Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess
{T 7}
U 371/02

Urteil vom 4. September 2003
III. Kammer

Besetzung
Präsident Borella, Bundesrichter Meyer und nebenamtlicher Richter Maeschi; Gerichtsschreiber Fessler

Parteien
D._____, 1957, Beschwerdeführerin, vertreten durch Fürsprecher Daniel Buchser, Bahnhofstrasse 3, 5734 Reinach,

gegen

"Zürich" Versicherungs-Gesellschaft, Alfred-Escher-Strasse 50, 8022 Zürich, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt Adelrich Friedli, Stationsstrasse 66 A, 8907 Wettswil

Vorinstanz
Versicherungsgericht des Kantons Aargau, Aarau

(Entscheid vom 20. November 2002)

Sachverhalt:
A.
Die 1957 geborene D._____ arbeitete seit Juni 1994 als Schwesternhilfe im Spital M._____ und war bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft (im Folgenden: Zürich) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Am 25. September 1997 fuhr auf der Überholspur der Autobahn ein von hinten kommendes Fahrzeug auf den von ihr gelenkten Personenwagen auf. Wegen hohen Verkehrsaufkommens hatte sie lediglich im Schritttempo fahren können. Bei der ambulanten Untersuchung vom gleichen Tag im Spital N._____ klagte sie über Druckschmerzen an der Halswirbelsäule (HWS), Parästhesien und Schmerzen in den Armen sowie eine leichte Druckdolenz über dem rechten Auge. Im Arztzeugnis UVG vom 14. Oktober 1997 stellten die Spitalärzte die Diagnosen einer leichten HWS-Kontusion und eines Hyperventilationssyndroms. Der behandelnde Arzt Dr. med. H._____ verordnete ambulante Physiotherapie, Medikamente sowie eine Schanz-Krawatte. Die Arbeitsfähigkeit als Schwesternhilfe legte er auf 0 % für die Zeit vom 26. September bis 19. Oktober 1997 und auf 50 % ab 20. Oktober 1997 fest ("Erstes Arztzeugnis bei Unfall" vom 21. November 1997). Im "Zusatzfragebogen bei HWS-Verletzungen" vom 27. November 1997
gab Dr. med. H._____ neben der Hauptdiagnose einer HWS-Distorsion vegetative Begleitsymptome, multiple Irritationszonen im Schultergürtel sowie eine depressive Entwicklung an.

Wegen anhaltender Kopfschmerzen mit gelegentlicher Ausstrahlung in beide Arme wurde D._____ vom 28. November bis 10. Dezember in der Rheumaklinik des Spitals A._____ stationär behandelt. Durch die angewendeten Therapien, u.a. passive und aktive Physiotherapie, konnte eine deutliche Besserung der Beschwerden erzielt werden. Am Tag nach der Entlassung begab sich die Versicherte wegen psychischer De-

kompensation erneut in spitalärztliche Behandlung bis zum 19. Dezember 1997. Die mit einer konsiliarischen Untersuchung beauftragten Ärzte der Psychiatrischen Dienste des Kantons Aargau diagnostizierten eine mittelschwere depressive Episode bei chronisch rezidivierender, aktuell somatisierender Depression (ICD-10 F33.1); differenzialdiagnostisch wurde eine hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2) in Erwägung gezogen (Bericht vom 12. Dezember 1997). Vom 7. April bis 12. Mai 1998 hielt sich D._____ auf Anordnung von Dr. med. H._____ in der Klinik C._____ auf. Die hier erhobenen Befunde gaben keine Anhaltspunkte für eine periphere neurologische (radikuläre) Läsion. Indessen wurde der Verdacht auf neuropsychologische Funktionsstörungen geäussert (Bericht vom 15. Mai 1998). Eine am 3. Juli 1998 in der Klinik E._____ durchgeführte neuropsychologische Untersuchung zeigte mässiggradige Minderfunktionen insbesondere im Bereich der Aufmerksamkeit und der sensorischen Reizverarbeitung. Das aktuelle Störungsbild wurde als durch die chronische Schmerzsymptomatik, Nebenwirkungen der Schmerzmittel und die psychische Reaktion mitbestimmt bezeichnet (Bericht vom 9. Juli 1998).

