



**Fall-Nr.:** UV 2006/91  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.05.2020  
**Entscheiddatum:** 10.10.2007

### **Entscheid Versicherungsgericht, 10.10.2007**

**Art. 6 UVG, Art. 10 ff. UVG. Fehlender natürlicher Kausalzusammenhang zum Unfallereignis – Anwendungsfall (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Oktober 2007, UV 2006/91).**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei und Versicherungsrichter Joachim Huber; a.o. Gerichtsschreiber Adrian Schnetzler

Entscheid vom 10. Oktober 2007

In Sachen

S.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Braun, Oberdorfstrasse 6, Postfach, 8887 Mels,

gegen

Zürich Versicherungs-Gesellschaft, Generaldirektion Schweiz, Postfach, 8085 Zürich,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adelrich Friedli, Stationsstrasse 66a, 8907 Wettswil,

betreffend



Versicherungsleistungen

hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.

A.- a) S.\_\_\_\_ rutschte gemäss Unfallmeldung des Arbeitgebers vom 30. Juni 1998 während ihrer Arbeit als Krankenschwester am 22. Juni 1998 auf nassem Boden aus. Vom Unfallereignis betroffen waren der linke Arm und der Kopf (act. G 4.2.Z1). Eine am 26. Juni 1998 vorgenommene craniocerebrale Computertomographie war unauffällig (act. G 4.1.ZM-2). Vom 28. Juni bis 1. Juli 1998 war die Versicherte im Kantonalen Spital Walenstadt hospitalisiert, wo ein postcommotionelles Syndrom diagnostiziert und eine konservative Therapie durchgeführt wurde, wobei die Beschwerdesymptomatik laut Bericht der behandelnden Ärzte weitestgehend zurückging. Nach einem neurologischen Konsilium mit Dr. med. A.\_\_\_\_, leitende Ärztin Neurologie der St. Gallischen Rehabilitationsklinik Walenstadtberg, kamen die behandelnden Ärzte des Kantonalen Spitals Walenstadt zur Diagnose eines postcommotionellen/kontusionellen Spannungstypkopfwehs ohne neurologische Ausfälle. Die Versicherte war vom 22. Juni bis 5. Juli 1998 vollständig und ab dem 6. Juli 1998 zu 50 % arbeitsunfähig (act. G 4.1.ZM-4). Am 3. Juli 1998 anerkannte die "Zürich" Versicherungs-Gesellschaft (nachfolgend: Zürich) ihre Leistungspflicht (act. G 4.2.Z3).

b) In einer ambulanten neurologischen Kontrolluntersuchung am 6. August 1998 stellte Dr. A.\_\_\_\_ fest, dass die Spannungstypkopfschmerzen in Chronifizierung begriffen seien. Sie hielt fest, dass die Versicherte über deutliche Konzentrations- und Gedächtnisstörungen klagte (act. G 4.1.ZM-5). Auf Anfrage der Zürich diagnostizierte der Allgemeinmediziner Dr. med. B.\_\_\_\_ am 23. März 1999 in einem ärztlichen Zwischenbericht ein Cervicovertebralsyndrom, ein Cervicocephalsyndrom, eine Fehlhaltung der Halswirbelsäule sowie einen Status nach postcommotionellem Syndrom bei der am 22. Juni 1998 erlittenen Hirnerschütterung. Er führte aus, dass sich als unfallfremder Faktor nackenbedingte Spannungskopfschmerzen möglicherweise chronifizierten (act. G 4.1.ZM-6). Vom 11. Februar bis 22. März 1999 war die Versicherte 50 % arbeitsunfähig (act. G 4.1.ZM-6,9).



c) Am 31. Mai 1999 erstattete Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Neurologie, Elektroenzephalographie und Elektromyographie, zuhanden der Zürich ein neurologisches Gutachten und diagnostizierte einen Zustand nach einer Contusio capitis und wahrscheinlicher HWS-Distorsion am 22. Juni 1998 mit posttraumatischen Beschwerden in Form von mnestischen Funktionsstörungen, Cephalaea und Cervicalsyndrom. Er hielt fest, es könne mit Sicherheit von einer starken Schädelprellung und wahrscheinlich von einer HWS-Distorsion ausgegangen werden. Eine Commotio cerebri lasse sich anamnestisch bei einer kurzen Bewusstlosigkeit und kurzer, retrograder Amnesie nicht sicher eruieren. Für die Versicherte stünden heute noch mnestische Funktionsstörungen mit Konzentrationsschwierigkeiten und konsekutiven Kurzzeitgedächtnisstörungen im Vordergrund, wobei aber die Beschwerden deutlich rückläufig seien. Klinisch-neurologisch und elektroenzephalographisch fänden sich keine Hinweise auf posttraumatische, cerebrale Residuen. Die geltend gemachten Beschwerden stünden allesamt im Zusammenhang mit dem Unfallereignis, unfallfremde Faktoren könnten ausgeschlossen werden. Es bestehe volle Arbeitsfähigkeit (act. G 4.1 ZM-8, act. 4.2.Z11). In einem ärztlichen Folgezeugnis vom 22. Juni 1999 führte Dr. B.\_\_\_\_ bei unveränderter Diagnose aus, es bestünden keine unfallfremden Faktoren. Es bestünden noch Restbeschwerden und ein Rezidiv sei nicht mit Sicherheit auszuschliessen (act. G 4.1.ZM-9, act. G 4.2.Z12). Dr. D.\_\_\_\_, Chiropraktor, teilte der Zürich am 31. Mai 2000 mit, dass er zweimal pro Monat eine chiropraktische Behandlung und Kryotherapie durchführe, was zur Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit nötig sei (act. G 4.1.ZM-10).

d) In einer in der Folge von Dr. D.\_\_\_\_ veranlassten Untersuchung mittels MRI kam Dr. med. E.\_\_\_\_, Radiologe FMH im medizinischen Zentrum Bad Ragaz, am 20. Januar 2001 zur Diagnose einer initialen Chondrose und Spondylarthrose C5/6 mit ventraler Spondylose und subligamentärer Bandscheibenprotrusion. Es bestehe eine beidseitige, paramediane Retrospondylose, eine diskrete Bandscheibenprotrusion und leichte Einengung des Paraspinalraumes mit aber freier Abgrenzbarkeit der Nervenwurzeln im spinalen und foraminalen Verlauf ohne Anhaltspunkte für eine Kompression oder Stenosierung des Foramens. Im Übrigen ergebe sich ein reguläres Bild (act. G 4.1.ZM-12). Am 16. August 2001 führte Dr. med. F.\_\_\_\_, Radiologe FMH im medizinischen Zentrum Bad Ragaz, aus, es bestehe eine möglicherweise posttraumatische, deutliche Osteochondrose HWK 5/6 mit geringgradiger dorsaler und



