



**Fall-Nr.:** UV 2005/71  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.05.2020  
**Entscheiddatum:** 07.05.2007

### **Entscheid Versicherungsgericht, 07.05.2007**

**Art. 6 UVG. Unfallkausalität von gesundheitlichen Einschränkungen aufgrund einer dem Schleudertrauma ähnlichen HWS-Verletzung. Verneinung der Adäquanz und Bestätigung der Leistungseinstellung fünfeinhalb Jahre nach dem Unfall (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Mai 2007, UV 2005/71). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_331/2007.**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei und Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 7. Mai 2007

In Sachen

S.\_\_\_\_

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Markus Roos, Postgasse 5, Postfach, 9620 Lichtensteig,

gegen

Winterthur Versicherungen, General Guisan Strasse 40, 8401 Winterthur,

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Versicherungsleistungen

hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.

A.- a) S.\_\_\_\_, geboren 1963, war seit dem 4. August 1984 bei der A.\_\_\_\_ als teilzeitliche Verkäuferin und Büro-Angestellte tätig (Pensum von 13 Stunden bzw. 1 ½ Tage pro Woche) und dadurch bei den Winterthur Versicherungen (im Folgenden: Winterthur) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 26. Juli 1998 erlitt die (angegurtete) Versicherte mit ihrem Personenwagen auf der Zürcherstrasse in B.\_\_\_\_ einen Verkehrsunfall, als ein entgegenkommendes Fahrzeug auf ihre Fahrbahn geriet und dadurch eine heftige Streifkollision im Bereich der Frontecken verursachte. Die Versicherte wurde ins Spital C.\_\_\_\_ eingeliefert, wo sie nach einer ambulanten Behandlung noch am selben Tag wieder entlassen werden konnte. Bei der medizinischen Erstuntersuchung diagnostizierte Dr. med. D.\_\_\_\_, Assistenzärztin, insbesondere eine Prellung am rechten Handgelenk und am rechten Ellbogen sowie am Unterbauch und sinngemäss – entsprechend dem einschlägigen Fragebogen und der Abgabe einer Schanz-Krawatte – eine Verletzung der Halswirbelsäule (HWS). Sie verneinte jedoch das Vorliegen der bei einer solchen Verletzung üblichen subjektiven Beschwerden. Die radiologische Untersuchung zeigte altersentsprechende degenerative Veränderungen an der HWS und keine Haltungsabweichung oder traumatische Läsionen (vgl. Fragebogen der Winterthur bei HWS-Verletzungen vom 12. August 1998; BG-act. M1). Im Arztbericht vom 24. August 1998 diagnostizierte der behandelnde Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, einen Status nach Autounfall mit folgendem Zervikal-, Zervikozephal- und Zervikobrachial-Syndrom rechts mehr als links. Er bescheinigte der Versicherten bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (BG-act. M2). In der Folge zeigte sich dank Physiotherapie und Akupunktur-Behandlung eine langsame, aber fortschreitende Besserung des Gesundheitszustandes, und Dr. E.\_\_\_\_ schloss die Behandlung im Januar 1999 ab. Er bestätigte eine Arbeitsfähigkeit von 100 % ab 1. Januar 1999 (vgl. BG-act. M6, M7). – Am 14. April 1999 teilte Dr. E.\_\_\_\_ der Winterthur mit, dass sich der Zustand der Versicherten wieder etwas verschlechtert habe. Sie leide unter Kopfschmerzen, Konzentrationsschwäche und Schmerzen in der HWS mit



## St.Galler Gerichte

Ausstrahlungen in den rechten Arm. Es handle sich um die gleichen Symptome wie nach dem Unfall vom 26. Juli 1998. Im Arztbericht vom 24. April 1999 hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass die Versicherte voll arbeite, für die schweren Arbeiten im Haushalt wie Staubsaugen und Bügeln jedoch eine Hilfe brauche (BG-act. M8, M9). In den Berichten vom 27. Mai und 25. Juni 1999 diagnostizierte die F.\_\_\_\_ einen Status nach Beschleunigungstrauma vom 26. Juli 1998. Sie gab an, die Patientin präsentiere ein chronisches zervikozephalales Syndrom bei starker Haltungsinsuffizienz und muskulärer Dysbalance im oberen Quadranten, begleitet von segmentalen Dysfunktionen im oberen HWS-Bereich und Schmerzausstrahlung in die Schultern sowie Kribbelparästhesien im rechten Arm bis in den Daumen. Zudem bestehe eine leicht reduzierte Grundstimmung (BG-act. M12). Für die Zeit ab dem 26. April 1999 bestätigte Dr. E.\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (BG-act. M13). In der Folge litt die Versicherte an weiteren – teils andauernden und teils wieder abklingenden – Beschwerden vor allem im Bereich der Brustwirbelsäule (BWS) und des ganzen Brustkorbes sowie im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) (vgl. BG-act. M18). Am 17. Dezember 1999 bescheinigten die Ärzte der F.\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 16. August 1999 (BG-act. M27).