Nach Therapieversuchen mit Akupunktur und traditioneller chinesischer Medizin sowie nach einer Occipitalisblockade vom 3. November 1999, welche Massnahmen weitgehend erfolglos blieben, wurde D._____ durch den Neurologen Dr. med. U._____ untersucht. Der Facharzt diagnostizierte ein chronifiziertes cervicocephales und rechtsspondylogenes Schmerzsyndrom, Status nach HWS-Distorsionstrauma September 1997, und ein sekundäres Fibromyalgiesyndrom bei Verdacht auf eine Anpassungsstörung mit Depression (Bericht vom 11. Januar 2000). In der vom Haftpflichtversicherer des Unfallverursachers in Auftrag gegebenen Expertise vom 11. Januar 2001 stellte der Psychiater und Psychotherapeut Dr. med. T._____ vom Institut für Medizinische Begutachtung (IMB) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit zurzeit leichter bis mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.1), Spannungskopfschmerzen sowie (differenzialdiagnostisch) einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Zur Unfallkausalität stellte der Gutachter fest, aus psychiatrischer Sicht bestünden keine Unfallfolgen mehr. In einem weiteren beim IMB eingeholten Gutachten vom 10. April 2001 gelangte der Chirurg Dr. med. W._____ zum Schluss, aus somatisch-medizinischer Sicht bestehe (vorbehältlich einer fachärztlich noch nicht abgeklärten Trommelfellperforation) keine Diagnose von Krankheitswert; es lägen ausschliesslich unfallfremde Beeinträchtigungen vor.

Mit Verfügung vom 10. September 2001 lehnte die Zürich die Ausrichtung von Leistungen für die Zeit nach dem 31. Dezember 2000 mit der Begründung ab, die geklagten Beschwerden stünden weder in einem natürlichen noch adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 25. September 1997. Daran hielt der Unfallversicherer mit Einspracheentscheid vom 1. Februar 2002 fest.

B.

D._____ liess beim Versicherungsgericht des Kantons Aargau Beschwerde einreichen und beantragen, in Aufhebung des Einspracheentscheids vom 1. Februar 2002 sei festzustellen, dass sie seit 26. September 1997 vollständig arbeitsunfähig sei, und es seien ihr eine Invalidenrente von 100 % ab diesem Zeitpunkt sowie eine Integritätsentschädigung von 40 % zuzusprechen.

Nach Eingang des vom Rechtsvertreter der Versicherten in Aussicht gestellten neurologischen Gutachtens des Dr. med. K._____ vom 20. April 2002 und nach Vernehmlassung der Zürich wies das kantonale Versicherungsgericht mit Entscheid vom 20. November 2002 die Beschwerde ab, soweit es darauf eintrat.

C.

D._____ führt Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit den Rechtsbegehren, in Aufhebung des kantonalen Gerichtsentscheides sei die Zürich zu verpflichten, ihr ab 1. Januar 2001 eine Invalidenrente von 100 % auszurichten sowie eine Integritätsentschädigung von 40 % zu bezahlen. In beweismässiger Hinsicht wird die Durchführung einer mündlichen Verhandlung mit Anhörung der Beschwerdeführerin sowie die Einvernahme von (näher bezeichneten) Zeugen, eventuell die Einholung eines Obergutachtens beantragt. Es werden mehrere ärztliche Stellungnahmen eingereicht.