ventraler Spondylose. Es bestünden geringgradige Zeichen einer Hypermotilität im Segment HWK 4/5 ohne Anhaltspunkte für eine eigentliche Instabilität. Ein diskret vermehrtes Retroglissement des HWK 5 ergebe einen diskreten Hinweis auf eine ligamentäre Instabilität. Im übrigen sei die Halswirbelsäule normal und es bestehe kein Nachweis einer traumatischen Knochenläsion (act. G 4.1.ZM-14). Ein craniocerebrales Computertomogramm vom 1. Oktober 2001 bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Radiologe FMH, ergab einen normalen Befund (act. G 4.1.ZM-15). In einem Verlaufsbericht vom 18. Oktober 2001 führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, die Versicherte klage über leichte Nacken- und sehr starke Kopfschmerzen, die seines Erachtens eindeutig auf das Unfallereignis zurückzuführen seien, da die Versicherte sich vorher noch nie über Kopfschmerzen beklagt habe. Die medikamentöse, chiropraktische und Akupunktur-therapeutische Behandlung habe nur zu einer vorübergehenden Verbesserung des Gesundheitszustands geführt. Der Heilungsverlauf werde nur sehr langsam vonstatten gehen und ein Behandlungsabschluss sei in absehbarer Zeit nicht möglich (act. G 4.1.ZM-16, act. G 4.2.Z24). Ab dem 19. Januar 2002 war die Versicherte zu 50 % arbeitsunfähig (act. G 4.1.ZM-18, act. G 4.1.ZM-19).

e) Am 14. Februar 2002 führte Dr. med. H.\_\_\_\_, Leitender Arzt Neurologie der Klinik Valens, aus, es lasse sich in der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung eine deutliche cervico-vertebrale Symptomatik mit Druckdolenzen und paravertebralem Hartspann rechts mit Schmerzen bei Rotation nach rechts bei global leicht eingeschränkter HWS-Beweglichkeit finden. Die von der Versicherten beklagten Konzentrations- und Gedächtnisprobleme müssten als Folge der chronifizierten Schmerzsymptomatik interpretiert werden. Für eine Schädel-Hirnverletzung ergäben sich weder anamnestisch noch klinisch Hinweise. Es sei eine stationäre Behandlung indiziert (act. G 4.1.ZM-20).

f) Im März 2002 liess die Zürich den Unfallhergang und die aktuelle Beschwerdesituation durch ihr Schadenzentrum abklären (act. G 4.2.Z42-43). Dr. B.\_\_\_\_ listete in einem undatierten Schreiben, das der Zürich am 7. Mai 2002 zuging, die von ihm als Hausarzt seit 1994 bis zum Unfallereignis erbrachten Behandlungen auf (act. G 4.1.ZM-21). Am 8. August 2002 führte T.\_\_\_\_, dipl. Homöopath SHI und kantonal approbierter Naturheilpraktiker, zuhanden der Zürich aus, dass er die Versicherte seit 1993 unter anderem wegen Erkältungsneigung und Kopfschmerzen im Zusammenhang



mit Erkältungen behandle. Es habe sich diesbezüglich eine Besserung eingestellt, jedoch hätten nach der Gehirnerschütterung vom 22. Juni 1998 die Nackenverspannungen und Kopfschmerzen wieder zugenommen, wobei sich letztere als sehr therapieresistent erwiesen hätten (act. G 4.1.ZM-22).

g) Vom 17. April bis 8. Mai 2002 befand sich die Versicherte stationär in der Klinik Valens. Im Austrittsbericht vermerkte Dr. med. I.\_\_\_\_, Abteilungsarzt Rheumatologie, dass die durchgeführte Therapie eine leichte Verbesserung der Halswirbelsäulenbeweglichkeit, eine bessere Haltung und eine minime Verbesserung der objektiven Rumpfkraftmessparameter ergeben habe. In der neuropsychologischen Diagnostik habe sich ein leicht beeinträchtigtes Leistungsprofil ergeben, wobei aber möglich sei, dass Faktoren wie Krankheits- und Schmerzverarbeitung einen Einfluss ausgeübt hätten (act. G 4.1.ZM-24).

h) Am 8. Juli 2002 erstattete Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, im Auftrag der Zürich ein Gutachten. Er führte aus, das heftige Kopfweh mit Schwindel und Übelkeit kurz nach dem Unfall sei Beleg dafür, dass eine Hirnerschütterung mit minimaler Hirnschädigung stattgefunden habe. Durch den linksseitigen Kopfanprall sei die Halswirbelsäule unvermittelt nach rechts abgeknickt worden. Es handle sich dabei um eine Abknickverletzung der Halswirbelsäule und nicht um eine HWS-Distorsion, die in Verlauf und Intensität weniger gravierend sei als eine Abknickverletzung. Die festzustellende therapieresistente, chronische Kopfwehproblematik könne die Folge einer Überforderungssituation aufgrund der erlittenen Hirnerschütterung sein, wobei das unmittelbar traumatische Kopfweh in ein Spannungstypkopfweh übergehen könne und die Gefahr bestehe, dass sich eine medikamenteninduzierte Cephalaea hinzugeselle. Diese Beschwerden entzögen sich der körperlichen Untersuchung und insbesondere auch den bildgebenden Zusatzuntersuchungen. Da er keine krankhaften neurologischen Befunde feststellen könne, komme er zur Diagnose einer vorwiegend schmerzmittelinduzierten, chronischen Kopfschmerzproblematik, die sich aus der durch die Unfallfolgen bedingten Überforderung am Arbeitsplatz entwickelt habe. Die neuropsychologischen Befunde seien primär und unmittelbar posttraumatisch. Das Beschwerdebild und der Verlauf liessen einen Kausalzusammenhang zum Unfall als überwiegend wahrscheinlich erscheinen. Therapeutisch sei eine vollkommene Absetzung sämtlicher Schmerzmittel in stationärem Rahmen angezeigt (act. G



4.1.ZM-41). In der Folge hielt sich die Versicherte vom 3. bis 30. November 2002 stationär in der Schmerzlinik Kirschgarten in Basel auf, wo Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, ein posttraumatisches cervicocephales Syndrom (bei Status nach HWS-Distorsion im Juni 1998 mit Commotio cerebri und Schulterkontusion links, Osteochondrose mit Instabilität C5/6 und möglicherweise C 3/4 und C 4/5 sowie neuropsychologischem Defizit) sowie eine schwere posttraumatische Insomnie (Periodic leg movement-Syndrom und Restless-Legs-Syndrom) diagnostizierte und neben der Fortsetzung der Neuraltherapie im Kopfbereich sowie einer Triggerpunktbehandlung bzw. einer Behandlung der muskulären Verspannungen mittels dry needling auch eine psychiatrische Behandlung empfahl (act. G 4.1.ZM-36, act. G 4.1.ZM-34). In der Folge stellte Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, dass keine posttraumatische Belastungsstörung, jedoch eine leichtgradige depressive Entwicklung im Zuge der Beeinträchtigung durch Schmerzen und der konsekutiven beruflichen Einschränkung der Versicherten bestehe. Zur Behandlung sei die Psychopharmaka-Therapie umgestellt und eine psychotherapeutische Begleitung vorgenommen worden. Die Behandlung sei im September 2003 abgeschlossen worden (act. G 4.1.ZM-39). Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesie, führte am 6. November 2003 aus, dass mit therapeutischen Infiltrationen und gepulsten Radiofrequenzläsionen eine gute Wirkung bezüglich des linksseitigen Kopfschmerzes erreicht worden sei. Rechtsseitig sei es zu einer teilweisen Schmerzreduktion gekommen. Nach einer gepulsten Radiofrequenz sei tagsüber auch der Stirnkopfschmerz deutlich verbessert worden, jedoch sei es gemäss Angaben der Versicherten nicht zu einer Verbesserung der nächtlichen Kopfschmerzen gekommen (act. G 4.1.ZM-40).

i) Am 12. März 2004 gab die Zürich bei der Begutachtungsstelle MEDAS in Bern (nachfolgend: MEDAS) eine interdisziplinäre Begutachtung in Auftrag (act. G 4.2.Z200-203). Im Gutachten vom 3. August 2005 diagnostiziert die MEDAS eine morbide Adipositas, ein chronisches Cervicocephales und rechtsseitiges Cervicobrachiales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in den rechten Schultergürtel (bei einer beginnenden Diskopathie der Cervicalen Bewegungssegmente C4/5 und C5/6, einem Zustand nach erfolgreicher, rechtsseitiger Fazetteninfiltration C 3/4 im November 2002 und einer Schmerzverstärkung im Liegen durch unphysiologische Achsenverhältnisse Kopf-Hals-Schultergürtel in Folge morbider



Adipositas), ein ausgedehntes Weichteilschmerzsyndrom, einen Zustand nach Commotio cerebri am 22. Juni 1998 und eine Insomnie mit Periodiclegmovement-Syndrom und Restless-Legs-Syndrom. Zur Beurteilung führt die MEDAS aus, es sei höchstwahrscheinlich davon auszugehen, dass die Versicherte beim Unfallereignis vom 22. Juni 1998 eine Gehirnerschütterung erlitten habe. Erst ein Jahr später sei ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule erstmals zur Sprache gekommen. Bild gebend seien keine traumatischen, sondern nur degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule verzeichnet worden. Bisher sei nur eine leichtgradige depressive Symptomatik behandelt worden, die jedoch auf die chronischen Schmerzen zurückzuführen sei. Die zur Zeit vorhandenen Beschwerden seien nur möglicherweise auf den Unfall als alleinige Ursache oder conditio sine qua non zurückzuführen (act. G 4.1.ZM-42/1-36).

j) Am 30. August 2005 wurde das MEDAS-Gutachten der Versicherten zur Einsicht- und Stellungnahme zugestellt (act. G 4.2.Z273). Am 15. September 2005 liess die Versicherte ausführen, das Gutachten sei wegen diverser Mängel kaum als Entscheidungsbasis geeignet. Seit März 2005 sei sie in psychiatrischer und psychologischer Behandlung, weshalb nicht nachvollziehbar sei, dass keine psychiatrische Zusatzbegutachtung durchgeführt worden sei. Auch sei der Verzicht auf eine neuropsychologische Testung angesichts früher festgestellter neuropsychologischer Ausfälle nicht nachvollziehbar. Zudem bestünden Widersprüche zwischen dem Haupt- und den Zusatzgutachten und das Gutachten setze sich mit der früheren Beurteilung durch Dr. J.\_\_\_\_ nicht auseinander. Es werde auch nicht begründet, weshalb die Chronifizierung der Schmerzen als unfallfremd zu beurteilen sei. Gar nicht nachvollziehbar sei sodann, wie die Chronifizierung der Schmerzen ohne das Unfallereignis ab dem Februar 1999 ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt hätte (act. G 4.2.Z280-282). Am 6. Januar 2006 teilte die Zürich der Versicherten mit, aufgrund des MEDAS-Gutachtens könne davon ausgegangen werden, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfallereignis nicht mehr mit dem nötigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gegeben sei. Selbst wenn die natürliche Kausalität gegeben wäre, sei aufgrund des banalen Unfallereignisses kein adäquater Kausalzusammenhang gegeben. Selbst wenn von einem mittleren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen ausgegangen würde, müsste die Adäquanz verneint werden, weil von den Kriterien gemäss der



bundesgerichtlichen Rechtsprechung deren fünf eindeutig nicht erfüllt seien, und es somit am gehäuften und auffallenden Vorliegen der einschlägigen Kriterien fehle. Das Kriterium "Dauerbeschwerden" sei ebenfalls nicht erfüllt, weil gemäss dem Gutachten das Cervicovertebrale resp. Cervicobrachiale Syndrom schon vor dem Unfall abgeklärt und behandelt worden sei und lediglich Kopfschmerzen immer wieder zum Beschwerdebild beigetragen hätten. Zu erwägen sei daher lediglich, ob das Kriterium "Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit" erfüllt sei, was jedoch offen bleiben könne, da dieses für sich alleine nicht genüge, die Adäquanz zu bejahen. Zudem habe bereits ab dem März 1999 wieder volle Arbeitsfähigkeit bestanden. Weil der adäquate Kausalzusammenhang fehle, sei die Leistungseinstellung ab August 2005 zu bestätigen (act. G 4.2.Z292-298).

k) Am 2. Dezember 2005 diagnostizierte Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, neben einem posttraumatischen Cervicocephalen Syndrom und einer schweren posttraumatischen Insomnie mit Restless-Legs-Syndrom eine rezidivierende depressive Störung, bestehend seit 2002, wobei gegenwärtig eine mittelgradige depressive Episode bestehe (act. G 4.1.ZM-43). Ab April 2006 befand sich die Versicherte im Kantonsspital St. Gallen in Behandlung, wo eine Exazerbation der chronisch persistierenden Cervicocephalgien festgestellt und eine physiotherapeutische Behandlung angeordnet wurde (act. G 4.1.ZM-44 bis 47).

l) Am 28. April 2006 erliess die Zürich eine ihre Leistungspflicht ab dem 1. August 2005 verneinende Verfügung, welche sie auch der Krankenkasse CSS eröffnete (act. G 4.2.Z315, act. G 4.2.Z317).

B.- a) Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte am 30. Mai 2006 Einsprache und beantragte deren Aufhebung und die weitere Ausrichtung der gesetzlichen Versicherungsleistungen ab dem 1. August 2005. In der Begründung hält sie an ihrer Kritik am MEDAS-Gutachten fest (act. G 4.2.Z370). Auf Aufforderung der Zürich ergänzte die Versicherte am 6. Juli 2006 ihre Einsprachebegründung. Sie führte aus, dass es zwar zutrefte, dass sie im März 1999 vorübergehend die Arbeit wieder aufgenommen habe, jedoch sei sie dabei keineswegs beschwerdefrei gewesen, sondern habe so gut als möglich durchgehalten. Die zeitweilig ausgeübte Arbeitstätigkeit könne den natürlichen Kausalzusammenhang nicht aufheben. Im



Gutachten nicht berücksichtigt sei sodann die psychische Entwicklung ab März 2005. Es stehe keineswegs fest, dass nur noch psychische Unfallfolgen vorlägen, da im MEDAS-Gutachten keine derartige Diagnose gestellt werde, sondern organische Befunde aufgelistet würden. In Anwendung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sei der adäquate Kausalzusammenhang zu bejahen, da von einem Unfall im mittleren Bereich auszugehen sei, der zu einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung und zu Dauerbeschwerden geführt habe. Auch die Arbeitsunfähigkeit daure noch an (act. G 4.2.Z373).

b) Am 26. Juli 2006 erstattete Dr. med. O.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zuhanden der Zürich eine Stellungnahme, worin sie eindeutige Brückensymptome zwischen Juli 1998 und Februar 1999 sowie zwischen März 1999 und dem Jahr 2000 verneinte, das MEDAS-Gutachten als schlüssig beurteilte und die Notwendigkeit einer psychiatrischen Begutachtung verneinte. Sie verneinte auch die eindeutige Dominanz einer psychischen Problematik unmittelbar nach dem Unfall und das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung oder einer Anpassungsstörung. Die physischen Beschwerden, die hauptsächlich Folgeerscheinungen der ausgeprägten Adipositas und degenerativer Veränderungen seien, stünden nicht im Vordergrund, spielten aber insofern eine Rolle, als sie auf dem Boden der charakterlichen Konstitution der Versicherten verstärkt wahrgenommen und im Rahmen einer Symptomausweitung verarbeitet worden seien (act. G 4.1.ZM-48). Die Versicherte kritisierte den Bericht von Dr. O.\_\_\_\_ als unvollständige Aktenbeurteilung, wobei von unbelegten Annahmen und Hypothesen ausgegangen werde. Die Fachärztin für Psychiatrie und Psychologie nehme zudem zu Fragen ausserhalb ihres Fachgebiets Stellung und setze sich nicht mit dem Bericht von Dr. N.\_\_\_\_ auseinander. Verwertbar sei einzig die Feststellung, dass keine somatoforme Schmerzstörung vorliege (act. G 4.2.Z374).

c) Mit Entscheid vom 23. August 2006 wies die Zürich die Einsprache ab. Im Gutachten werde ausgeführt, dass ein Kausalzusammenhang nicht überwiegend wahrscheinlich erscheine. Das Gutachten sei nach der Beurteilung von Dr. O.\_\_\_\_ schlüssig, sodass darauf abgestellt werden könne. Da zwischen dem 9. Juli 1998 und dem 9. Februar 1999 sowie zwischen dem 22. März 1999 und dem 18. Januar 2002 volle Arbeitsfähigkeit bestanden habe und keine Brückensymptome vorlägen, entfalle der natürliche Kausalzusammenhang schon aus diesem Grund. Weil keine organisch



nachweisbaren Funktionsausfälle vorlägen, spiele die Adäquanz eine selbstständige Rolle. Es sei von einem leichten Unfall auszugehen, weshalb die Adäquanz ohne weiteres zu verneinen sei, was selbst für einen mittelschweren Unfall zu gelten hätte (act. G 4.2.Z375).

C.- a) Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die Beschwerde vom 21. November 2006, mit der die Beschwerdeführerin unter Entschädigungsfolge die weitere Leistungsausrichtung beantragt und ein Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung stellt. Zur Begründung führt sie aus, auf das MEDAS-Gutachten, das den natürlichen Kausalzusammenhang der Gesundheitsbeschwerden zum Unfall verneine, könne wegen verschiedener Mängel nicht abgestellt werden. So halte sich das Gutachten nicht an die Kriterien der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Beurteilung von HWS- und äquivalenten Verletzungen. Es sei auch nicht umfassend und beruhe nicht auf allseitigen Untersuchungen, weil auf eine psychiatrische Zusatzbegutachtung verzichtet worden sei, obwohl sie seit März 2005 wieder in psychiatrischer Behandlung stehe und eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert worden sei. Zu Unrecht sei auch auf eine neuropsychologische Testung verzichtet worden, da bereits früher neuropsychologische Ausfälle festgestellt und mit dem Unfall in Zusammenhang gebracht worden seien. Das Gutachten sei auch widersprüchlich. So seien nach den Zusatzgutachten und den Ergänzungen dazu die noch vorhandenen Beeinträchtigungen zum Unfall kausal, während das Hauptgutachten von einem höchstens möglicherweise kausalen Zusammenhang ausgehe. Auch die Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeit im Hauptgutachten stünden zu jener im rheumatologischen Zusatzgutachten im Widerspruch. Sodann setze sich das Gutachten nicht mit den weiteren Vorakten auseinander und die Differenzen zur gutachterlichen Beurteilung durch Dr. J. \_\_\_ würden nicht plausibel erklärt. Verschiedene Schlussfolgerungen im Gutachten seien sodann weder nachvollziehbar noch begründet, so vor allem die Aussagen zum Kausalzusammenhang. So werde ohne entsprechende Abklärung ausgeführt, dass das Ausmass der subjektiv empfundenen kognitiven Defizite nicht objektiviert und nicht mit dem Unfall erklärt werden könne. Auch werde die Chronifizierung der Schmerzen ohne Begründung als unfallfremd beurteilt. Schon gar nicht nachvollziehbar sei dann, wie die Chronifizierung der Schmerzen ohne das Unfallereignis aus ihrer eigenen Dynamik heraus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Arbeitsfähigkeit der Versicherten ab Februar



1999 beeinträchtigt haben sollte. Dass sie im März 1999 trotz Beschwerden die Arbeit wieder aufgenommen habe, sei ihr zugute zu halten und nicht als Aufhebung des natürlichen Kausalzusammenhangs zu sehen. An der bereits geäusserten Kritik an der Aktenbeurteilung durch Dr. O.\_\_\_\_ halte sie fest. Zu beachten sei in diesem Zusammenhang, dass Dr. O.\_\_\_\_ offensichtlich in einem Anstellungsverhältnis zur Beschwerdegegnerin stehe und keine unabhängige Ärztin sei, wie sie sich auf dem Briefkopf ausbebe. Es stehe sodann nicht fest, dass nur noch psychische Unfallfolgen vorlägen. Die Diagnosen des posttraumatischen Cervicocephalen Syndroms und der schweren, posttraumatischen Insomnie mit Restless-Legs-Syndrom stützten sich auch auf organische Befunde. Beim Unfall habe sie eine HWS-Verletzung und eine Schädelprellung erlitten. Seither lägen die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen vor, ohne dass diese im Vergleich zur psychischen Problematik ganz in den Hintergrund getreten seien. Damit komme die Rechtsprechung gemäss BGE 117 V 366 zur Anwendung. Es sei von einem Unfall im mittleren Bereich auszugehen, der eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung und Dauerbeschwerden zur Folge gehabt habe. Eine somatoforme Schmerzstörung sei sodann nicht diagnostiziert worden. Auch sei es nicht zulässig, die Versicherungsleistungen im Abklärungsstadium einzustellen (act. G 1).

b) Am 23. November 2006 bewilligte der Präsident des Versicherungsgerichts der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtsverteidigung durch ihren Rechtsvertreter, Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Braun, Mels (act. G 3).

c) Mit Beschwerdeantwort vom 11. Dezember 2006 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Es sei von einem banalen Unfallereignis auszugehen. Dr. C.\_\_\_\_ habe fälschlicherweise eine HWS-Distorsion diagnostiziert, die jedoch beim Anprall von Schulter und Kopf am Lifttürrahmen aus physiologischen Gründen gar nicht habe auftreten können. Auch eine Abknickverletzung, wie sie Dr. J.\_\_\_\_ angenommen habe, sei nicht denkbar, weil eine unphysiologische Überdehnung der HWS beim Abnicken des Kopfes nach rechts oder links durch die Schulterpartie verhindert werde. Die Beschwerdeführerin lege nicht dar, inwiefern sich das MEDAS-Gutachten nicht an den höchstrichterlichen Kriterien zur medizinischen Beurteilung von HWS- und äquivalenten Verletzungen halte. Die Gutachter seien zu Recht von keiner HWS-Distorsion oder einer Abknickverletzung ausgegangen, zumal auch beim Vorliegen



einer solchen Verletzung die Schmerzen anfänglich heftiger und später abklingend gewesen wären und nicht umgekehrt, wie das bei der Beschwerdeführerin der Fall sei. Im vorliegenden Fall sprächen weder das Unfallgeschehen noch der posttraumatische Verlauf überwiegend wahrscheinlich für eine HWS-Distorsion. Die Kritik am Verzicht auf ein psychiatrisches Zusatzgutachten sei rechtsmissbräuchlich, weil die Beschwerdeführerin selber anlässlich der Begutachtung einen solchen Verzicht gefordert habe. Zudem ergebe sich aus dem Bericht von Dr. N.\_\_\_\_ nur ein bescheidener psychopathologischer Befund, der nicht adäquat unfallkausal sein könne. Auch der Verzicht auf eine neuropsychologische Testung sei begründet gewesen. Das MEDAS-Gutachten erscheine nur bei oberflächlicher Betrachtung teilweise widersprüchlich. Die Gutachter hätten sich intensiv mit der Problematik der Unfallkausalität auseinandergesetzt und die Zusatzgutachter hätten das Hauptgutachten mitunterzeichnet. Dr. P.\_\_\_\_ befürworte in seinem Zusatzgutachten zwar den ursächlichen Zusammenhang der Beschwerden mit dem Unfall, stütze sich dabei aber nur auf die Aussage der Beschwerdeführerin, alle Beschwerden hätten nach dem Unfall angefangen. Er habe sich nur auf die anamnestische Angabe gestützt und den ursächlichen Zusammenhang nur gestützt auf die zeitliche Abfolge bejaht. Im Hauptgutachten sei aber festgehalten worden, dass bereits vor dem Unfall ein Cervicovertebrales resp. Cervicobrachiales Syndrom bestanden habe, womit die anamnestische Grundlage, auf die sich Dr. P.\_\_\_\_ gestützt habe, nicht zutreffend gewesen sei. Damit werde klar, weshalb der Zusatzgutachter seine Aussage später revidiert und der blossen Möglichkeit des Zusammenhangs zugestimmt habe. Zu beachten sei ferner, dass für Dr. P.\_\_\_\_ das Weichteilsyndrom, das er nur in einem möglichen Zusammenhang zum Unfall sah, als Ursache der Beschwerden im Vordergrund gestanden habe. Dasselbe gelte für das Zusatzgutachten von Dr. Q.\_\_\_\_, der seine Einschätzung ebenfalls aufgrund der vorbestehenden Symptomatik geändert habe. Auch bezüglich der unterschiedlich eingeschätzten Arbeitsunfähigkeit sei kein Widerspruch ersichtlich, weil Dr. P.\_\_\_\_ die Arbeitsunfähigkeit bezüglich des Weichteilssyndroms eingeschätzt habe, während das Hauptgutachten die Arbeitsunfähigkeit nur bezüglich der unfallbedingten Gesundheitsstörungen beantworte. Da ab dem Februar 1999 keine unfallbedingte Gesundheitsstörungen mehr vorgelegen hätten, habe der Versicherten ab diesem Zeitpunkt auch keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden können. Schliesslich hätten die MEDAS-



Gutachter das Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ gekannt und es auch in ihre Beurteilung einbezogen. Das MEDAS-Gutachten sei nachvollziehbar und besonders in der interdisziplinären Würdigung überzeugend begründet (act. G 4).

d) Mit Replik vom 11. Januar 2006 führt die Beschwerdeführerin aus, das Unfallereignis sei keineswegs so harmlos gewesen, wie dies die Beschwerdegegnerin darstelle. Der Zeuge, der den Unfallhergang zwar nicht beobachtet habe, berichte von einem heftigen Knall, den er wahrgenommen habe. Damit sei belegt, dass sie äusserst heftig gegen die metallene Kante der Türöffnung des Lifteingangs geprallt sei. Auch sei von einem Sturz auszugehen, da der Zeuge nur die Sturzposition und nicht die Endlage der Versicherten nachgestellt habe. Die Beschwerdegegnerin verharmlose auch die unmittelbar nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden. Sie habe zunächst der Oberschwester vom Sturz berichtet und habe nach einer Kaffeepause weitergearbeitet. Aufgrund von Schwindel, Kopfschmerzen und Übelkeit sei sie aber früher nach Hause gegangen. Am nächsten Tag habe sie den Personalarzt und zwei Tage später Dr. U.\_\_\_\_ aufgesucht, der ein Computertomogramm veranlasst habe. Am 28. Juni 1998 sei sodann der halb-notfallmässige Eintritt ins Spital Walenstadt erfolgt. Damit seien von Anfang an gravierende und ernstzunehmende Symptome vorgelegen. Die Ausführungen der Beschwerdegegnerin zum Verlauf der Gesundheitsbeschwerden täuschten darüber hinweg, dass im Wesentlichen immer die gleichen Gesundheitsbeeinträchtigungen bestanden hätten. Es werde zu Unrecht eine HWS-Verletzung in den Vordergrund gestellt. In erster Linie sei ein Schädelhirntrauma belegt (act. G 6).

e) Mit Duplik vom 19. Januar 2007 hält die Beschwerdegegnerin daran fest, dass nur ein leichtes Unfallereignis vorliege (act. G 8).

D.- Beide Parteien haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet (act. G 10, act. G 12).

II.

1.- Am 1. Januar 2003 sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) und die dazugehörige Verordnung (ATSV;



SR 830.11) in Kraft getreten. Nachdem vorliegend Leistungen ab dem 1. August 2005 streitig sind, ist dieses neue Gesetz anwendbar. Der Gesetzesänderung kommt insofern nur beschränkte Tragweite zu, als mit dem Inkrafttreten des ATSG an den von der Rechtsprechung entwickelten Begriffen der Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Invalidität und Bemessung der Invalidität nichts Grundlegendes geändert hat (BGE 130 V 345 ff. Erw. 3.1 bis 3.4; RKUV 2004 Nr. U 529 S. 572). Auch bezüglich des unfallversicherungsrechtlichen Begriffs des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs und dessen Bedeutung als eine Voraussetzung für die Leistungspflicht nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) hat das ATSG zu keinen Änderungen geführt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialversicherungsrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) vom 5. November 2004, i.S. C., U 106/04, Erw. 2 mit Hinweisen).

2.- a) Gemäss ständiger Praxis des EVG 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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 119 V 338 und 118 V 289). 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). Adäquat ist der Kausalzusammenhang dann, wenn ein Ereignis geeignet ist, den eingetretenen Erfolg zu bewirken, so dass an andere Ursachen vernünftigerweise nicht zu denken ist (BGE 117 V 359 und 112 V 30). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 E. 3a). Nicht jeder natürliche Kausalzusammenhang ist zugleich in rechtlicher Hinsicht adäquat. Der adäquate Kausalzusammenhang ist ein Korrektiv zum naturwissenschaftlichen Ursachenbegriff, der vom Recht als natürliche Kausalität übernommen wurde, aber der Einschränkung bedarf, um für die rechtliche Verantwortlichkeit tragbar zu sein und eine vernünftige Begrenzung der Haftung zu ermöglichen (BGE 122 V 415 E. 2c und 123 III 110 E. 3a).



b) Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (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). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung der adäquaten Kausalität, können doch gerade klinische Befunde erfahrungsgemäss auch psychisch ausgelöst werden. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass eine versicherte Person eine Schleudertraumaverletzung erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber 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).

c) Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo



ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich dabei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 Erw. 2 mit Hinweisen). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrehen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 Erw. 3b). Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteile des EVG i.S. Z. vom 18. Dezember 2003, U 258/02 und i.S. O. vom 31. August 2001, U 285/00).

d) Die Formel "post hoc ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, kann nicht als Beweis betrachtet werden und erlaubt nicht, einen natürlichen Kausalzusammenhang mit der im Unfallversicherungsrecht geforderten überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen (BGE 119 V 340 Erw. 2b/bb).

e) 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 334; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 f.).

3.- Im vorliegenden Fall verneint das Gutachten der MEDAS einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden der Beschwerdeführerin und dem Unfallereignis vom 22. Juni 1998 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens ab dem 10. Februar 1999. Streitig sind indessen nur die Leistungen der Beschwerdegegnerin ab dem 1. August 2005. Es ist demnach lediglich zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen ab dem genannten Zeitpunkt mangels Kausalzusammenhangs zum Unfallereignis einstellen durfte.

4.- a) Im Rahmen des MEDAS-Gutachtens wurde ein rheumatologisches und ein neurologisches Teilgutachten erstellt. Im rheumatologischen Teilgutachten vom 8. November 2004 sowie einer Ergänzung dazu vom 8. Dezember 2004 kam Dr. med. P.\_\_\_\_ zum Schluss, die Beschwerden der Versicherten am Bewegungsapparat seien als chronisches cervicocephales und cervicobrachiales Syndrom zu bezeichnen, wobei eine pseudoradikuläre Schmerzausstrahlung in den rechten Schultergürtel, wahrscheinlich auf der Grundlage einer beginnenden Diskopathie der Segmente C4/C5 und C5/C6 bestehe. Für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedeutungsvoller sei ein generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom mit ausgedehnten Weichteildruckdolenzen am ganzen Schultergürtel, an den Ellbogengelenken, entlang der Wirbelsäule und am Beckenskelett, wobei die Druckdolenzen auf die erhebliche Pannikulose zurückzuführen seien, jedoch auch eine somatoforme Schmerzentwicklung in Betracht falle. Der Unfall vom 22. Juni 1998 sei überwiegend wahrscheinlich die Ursache der geklagten gesundheitlichen Beschwerden. Als unfallfremder Faktor zu berücksichtigen sei das ausgedehnte weichteilrheumatische Syndrom, wobei auch dieses möglicherweise in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehe (act. G 4.1.ZM-42/37-42). Im neurologischen Zusatzgutachten vom 8. Oktober 2004 sowie einer Ergänzung dazu vom 10. Juni 2005 kam Dr. med. Q.\_\_\_\_ zum Schluss, dass keine krankheitswertige neurologische Störung bestehe.



Ohne Hinweise auf neuropsychologisch relevante Ausfälle sei keine entsprechende Testung vorzunehmen. Die Versicherte habe am 22. Juni 1998 vermutlich eine Commotio cerebri mit Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Schwindelzuständen, Gedächtnisstörungen, Schlafstörung und Sehstörungen erlitten, wobei sich die Beschwerden chronifiziert hätten. Bei den geklagten Kopfschmerzen handle es sich um einen chronischen, posttraumatischen Kopfschmerz vom Spannungstyp, wobei auch ein medikamenteninduzierter Dauerkopfschmerz zusätzlich oder differentialdiagnostisch denkbar sei. Die noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Kopf- und Nackenschmerzen) seien auf den Unfall als alleinige oder als Teilursache zurückzuführen (act. G 4.1.ZM-42/43-49). Im Gesamtgutachten diagnostiziert die MEDAS eine morbide Adipositas, ein chronisches Cervicocephales und rechtsseitiges Cervicobrachiales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in den rechten Schultergürtel (bei einer beginnenden Diskopathie der Cervicalen Bewegungssegmente C4/5 und C 5/6, einem Zustand nach erfolgreicher, rechtsseitiger Fazetteninfiltration C 3/4 im November 2002 und einer Schmerzverstärkung im Liegen durch unphysiologische Achsenverhältnisse Kopf-Hals-Schultergürtel infolge morbidier Adipositas), ein ausgedehntes Weichteilschmerzsyndrom, einen Zustand nach Commotio cerebri am 22. Juni 1998 und eine Insomnie mit Periodiclegmovement-Syndrom und Restlesslegs-Syndrom. In der Beurteilung führt die MEDAS aus, dass die Versicherte nach ihren Schilderungen, die als einzige das Ereignis vom 22. Juni 1998 dokumentierten, höchstwahrscheinlich eine Commotio cerebri erlitten habe. Dies entspreche durchaus dem drei Tage nach dem Unfall erstellten, unauffälligen Computertomogramm des Neurocraniums, da bei einer Gehirnerschütterung anatomische Veränderungen definitionsgemäss nicht zu finden seien. Eine Gehirnerschütterung heile in der Regel folgenlos ab. Dieser Verlauf habe sich anfänglich auch bei der Versicherten abgezeichnet, da sie die Berufstätigkeit schon nach kurzer Zeit wieder voll aufgenommen habe. Nach der ersten Woche mit vollem Pensum habe die Versicherte dann spontan die erstbeurteilende Neurologin aufgesucht und hauptsächlich über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen geklagt. Erst im Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_, das knapp ein Jahr nach dem Unfallereignis erstellt wurde, sei ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule erstmals zur Sprache gekommen. Ende März 1999 habe die Versicherte ihre volle Arbeitsfähigkeit wieder erlangt. Darüber hinaus habe sie sich zur Diabetesschwester qualifiziert, in Kursen



komplementärmedizinische Therapieanwendungen erlernt, sich aktiv im Berufsverband beteiligt und am Arbeitsplatz zunehmend spezialisierte Aufgaben übernommen. Bezüglich der Halswirbelsäule habe keine der bildgebenden Untersuchungen traumatische Veränderungen gezeigt, es seien einzig degenerative Veränderungen auf der Höhe C4/5 und C5/6 vorhanden. Diese Segmente wiesen jedoch auch in der Normalbevölkerung oft degenerative Veränderungen auf, ohne jedoch Symptome hervorzurufen. In der psychiatrischen Behandlung sei keine eigenständige psychische Störung von Krankheitswert diagnostiziert worden, die leichtgradige depressive Symptomatik sei auf die Beeinträchtigung durch die chronischen Schmerzen zurückzuführen. In der gutachterlichen Untersuchung habe sich abgesehen von der Adipositas keine pathologische Besonderheit gezeigt. Auch der neurologische und der rheumatologische Zusatzgutachter hätten keinen Befund erhoben, der die vorhandenen Beschwerden zu erklären vermöchte. Auf Wunsch der Versicherten und weil während der mehrstündigen Erstkonsultation keine psychische Auffälligkeit erkennbar gewesen sei, habe keine psychiatrische Zusatzbegutachtung stattgefunden. Die Versicherte sei den fordernden Befragungen der Gutachtensärzte aufmerksam, konzentriert und ohne offensichtliche Gedächtnisschwäche gefolgt, sodass auch auf eine erneute neuropsychologische Testung verzichtet worden sei, zumal sich die Schwierigkeiten der Interpretation der Resultate hinsichtlich Unfallkausalität bereits im Jahr 2002 so deutlich gezeigt hätten, dass von einer erneuten Testung kein wesentlicher Erkenntnisgewinn zu erwarten gewesen wäre. Nach Ansicht des rheumatologischen Teilgutachters habe sich neben dem Cervicocephalen und dem rechtsseitigen Cervicobrachialen mittlerweile ein ausgedehntes Weichteilsyndrom ausgebildet, welches das derzeitige Beschwerdebild hauptsächlich präge. Aus interdisziplinärer Sicht seien die zur Zeit vorhandenen Beschwerden in ihrer Gesamtheit nur möglicherweise auf den Unfall als alleinige Ursache oder *conditio sine qua non* zurückzuführen, da bei der Versicherten schon vor dem Unfall Kopf- und Nackenschmerzen behandelt worden seien und ausserdem pathologisch-anatomische Veränderungen fehlten, die nötig wären, um derart lange, in so hohem Mass therapierefraktäre Beschwerden zu verursachen, wie sie die Beschwerdeführerin bis heute klagt. Die markante Beschwerdezunahme nach einem primär günstigen Verlauf bis mindestens 1999, welcher von den beteiligten Therapeuten und der Versicherten nachträglich in ein schlechteres Licht gerückt werde, sei aus der nunmehr grösseren



zeitlichen Distanz medizinisch nicht nachvollziehbar. Die Zunahme der Kopf- und Nackenschmerzen nach dem Hinlegen lasse sich ausschliesslich durch den bei morbidem Adipositas im Liegen extrem unphysiologischen Winkel zwischen Kopf, Hals und Schultergürtel erklären (act. G 4.1.ZM-42/1-36).

b) Das MEDAS-Gutachten beurteilt den natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 22. Juni 1998. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin kann auf das Gutachten abgestellt werden. Es trifft zwar zu, dass der neurologische und der rheumatologische Konsiliargutachter in ihren Teilgutachten einen natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis als überwiegend wahrscheinlich erachteten. Jedoch wurde in einer Besprechung vom 14. April 2005 eine interdisziplinäre Beurteilung vorgenommen, die Grundlage des Gutachtens bildet (vgl. act. G 4.1.ZM-42/1). Das Gesamtgutachten wurde von den Konsiliargutachtern eingesehen und sie erklärten sich ausdrücklich damit einverstanden (vgl. act. G 4.1.ZM-42/36). Massgebend ist daher die interdisziplinäre Beurteilung aller Gutachter zusammen und nicht die einzelnen Teilgutachten, denn es ist ja gerade Sinn und Zweck des veranlassten Gutachtens, eine polydisziplinäre Begutachtung vorzunehmen und im Konsilium zu einer gemeinsamen Beurteilung zu kommen, die eine Synthese der einzelnen teilgutachterlichen Einschätzungen darstellt. Trotzdem ist der Diskrepanz die erforderliche Aufmerksamkeit zu schenken.

c) Der rheumatologische Teilgutachter Dr. P.\_\_\_\_ erachtete das Unfallereignis vom 22. Juni 1998 aus alleiniger spezialärztlicher Optik mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Ursache der Beschwerden. Er stützte sich dabei auf die Aussage der Beschwerdeführerin, wonach alle Beschwerden nach dem Unfall begonnen hätten. Auf diese Beurteilung allein aufgrund der Aussagen der Beschwerdeführerin kann nicht abgestellt werden, zumal aus den Akten und dem Gesamtgutachten hervorgeht, dass schon vor dem Unfallereignis ein Cervicobrachiales Syndrom bestand (vgl. act. G 4.1.ZM-42/26 sowie act. G 4.1.ZM-21, vgl. auch act. G 4.1.ZM-22). Dr. P.\_\_\_\_ bezeichnete zudem ein generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom als bedeutungsvoller für die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit als das chronische cervicozephal und Cervicobrachiale Syndrom. Dieses Weichteilsyndrom erachtete er indessen als unfallfremd und stellte fest, es könne höchstens in einem möglichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis stehen, weil nicht beantwortet werden



könne, inwieweit eine Schmerzverarbeitungsstörung oder eine Neigung dazu vorbestanden habe (vgl. act. G 4.1.ZM-42/39 sowie act. G 4.1.ZM-42/40). Angesichts dieser Umstände sind die Abweichungen vom Gesamtgutachten ohne weiteres erklärbar und vermögen das Gesamtgutachten nicht zu entkräften.

d) Der neurologische Teilgutachter Dr. Q.\_\_\_\_ erhob in seiner Untersuchung einen neurologischen Normalbefund; er stellte fest, dass sich für die geklagten Beschwerden keine neurologischen Ursachen finden liessen (vgl. act. G 4.1.ZM-42/46). Unter diesen Umständen ist nicht verständlich, wieso aus neurologischer Sicht ein Zusammenhang mit dem Unfallereignis bestehen solle, wie Dr. Q.\_\_\_\_ darlegt (vgl. act. G 4.1.ZM-42/48). Das neurologische Teilgutachten kann damit ebenfalls nicht als im Widerspruch zum Gesamtgutachten stehend betrachtet werden.

e) Dass sodann auf eine psychiatrische Begutachtung verzichtet wurde, vermag den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. Einerseits geschah der Verzicht auf ausdrücklichen Wunsch der Beschwerdeführerin hin, weshalb es in der Tat problematisch erscheint, wenn diese den Verzicht nunmehr als Argument gegen die Beweistauglichkeit des Gutachtens anführt. Andererseits ist zu beachten, dass auch Prof. R.\_\_\_\_, Direktor der Psychiatrischen Poliklinik, das Gesamtgutachten mit unterzeichnet und sich damit einverstanden erklärt hat (vgl. act. G 4.1.ZM-42/36). Damit trägt Prof. R.\_\_\_\_ auch den Entscheid mit, auf eine psychiatrische Teilbegutachtung zu verzichten. Es darf davon ausgegangen werden, dass er die Notwendigkeit einer psychiatrischen Begutachtung anhand der ihm vorliegenden Akten beurteilen konnte.

f) Insgesamt erfüllt das Gutachten der MEDAS die Anforderungen der Rechtsprechung. Es beurteilt den Zusammenhang zum Unfallereignis umfassend, beruht auf polydisziplinärer Untersuchung, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Es ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die Schlussfolgerungen der Experten sind begründet. Dies lässt den Schluss zu, dass zumindest seit dem 1. August 2005 keine leistungseinschränkende organischen Unfallfolgen mehr vorhanden sind, für welche die Beschwerdegegnerin Leistungen zu erbringen hat. Die Leistungseinstellung per 1. August 2005 erfolgte damit zu Recht.



g) Nachdem ab dem besagten Zeitpunkt der natürliche Kausalzusammenhang der Beschwerden mit dem Unfallereignis zu verneinen ist, kann offen bleiben, ob die Beschwerdeführerin überhaupt eine HWS- oder äquivalente Verletzung erlitten hat. Selbst wenn aber entgegen den vorstehenden Ausführungen der natürliche Kausalzusammenhang zu bejahen wäre, so wäre insgesamt von einem leichten Unfallereignis auszugehen, womit in jedem Fall der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen wäre (vgl. BGE 117 V 366 Erw. 6a).

5.- a) Was die Beschwerdeführerin gegen die Beweiskraft des Gutachtens vorbringt, vermag nicht zu überzeugen. So vermag - wie bereits dargelegt (vgl. oben II. 4.e) - der Verzicht auf ein psychiatrisches Teilgutachten die Beweiskraft des Gutachtens nicht zu schmälern. Das Gutachten hatte sich zudem mit der Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs zu beschäftigen, es nahm damit richtigerweise zu dessen Adäquanz keine Stellung und hatte damit auch nicht die Kriterien der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Beurteilung von HWS- und äquivalenten Verletzungen zu berücksichtigen.

b) Der neurologische Teilgutachter begründet den von der Beschwerdeführerin kritisierten Verzicht auf eine neuropsychologische Testung damit, dass es während der ausführlichen und die Beschwerdeführerin fordernden Untersuchung zu keinen relevanten Ausfällen gekommen sei. Dieses Vorgehen erscheint durchaus begründet und vermag daher die Beweiskraft des Gutachtens ebenfalls nicht zu schmälern.

c) Die Beschwerdeführerin bemängelt sodann, das MEDAS-Gutachten setze sich mit den früheren Gutachten nicht auseinander. Hiezu ist vorerst festzuhalten, dass das Gutachten in Kenntnis aller Akten erstattet wurde. Somit waren sich die Gutachter über die abweichenden früheren Einschätzungen der anderen Gutachter durchaus im Klaren. Zudem stellt eine neue gutachterliche Einschätzung eine frühere, anderslautende Einschätzung aufgrund des Zeitablaufs nicht grundsätzlich in Frage. Eine Auseinandersetzung mit einem anderslautenden Gutachten ist sicherlich dann vorzunehmen, wenn über den gleichen Zeitraum eine abweichende Einschätzung vorliegt. Im vorliegenden Fall sind jedoch Versicherungsleistungen ab dem 1. August 2005 streitig. Dazu ist dem Gutachten zu entnehmen, ob in diesem Zeitpunkt noch ein Kausalzusammenhang zum Unfallereignis besteht. Hingegen äussern sich die



Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ hierzu nicht, entsprechend ist diesbezüglich auch kein Widerspruch gegeben. Insoweit das MEDAS-Gutachten rückwirkend eine andere Einschätzung als die früheren Gutachter enthält, kann dessen Beweistauglichkeit offen gelassen werden, da Versicherungsleistungen für einen früheren Zeitpunkt nicht strittig sind.

d) Auch die Ausführungen der Gutachter zur Unfallbezogenheit des Krankheitsverlaufs sind entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin begründet. Sie sind ausführlich und nachvollziehbar. Wiederum ist zu beachten, dass nicht beurteilt werden muss, ob die Beschwerden bereits ab dem 10. Februar 1999 nicht mehr im Zusammenhang mit dem Unfallereignis standen, sondern einzig ob dieser Kausalzusammenhang ab dem 1. August 2005 noch gegeben war.

e) Die Kritik der Beschwerdeführerin an der Aktenbeurteilung durch Dr. O.\_\_\_\_ ist schliesslich unbeachtlich, soweit damit jegliche Relevanz dieser Einschätzung verneint wird. Ob ab dem 1. August 2005 noch ein Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 22. Juni 1998 bestand, ist in erster Linie anhand des MEDAS-Gutachtens und nicht der Einschätzung von Dr. O.\_\_\_\_ zu beurteilen und - wie ausgeführt - zu verneinen. Deren Aktenbeurteilung ist aber wie alle anderen medizinischen Einschätzungen im Gesamtzusammenhang zu würdigen. Dass schliesslich eine besondere Verbindung von Dr. O.\_\_\_\_ zur Beschwerdegegnerin bestehen soll - wie von der Beschwerdeführerin behauptet - wird nicht belegt; auch finden sich in den Akten keine Anzeichen dafür, weshalb diesem Vorwurf keine weitere Beachtung zu schenken ist.

6.- Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Hingegen ist der Vertreter der Beschwerdeführerin zufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung durch den Staat zu entschädigen (vgl. Art. 61 lit. f ATSG). Nach Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes (sGS 963.70) steht dem unentgeltlichen Vertreter ein um 20 % reduziertes Honorar zu. Im vorliegenden Fall erscheint, ausgehend von der üblichen Pauschalentschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer), eine Entschädigung von Fr. 3'200.-- (80 % von pauschal Fr. 4'000.--) als angemessen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht



entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Der Staat entschädigt den Rechtsbeistand der Beschwerdeführerin für das Beschwerdeverfahren mit pauschal Fr. 3'200.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).