b) Ab Ende Januar 2000 befand sich die Versicherte bei PD Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in psychiatrischer Behandlung. Im Bericht vom 25. April 2000 bestätigte dieser Arzt eine mittelschwere depressive Episode (BG-act. M32). Vom 25. April bis 12. Mai 2000 hielt sich die Versicherte zur Rehabilitation im Medizinischen Zentrum H.\_\_\_\_ auf. Im Bericht vom 11. August 2000 wurde eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in leichten körperlichen Tätigkeiten aus rein rheumatologischer Sicht als mittelfristig realisierbar bezeichnet (BG-act. M36). Die F.\_\_\_\_ sowie PD Dr. G.\_\_\_\_ bestätigten in der Folge eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (BG-act. M38, M42-44, M47). Ein vom 12. bis 28. März 2002 dauernder Aufenthalt in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Zurzach brachte keine Besserung des Schmerzzustandes. Bei Klinikaustritt wurden die Diagnose eines zervikobrachialen Schmerzsyndroms rechtsbetont und eines thorakovertebralen Schmerzsyndroms sowie eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestätigt (BG-act. M51, M52). - Die IV-Stelle des Kantons St. Gallen hatte der Versicherten mit Verfügungen vom 5. Juli und 7. August 2001 bei einem Invaliditätsgrad von 85 % mit Wirkung ab 1. September 1999



eine ganze Rente zugesprochen. Bei der am 21. August 2003 durchgeführten Rentenrevision wurde der bisherige Invaliditätsgrad bestätigt.

c) Im März 2003 erfolgte eine an fünf Tagen ambulant durchgeführte polydisziplinäre (psychiatrische, orthopädische, neuropsychologische und neurologische) Begutachtung durch die MEDAS. Im Gutachten vom 12. Januar 2004 diagnostizierten die Ärzte ein zervikothorakales Schmerzsyndrom mit rechtskonvexer BWS-Seitablenkung, ein polysymptomatisches Zustandsbild subjektiv körperlicher Beschwerden im Sinne einer somatischen Angstäquivalente und ferner eine Klaustrophobie leichten bis mässigen Grades (ICD-10 Nr. F40.0), klassifikatorisch einzuordnen je nach Sichtweise als "undifferenzierte Somatisierungsstörung" (ICD-10 Nr. F45.1) oder als "typisches Beschwerdebild nach HWS-Distorsionstrauma", einen Zustand nach depressiver Episode, gegenwärtig remittiert, einen Zustand nach HWS-Beschleunigungstrauma und ein leichtgradiges Sulcus-ulnaris-Syndrom rechts. Die Versicherte klagte über tägliche, zum Teil belastungsabhängige Kopf- und Nacken- sowie Rückenschmerzen im Bereich der oberen BWS von unterschiedlicher Intensität. Gelegentlich strahlten die Schmerzen in den rechten Arm aus, verbunden mit einem Taubheitsgefühl im Bereich des gesamten Arms. Ebenso leide sie an Schwindelanfällen, Gleichgewichtsstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen und einem persistierenden Hustenreiz. Die Beschwerden hätten sich in den letzten 4½ Jahren nicht wesentlich verändert. Die MEDAS betrachtete es aus neurologischer und orthopädischer Sicht als unwahrscheinlich, dass die jetzt noch im zervikothorakalen Bereich vorhandenen Beschwerden in einem Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis stünden. Die neuropsychologischen Befunde seien jedoch im Sinn sekundärer Begleitfolgen der Schmerzproblematik und psychischer Reaktionen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen. Aus psychiatrischer Sicht seien die erhobenen Befunde überwiegend wahrscheinlich – teilweise – bis heute als Unfallfolge zu betrachten. Die Arbeitsfähigkeit wurde von der MEDAS aus neurologischer und orthopädischer Sicht vollumfänglich bejaht, aus psychiatrischer Sicht wurde sie für alle Erwerbstätigkeiten mit 50 % (ganztags, halbe Leistung) angegeben (BG-act. M58-60). PD Dr. G.\_\_\_\_ nahm mit Schreiben vom 7. Mai 2004 zum Gutachten Stellung (BG-act. M55).



d) Mit Verfügung vom 13. Oktober 2004 stellte die Winterthur die Versicherungsleistungen mit Hinweis auf die Feststellungen im MEDAS-Gutachten rückwirkend ab dem 1. Januar 2004 ein. Zur Begründung hielt sie unter anderem fest, für die jetzt noch geltend gemachten Beschwerden sei der adäquate Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 26. Januar 1998 nicht mehr gegeben. Die andauernde Arbeitsunfähigkeit sei bereits spätestens seit dem 31. März 2003 nicht mehr unfallbedingt gewesen. Entgegenkommenderweise erfolge die Leistungseinstellung erst ab dem 1. Januar 2004, da der natürliche Kausalzusammenhang für die neuropsychologischen und psychischen Beschwerden teilweise gegeben sei (BG-act. A75). Die gegen diese Verfügung gerichtete Einsprache vom 10. November 2004 (BG-act. A78, 82) wies die Winterthur, nachdem sie weitere Abklärungen vorgenommen hatte (BG-act. A84f), mit Entscheid vom 23. Juni 2005 ab.

B.- a) Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Markus Roos, Lichtensteig, für die Versicherte am 23. September 2005 eingereichte Beschwerde mit dem Antrag, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben, und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die ab März 2003 bzw. 1. Januar 2004 eingestellten Leistungen wieder auszurichten; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung führte der Rechtsvertreter unter anderem aus, durch das Vorgehen der Beschwerdegegnerin sei der Anspruch der Beschwerdeführerin auf rechtliches Gehör mehrfach verletzt worden. So sei die Beschwerdeführerin vor der Auftragserteilung an die MEDAS nicht zur Stellungnahme aufgefordert worden und habe selber keine Fragen stellen dürfen. Insbesondere seien ihr auch die Namen der Gutachter nicht mitgeteilt worden. Bei der Konsultation des beratenden Chirurgen und des beratenden Psychiaters vor Erlass des Einspracheentscheides habe sie wiederum keine Gelegenheit gehabt, Fragen zu stellen oder zu den Beurteilungen dieser Ärzte Stellung zu nehmen, die mit Sicherheit befangen seien. Die beiden beratenden Ärzte hätten die Beschwerdeführerin nie gesehen und die abgegebenen Beurteilungen nicht begründet. Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den aktuellen Beschwerden und dem Unfall sei zu bejahen, da bei der Beschwerdeführerin ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert worden und auch das typische Beschwerdebild vorhanden sei. Insbesondere der Neuropsychologe der MEDAS habe die natürliche Kausalität bejaht. Sollte das Gericht diese verneinen, sei ein Obergutachten anzuordnen. Zu bejahen sei auch die adäquate



Kausalität. Der Unfall sei als schwerer Fall im mittleren Bereich einzustufen. Das anders lautende unfallanalytische Gutachten sei im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstellt worden und keine neutrale Beurteilung, weshalb ein neues und neutrales unfallanalytisches Gutachten einzuholen sei. Die zur Bejahung der Adäquanz erforderlichen Kriterien seien gegeben. Beim Gutachten der MEDAS falle schliesslich auf, dass kein neurologisches Konsilium erstellt worden sei. Dieser Mangel sei durch Einholung eines neurologischen Gutachtens zu beheben.

b) Die Beschwerdegegnerin stellt in ihrer Beschwerdeantwort vom 17. Januar 2006 Antrag auf Abweisung der Beschwerde. Entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin könne nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass sie als Folge des Unfalles eine HWS-Distorsion erlitten habe. Erst rund einen Monat später, im Bericht von Dr. E.\_\_\_\_, sei ein Zervikal-, Zervikozephal- und Zervikobrachial-Syndrom diagnostiziert worden. Aufgrund des Unfallablaufs erscheine es zweifelhaft, dass eine Schädigung der HWS entstanden sei, und in Anbetracht der nicht erklärbaren Unwirksamkeit der jahrelangen therapeutischen Bemühungen sei davon auszugehen, dass der bereits neun Monate nach dem Unfall gemeldete Rückfall rein psychosomatisch bedingt gewesen sei. Die formellen Einwände gegen das MEDAS-Gutachten bzw. die Gutachter seien nicht zu hören. Die Beschwerdeführerin habe keine beachtenswerten Ablehnungsgründe vorgebracht. Die einzelnen Gutachter seien auch dem Unfallversicherer nicht bekannt gewesen, und die Beschwerdeführerin habe dies weder vor der Auftragserteilung noch danach oder im Einspracheverfahren gerügt. Auch im Einspracheverfahren mache die Beschwerdeführerin keine Ausstands- oder Befangenheitsgründe gegen einen am Gutachten mitwirkenden Arzt geltend. Sodann habe sie in ihrer Stellungnahme zum MEDAS-Gutachten keine Ergänzungsfragen zu Händen der begutachtenden Stelle eingereicht. Zur abschliessenden Konsultation der Vertrauensärzte zum Gutachten brauche die Beschwerdeführerin nicht informiert zu werden. Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den ab April 1999 geklagten Beschwerden und dem Unfall sei nicht erstellt. Die Beschwerdeführerin sei nach Abschluss der Behandlung im Januar 1999 während rund drei Monaten beschwerdefrei gewesen, und auch in den medizinischen Berichten ab April 1999 seien lediglich geringfügige Befunde angegeben worden. Dass sich die Beschwerdeführerin dann ab Januar 2000 in psychotherapeutische Behandlung habe begeben müssen, spreche für eine psychische Überlagerung der ohnehin schon umstrittenen somatischen



Beschwerden. Von unerträglichen Schmerzen über lange Zeit hinweg und einer jahrelangen Behandlung könne deshalb nicht gesprochen werden. Die Leistungseinstellung ab dem 31. März 2003 erweise sich grundsätzlich als korrekt, da ab diesem Zeitpunkt kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall mehr bestanden habe. Angesichts des umfassenden MEDAS-Gutachtens könne auf eine weitere Begutachtung verzichtet werden. Die Adäquanz sei in Anbetracht der gesamten Umstände ebenfalls zu verneinen.

c) Mit Replik vom 15. Mai 2006 hält die Beschwerdeführerin an ihrem Antrag fest und reicht ein Gutachten von PD Dr. med. J.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. März 2006 und den Austrittsbericht des Spitals I.\_\_\_\_ vom 9. Januar 2006 ein. In seinem Gutachten kommt Dr. J.\_\_\_\_ zum Schluss, dass die bei der Patientin bestehenden Beschwerden ausschliesslich als die Folgen eines Distorsionstraumas der HWS zu bezeichnen seien. Bei der Patientin bestehe, abgesehen von den gelegentlich auftretenden Klaustrophobien, zur Zeit keine relevante psychiatrische Symptomatik und auch keine Depression mehr. Dem Kurzaustrittsbericht des Spitals I.\_\_\_\_, wo die Beschwerdeführerin vom 7. bis 9. Januar 2006 hospitalisiert war, und der Zusammenfassung der Krankengeschichte ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin am 7. Januar 2006 einen Treppensturz erlitt und sich dabei eine Commotio cerebri, eine Subluxation Dig. III an der linken Hand sowie multiple Kontusionen an der Schulter rechts, an HWS, Schädel, Ellbogen rechts und am Knie links zuzog. Die Beschwerdeführerin lässt darauf hinweisen, dass das Gutachten von PD Dr. J.\_\_\_\_ im Widerspruch zu den Ausführungen der Beschwerdegegnerin und zum Inhalt des MEDAS-Gutachtens stehe. Werde das Gutachten von PD Dr. J.\_\_\_\_ nicht als glaubwürdig erachtet, so müsse ein Obergutachten eingeholt werden. Da die Beschwerdeführerin gemäss Krankengeschichte von Dr. E.\_\_\_\_ seit dem Unfall an HWS-Beschwerden mit den hierfür typischen Symptomen und insbesondere einer rezidivierenden Schwindelsymptomatik leide, sei es auch zum erwähnten Treppensturz gekommen. Das HWS-Beschwerdebild mit den entsprechenden gesundheitlichen Folgen werde im Gutachten von PD Dr. J.\_\_\_\_ und im Austrittsbericht des Spitals I.\_\_\_\_ klar als Unfallfolge bestätigt.

d) Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik.



e) Von der Möglichkeit, in die vom Gericht beigezogenen Akten der IV-Stelle Einsicht zu nehmen und sich dazu zu äussern, machten die Beschwerdeführerin am 24. Juli 2006 und die Beschwerdegegnerin am 16. August 2006 Gebrauch. Die Beschwerdeführerin lässt darauf hinweisen, dass es für die IV-Stelle ausgewiesen sei, dass ihr schlechter Gesundheitszustand adäquat kausal zum Unfallgeschehen vom 26. Juli 1998 sei, ansonsten keine IV-Rente ausgerichtet worden wäre. Für die Beschwerdegegnerin sind die Verfügungen der IV-Stelle für die hier vorzunehmende Kausalitätsbeurteilung ohne Bedeutung. Sodann sei die Ausrichtung der Invalidenrente im Juli/August 2001 erfolgt, während sie sich zur Begründung der Leistungseinstellung auf das MEDAS-Gutachten vom 12. Januar 2004 berufen habe.

f) Die Verfahrensbeteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

II.

1.- a) In formeller Hinsicht macht die Beschwerdeführerin geltend, ihr Anspruch auf rechtliches Gehör sei durch das Vorgehen der Beschwerdegegnerin mehrfach verletzt worden. Vor der Auftragserteilung an die MEDAS sei sie weder zur Stellungnahme aufgefordert worden noch habe sie selber Fragen an die Gutachter stellen dürfen. Insbesondere seien ihr auch die Namen der Gutachter nicht mitgeteilt worden. Bei der Konsultation des beratenden Chirurgen und des beratenden Psychiaters vor dem Erlass des Einspracheentscheids habe sie wiederum keine Gelegenheit gehabt, Fragen zu stellen oder zu den Beurteilungen dieser Ärzte Stellung zu nehmen, die mit Sicherheit befangen seien. Die beiden beratenden Ärzte (BG-act. A84f) hätten die Beschwerdeführerin nie gesehen und die abgegebenen Beurteilungen nicht begründet. Der angefochtene Entscheid müsse deshalb schon wegen der massiven Verletzungen des rechtlichen Gehörs aufgehoben werden.

b) Am 1. Januar 2003 traten das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) und die dazugehörige Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV; SR 830.11) in Kraft. Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhalts ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er laut Art. 44 ATSG der Partei



deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen. Gemäss Art. 82 Abs. 1 Satz 1 ATSG sind die materielle Bestimmungen des ATSG auf die beim In-Kraft-Treten laufenden Leistungen und festgesetzten Forderungen nicht anwendbar. Wie es sich – vom kantonalen Verfahrensrecht abgesehen – mit der intertemporalrechtlichen Anwendbarkeit der formellen Vorschriften verhält, lässt sich dem ATSG nicht entnehmen. Nach der Rechtsprechung sind neue Verfahrensvorschriften mangels anders lautender Übergangsbestimmungen mit dem Tag des In-Kraft-Tretens sofort und in vollem Umfang anwendbar. Die allgemeinen Verfahrensbestimmungen des 4. Kapitels des ATSG (Art. 27-62) traten somit grundsätzlich sofort in Kraft. Die Kontinuität des alten und neuen verfahrensrechtlichen Systems und damit die sofortige und umfassende Anwendbarkeit des neuen Prozessrechts ist indessen in dem Sinn zu relativieren, als neues Recht nicht auf alle im Zeitpunkt seines In-Kraft-Tretens noch hängigen Verfahren Anwendung findet. Vielmehr ist auf den Zeitpunkt abzustellen, in welchem sich die strittige Verfahrensfrage stellte oder darüber entschieden wurde. Liegt der Streitgegenstand in diesem Sinn vor dem 1. Januar 2003, ist gestützt auf die altrechtlichen Bestimmungen zu befinden. Einen unter altem Recht abgeschlossenen Verfahrensschritt – wie beispielsweise die Anordnung einer medizinischen Begutachtung – unter neuem Recht zu wiederholen, käme der rückwirkenden Anwendung neuen Rechts gleich, indem Streitfragen nach einem Recht beurteilt würden, das zur Zeit ihrer Entstehung noch nicht in Geltung stand, was dem Grundsatz der Nichtrückwirkung gesetzlicher Bestimmungen widersprechen würde (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 27. März 2006 [I 718/04] in Sachen A., E. 1.2, mit Hinweis auf Urteil R. vom 25. August 2004 [I 570/03], erwähnt in ZBJV 2004 S. 749).

c) Die Beschwerdegegnerin teilte dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin am 10. Mai 2002 mit, dass eine interdisziplinäre Begutachtung notwendig sei, welche durch die MEDAS St. Gallen erfolgen werde. Da zu jenem Zeitpunkt das ATSG noch nicht in Kraft war, hatte die Verwaltung nicht nach Art. 44 ATSG vorzugehen. Ausstands- oder Ablehnungsgründe sind so früh als möglich geltend zu machen. Wird die sachverständige Person oder die begutachtende Stelle nicht unverzüglich als befangen abgelehnt, wenn die betroffene Person vom Ablehnungsgrund Kenntnis erhält, verwirkt sie den Anspruch auf spätere Anrufung der Verfahrensgarantie (AHI 2001 S. 116 E. 4a/



aa). Die Beschwerdeführerin hatte damals nur Einwände wegen der verkehrstechnischen Erreichbarkeit und keine Ausstandsgründe gegen die MEDAS bzw. deren Sachverständige vorgebracht, weshalb sich diesbezügliche Ausführungen erübrigen. Sie konnte sich zum Fragenkatalog gemäss Schreiben vom 15. Februar 2002 und zum Gutachten der MEDAS äussern, wovon sie denn auch Gebrauch machte. Bei der Konsultation des beratenden Chirurgen und des beratenden Psychiaters vor dem Erlass des Einspracheentscheids ging es sodann nicht mehr um neue medizinische Abklärungen, sondern um die interne Beurteilung der Vollständigkeit und Schlüssigkeit der vorliegenden medizinischen Akten zu Handen der den Einspracheentscheid erlassenden Verwaltung. Dazu brauchte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin keine Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen. Auch die Frage der Befangenheit stellt sich unter diesen Umständen nicht, und die beiden beratenden Ärzte brauchten die Beschwerdeführerin für die Beurteilung der medizinischen Akten auch nicht selber untersucht zu haben. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs fällt damit ausser Betracht (vgl. dazu das Urteil des EVG vom 27. März 2006 [I 718/04] in Sachen A., E. 1.3).

2.- a) Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 26. Juli 1998 und erbrachte entsprechende Versicherungsleistungen. Umstritten ist, ob sie auch für die nach dem 1. Januar 2004 (Leistungseinstellung) geltend gemachten Beschwerden - andauernde Kopf- und Nackenschmerzen, die in die Schultern und in die Arme ausstrahlen, Rückenschmerzen, die oft in den Rippenbereich ausstrahlen, Schluckbeschwerden, Schwindel, Gangunsicherheit, starke Schreckhaftigkeit, Ängstlichkeit, Reizbarkeit, innere Unruhe, Schlafstörungen, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen sowie Lärm- und Lichtempfindlichkeit - sowie eine daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit aufzukommen hat (vgl. Gutachten von PD Dr. J.\_\_\_\_ vom 17. März 2006, S. 8 f., und Beschwerdeschrift S. 25, sowie Gutachten von PD Dr. G.\_\_\_\_ vom 7. Mai 2004).

b) Nach der Rechtsprechung kann ein nach einem versicherten Unfall aufgetretenes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität; BGE 115 V 133 und 399 sowie 117 V 359 und 369). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht



(BGE 119 V 338 und 118 V 289). Das Gericht hat vielmehr jene Ursache als kausal zu betrachten, die es von allen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 119 V 9 E. 3c/aa mit Hinweisen). Der Unfallversicherer haftet sodann nur für jene Folgen, die mit dem Unfall adäquat-kausal zusammenhängen, wobei für die Adäquanz nicht die subjektive, sondern die objektive Voraussehbarkeit des eingetretenen Erfolgs entscheidend ist (SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Bei Unfällen mit Schleudertrauma der HWS oder äquivalenter Verletzung spielt bei klar ausgewiesenen organischen Unfallfolgen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung praktisch keine Rolle (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Dagegen ist bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der HWS, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen dagegen, dass eine versicherte Person eine der erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen im Vergleich zur psychischen Problematik ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 366 E. 6a und 382 E. 4b festgelegten Kriterien (BGE 127 V 103 E. 5b/bb). Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b).

Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E. 3c/aa) nachgewiesen sein. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, trägt - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist



- der Unfallversicherer insofern eine Beweislast, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu seinen Ungunsten ausfällt (RKUV 1992 S. 75 Erw. 4b).

c) Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind (BGE 122 V 160 E. 1c; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311 mit Hinweisen). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 123 V 331 E. 1c). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 108 Abs. 1 lit. c UVG, vgl. auch Art. 61 lit. c ATSG; ULRICH MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zürich 1997, S. 229). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (Urteil des EVG vom 3. Juli 2002 [I 537/01] in Sachen B., E. 1c).

3.- a) Aufgrund der medizinischen Akten ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 26. Juli 1998 eine Verletzung der HWS erlitten haben muss, auch wenn eine Streifkollision im Bereich der beiden Frontecken vom Unfallablauf her für eine solche Verletzung nicht typisch ist und sich die Beschwerdeführerin dabei auch den Kopf nicht angeschlagen hat. Eine entsprechende



Diagnose bei der medizinischen Erstuntersuchung im Spital C.\_\_\_\_ ist in den Akten zwar nicht ersichtlich, doch hat Dr. D.\_\_\_\_ den einschlägigen "Fragebogen bei HWS-Verletzungen" ausgefüllt und der Beschwerdeführerin eine Schanz-Krawatte abgegeben. Dr. D.\_\_\_\_ verneinte jedoch die bei einer Verletzung der HWS typischen subjektiven Beschwerden wie z.B. Schwindel, Übelkeit, Spontanschmerz in Kopf und Nacken, eventuell mit Ausstrahlung in Schulter und Arm, sowie Bewegungseinschränkung der HWS ausdrücklich; sie brauchte die HWS hinsichtlich Beweglichkeit und Druckdolenzen mangels "Klinik" nicht zu untersuchen. Die radiologische Untersuchung im Bereich der HWS zeigte keine traumatische Läsion oder eine Haltungsabweichung. Nachdem gemäss der Rechtsprechung sich innerhalb der Latenzzeit von drei Tagen nach dem Unfall lediglich Nacken- bzw. HWS-Beschwerden manifestieren müssen, und nicht auch jene, die typischerweise im Rahmen einer schleudertraumaähnlichen Verletzung auftreten können (vgl. Urteil des EVG vom 30. Januar 2007 i/S T. [U 215/05], E. 5.3 mit Hinweisen), ist davon auszugehen, dass konkret das typische Beschwerdebild teilweise gegeben war (vgl. auch act. G 19.1/35). Dr. E.\_\_\_\_ stellte am 24. August 1998 die Diagnose eines Zervikal-, Zervikozephal- und Zervikobrachialsyndroms rechts mehr als links; dies gestützt auf eine Untersuchung am 29. Juli 1998. Er verwies auf zunehmende Schmerzen im Sinn von multiplen Schmerzpunkten im Bereich der Nuchal- und Trapeziusmuskulatur sowie auf eine (zusätzliche) Einschränkung der Kopffrotation (BG-act. M2).

b) Nach einem weitgehenden Abklingen der Beschwerden im Januar 1999 kam es ab April 1999 wieder zu einer Zunahme der Schmerzen und zu einer Ausdehnung des Beschwerdebildes mit Schmerzen im Bereich der BWS und des ganzen Brustkorbs sowie im Bereich der LWS in Form von Muskelverspannungen. Dr. E.\_\_\_\_ bestätigte Kopfschmerzen, Konzentrationsschwäche und Schmerzen in der HWS. Er hielt fest, dass es sich um die gleiche Symptomologie wie nach dem Unfall vom 26. Juli 1998 handle. Des Weiteren klagte die Beschwerdeführerin in der Zeit nach April 1999 erstmals über Schwindelgefühle und Hustenreiz, begleitet von einer sich verschlechternden Grundstimmung (BG-act. M8, M9, M18). Die in Frage stehenden Beschwerden wurden im Gutachten der MEDAS vom 12. Januar 2004 nicht auf somatisch objektivierbare Befunde zurückgeführt, sondern als subjektiv im Sinn eines somatischen Angstäquivalents bezeichnet. Die MEDAS-Gutachter betrachteten es deshalb aus neurologischer und orthopädischer Sicht als unwahrscheinlich, dass die



im zerviko-thorakalen Bereich jetzt noch vorhandenen Beschwerden in einem Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis stünden (BG-act. M60 S. 24). Sodann ist den Berichten der F.\_\_\_\_ zu entnehmen, dass sich die Grundstimmung der Beschwerdeführerin stets verschlechterte, bis sie schliesslich mehr und mehr psychisch dekompenzierte, was durch private Probleme und allgemeine Überforderung begründet wurde (BG-act. M14, M18, M27, M29). Die psychische Problematik wurde erstmals bei der Untersuchung vom 27. Mai 1999 in Form einer leicht reduzierten Grundstimmung festgestellt (BG-act. M12).

c) Im streitigen Zeitraum und zuvor kann bei der Beschwerdeführerin, entgegen der offenbar von der Beschwerdegegnerin vertretenen Auffassung (angefochtener Entscheid, Erwägung 2.4), nicht eine ausgeprägte, im Vordergrund stehende psychische Problematik als nachgewiesen gelten. Es trifft insbesondere nicht zu, dass die noch bestehenden Beschwerden ausschliesslich psychisch bedingt waren bzw. sind. Zwar bestätigte der psychiatrische Consiliarius im MEDAS-Gutachten aktuell im Vordergrund stehende psychosomatische Beschwerden; hingegen vermerkte er ausdrücklich, dass das Symptomenbild dem typischen Beschwerdebild nach Schleudertrauma entspreche. Im weiteren wurden im MEDAS-Gutachten neben der Somatisierungstendenz mit psychischer Überlagerung auch eine Einschränkung aus neuropsychologischer Sicht bestätigt (BG-act. M60 S. 17, 23). Die medizinischen Berichte der F.\_\_\_\_ und der MEDAS basieren auf eingehenden medizinischen Untersuchungen, enthalten klare und schlüssig begründete Diagnosen und sind ohne weiteres nachvollziehbar. Die MEDAS-Gutachter bezeichneten die neuropsychologischen und psychiatrischen Befunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als (teilweise) Unfallfolge. Von einer ausschliesslich unfallfremden psychischen (psychosozialen) Problematik kann damit nicht ausgegangen werden. Dies umso weniger, als der Psychiater Dr. J.\_\_\_\_ - allerdings zu einem späteren Zeitpunkt - sogar das Vorliegen einer relevanten psychiatrischen Symptomatik überhaupt verneinte (act. G 19.1/32). Letzteres zeigt, dass die psychische Situation der Beschwerdeführerin jedenfalls unterschiedlichen Wertungen zugänglich war. Auch dies verbietet es, von einer ausgeprägten, im Vordergrund stehenden psychischen Einschränkung zu sprechen. Wenn der beratende Psychiater der Beschwerdegegnerin Dr. med. K.\_\_\_\_ in der Beurteilung vom 2. Mai 2005 festhielt, die psychischen und neuropsychologischen Störungen könnten seines Erachtens nicht auf den Unfall zurückgeführt werden, da die



von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen laut dem Gesamtgutachten (der MEDAS) nicht mehr unfallkausal seien (BG-act. A 85 S. 2), so überzeugt dies mit Blick auf die klare Schlussfolgerung der MEDAS-Gutachter hinsichtlich Unfallkausalität nicht. Dies umso weniger, als neuropsychologische Einschränkungen nicht ohne weiteres mit Schmerzen verbunden sind. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin führte die MEDAS am 5. März 2003 auch eine neurologische Untersuchung durch, die jedoch keinerlei auffällige Ergebnisse zeigte (BG-act. M60 S. 20). Auch PD Dr. G.\_\_\_\_ (BG-act. M55) und PD Dr. J.\_\_\_\_ (Gutachten vom 17. März 2006; act. G 19.1/32) bezeichneten die geklagten Beschwerden als die (natürlichkausalen) Folgen eines Distorsionstraumas der HWS. Unter diesen Umständen bedarf es keiner weiteren medizinischen Abklärungen hinsichtlich der Ursachen und des Ausmasses der aktuellen Beschwerden mehr. Im Folgenden wird deshalb zu prüfen sein, ob diese Beschwerden auch für die Zeit nach dem 1. Januar 2004 auf das Unfallereignis vom 26. Juli 1998 zurückgeführt werden können.

d) Die Adäquanzbeurteilung hat unter den geschilderten Umständen rechtsprechungsgemäss nach den für Schleudertraumen bzw. schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS (BGE 117 V 359ff.) geltenden Regeln zu erfolgen. Der streitige Unfall ist bei der im Rahmen der Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs vorzunehmenden Katalogisierung aufgrund des Geschehensablaufs und der erlittenen Verletzungen (HWS-Verletzung, Prellungen an Handgelenk, Ellbogen und Unterbauch) sowie mit Blick auf die entsprechende Kasuistik (vgl. ALEXANDRA RUMO-JUNGO, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, UVG, 3. Aufl. Zürich 2003, S. 55 ff.) den mittelschweren Unfällen zuzuordnen. Eine vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin beantragte unfallanalytische Begutachtung vermöchte angesichts der konkreten Verhältnisse ein schweres Unfallereignis offensichtlich nicht zu belegen; eine solche Begutachtung kann daher unterbleiben. Hinsichtlich der im Bereich der mittelschweren Unfälle zu erfüllenden Kriterien ist festzuhalten, dass beim Unfall vom 26. Juli 1998 mit der Streifkollision im Bereich der Frontecken nicht von einer besonderen Eindrücklichkeit oder von besonders dramatischen Begleitumständen gesprochen werden kann (vgl. die Kasuistik zu diesem Kriterium in RUMO-JUNGO, a.a.O., S. 58-64, sowie Urteile des EVG vom 23. November 2004 i/S B., Erw. 2.3 [U 109/04] und vom 2. März 2005 i/S S., Erw. 5.1 [U 309/03]). Insbesondere handelte es sich um ein sehr kurzes Ereignis, und



die angegurtete Beschwerdeführerin war nach den gegenseitigen Ausweichmanövern auf die Kollision gefasst. Die anfänglich objektivierbaren somatischen Verletzungen waren nicht schwer. Die Auswirkungen der HWS-Distorsion waren sodann nicht derart gravierend, dass das Kriterium der besonderen Art der Verletzung zu bejahen wäre.

Die MEDAS-Gutachter hielten fest, sowohl aus orthopädischer als auch aus neurologischer Sicht seien bezüglich der Folgen des Unfalls vom 26. Juli 1998 keine Behandlungen mehr erforderlich. Die Fortführung der laufenden psychiatrischen Behandlung sei hingegen indiziert, wobei nicht mehr mit einer namhaften Verbesserung, sondern nur mit einer Aufrechterhaltung des status quo zu rechnen sei. Therapien, die der Beschwerdeführerin eine kontrollierte Regression ermöglichen würden (z.B. Massagen, Akupunktur, Craniosakraltherapie, Bäder usw.) dürften eine wohltuende Wirkung haben und dürften dazu dienen, den aktuellen Gesundheitszustand aufrecht zu erhalten. Eine namhafte Besserung sei hiervon jedoch nicht zu erwarten. Intensive körperorientierte Therapien dürften langfristig eher zu einer Verschlechterung als zu einer Verbesserung führen. Das Thema "Alltagsbewältigung" könne am einfachsten im Rahmen der laufenden psychiatrischen Therapie abgehandelt werden. Eine neuropsychologische Therapie sei nicht indiziert (BG-act. M60 S. 27). Hinsichtlich der Länge der Behandlungsdauer ist somit festzuhalten, dass die psychotherapeutische Behandlung im Zusammenhang mit dem HWS-Trauma nach Lage der Akten im streitigen Einstellungszeitpunkt zwar offenbar andauerte, jedoch keine Verbesserung mehr erwarten liess. Die versicherte Person hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung (Art. 10 Abs. 1 UVG) der Unfallfolgen für solange, als von ihrer Fortsetzung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario). Die MEDAS-Gutachter stellten klar, dass aus den von ihnen vorgeschlagenen Massnahmen nicht eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei. Die von den MEDAS-Gutachtern vorgeschlagenen unterstützenden Massnahmen genügen angesichts der geschilderten tatsächlichen Verhältnisse für sich allein nicht, um eine Weiterdauer der eigentlichen (unfallbedingten) Behandlung bejahen zu können. Dies umso weniger, als die MEDAS-Gutachter lediglich eine teilweise Unfallkausalität der psychischen Beschwerden bestätigten (BG-act. M60 S. 25 oben). Angesichts dieser Gegebenheiten war ab dem 1. Januar 2004 - fünfzehn Jahre nach dem Unfall - die Ablehnung weiterer Heilbehandlung gerechtfertigt. In diesem Sinn sind auch ein schwieriger Heilverlauf und



erhebliche Komplikationen zu verneinen. Von einer ärztlichen Fehlbehandlung ist ebenfalls nicht auszugehen.

Gemäss dem MEDAS-Gutachten beträgt die - durch den psychiatrischen und neuropsychologischen Befund eingeschränkte - Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten 50% (BG-act. M60 S. 25). Wenn berücksichtigt wird, dass lediglich ein teilweise unfallkausaler Befund vorliegt, so kann als Folge davon auch die erwähnte Arbeitsunfähigkeit nur teilweise auf den Unfall zurückgeführt werden. Mit Blick auf diese Teilarbeitsunfähigkeit wäre nach der Rechtsprechung (vgl. zusammenfassende Darstellung im Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 30. August 2001 [U 56/00] E. 3d) eine lang dauernde Arbeitsunfähigkeit zu bejahen, wenn - was sich aufgrund der bestehenden Unterlagen nicht abschliessend beurteilen lässt - der rein unfallbedingte Anteil der Arbeitsunfähigkeit als erheblich anzusehen wäre. Was das Vorliegen von Dauerschmerzen betrifft, so lassen sich solche nach Lage der Akten nicht bejahen. So hatte die Beschwerdeführerin gegenüber den MEDAS-Gutachtern angegeben, bloss "fast täglich" an zum Teil belastungsabhängigen Beschwerden unterschiedlicher Intensität zu leiden (BG-act. M60 S. 22). Da somit bezüglich des streitigen mittelschweren Unfalls ein einzelnes Adäquanzkriterium (lang dauernde Arbeitsunfähigkeit) lediglich in nicht bestimmbarer Ausprägung als gegeben anzusehen ist, lässt es sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die adäquate Unfallkausalität der HWS-Beschwerden für die Zeit ab 1. Januar 2004 verneinte.

4.- Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 23. Juni 2005 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.