Die Zürich schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, während das Bundesamt für Sozialversicherung keine Vernehmlassung einreicht.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.
Im kantonalen Entscheid werden die Begriffe des natürlichen und des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen Unfall, Gesundheitsschaden und dadurch bedingten Einschränkungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit insbesondere bei Schleudertraumen der HWS (vgl. BGE 119 V 335, 117 V 359) als Voraussetzungen der Leistungspflicht des Unfallversicherers, sowie die Rechtsprechung zur Adäquanzbeurteilung bei psychischen Beeinträchtigungen (vgl. BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa und bb; ferner BGE 117 V 383 f. Erw. 4b und c) zutreffend dargelegt. Richtig sind auch die vorinstanzlichen Ausführungen zum Beweiswert ärztlicher Berichte (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c). Darauf wird verwiesen.
1.1 Zu ergänzen ist, dass auch der Wegfall eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und den bestehenden Beschwerden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein muss. Weil es sich dabei um eine leistungsaufhebende Tatsache 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. 45, 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss jedoch nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteile E. vom 12. Dezember 2002 [U 247/02]und O. vom 31. August 2001 [U 285/00]).
1.2 Ferner ist darauf hinzuweisen, dass das am 1. Januar 2003 in Kraft getretene Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) im vorliegenden Fall nicht anwendbar ist. Nach dem massgebenden Zeitpunkt des Einspracheentscheides (hier: 1. Februar 2002) eingetretene Rechts- und Sachverhaltsänderungen haben unberücksichtigt zu bleiben (BGE 127 V 467 Erw. 1, 121 V 366 Erw. 1b, 116 V 248 Erw. 1a).
2.
2.1 Auf Grund der Akten steht fest, dass die Beschwerdeführerin beim Auffahrunfall vom 25. September 1997 ein Distorsionstrauma der HWS (sog. Schleudertrauma) erlitt. Sie klagte innert der von der medizinischen Lehrmeinung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs mit dem Unfall vorausgesetzten Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall (RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29 Erw. 5e und Nr. U 391 S. 308 Erw. 2b; vgl. auch Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden in der schweizerischen sozialen Unfallversicherung, Bern 1990, S. 53) über Nackenbeschwerden und begab sich deswegen in ärztliche Behandlung. Im Anschluss an den Unfall klagte sie über weitere Symptome, wie Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen, welche zum typischen Beschwerdebild von Schleudertraumen und schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS gehören (BGE 117 V 360 Erw. 4b). Anderseits geht aus den medizinischen Unterlagen hervor, dass sich schon kurz nach dem Unfall eine psychische Problematik zeigte, welche nach ärztlicher Auffassung zu einer Chronifizierung der Beschwerden führte. Es stellt sich die Frage, ob die Ende 2000 (Zeitpunkt der Einstellung der Leistungen) und bis zum Erlass des Einspracheentscheids am 1. Februar 2002 (Erw. 1.3) vorhanden gewesenen Beschwerden noch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 25. September 1997 standen.
2.2
2.2.1 In der unfallchirurgischen Expertise des IMB vom 10. April 2001 spricht sich Dr. med. W._____ klar gegen eine Unfallkausalität der bestehenden Beschwerden aus. Unter Berücksichtigung des unfallanalytischen Gutachtens vom 13. Juli 1999, worin eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung Delta-v von 10,5 bis 13,7 km/h (Mittelwert 12,1 km/h) angegeben wird, gelangt er zum Schluss, beim Unfall sei es zu keinem funktionalen oder sogar strukturellen Körperschaden gekommen. Der ohne nachweisbare verletzungsspezifische Befunde mehr als dreijährige Verlauf mit Symptomausweitung sei nicht zuletzt auch als "Therapieschaden" zu werten. Die ebenfalls postulierte Stirnprellung rechts sei pathomechanisch auszuschliessen. Das heutige Beschwerdebild sei unspezifisch und lasse sich organisch nicht zuordnen. Die bei der klinischen Untersuchung gezeigte massive Einschränkung der aktiven HWS-Beweglichkeit entspreche keinem objektiven Befund und stehe in Diskrepanz zur allseits weichen Nacken- und Schultergürtelmuskulatur. Es könne aus somatisch-medizinischer Sicht keine Diagnose von Krankheitswert gestellt werden. Es lägen (gemäss psychiatrischem Gutachten) ausschliesslich unfallfremde Beeinträchtigungen vor.

Im psychiatrischen Gutachten des IMB vom 11. Januar 2001 führt Dr. med. T._____ aus, da eine organische Hirnschädigung ausgeschlossen sei, stelle sich die Frage nach einer posttraumatischen Belastungsstörung. Hie-

für fehlten indessen die Voraussetzungen. Bei den vorbestandenen Kopfschmerzen und psychischen Problemen hätte auch jedes andere im privaten Bereich vorkommende Ereignis in naher Zukunft eine Verschlimmerung bewirkt, sodass es sich beim Unfall lediglich um eine Gelegenheitsursache für das spätere Beschwerdebild handle. Allenfalls könnten die subjektive Verschlimmerung der Kopfschmerzen und der depressiven Verstimmungen als möglicherweise mit dem Unfall in Zusammenhang stehend betrachtet werden. Die heute bestehenden Beschwerden und die Arbeitsunfähigkeit liessen sich aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das bagatelläre Ereignis vom 25. September 1997 zurückführen. Bei der Versicherten liege im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung eine aktuell leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) vor, welche der Behandlung bedürfe. Wegen der ausgeprägten psychosozialen Problematik und emotionalen Konflikte lasse sich auch die Differenzialdiagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10
F45.4) stellen, welche aber nicht unfallkausal sei.
2.2.2 Die Beschwerdeführerin bestreitet den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens mit der Begründung, es beruhe auf ungenügenden Untersuchungen; zudem sei Dr. med. T._____ offensichtlich voreingenommen gewesen. Nicht abgestellt werden könne auch auf die Beurteilung durch Dr. med. W._____. Nach dem Gutachten von Dr. med. K._____ bestünden objektive körperliche Befunde (leichte traumatische Hirnverletzung, mässige neuropsychologische Minderfunktion, kleine subligamentäre Diskushernie, leichte Impression des Rückenmarks auf Höhe C5/6), welche auf den Unfall zurückzuführen seien.

Im Privatgutachten vom 20. April 2002 vertritt Dr. med. K._____ die Auffassung, die heute bestehenden Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 25. September 1997 zurückzuführen. Die Versicherte habe keine einfache HWS-Distorsion, sondern einen Abknickmechanismus mit direkter Einwirkung auf die HWS erlitten. In dessen Folge seien eine kleine Diskushernie sowie eine Impression des Rückenmarks auf Höhe C5/6 festgestellt worden. Aus dem Umstand, dass die Versicherte vor dem Unfall nicht unter Beschwerden der HWS gelitten habe, sei abzuleiten, dass es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um Unfallfolgen handle. Die Versicherte habe beim Unfall eine leichte Commotio cerebri mit Bewusstlosigkeit und kurzer Amnesie erlitten. Neuropsychologisch sei eine leichte traumatische Hirnverletzung ausgewiesen. Unfallfremde Ursachen spielten keine überwiegende Rolle. Es sei nicht anzunehmen, dass die Versicherte ohne den Unfall unter den heute bestehenden Nacken- und Kopfschmerzen, Schwindel, Vergesslichkeit, Müdigkeit, Depression und daneben Schmerzen in den Armen leiden würde. Diese Beschwerden bildeten eindeutig Unfallfolgen und führten zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit.
3.
3.1 Den ärztlichen Beurteilungen liegen unterschiedliche Annahmen hinsichtlich des Unfallhergangs, des Schweregrades des erlittenen HWS-Traumas und der primären Unfallfolgen zugrunde. Während Dr. med. W._____ unter Hinweis auf das unfallanalytische Gutachten und der ermittelten kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) von 10,5 bis 13,7 km/h von einem leichten Trauma ohne Kopfanprall und organische Verletzungen ausgeht, gelangt Dr. med. K._____ zu einer Aufprallgeschwindigkeit von 65 bis 100 km/h und schliesst daraus, der Unfall könne nicht als leicht qualifiziert werden. Des Weiteren nimmt er an, die Beschwerdeführerin habe bei der Kollision vom 25. September 1997 eine traumatische Hirnverletzung (mit neuropsychologischen Defiziten), eine Diskushernie sowie eine Impression des Rückenmarks C5/6 erlitten.
3.1.1 Zur Kritik an der unfallanalytischen Beurteilung ist festhalten, dass bei der von Dr. med. K._____ vorgenommenen Berechnung unberücksichtigt bleibt, dass der von der Beschwerdeführerin gesteuerte Personenwagen im Zeitpunkt des Aufpralls nicht stillgestanden war, sondern sich mit einer geschätzten Geschwindigkeit von 10 bis 20 km/h vorwärts bewegte. Wie im Gutachten vom 13. Juli 1999 ausgeführt wird, ist bei der Beurteilung der auf den Verunfallten einwirkenden Beschleunigungs- bzw. Verzögerungskräfte nicht auf die Kollisionsgeschwindigkeit des auffahrenden Fahrzeugs, sondern auf die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des angefahrenen Fahrzeugs abzustellen. Auf Grund der entsprechenden Angaben kann auch der Annahme des Dr. med. T._____, wonach es sich beim Unfall vom 25. September 1997 um ein bagatelläres Ereignis gehandelt habe, nicht gefolgt werden. Im Übrigen hat die Kausalitätsbeurteilung praxisgemäss nicht gestützt auf unfalltechnische oder biomechanische Gutachten, sondern auf Grund einer sämtliche Aspekte umfassenden Gesamtwürdigung zu erfolgen. Unfallanalytische Erkenntnisse und biomechanische Überlegungen können berücksichtigt werden, bilden für sich allein jedoch keine hinreichende Grundlage hiefür
(Urteile Z. vom 18. März 2003 [U 205/02]und P. vom 14. März 2001 [U 137/00]; vgl. auch Jürg Senn, HWS-/Hirnverletzungen und Biomechanik, in: AJP 1999 S. 625 ff., insbesondere S. 633 f.).

3.1.2 In Bezug auf die primären Unfallfolgen ist den Akten zu entnehmen, dass die Versicherte bei der ambulanten Untersuchung am Unfalltag im Spital N._____ über eine leichte Druckdolenz über dem rechten Auge klagte. Eine Prellmarke konnte nicht festgestellt werden. Der Gesundheitszustand an der Unfallstelle wurde als "mässig" bezeichnet. In der Anamnese fanden sich keine Angaben über eine Bewusstlosigkeit oder Amnesie. Die Spitalärzte stellten die Diagnosen einer leichten HWS-Kontusion und eines Hyperventilationssyndroms (Berichte vom 26. September und 14. Oktober 1997). Dr. med. H._____ erhob bei der Erstuntersuchung am Tag nach dem Unfall als objektiven Befund eine Prellung der Stirne links. Des Weiteren erwähnte er im Bericht vom 27. November 1997 Schwindel, Benommenheit und Bewusstlosigkeit im Anschluss an den Unfall. Er diagnostizierte eine Distorsion der HWS mit Kopfanprall (Abknickmechanismus). Im Bericht vom 2. Februar 1998 sprach Dr. med. H._____ von einem Distorsionstrauma schweren Grades mit einem cervikocephalen und cervicosponylogenen Syndrom sowie einer kleinen Diskushernie C5/6. Von einem HWS-Distorsionstrauma mit Kopfanprall gingen auch die Ärzte der Klinik C._____ und der Neuropsychologe der Klinik E._____ aus (Berichte vom 15. Mai und 9. Juli 1998). Der Verdacht auf eine milde traumatische Hirnschädigung konnte computertomografisch allerdings nicht bestätigt werden. Bei der neuropsychologischen Untersuchung in der Klinik E._____ wurden zwar mässiggradige Minderfunktionen festgestellt. Gleichzeitig wurde jedoch darauf hingewiesen, dass das bestehende Störungsbild durch die chronische Schmerzsymptomatik, Nebenwirkungen der Schmerzmittel und psychische Faktoren mitbestimmt sei (Bericht vom 9. Juli 1998).

Im Zusammenhang mit der am 16. März 1999 röntgenologisch festgestellten Diskushernie C5/6 liess sich sodann keine direkte Nervenkompression nachweisen. Der festgestellte relativ enge Spinalkanal wurde als anlagebedingt beurteilt. Der Neurologe Dr. med. R._____ bezeichnete die Diskushernie als klinisch irrelevant (Bericht vom 27. Mai 1999). Anlässlich einer Kontrolluntersuchung vom 31. Oktober 2000 fand der Röntgenologe einen regredienten Verlauf und lediglich noch einen geringe Impression des Duralsackes ohne Hinweise auf eine signifikante Diskusprotrusion oder Diskushernie. Dem Befund kann für die geltend gemachten körperlichen Beschwerden daher keine wesentliche Bedeutung beigemessen werden. Daran ändert der von Dr. med. K._____ erwähnte Umstand nichts, dass die Versicherte vor dem Unfall nicht an Beschwerden seitens der HWS gelitten habe. Aus diesem Umstand allein kann nicht abgeleitet werden, es handle sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um Unfallfolgen, wie im Privatgutachten vom 20. April 2002 (S. 18 Ziff. 15) festgehalten wird.

Nicht ohne weiteres gefolgt werden kann Dr. med. K._____ auch, soweit er die bestehenden psychischen Beeinträchtigungen als unfallkausal bezeichnet. Zum einen steht auf Grund der Akten fest, dass die Beschwerdeführerin schon im Jahre 1996 wegen rezidivierender depressiver Störungen (bei Dysthymie, depressiver neurotischer Persönlichkeit und chronischem Ehekonflikt sowie Status nach Suizidversuch) in psychiatrischer Behandlung gestanden hatte. Zum andern traten schon kurz nach dem Unfall somatoforme Störungen (Hyperventilation, vegetative Begleitsymptome) auf. Und Mitte Dezember 1997 kam es im Anschluss an einen Spitalaufenthalt zu einer psychischen Dekompensation. In dem im Rahmen der stationären Behandlung erstellten psychiatrischen Konsilium wurde eine mittelschwere Episode bei einer chronisch rezidivierenden, aktuell somatisierenden Depression (ICD-10 F33.1) diagnostiziert (Bericht der Psychiatrischen Dienste des Kantons Aargau vom 11. Dezember 1997). Daraus ist zu schliessen, dass der Unfall als auslösender Faktor zur (vorübergehenden) Verschlimmerung einer vorbestandenen affektiven Störung geführt hatte. Nach den medizinischen Akten kam es in der Folge zu einer zunehmenden psychischen Überlagerung der Beschwerden und einer Ausweitung der Symptomatik. Es wurde daher auch der Verdacht auf eine Anpassungsstörung mit Depression oder eine somatoforme Schmerzstörung geäussert. Eine posttraumatische Belastungsstörung wurde im psychiatrischen Gutachten des IMB vom 11. Januar 2001 dagegen ausdrücklich ausgeschlossen.
3.1.3 Zusammengefasst ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 25. September 1997 eine HWS-Distorsion mit dem für Schleudertraumen typischen Beschwerdebild (BGE 117 V 382 Erw. 4b) und möglicherweise auch ein leichtes Schädel-Hirntrauma erlitt. Die heute bestehenden Beschwerden lassen sich jedoch nicht in unfallrechtlich relevanter Weise objektivieren und sie sind vorwiegend psychisch bedingt. In diesem Punkt stehen die Gutachten des IMB im Einklang mit den Berichten der Klinik C._____ vom 15. Mai 1998 und der Klinik E._____ vom 9. Juli 1998 und 16. Oktober 2001. An dieser Beurteilung ändern die in diesem Verfahren eingereichten Stellungnahmen der Dres. med. H._____, O._____ und K._____ nichts. Der nach Abschluss des Schriftenwechsels ins Recht gelegte Bericht des Dr. med. S._____ vom 26.

Mai 2003 hat im Übrigen unberücksichtigt zu bleiben (BGE 127 V 353). Daraus geht zudem klar hervor, dass nach wie vor die Behandlung des psychischen Leidens im Vordergrund steht.

Ob die psychischen Beeinträchtigungen ausschliesslich unfallfremd sind, wie im Gutachten des IMB vom 11. Januar 2001 angenommen wird, ist fraglich. Entgegen Dr. med. T._____ lässt sich die Unfallkausalität nicht schon damit verneinen, dass auch jedes andere Ereignis im persönlichen Bereich zu einer Verschlimmerung der vorbestandenen psychischen Beeinträchtigung hätte führen können. Auf Grund der medizinischen Akten ist nicht auszuschliessen, dass das heutige Beschwerdebild zumindest im Sinne einer Teilursache noch auf den Unfall vom 25. September 1997 zurückzuführen ist, was für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügte (BGE 119 V 338 Erw. 1 mit Hinweis). Mit der Vorinstanz kann indessen von weiteren Abklärungen abgesehen werden, da jedenfalls die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und den bestehenden Beschwerden zu verneinen ist, wie sich aus dem Folgenden ergibt.
3.2 Weil vorliegend die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zur ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, hat die Beurteilung der Adäquanz nach den für psychische Unfallfolgen (BGE 115 V 133) geltenden Regeln zu erfolgen (BGE 123 V 99 Erw. 2a). Das rechtfertigt sich umso mehr, als bei der Beschwerdeführerin schon vor dem Unfall psychische Beeinträchtigungen bestanden, welche durch das Unfallereignis lediglich verstärkt wurden (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 327).
3.2.1 Das kantonale Gericht hat das Unfallereignis vom 26. September 1997 dem mittleren Bereich im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zugeordnet. Es stützt sich dabei auf die Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, welches vergleichbare Auffahrkollisionen in der Regel als mittelschwere Unfälle im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (vgl. die in SZS 2001 S. 431 ff. zitierte Rechtsprechung; ferner Urteile D. vom 16. August 2001 [U 21/01]und T. vom 6. Februar 2002 [U 61/00]). Zu berücksichtigen ist indessen, dass nach dem unfallanalytischen Gutachten vom 13. Juli 1999 die relative Kollisionsgeschwindigkeit des auffahrenden Personenwagens immerhin zwischen 19,7 und 25,8 km/h lag. Das von der Beschwerdeführerin gelenkte Fahrzeug war so stark beschädigt (Deformation nicht nur der Heckpartie, sondern auch des Dachblechs, des Kofferraumbodens und der Radkasten), dass laut Schadenexpertise vom 6. Oktober 1997 eine Reparatur sich nicht lohnte und ein Totalschaden anzunehmen war. Beim Zusammenstoss erlitt die Versicherte eine HWS-Distorsion mit Abknickmechanismus und fraglichem Kopfanprall, der Unfallverursacher blieb unverletzt. Beide an der Kollision beteiligten Fahrzeuge mussten abgeschleppt werden.

Nach den gesamten Umständen (Unfallhergang, Verletzungen, Sachschaden) rechtfertigt es sich, den Unfall dem mittleren Bereich (im engeren Sinn) zuzuordnen (vgl. die in SZS 2001 S. 439 und 441 wiedergegebenen Sachverhalte zu den in BGE 122 V 415 und 123 V 98 auszugsweise publizierten Urteilen). Nicht gefolgt werden kann der Beschwerdeführerin, soweit sie einen Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen oder sogar einen schweren Unfall geltend macht. Hiefür fehlen die Voraussetzungen (vgl. RKUV 1999 Nr. U 330 S. 122 ff. Erw. 4b/bb). Damit die Adäquanz des Kausalzusammenhangs bejaht werden könnte, müsste somit ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein oder es müssten mehrere der zu berücksichtigenden Kriterien gegeben sein (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb).
3.2.2
3.2.2.1 Der Unfall vom 26. September 1997 hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet, noch war er - objektiv betrachtet (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 Erw. 3b/cc) - von besonderer Eindrücklichkeit. Auch hat die Beschwerdeführerin keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art erlitten. Die Diagnose eines Schleudertraumas vermag die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung für sich allein nicht zu begründen. Es bedarf hiezu einer besonderen Schwere der für ein Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände (wie eine ungünstige Körperhaltung), welche das Beschwerdebild beeinflussen können (Urteile T. vom 6. Februar 2002 [U 61/00]und D. vom 16. August 2001 [U 21/01]; vgl. auch SZS 2001 S. 448). Solche Umstände sind hier nicht gegeben.
3.2.2.2 Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, kann sodann ebenso wenig gesprochen werden, wie von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen.
3.2.2.3 Nicht als erfüllt gelten kann auch das Kriterium von Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit (vgl. hiezu RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544). Die Beschwerdeführerin galt bereits ab 20. Oktober 1997 wieder als zu

50 % arbeitsfähig. Daran änderte sich in der Folge mit Ausnahme behandlungsbedingter Perioden gänzlicher Arbeitsunfähigkeit nichts. Dass eine teilweise, gemäss behandelndem Arzt ab 14. Juni 1999 sogar vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehen blieb, ist überwiegend auf die nach den Arztberichten bereits kurz nach dem Unfall zunehmende psychische Überlagerung und Chronifizierung der Beschwerden zurückzuführen. Arbeitsunfähigkeit, soweit psychisch bedingt, hat indessen bei der Adäquanzbeurteilung unberücksichtigt zu bleiben.
3.2.2.4 Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung der physischen Unfallfolgen ist mit der Vorinstanz zu verneinen. Zwar wurde während längerer Zeit Physiotherapie durchgeführt. Eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes konnte jedoch nicht erreicht werden. Bereits anlässlich des Aufenthaltes in der Klinik C._____ vom 7. April bis 12. Mai 1998 wurden auch psychologische Therapien durchgeführt. In der Folge stand die Behandlung eines weitgehend psychisch bedingten Schmerzsyndroms im Vordergrund. Dabei gelangten auch komplementäre Behandlungsmethoden (Akupunktur, traditionelle chinesische Medizin) zur Anwendung. Die am 3. November 1999 vorgenommene suboccipitale Punktion der Nerven hatte vorwiegend diagnostischen Charakter. Der Eingriff führte zu keiner Besserung, was den operierenden Arzt zur Feststellung veranlasste, seines Erachtens sei in erster Linie der psychische Zustand der Versicherten zu verbessern.
3.2.2.5 Weil es an erheblichen organischen Befunden fehlte und die geltend gemachten Beschwerden schon früh weitgehend psychisch bedingt waren, kann schliesslich auch das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen zumindest nicht in besonders ausgeprägter Weise als erfüllt gelten.
3.2.3 Nach dem Gesagten fehlt es an der Adäquanz der geltend gemachten Beschwerden. Die Verneinung einer Leistungspflicht des Unfallversicherers ab 1. Januar 2001 durch die Vorinstanz ist somit von Bundesrechts wegen nicht zu beanstanden.
4.
4.1 Da die vorhandenen medizinischen Akten eine zuverlässige Beurteilung des entscheidrelevanten Sachverhalts erlauben, ist von weiteren Beweismassnahmen, insbesondere Einvernahme von Zeugen und allenfalls Einholung eines Obergutachtens, abzusehen. Dass die ärztlichen Meinungsäusserungen nicht durchwegs übereinstimmen und teilweise auf fraglichen oder unzutreffenden tatsächlichen Annahmen beruhen, ändert nichts daran.
4.2 Im Weitern ist dem Begehren um Durchführung einer mündlichen Verhandlung mit Anhörung der Beschwerdeführerin nicht zu entsprechen. Zwar kann der Präsident eine mündliche Parteiverhandlung anordnen (Art. 112 in Verbindung mit Art. 132 OG sowie Art. 9 Abs. 2 des Reglementes für das Eidgenössische Versicherungsgericht vom 16. November 1999). Das geschieht indessen nur ausnahmsweise, wenn es für die Entscheidung in der Sache von unmittelbarer Bedeutung ist (RKUV 1996 Nr. U 246 S. 167 Erw. 6c/bb mit Hinweisen). Auch aus Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK folgt kein genereller Anspruch auf mündliche Äusserung und Anhörung vor Gericht. Insbesondere verpflichtet Art. 6 Ziff. 1 EMRK den letztinstanzlichen Richter nicht zur Durchführung einer Parteiverhandlung, wenn sich keine Sach- und Rechtsfragen stellen, die nicht zuverlässig auf Grund der Akten entschieden werden können (BGE 127 V 493 unten).

Im vorliegenden Fall besteht kein Anlass zur Anordnung einer Parteiverhandlung, weil es nach dem Gesagten keiner weiteren Abklärungen bedarf und sich keine Sach- und Rechtsfragen stellen, die nicht aufgrund der Akten entschieden werden können. Weil im Begehren um persönliche Anhörung kein Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung im Sinne von Art. 6 Ziff. 1 EMRK zu erblicken ist (BGE 125 V 38 Erw. 2, 122 V 55 Erw. 3a), kann auch von einer parteiöffentlichen Beratung abgesehen werden.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons Aargau und dem Bundesamt für Sozialversicherung zugestellt.

Luzern, 4. September 2003

Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Der Präsident der III. Kammer: Der Gerichtsschreiber: