; es bestehe zur Zeit noch keine Arbeitsfähigkeit. Am 19. Februar 1997 berichtete Dr. med. A._____ über eine deutliche Besserung des Beschwerdebildes. Einen kreisärztlich als angezeigt erachteten stationären Aufenthalt in der Rehaklinik E._____ lehnte der Versicherte in der Folge ab. Auf den 31. Juli 1997 wurde ihm das Arbeitsverhältnis gekündigt. Nachdem Dr. med. A._____ eine volle Arbeitsfähigkeit ab 2. Januar 1998 attestiert und - mit Ausnahme einer intermittierenden medikamentösen Schmerzbekämpfung - eine weitere Behandlungsbedürftigkeit verneint hatte (Berichte vom 18. Dezember 1997 und 10. Juli 1998), informierte die SUVA den Versicherten mit Schreiben vom 14. Januar 1998 darüber, dass vom beabsichtigten Aufenthalt in E._____ abgesehen werde und die Taggeldleistungen auf den 2. Januar 1998 eingestellt würden.

Am 9. November 2000 teilte R._____ der SUVA telefonisch mit, er leide weiterhin an starken Beschwerden, habe den Beruf aufgeben müssen und sei im Haushalt tätig; eine Behandlung finde zurzeit nicht statt. Bereits am 19. Oktober 2000 hatte die Winterthur-ARAG Rechtsschutzversicherung (nachfolgend: Winterthur-ARAG) die SUVA darauf hingewiesen, dass sie eine medizinische Begutachtung des Versicherten vorsehe. Der am 5. März 2001 mit einem Gutachten beauftragte Dr. med. M._____, Facharzt für Neurologie FMH, stellte einen Status nach HWS-Abknickverletzung und milder traumatischer Hirnverletzung mit leicht ausgeprägtem mittlerem und oberem Zervikalsyndrom, leicht bis mässig ausgeprägten zervikozephalen Beschwerden, leicht ausgeprägter kognitiver Störung, leicht ausgeprägter vestibulärer Störung sowie eine posttraumatische Anpassungsstörung fest, wobei er die Unfallkausalität der Beschwerden bejahte und auf eine Arbeitsunfähigkeit von insgesamt 50 % schloss (Gutachten vom 22. November 2001). Am 16. Juli 2002 nahm Dr. med. C._____, Facharzt FMH für Neurologie, Ärzteteam Unfallmedizin der SUVA, zum Gutachten Stellung und erachtete eine multidisziplinäre Begutachtung als angezeigt. Diese fand in der Zeit vom 27. bis 30. Januar 2003
ambulant im Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB) statt. In der Expertise vom 13. Mai 2003 gelangten die untersuchenden Ärzte zum Schluss, der Kausalzusammenhang zwischen den bestehenden Beschwerden und dem Unfall sei nicht überwiegend wahrscheinlich; der "status quo sine" sei rund ein Jahr nach dem Unfall eingetreten. Die Winterthur-ARAG äusserte sich dazu mit Eingabe vom 22. Juli 2003 und reichte einen Bericht ihres beratenden Arztes Dr. med. P._____ vom 16. Juli 2003 ein. Mit Verfügung vom 24. September 2003 lehnte die SUVA Leistungen für den gemeldeten Rückfall mangels einer Unfallkausalität der geltend gemachten Beschwerden ab, woran sie auf Einsprache hin festhielt (Einspracheentscheid vom 16. April 2004).
B.
R._____ liess dagegen Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Aargau erheben und beantragen, in Aufhebung des Einspracheentscheides vom 16. April 2004 und der Verfügung vom 24. September 2003 sei die SUVA zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Taggelder und Heilbehandlung, eventuell eine Rente sowie eine Integritätsentschädigung, auszurichten. Mit der Replik vom 10. Januar 2005 auf die Beschwerdeantwort der SUVA vom 30. September 2004 reichte er ein bei Dr. med. O._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Auftrag gegebenes Gutachten vom 30. August 2004 sowie ein weiteres Gutachten des Dr. med. M._____ vom 30. Dezember 2004 ein. Am 27. April 2005 ersuchte das kantonale Gericht Dr. med. O._____ um Beantwortung der Frage, ob - und gegebenenfalls in welchem Umfang - er die von ihm diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als willentlich überwindbar erachte. Zu dessen Stellungnahme vom 7. Juni 2005 haben sich die Parteien am 27. Juni 2005 bzw. 29. August 2005 geäussert.

Mit Entscheid vom 28. September 2005 gelangte das Versicherungsgericht des Kantons Aargau zum Schluss, es sei auf die Expertise des ZMB vom 13. Mai 2003 abzustellen und es sei die Betrachtungsweise der SUVA zu schützen, wonach dem Beschwerdeführer für den geltend gemachten Rückfall wegen fehlender natürlicher Kausalität keine gesetzlichen Leistungen zustünden.
C.
R._____ lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Rechtsbegehren, in Aufhebung des angefochtenen Entscheides sei die SUVA zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen; ferner sei sie zu verpflichten, die Kosten der in Auftrag gegebenen Privatgutachten zu übernehmen.

Während die SUVA auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde schliessen lässt, verzichtet das Bundesamt für Gesundheit (BAG) auf eine Vernehmlassung.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
1.
In formellrechtlicher Hinsicht macht der Beschwerdeführer geltend, der angefochtene Entscheid sei mangelhaft begründet und setze sich mit den vorgebrachten Einwendungen nur teilweise auseinander, womit er im Anspruch auf das rechtliche Gehör verletzt worden sei.
1.1 Art. 61 lit. h ATSG schreibt vor, dass die Entscheide der kantonalen Versicherungsgerichte versehen mit einer Begründung und einer Rechtsmittelbelehrung sowie mit den Namen der Mitglieder des Gerichts schriftlich zu eröffnen sind. Hinsichtlich der Begründung gelten die von der Rechtsprechung zu Art. 29 Abs. 2 BV

und Art. 4 Abs. 1 aBV entwickelten Grundsätze. Danach soll die Begründungspflicht verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und dem Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl er wie auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. In diesem Sinn müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung oder jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 80 Erw. 5b/dd mit Hinweis).
1.2 Diesen Anforderungen genügt der angefochtene Entscheid. Es wird darin zu den wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Einwendungen des Beschwerdeführers Stellung genommen und insbesondere dargelegt, weshalb nach Meinung des kantonalen Gerichts entscheidend auf das Gutachten des ZMB (vom 13. Mai 2003) und nicht auf die Privatgutachten der Dres. med. O._____ und M._____ (vom 30. August 2004 bzw. 22. November 2001 und 30. Dezember 2004) abzustellen ist. Mit den in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhobenen Einwendungen verkennt der Beschwerdeführer, dass die gerichtliche Begründungspflicht als Ausfluss des Anspruches auf rechtliches Gehör nicht voraussetzt, dass sich das angerufene Gericht mit jedem einzelnen Vorbringen und jedem einzelnen Aktenstück ausdrücklich auseinandersetzt; es genügt, wenn auf Grund des angefochtenen Entscheides, in seiner Gesamtheit betrachtet, die Gewähr dafür besteht, dass das Gericht vom fraglichen Aktenstück Kenntnis genommen und es bei seiner Entscheidfindung mitberücksichtigt hat (Urteil D. vom 17. Juni 2003, U 1/03, Erw. 2.1). Inwieweit die Vorinstanz der Untersuchungspflicht nachgekommen ist und die für die Beweiswürdigung geltenden Regeln beachtet hat (Art. 61 lit. c ATSG), ist im Rahmen der materiellen Beurteilung zu prüfen.
2.
2.1 Im kantonalen Entscheid werden die nach der Rechtsprechung für den Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung (Art. 6 Abs. 1 UVG) geltenden Voraussetzungen des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (BGE 129 V 181 Erw. 3.1 und 3.2), insbesondere bei Schleudertraumen oder schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS (BGE 117 V 359 ff.; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 f. Erw. 3 [Urteil Z. vom 2. Juni 2000, U 160/98]; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67) und Schädel-Hirntraumen (BGE 117 V 369 ff.), zutreffend dargelegt. Das Gleiche gilt hinsichtlich der vorinstanzlichen Erwägungen zu den anwendbaren Beweisgrundsätzen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1 mit Hinweisen) und den für den Beweiswert ärztlicher Berichte und Gutachten geltenden Regeln (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c). Darauf wird verwiesen. Zu ergänzen ist, dass das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene ATSG am unfallversicherungsrechtlichen Begriff des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs und dessen Bedeutung als Voraussetzung für die Leistungspflicht nach UVG nichts geändert hat (Urteil W. vom 3. März 2005, U 218/04, Erw. 2 mit Hinweis; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, N 20 zu Art. 4). Die bisher dazu ergangene Rechtsprechung bleibt nach wie vor anwendbar. Für die Frage des intertemporal anwendbaren Rechts ist somit nicht von Belang, dass der dem vorliegend zu beurteilenden Sachverhalt zu Grunde liegende Unfall vom 23. September 1996 datiert, der Einspracheentscheid aber erst am 16. April 2004 - und damit nach In-Kraft-Treten des ATSG - erlassen wurde (vgl. BGE 130 V 318, 329 und 445).
2.2 Der Vorinstanz ist auch darin beizupflichten, dass vorliegend nicht die für den Wegfall des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und den bestehenden Beschwerden geltenden Regeln zur Beweislast (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 Erw. 2, 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b) Anwendung finden. Die SUVA hat den Fall auf den 2. Januar 1998 abgeschlossen, nachdem der behandelnde Arzt eine volle Arbeitsfähigkeit bestätigt und eine weitere Behandlungsbedürftigkeit verneint hatte. Der Beschwerdeführer hat gegen die entsprechende formlose Verfügung vom 14. Januar 1998 innert einer angemessenen Überlegungs- und Prüfungsfrist (BGE 122 V 369 Erw. 3 mit Hinweisen) keine Einwendungen erhoben und sich erst gegen Ende 2000 wieder bei der SUVA zum Leistungsbezug gemeldet. Wie in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde ausgeführt wird, hat er nach Einstellung der Leistungen des Unfallversicherers Arbeitslosenentschädigung bei einer Arbeitsfähigkeit von 100 % bezogen. Selbst wenn weiterhin Beschwerden bestanden haben sollten, ist das neue Begehren von Ende 2000 als Rückfall zu qualifizieren (Art. 11 UVV in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 118 V 296 f. Erw. 2c). Die Beweislast für die Unfallkausalität der neu geltend gemachten Beschwerden liegt daher grundsätzlich beim Versicherten. Dieser trägt im Hinblick auf den Untersuchungsgrundsatz eine Beweislast indessen nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten will (BGE 115 V 44 mit Hinweisen; Urteil Z. vom 12.

September 2006, U 422/05, Erw. 2.1).
3.
Streitig und zu prüfen ist, ob die vom Beschwerdeführer mit Rückfallmeldung geltend gemachten gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Kopfschmerzen verbunden mit Lichtempfindlichkeit, belastungsabhängige Nackenschmerzen, Schwindelbeschwerden, Schlafstörungen, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Müdigkeit und rasche Erschöpfbarkeit) in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 23. September 1996 stehen.
3.1 Das kantonale Gericht hat die Leistungspflicht des Unfallversicherers mit der Begründung verneint, dass es an einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfallereignis fehlt. Es folgte dabei im Wesentlichen der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Gutachten des ZMB vom 13. Mai 2003, welches auf neurologischen, rheumatologischen, oto-rhino-laryngologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchungen beruht. Der mit einer neurologischen Beurteilung beauftragte Dr. med. L._____ fand abgesehen von Falltendenzen beim Romberg und leichten Abweichungen beim Blindgangversuch durchwegs normale und unauffällige Befunde. Ein Zervikalsyndrom sei nicht mehr nachweisbar. Die HWS-Beweglichkeit sei frei und die paravertebrale HWS-Muskulatur weich und indolent. Der Rheumatologe Dr. med. J._____ konstatierte ebenfalls ein freie Beweglichkeit der HWS und lediglich eine Druckdolenz im Bereich von C3 und C6/C7. Anhaltspunkte für ein neurologisches Geschehen verneinte er ebenso wie relevante Verspannungen oder Myogelosen. Seine Diagnose lautete auf HWS-Abknickverletzung mit diskret ausgeprägtem Zervikalsyndrom. Des Weiteren stellte er fest, die zervikale Symptomatik stehe gegenüber den Kopfschmerzen bzw. der Übelkeit und dem Schwindel klar im Hintergrund. Hinsichtlich der von Dr. med. M._____ im Privatgutachten (vom 22. November 2001) angenommenen milden traumatischen Hirnverletzung führte Dr. med. L._____ aus, die konkreten Umstände unmittelbar nach dem Unfall sprächen gegen eine strukturelle zerebrale Läsion. Sofern überhaupt eine milde traumatische Hirnschädigung stattgefunden habe, wäre sie "am untersten Rand des Spektrums der Schweregrade" einzuordnen. Die persistierenden Kopfschmerzen (vom Spannungstyp) könnten auf Grund des fehlenden Zervikalsyndroms nicht als zervikozephal bedingt angesehen werden. Differenzialdiagnostisch falle ein chronisches posttraumatisches Kopfweh in Betracht. Die Diagnose könne aber nicht mit genügender Sicherheit gestellt werden. Klinisch lasse sich keine vestibuläre Störung nachweisen. Aus neurologischer Sicht seien keine unfallbedingten Restfolgen mehr objektivierbar. Bei der ORL-Untersuchung konnte Dr. med. T._____ die Schwindelbeschwerden nicht eindeutig objektivieren. Es bestünden weder Anhaltspunkte für eine peripher-vestibuläre noch eindeutige Hinweise auf eine zentral-vestibuläre Funktionsstörung. Der ungünstige Verlauf der Schwindelbeschwerden sei am ehesten auf
das Vermeidungsverhalten des Versicherten zurückzuführen. Durch den diagnostizierten Tinnitus werde die Arbeitsfähigkeit nicht vermindert. Bei der neuropsychologischen Untersuchung fand lic. phil. D._____ deutliche Beeinträchtigungen vor allem im Bereich der Konzentration. Im Hinblick darauf, dass Dr. med. M._____ im Jahr 2001 nur leichte Beeinträchtigungen festgestellt hatte, gelangte er zum Schluss, für das aktuelle neuropsychologische Testprofil seien in hohem Masse emotionale Faktoren mitverantwortlich. Der Psychiater Dr. med. W._____ äusserte den Befund einer narzisstischen Persönlichkeit bei Status nach Broken Home-Situation, vorübergehend dissozialer Fehlentwicklung in der Pubertät, Beeinträchtigung der schulischen Fertigkeiten auf Grund sozialer Kriterien, nach episodischem Alkoholmissbrauch in jungen Erwachsenenjahren sowie Impulsdurchbrüchen bei narzisstischen Kränkungen in der Jugendzeit und bezeichnete eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung als sehr wahrscheinlich. Aus psychiatrischer Sicht müsse eine Schmerzfehlverarbeitung von Symptomen auf Grund von intrapsychischen emotionalen Faktoren angenommen werden, die vorbestehend seien. Die von Dr. med. M._____ festgestellte posttraumatische
Belastungsstörung könne nicht bestätigt werden, weil die hiefür geltenden Kriterien (Flashback-Erinnerungen, Vermeidungsverhalten, funktionelle Symptome in Zusammenhang mit Autofahren) nicht gegeben seien. In Beantwortung der Expertenfragen führen die Gutachter des ZMB aus, die Kriterien eines Zervikalsyndroms seien zurzeit nicht erfüllt. Der Versicherte leide nur gelegentlich an Nackenschmerzen; es fänden sich keine muskulären Verspannungen und die Beweglichkeit der HWS sei nicht eingeschränkt. Die subjektiv geäusserten Beschwerden seien aller Wahrscheinlichkeit nach auf degenerative Veränderungen zurückzuführen. Bei den Kopfschmerzen handle es sich um chronische Spannungstyp-Kopfschmerzen mit migräniformen Exazerbationen. Ein Zusammenhang mit dem Unfall sei (lediglich) als möglich zu erachten. Übelkeit sowie Schwindelbeschwerden bestünden nur zeitweise und in Korrelation zu starken Kopfschmerzen. Organisch liessen sich die

Beschwerden nicht objektivieren; sie seien daher als psychogen bzw. psychosomatisch zu interpretieren. Zusammenfassend halten die ZMB-Experten fest, die aktuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien nicht auf den Unfall zurückzuführen und der "status quo sine" sei ungefähr ein Jahr nach dem Unfall erreicht worden.

Die Vorinstanz misst dem Gutachten des ZMB vollen Beweiswert zu und gelangt zum Schluss, es lägen keine relevanten somatischen Unfallfolgen mehr vor. Hinsichtlich der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei davon auszugehen, dass diese bei zumutbarer Willensanstrengung überwindbar sei und die rechtsprechungsgemäss für eine abweichende Beurteilung geltenden Anforderungen nicht erfüllt seien.
3.2 Der Beschwerdeführer erhebt grundsätzliche Kritik an der Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung (BGE 130 V 352 ff. und 396 ff., 131 V 49 ff.) und bestreitet deren Anwendbarkeit auf den vorliegenden Fall. Im Übrigen beruft er sich auf die bei Dr. med. M._____ und Dr. med. O._____ eingeholten Privatgutachten.

Bei der neurologischen Untersuchung vom 14. August 2001 hatte Dr. med. M._____ ein leicht ausgeprägtes mittleres und oberes Zervikalsyndrom mit Tonuserhöhung der Muskulatur paravertebral-zervikal sowie paraskapulär diagnostiziert. Myogelotische Bezirke waren nicht palpabel und es bestand eine volle Beweglichkeit der HWS bei endständiger Schmerzhaftigkeit. Im zweiten Gutachten vom 30. Dezember 2004 bestätigte Dr. med. M._____ die Diagnose eines leicht ausgeprägten Zervikalsyndroms. Vereinzelt fanden sich nunmehr Myogelosen im Bereich des Trapezius rechts. Es bestand eine Klopf- und Rütteldolenz über den Dornfortsätzen zervikal sowie eine Druckdolenz über der Occipitalis major-Austrittsstelle rechts mit Irradiation der Schmerzen nach parietal. Die HWS-Beweglichkeit war voll gegeben, endständig aber schmerzhaft. Nach Meinung des Privatgutachters lagen sowohl anlässlich der ersten Begutachtung im Jahr 2001 als auch bei der erneuten Untersuchung drei Jahre später eindeutige und typische Befunde vor, wie sie bei einem Zervikalsyndrom erhoben werden können. Der Versicherte leide als Folge des erlittenen Unfalls unter chronischen, insbesondere belastungsabhängigen Kopfschmerzen im Sinne einer "Migraine cervicale" bei oberem Zervikalsyndrom, Nackenschmerzen, Schwindelbeschwerden, Gedächtnis- und Konzentrationsdefiziten, einer verminderten Belastbarkeit und vermehrten Ermüdbarkeit sowie an seelischen Unfallfolgen. Dr. med. M._____ diagnostizierte des Weiteren eine milde traumatische Hirnverletzung. In seiner Expertise vom 22. November 2001 führte er diesbezüglich aus, in der neuropsychologischen Untersuchung hätten sich die geklagten kognitiven Defizite konsistent dokumentieren lassen und es lägen keine Anzeichen für eine Aggravation oder Simulation vor. Auf die Organizität der kognitiven Beeinträchtigungen mit im Wesentlichen Gedächtnis- und Konzentrationsdefiziten und leichter Wesensveränderung weise auch der elektroenzephalografische Befund vom 14. August 2001 mit herdförmiger Funktionsstörung im Bereich des linken Schläfen- und Frontallappens hin. Im zweiten Gutachten vom 30. Dezember 2004 hielt Dr. med. M._____ an den Diagnosen einer milden traumatischen Hirnverletzung sowie einer leichten vestibulären Störung fest. Zum Gutachten des ZMB führte er aus, der Unfallmechanismus werde nicht richtig gewertet und es bleibe unberücksichtigt, dass die beim Unfall stattgefundene seitliche Beschleunigung des Gehirns (bei Kopfanprall seitlich) einen wesentlich ungünstigeren Verletzungsmechanismus darstelle als der klassische Heckaufprall mit sagittaler Beschleunigung. Die dokumentierte länger anhaltende ausgeprägte Benommenheit, die Kopfschmerzen und der Brechreiz würden nicht gewichtet. Die Gutachter stützten sich ausschliesslich auf die eigenen Befunde und liessen Vorbefunde unbeachtet. Die von lic. phil. D._____ aus der Zunahme der neuropsychologischen Defizite gezogenen Schlüsse seien unzutreffend, weil sich der Versicherte unmittelbar vor der Untersuchung einer Schwindelabklärung mit Schwindelprovokation und Ohrspülungen unterzogen und danach glaubhaft an ausgeprägtem Schwindel und an Übelkeit gelitten habe, wodurch seine Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisleistung zusätzlich beeinträchtigt worden sei. Zu Unrecht werde die vestibuläre Störung vom ORL-Arzt auf einen Alkoholabusus zurückgeführt. Im psychiatrischen Gutachten vom 30. August 2004 stellt Dr. med. O._____ die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeit (ICD-10: Z63.1) im Sinne einer narzisstischen Neurose (jedoch nicht einer symptomatischen Persönlichkeitsstörung) bei Problemen durch negative Kindheitserlebnisse (ICD-10: Z61), sonstigen Problemen im Laufe der Erziehung (ICD-10: Z62), Problemen in der primären Bezugsgruppe, einschliesslich familiäre Umstände (ICD-10: Z63), Status nach temporärem dissozialem Verhalten in der Adoleszenz und Beeinträchtigung der schulischen Fertigkeiten auf Grund sozialer Kriterien. Ferner diagnostiziert er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gemäss DSM-IV Ziff. 307.89 mit so-

matischen und psychischen Faktoren. Der Unfall habe zu einem chronifizierten Schmerzsyndrom (mit psychosomatischer Problematik), nicht aber zu einer posttraumatischen Belastungsstörung geführt. Zur gutachtlichen Beurteilung durch Dr. med. W._____ führt der Privatgutachter aus, die Diagnosestellungen unterschieden sich nur geringfügig. Der festgestellten Prädisposition des Versicherten zu psychosomatischen Erkrankungen und Suchtentwicklungen sei nichts entgegenzuhalten. Die Schlussfolgerung, der Versicherte hätte auch ohne den Unfall eine Schmerzsymptomatik entwickelt, sei indessen nicht zwingend, sondern höchstens möglich. Ob die neuropsychologischen Defizite allein auf die Schmerzproblematik zurückzuführen seien oder ob auch Anhaltspunkte für eine durchgemachte milde traumatische Hirnschädigung bestünden, müsse vom Neurologen beurteilt werden. Zur Unfallkausalität der Beschwerden stellt Dr. med. M._____ im
Gutachten vom 22. November 2001 fest, der Unfall bilde zumindest eine wesentliche Teilursache der bestehenden Beschwerden und der erhobenen Befunde. Es lägen zwar Anhaltspunkte für zusätzliche seelische Faktoren vor; diese hätten vor dem Unfall jedoch weder eine Arbeitsrelevanz noch Krankheitswert aufgewiesen. Im Gutachten vom 30. Dezember 2004 führt Dr. med. M._____ aus, die Kopfschmerzen, Genickschmerzen, Schwindelbeschwerden, verminderte Belastbarkeit und vermehrte Müdigkeit sowie die leichten kognitiven Störungen seien als Unfallfolgen anzusehen. Anamnestisch sei der Versicherte vor dem Unfall beschwerdefrei und leistungsfähig gewesen. Die Feststellung der Gutachter des ZMB, wonach die subjektiv geäusserten Beschwerden mit zeitweiligen Nackenschmerzen aller Wahrscheinlichkeit nach auf die degenerativen Veränderungen zurückzuführen seien, sei nicht nachvollziehbar. Die Abnutzungserscheinungen an der HWS hätten höchstens möglicherweise zu Nackenschmerzen geführt, nicht aber zu dem für die Folgen eines solchen Unfalls typischen Beschwerdebild mit zusätzlicher kognitiver und vestibulärer Störung. Die bestehenden Beschwerden seien zumindest im Sinne einer richtungsweisenden Veränderung eines Vorzustandes auf den Unfall
zurückzuführen. Dr. med. O._____ gelangt zum Schluss, der Unfall als solcher habe keine psychische Beeinträchtigung bewirkt. Dagegen hätten die Unfallfolgen, nämlich die somatisch bedingten Schmerzen, eine psychische Reaktion ausgelöst, welche vor dem Hintergrund der Vulnerabilität des Versicherten zu einem chronifizierten Schmerzsyndrom geführt habe. Die kausale Beteiligung des Unfalls bzw. der Unfallfolgen müsse als überwiegend wahrscheinlich betrachtet werden.
4.
4.1 Ob und gegebenenfalls inwieweit der Beschwerdeführer noch an einem unfallbedingten Zervikalsyndrom leidet, wird in den medizinischen Akten unterschiedlich beurteilt. Während der Neurologe Dr. med. L._____ ein Zervikalsyndrom als nicht mehr nachweisbar bezeichnet hat, bestätigte der Rheumatologe Dr. med. J._____ ein allerdings diskret ausgeprägtes Zervikalsyndrom. In der Beantwortung der Expertenfragen führen die Gutachter des ZMB aus, die Kriterien des Begriffes "Zervikalsyndrom" seien nicht erfüllt; es fänden sich keine muskulären Verspannungen und es bestehe eine volle Beweglichkeit der HWS. Auf was für eine Begriffsdefinition dabei Bezug genommen wird, lässt sich den Ausführungen nicht entnehmen. Indessen fand auch Dr. med. M._____ eine volle Beweglichkeit der HWS und ausser einer leichten Tonuserhöhung der Muskulatur und nachträglich festgestellten vereinzelten Myogelosen keine pathologischen Befunde. Wenn der Privatgutachter betont, ein Zervikalsyndrom sei klinisch-neurologisch abgrenzbar, so lässt dies nicht schon auf eine Unfallkausalität der geltend gemachten Nacken- und Kopfschmerzen schliessen, zumal eindeutige Anhaltspunkte für unfallfremde Faktoren vorliegen. Zum einen sind degenerative Veränderungen
ausgewiesen, die für die weiter bestehenden Nackenschmerzen ursächlich sein können, auch wenn der Beschwerdeführer vor dem Unfall anscheinend beschwerdefrei war. Zum andern bestehen in Form einer somatoformen Schmerzstörung psychische Faktoren, welche für die Fortdauer des Zervikalsyndroms zumindest mitursächlich sein können. Für einen entsprechenden Zusammenhang spricht der Umstand, dass die Nackenschmerzen zunächst weitgehend abgeklungen und später erneut Beschwerden aufgetreten sind, was darauf schliessen lässt, dass nicht mehr das HWS-Distorsionstrauma, sondern psychische Beeinträchtigungen für das Weiterbestehen des Schmerzsyndroms massgebend sind. Es ist daher fraglich, ob die Nackenschmerzen auch nur im Sinne einer Teilkausalität noch auf das Unfallereignis vom 23. September 1996 zurückzuführen sind. Im Übrigen stimmen die Arztberichte darin überein, dass das Zervikalsyndrom höchstens noch leichter Natur ist und ihm gegenüber dem psychischen Beschwerdebild lediglich eine untergeordnete Bedeutung zukommt.
4.2 Unklar ist sodann, ob der Beschwerdeführer beim Unfall eine milde traumatische Hirnverletzung erlitten hat und ob er als Folge einer solchen Verletzung noch an gesundheitlichen Beeinträchtigungen leidet. Nach allgemein anerkannter Lehrmeinung setzt die Diagnose einer milden traumatischen Hirnverletzung (mild traumatic brain injury = MTBI) entweder eine Episode von Bewusstlosigkeit oder einen Gedächtnisverlust für Ereignisse

unmittelbar vor oder nach dem Unfall oder eine Bewusstseinstrübung (z.B. Benommenheitsgefühl, Desorientierung) im Zeitpunkt der Verletzung voraus (Adrian M. Siegel, Neurologisches Beschwerdebild nach Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, in: Die neurologische Begutachtung, Zürich 2004, S. 166 Tabelle 9, mit bibliographischen Hinweisen). Im vorliegenden Fall steht fest, dass der Beschwerdeführer beim Unfall den Kopf am linken Türrahmen des Personenwagens angeschlagen hat. Eine Bewusstlosigkeit oder Amnesie ist nicht ausgewiesen. Dagegen scheint nach dessen Angaben gegenüber der SUVA vom 26. Mai 1997 eine kurze Bewusstseinstrübung in Form von Benommenheit und Desorientierung aufgetreten zu sein, wovon auch die Gutachter des ZMB ausgehen. Dr. med. L._____ schliesst eine milde traumatische
Hirnverletzung jedenfalls nicht aus, auch wenn er sie bezüglich des Schweregrades im untersten Bereich einordnet. Fraglich ist, inwieweit sich das bestehende Beschwerdebild (noch) auf die Hirnverletzung zurückführen lässt. Dr. med. M._____ scheint der Hirnverletzung lediglich die festgestellten kognitiven Störungen in Form von Konzentrations- und Gedächtnisdefiziten sowie die vestibuläre Störung (Schwindelbeschwerden) zuzurechnen, während er die Kopfschmerzen als Teil des Zervikalsyndroms auffasst. Dr. med. L._____, welcher ein Zervikalsyndrom verneint, schliesst eine zervikozephale Ursache aus und erachtet differentialdiagnostisch ein chronisches posttraumatisches Kopfweh nicht als hinreichend gesichert bzw. einen Zusammenhang nicht als überwiegend wahrscheinlich. Die von Dr. med. M._____ festgestellte leichte vestibuläre Störung konnte von Dr. med. L._____ klinisch nicht nachgewiesen werden. Die bei der Untersuchung aufgetretenen leichtgradigen Unsicherheiten beurteilte er als funktionell. Im zweiten Gutachten vom 30. Dezember 2004 bekräftigte Dr. med. M._____ die Diagnose einer unfallbedingten leicht ausgeprägten vestibulären Störung. Eine solche sei auch von den Ärzten des ZMB festgestellt, unzutreffenderweise
aber auf einen Alkoholabusus zurückgeführt worden. Diesbezüglich geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer bei der Untersuchung im ZMB wissentlich falsche Angaben zum Alkoholkonsum gemacht hatte. Hinsichtlich der geklagten leichten kognitiven Störungen bleibt nach Lage der medizinischen Angaben offen, ob sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Hirnverletzung zurückzuführen sind oder - wie allenfalls auch die gelegentlich auftretenden Schwindelbeschwerden und die Übelkeit - psychisch bzw. psychosomatisch bedingt sind.
4.3 Was schliesslich die psychischen Beeinträchtigungen betrifft, steht auf Grund der ärztlichen Unterlagen fest, dass es im Anschluss an den Unfall vom 23. September 1996 vor dem Hintergrund einer narzisstischen Persönlichkeit zu einem chronischen Schmerzsyndrom und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gekommen ist. Ausgewiesen ist des Weiteren, dass eine posttraumatische Belastungs- oder Anpassungsstörung (ICD-10: F43), wie sie Dr. med. M._____ zunächst angenommen hat, ausgeschlossen werden kann. Unterschiedliche Auffassungen der beteiligten Ärzte bestehen hinsichtlich der Unfallkausalität des psychischen Beschwerdebildes. In diesem Punkt vermag die Feststellung im Gutachten des ZMB, wonach die psychische Fehlentwicklung ausschliesslich auf die vorbestehende neurotische Persönlichkeitsstruktur zurückzuführen ist, kaum zu überzeugen, wird in der psychiatrischen Beurteilung doch ausgeführt, der Unfall müsse als Schlüsselerlebnis gewertet werden, welcher eine unheilvolle Entwicklung ausgelöst habe. Dies spricht dafür, dass der Unfall als auslösender Faktor zumindest teilursächlich für die psychische Fehlentwicklung war. Dass Letztere auch ohne den Unfall in gleicher Weise eingetreten wäre, ist nicht erstellt. Fraglich
bleibt, ob es sich bei der somatoformen Schmerzstörung um eine Beeinträchtigung handelt, welche mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar wäre. Die Vorinstanz hat hiezu bei Dr. med. O._____ eine Stellungnahme eingeholt, worin dieser zum Schluss gelangt, die Fähigkeit des Versicherten zur Überwindung der Beschwerden sei deutlich eingeschränkt und es sei ihm nicht möglich gewesen, die Schmerzproblematik zu überwinden. Nach der Rechtsprechung ist dies jedoch nur ausnahmsweise anzunehmen, wenn besondere Umstände gegeben sind, welche eine Überwindung der Schmerzproblematik auch bei Aufbietung der zumutbaren Willensanstrengung nicht erwarten lassen (BGE 131 V 50 f. Erw. 1.2). Wie es sich diesbezüglich im vorliegenden Fall verhält, lässt sich anhand der medizinischen Akten nicht zuverlässig beurteilen.
5.
5.1 Insgesamt bestehen begründete Zweifel an der Schlussfolgerung von SUVA und Vorinstanz, wonach der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den bestehenden Beschwerden und dem Unfall vom 23. September 1998 mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verneinen ist. Weitere Abklärungen erübrigen sich indessen, weil es jedenfalls an der ebenfalls erforderlichen Adäquanz des Kausalzusammenhangs mangelt, wie sich aus dem Folgenden ergibt. Die vom kantonalen Gericht nicht näher geprüfte Adäquanzfrage kann in die Beurteilung einbezogen werden, nachdem sich die Parteien hiezu bereits im vorangehenden

Verfahren geäussert haben. Dabei ist vorab zu prüfen, ob der Unfall zu organisch nachweisbaren Gesundheitsschädigungen geführt hat.
5.2 Dr. med. M._____ spricht von einem im Rahmen des Möglichen objektivierbaren Beschwerdebild, indem klinisch-neurologisch ein Zervikalsyndrom habe abgegrenzt werden können, welches sich insbesondere durch eine schmerzhafte Tonuserhöhung der Muskulatur manifestiere, und sich Anhaltspunkte für eine leichte vestibuläre Störung zeigten. Ein klar fassbares organisches Korrelat für die geltend gemachten Beschwerden und ein hinreichender Nachweis für die Organizität des Beschwerdebildes ist damit indes nicht erbracht (Urteil M. vom 3. August 2005, U 9/05, Erw. 4). Ein solches besteht auch für die diagnostizierte vestibuläre Störung und den Tinnitus nicht. Es fehlt schliesslich auch hinsichtlich der diagnostizierten milden traumatischen Hirnverletzung und der kognitiven Beeinträchtigungen. Die Diagnose einer milden traumatischen Hirnverletzung bedeutet nicht schon, dass objektiv nachweisbare Unfallfolgen vorliegen. Hiezu bedarf es einer feststellbaren intrakraniellen Läsion oder eines messbaren Defektzustandes (neurologischer Ausfall) als Folge einer Schädigung des zentralen Nervensystems (Urteil S. vom 10. Februar 2006, U 79/05, Erw. 3.2 mit Hinweis auf Adrian M. Siegel, a.a.O., S. 164 f.). Diese Voraussetzungen sind hier nicht
gegeben. Die im Anschluss an den Unfall durchgeführten neurologischen Abklärungen, einschliesslich einer MRI-Untersuchung, ergaben unauffällige Befunde. Dass die elektroenzephalografische Untersuchung vom 14. August 2001 bei normaler Grundaktivität links fronto-temporal eine herdförmige Funktionsstörung zeigte, genügt nicht für die Annahme eines objektiv hinreichend nachweisbaren Funktionsausfalls. Zwar lassen solche Befunde in Verbindung mit weiteren Untersuchungen (z.B. neuropsychologische Tests) auf einen neurologischen Ausfall als Folge einer Schädigung des zentralen Nervensystems schliessen (Adrian M. Siegel, a.a.O., S. 165). Auch nach Meinung des Dr. med. M._____ stellt der EEG-Befund jedoch lediglich einen Hinweis für die Organizität der kognitiven Beeinträchtigungen dar.

Mangels hinreichend objektivierbarer organischer Befunde hat eine spezifische Adäquanzprüfung zu erfolgen (BGE 123 V 102 f. Erw. 3b mit Hinweisen). Dabei stellt sich die Frage, ob die Adäquanz nach der für Schleudertraumen und schleudertraumaähnliche Verletzungen der HWS bzw. Schädel-Hirntraumen ohne nachweisbare Funktionsausfälle geltenden Rechtsprechung (BGE 117 V 359 ff. u. 369 ff.) oder nach den für psychische Unfallfolgen massgebenden Kriterien (BGE 115 V 133 ff.) zu erfolgen hat.
6.
6.1 Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ist nach den für psychische Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Regeln (BGE 115 V 133 ff.) zu beurteilen, wenn die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas oder einer ähnlichen Verletzung der HWS gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, die psychische Problematik indessen bereits unmittelbar nach dem Unfall eindeutige Dominanz aufweist (BGE 123 V 99 Erw. 2a). Erfolgt die Adäquanzprüfung in einem späteren Zeitpunkt, ist zu fragen, ob im Verlauf der ganzen Entwicklung seit dem Unfall die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 [Urteil W. vom 18. Juni 2002, U 164/01]). Sind die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS oder einer äquivalenten Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (teilweise) gegeben, ist mit Bezug auf im Anschluss an den Unfall auftretende psychische Störungen des Weiteren zu fragen, ob es sich hiebei um Symptome des erlittenen Traumas oder um eine selbstständige Gesundheitsschädigung handelt. Dabei sind für die Abgrenzung insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder
Faktoren oder der Zeitablauf von Bedeutung (RKUV 2001 Nr. U 412 S. 80 [Urteil B. vom 12. Oktober 2000, U 96/00]). Handelt es sich bei den im Anschluss an den Unfall geklagten Beschwerden teils um somatische Befunde und teils um Manifestationen einer selbstständigen psychischen Gesundheitsschädigung, hat eine getrennte Adäquanzbeurteilung nach BGE 117 V 359 und BGE 115 V 133 zu erfolgen (BGE 126 V 118 f. Erw. 3c). Das Gleiche gilt, wenn die im Anschluss an den Unfall geklagten psychischen Beschwerden teils Symptome des erlittenen Traumas und teils Manifestationen einer selbstständigen (sekundären) Gesundheitsschädigung sind (Urteil G. vom 7. Juni 2006, U 495/05, Erw. 3.1 in fine).
6.2 Die medizinischen Akten enthalten unterschiedliche Angaben zur Unfallkausalität der psychischen Beeinträchtigungen und zur Bedeutung der vorbestandenen Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers. Sie stimmen aber darin überein, dass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliegt. Das Leiden ist dadurch gekennzeichnet, dass sich für geklagte körperliche Symptome trotz adäquater medizinischer (Differenzial-)Diagnostik keine eindeutigen körperlichen Ursachen finden lassen. Gemäss ICD-10 setzt ihre Diagnose als

vorherrschende Beschwerde einen andauernden, schweren und quälenden Schmerz voraus, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Der Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf. Diese sollten schwerwiegend genug sein, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten (ICD-10: F45.4; vgl. auch BGE 130 V 352 und 396 mit Hinweisen). Leicht abweichend hievon definiert das von Dr. med. O._____ herangezogene Klassifikationssystem DSM-IV (American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Aufl. 1994, deutsche Übersetzung 1996 [Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen]) das Krankheitsbild, welches gemäss Ziff. 307.89 sowohl somatische als auch psychische Faktoren umfasst (vgl. hiezu BGE 130 V 403 Erw. 6.3). Kennzeichnend ist indessen auch hier, dass das Beschwerdebild durch organische Befunde nicht hinreichend erklärt werden kann und psychische oder psychosoziale Probleme von entscheidender Bedeutung sind. Die im vorliegenden Fall im Anschluss an den Unfall aufgetretenen psychischen Probleme sind daher nicht als Symptome der anlässlich des Unfalls erlittenen Distorsionsverletzung der HWS bzw. des Schädel-Hirntraumas, sondern als selbstständige sekundäre Gesundheitsschädigung zu qualifizieren (Urteil P. vom 30. September 2005, U 277/04), weshalb bei der Adäquanzprüfung gemäss den in BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Kriterien vorzugehen ist (RKUV 2001 Nr. U 412 S. 79 ff. Erw. 2b [Urteil B. vom 12. Oktober 2000, U 96/00]; Urteile B. vom 23. März 2005, U 457/04, Erw. 5.2, und B. vom 7. August 2002, U 313/01, Erw. 2.2). Weil daneben ein somatischer Gesundheitsschaden besteht, hat nach dem Gesagten grundsätzlich eine getrennte Adäquanzbeurteilung zu erfolgen.

7.

7.1 Der Unfall vom 23. September 1996 ist nicht näher dokumentiert. Ein polizeilicher Unfallrapport fehlt. Gemäss dem von den Beteiligten unterzeichneten Unfall-Protokoll stiess der Unfallverursacher auf einer Strassenkreuzung in die hintere linke Seite des vom Beschwerdeführer gesteuerten Personenwagens. Dieser wurde am Kotflügel hinten links, an der Hinterachse und an der Hecktüre beschädigt, während das andere Fahrzeug Schäden an der Stossstange aufwies. Nach den Angaben des Beschwerdeführers hat sich sein Wagen beim Unfall mehrmals gedreht und es soll sich - versicherungstechnisch - um einen Totalschaden gehandelt haben. Beim Unfall zog sich der Beschwerdeführer eine Prellung am Kopf zu und es traten heftige Kopfschmerzen sowie Übelkeit, später auch Schwindelbeschwerden auf. Er wurde vom gleichentags aufgesuchten Hausarzt ins Regionalspital X._____ eingewiesen, dort aber - offenbar auf eigenen Wunsch - nach ambulanter Untersuchung zur Weiterbehandlung durch den Hausarzt entlassen. Auf Grund des Geschehensablaufs, wie er sich aus den Akten ergibt, der erlittenen Verletzungen und unter Berücksichtigung der Fahrzeugschäden ist der Unfall als mittelschwer zu qualifizieren. Ein mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen oder gar ein schwerer Unfall liegt nicht vor (vgl. die in SZS 45/2001 S. 431 ff. erwähnte Rechtsprechung). Die Adäquanz wäre daher zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre oder mehrere der zu berücksichtigenden Kriterien gegeben wären (BGE 115 V 140 f. Erw. 6c/bb und 117 V 367 f. Erw. 6b).

7.2 Der Unfall hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch war er von besonderer Eindrücklichkeit. Auch hat der Beschwerdeführer keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art erlitten. Die Diagnose eines Schleudertraumas oder einer schleudertraumaähnlichen Verletzung der HWS vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hiezu einer besondern Schwere der für ein Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 238 Erw. 5.2.3 [Urteil C. vom 15. März 2005, U 380/04]). Solche Umstände sind hier nicht gegeben. Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Im Anschluss an den Unfall verordnete der behandelnde Arzt das Tragen eines Halskragens und physiotherapeutische Massnahmen, zunächst zweimal und nach deutlicher Besserung noch einmal wöchentlich. Die von der SUVA vorgesehene stationäre Behandlung in der Rehaklinik E._____ lehnte der Beschwerdeführer aus persönlichen Gründen ab. Nach weiterer Besserung beschränkten sich die ärztlichen Vorkehrungen ab Anfang 1998 auf periodische Kontrollen und die Verschreibung von Schmerzmitteln. Eine weitere Behandlung fand weder im Zeitpunkt der Rückfallmeldung im November 2000 noch in demjenigen der Begutachtung durch Dr. med. M._____ Ende 2001 statt. Dieser erachtete weitere physiotherapeutische Massnahmen bei Beschwerdeexazerbationen unter Umständen als notwendig und schätzte den Bedarf auf höchstens zweimal neun Sitzungen pro Jahr. Entsprechende Vorkehren scheinen in der Folge nicht durchgeführt worden zu sein. Im zweiten Gutachten vom 30. Dezem-

ber 2004 hielt Dr. med. M._____ jedenfalls erneut fest, dass zurzeit keine Therapie durchgeführt werde. Eine psychiatrische Behandlung, von der sowohl Dr. med. W._____ als auch Dr. med. O._____ keine namhafte Besserung des psychischen Zustandes erwarteten, unterblieb. Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist daher weder für die somatischen Befunde noch insgesamt erfüllt. Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, kann nicht gesprochen werden, ebenso wenig von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf geschlossen werden. Es bedarf hiezu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil S. vom 10. Februar 2006, U 79/05, Erw. 4.2 mit Hinweisen). Solche Gründe sind hier nicht ersichtlich. Zum Kriterium von Dauer und Schwere der Arbeitsunfähigkeit ist bezüglich der somatischen Befunde festzustellen, dass der Beschwerdeführer kreisärztlich ab 8. August 1997 zu 30 % und ab 1. September 1997 zu 50 % arbeitsfähig erklärt wurde. Der behandelnde Arzt Dr. med. A._____ attestierte eine volle Arbeitsfähigkeit ab 2. Januar 1998. Den Angaben in der erstinstanzlichen Beschwerde zufolge hatte sich der Beschwerdeführer nach der auf Ende Juni 1997 erfolgten Kündigung des Arbeitsverhältnisses auf der Basis einer vollen Vermittlungsfähigkeit zum Leistungsbezug bei der Arbeitslosenversicherung angemeldet. Für die Zeit nach der Rückfallmeldung von Ende 2000 verneinen die Gutachter des ZMB eine unfallbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sowohl unter somatischen als auch unter psychischen Gesichtspunkten. In den Expertisen vom 22. November 2001 und 30. Dezember 2004 schätzte Dr. med. M._____ die organisch bedingte Arbeitsunfähigkeit auf 30 % und schloss unter Berücksichtigung der psychischen Faktoren auf eine Beeinträchtigung von insgesamt 50 %, wobei er darauf hinwies, dass er sich dabei auf seine Erfahrung mit einer grossen Anzahl anderer Patienten mit ähnlichen Defiziten und Beeinträchtigungen stütze. Dr. med. O._____ bestätigte in seinem Gutachten vom 30. August 2004 aus psychiatrischer Sicht ein Arbeitsunfähigkeit von 30 % ohne nähere Angaben hinsichtlich des Beginns der psychisch bedingten Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit. Bezüglich der Gesamtbeurteilung schloss er sich der von Dr. med. M._____ angenommenen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % an. Selbst wenn auf die Angaben in den Privatgutachten abgestellt wird, kann das Kriterium von Dauer und Schwere der Arbeitsunfähigkeit weder für die somatische noch für die Gesamteeinträchtigung bejaht werden (vgl. hiezu RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff. [Urteil L. vom 30. August 2001, U 56/00]). Das Gleiche gilt für das Kriterium der Dauerbeschwerden. Die medizinischen Akten lassen darauf schliessen, dass es sich um intermittierende Beschwerden wechselnder Intensität handelt und auch Perioden weitgehender Beschwerdefreiheit bestehen. Jedenfalls ist das Kriterium nicht in besonders ausgeprägter Weise gegeben. Da somit weder eines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, noch mehrere der zu berücksichtigenden Kriterien zu bejahen sind, ist die Unfalladäquanz der bestehenden Beeinträchtigungen zu verneinen.

8.

Nach dem Gesagten ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde abzuweisen, ohne dass es weiterer Abklärungen zum medizinischen Sachverhalt und zum natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den vorhandenen Beschwerden und dem Unfall vom 23. September 1996 bedürfte. Offen bleiben kann auch die Frage, ob eine Unfallkausalität der psychischen Beeinträchtigung schon deshalb zu verneinen ist, weil es sich um eine Störung handelt, welche bei Aufbietung der zumutbaren Willensanstrengung zu überwinden ist (BGE 131 V 49).

9.

Nicht entsprochen werden kann auch dem Begehren, die SUVA sei zur Übernahme der Kosten der Privatgutachten zu verpflichten. Nach der zu Art. 108 Abs. 1 lit. g UVG (gültig gewesen bis 31. Dezember 2002) ergangenen, unter der Herrschaft von Art. 61 lit. g ATSG weiterhin als massgebend zu betrachtenden Rechtsprechung (vgl. RKUV 2005 Nr. U 547 S. 221 [Urteil N. vom 14. März 2005, U 85/04]) hat der Unfallversicherer die Kosten eines vom Versicherten selbst veranlassten Privatgutachtens zu übernehmen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst auf Grund des im kantonalen Beschwerdeverfahren beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Unfallversicherer insoweit eine Verletzung der ihm nach dem Untersuchungsgrundsatz obliegenden Pflicht zur rechtsgenüglichen Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist. So verhält es sich hier nicht. Zum einen hat der Beschwerdeführer ein Privatgutachten in Auftrag gegeben, ohne die Abklärungen der SUVA abzuwarten. Zum andern ergeben sich aus den im kantonalen Beschwerdeverfahren eingereichten weiteren Gutachten keine entscheidwesentlichen neuen Tatsachen, welche eine Kostenersatzpflicht der Beschwerdegegnerin zu begründen vermöchten.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons Aargau und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 6. November 2006
Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts
Der Präsident der III. Kammer: Die Gerichtsschreiberin: