

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00209 vom 31. Juli 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-07-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00209

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00209 du 31 juillet 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00209 del 31 luglio 2006

Erwägungen

E. 4

4.1. Die ZÄrlich verneinte ihre Leistungspflicht ab dem 1. August 2002 im Wesentlichen gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. A. vom 29. März 2003 (Urk. 10/ZM43) mit der Begründung, die Chronifizierung der Beschwerdesymptomatik sei bereits sechs Monate nach dem fraglichen Unfall der vorbestehenden psychischen und psychosozialen Situation beziehungsweise einer konversionsneurotischen Störung zuzuschreiben gewesen. Die Adäquanzprüfung habe daher nach Massgabe der in BGE 115 V 367 Erw. 6 und 407 Erw. 5 entwickelten Rechtsprechung, die zwischen physischen und psychischen Komponenten der unfallbezogenen Merkmale differenziere, zu erfolgen. Selbst wenn der Unfall nicht als leicht, sondern als mittelschwer qualifiziert werde, müsse dessen Adäquanz verneint werden, da weder eine Häufung der unfallbezogenen Kriterien gegeben noch ein einzelnes dieser Kriterien in ausgeprägter Weise erfüllt sei. Offen bleiben könne bei dieser Sachlage, ob überhaupt ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsstörung bestehe (vgl. Urk. 2 S. 5 ff.).

4.2. Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber unter Verweis auf das neurologische Gutachten von Dr. C. vom 31. Oktober 2005 (Urk. 15) im Wesentlichen auf den Standpunkt, ihre weiterhin behandlungsbedürftigen Beschwerden ständen in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 18. Dezember 1998 und bewirkten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 40 %. Der adäquate Kausalzusammenhang sei nach der Rechtsprechung gemäss BGE 117 V 359 ff. zu prüfen, hätten die psychischen Beschwerden doch nie im Vordergrund gestanden. Aus den medizinischen Akten gehe hervor, dass die Chronifizierung - entgegen Gutachter A., der dies als Psychiater gar nicht beurteilen könne - eine somatische Grundlage habe. Da eine Häufung der von der Rechtsprechung entwickelten entsprechenden Kriterien vorliege, sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem als mittelschwer zu qualifizierenden Unfall und der Gesundheitsstörung beziehungsweise der teilweisen Arbeitsunfähigkeit zu bejahen und die ZÄrlich weiterhin leistungspflichtig (Urk. 1, Urk. 14, Urk. 10/Z172).

E. 5

5.1. Beim Unfall vom 18. Dezember 1998 zog sich die Beschwerdeführerin gemäss dem erstbehandelnden Arzt, Dr. med. D., Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, welchen sie am auf den Unfall folgenden Tag konsultierte, eine HWS-Distorsion mit vorwiegend muskulärem Beschwerdebild zu. Die Patientin sei zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. Urk. 10/ZM1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf dem "Zusatzfragebogen bei HWS (Halswirbelsäule)-Verletzungen" der ZÄrlich hielt Dr. D.____ am 5. Januar 1999 fest, die Beschwerden der Patientin seien mit einer Latenzzeit von einer Stunde aufgetreten. Einen Tag nach dem Unfall habe sie an Benommenheit/Verwirrtheit, einer Schlafstörung, Spontanschmerzen im Bereich von Kopf und Nacken mit Ausstrahlungen in die rechte Schulter und einer Bewegungseinschränkung der HWS gelitten. Der psychische Zustand sei normal (Urk. 10/ZM2).

5.2 Ä Ä Ä Ä Die Untersuchung durch Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Rheumaerkrankungen, vom 19. April 1999 ergab eine deutliche Besserung betreffend die HWS-Rotation. Bei Flexion und Extension beständen dagegen noch erhebliche Einschränkungen, letzteres löse gelegentlich Schwankschwindel aus, ersteres zunehmend intensive Kopfschmerzen. Teilweise beständen Ausstrahlungen in die seitliche Halswirbelsäule und in den Schultergürtel. Im Weiteren klagte die Patientin über Kopfschmerzen, gelegentliches Drückgefühl in den Ohren, Brennen im Bereich der Augen, Konzentrationsschwäche und vegetative Symptome. Sie leide unter einem posttraumatischen Cervicocranialsyndrom mit persistierenden Hirnleistungsstörungen nach einem Auffahrunfall mit Distorsionstrauma der HWS. Die Arbeitsfähigkeit von 50 % könne, insbesondere wegen der leichten Hirnleistungsstörung in Form verstärkter Ermüdbarkeit und rasch abnehmender Konzentrationsleistung, vorläufig nicht gesteigert werden (Urk. 10/ZM4).

5.3 Ä Ä Ä Ä Vom 21. September 1999 bis 19. Oktober 1999 hielt sich die Beschwerdeführerin stationär in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Y.____ auf. Im Austrittsbericht vom 27. Oktober 1999 stellten die Ärzte die Diagnose eines chronischen cervikocephalen Syndroms nach indirekter HWS-Distorsion mit neuropsychologischen Defiziten. Aktuell beständen ausstrahlende Nackenschmerzen, Sehstörungen, Lärmempfindlichkeit und schnelle Ermüdbarkeit. Die Beweglichkeit der HWS sei in allen Richtungen um ein Drittel eingeschränkt. Druckdolenzen seien vor allem paravertebral im unteren HWS-Bereich vorhanden. Neurologische Defizite hätten keine festgestellt werden können. Um einer weiteren Chronifizierung der Schmerzsymptomatik entgegen zu wirken, sei eine psychotherapeutische Begleitung im Umgang mit der Schmerzsituation angezeigt. Aus rheumatologischer und neurologischer Sicht sei die Patientin noch immer zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 10/ZM16).

5.4 Ä Ä Ä Ä Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt, nachdem er die Beschwerdeführerin am 15. Dezember 1999 untersucht hatte, in seinem Schreiben an die ZÄrlich vom 5. Januar 2000 fest, bei der Patientin liesse sich ein depressives Syndrom diagnostizieren. Dieses interagiere mit dem Schmerzsyndrom und wahrscheinlich auch mit den neuropsychologischen Schwierigkeiten. Unbehandelt sei die psychische Komponente geeignet, eine Chronifizierung zu unterstützen und die unmittelbaren Unfallfolgen zu unterhalten. Eine ambulante psychotherapeutische Behandlung sei daher indiziert (Urk. 10/ZM21).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Verlaufsbericht vom 6. Juli 2000 gab Dr. F.____ an, die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin sei geprägt durch traumatisierende Bergriffserfahrungen in der Kindheit und Adoleszenz; durch ihre biographischen Erfahrungen sei sie daher schon vor dem Unfall belastet gewesen. Die Folgen dieser Erfahrungen interagierten mit den Unfallfolgen (chronisches Schmerzsyndrom, neuropsychologische Defizite, Einschränkung der Leistungsfähigkeit usw.) und

verstärkten diese noch. Das Schmerzbild sei unverändert, bezüglich der Depression sei eine gewisse Aufhellung zu verzeichnen. Der Unfall vom 18. Dezember 1998 stelle eine wesentliche Teilursache des aktuell festzustellenden Beschwerdebildes dar (vgl. Urk. 10/ZM29).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Schreiben vom 2. April 2002 hielt Dr. F. ___ fest, das belastungsabhängige, exacerbierende Schmerzsyndrom bedürfte eines beständigen, nicht immer stabilen Copings. Ziel der Therapie sei es, Überforderungssituationen und damit Erschöpfung beziehungsweise eine manifeste Depression zu vermeiden (vgl. Urk. 10/ZM40/1).

5.5 Ä Ä Ä Ä Im Auftrag der Zürich untersuchte am 22. Juli 2002 Psychiater Dr. A. ___ die Beschwerdeführerin. In seinem Gutachten vom 29. März 2003 (Urk. 10/ZM43) hielt er im Wesentlichen fest, die Beschwerdeführerin berichte über diverse somatische, psychosomatische, psychische, neurologische und rheumatologische Symptome, wie sie bei HWS-Distorsionen tatsächlich vorkommen könnten. Aus Polizeirapport und Unfallanalyse sei allerdings zu schliessen, dass es sich bei der Auffahrkollision um ein Bagateltrauma gehandelt habe. Pathologische Veränderungen anatomischer Strukturen seien nicht erkennbar; die Beschleunigungskräfte, die auf Kopf und Hals eingewirkt hätten, seien gering gewesen. Selbst ohne Kenntnis der prätraumatischen Situation seien die Symptome daher mit grösster anzunehmender Wahrscheinlichkeit auf unfallfremde Ursachen zurückzuführen. So seien neurotische Störungen und andere psychische Leiden ebenfalls geeignet, Symptome, wie sie von der Beschwerdeführerin geklagt würden, zu erzeugen. Es sei deutlich geworden, dass schon weit vor dem Unfall und über lange Zeit massive psychische Belastungen bestanden hätten, auch wenn die Beschwerdeführerin über frühere Probleme und Erfahrungen bestenfalls andeutungsweise berichte (vgl. Urk. 10/ZM43 S. 17 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin erlebe sich als Opfer des Unfalls, was durch übermässige externe Fürdermassnahmen, therapeutische Überinterpretationen (z.B. die Deutung von Symptomen als direkte Unfallfolge) und Ausserachtlassen der psychischen und psychosozialen Situation vor dem Unfall unterhalten werde. Die Beschwerdeführerin sei in ihrem Leben tatsächlich schon oftmals Opfer gewesen, erst der Unfall dürfte aber einen geeigneten Anlass zum Ausagieren dieser Rolle geboten haben. Ein Initialtrauma - in diesem Fall der Unfall - sei bei vorbestehenden psychischen Belastungsfaktoren und schwieriger Lebenssituation typischerweise für die Entwicklung einer somatoformen oder konversionsneurotischen Störung. Es sei anzunehmen, dass die gleiche oder eine andere somatoforme oder konversionsneurotische Symptomatik auch ohne dieses Trauma aufgetreten wäre (vgl. Urk. 10/ZM43 S. 18 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeführerin leide unter einer Konversionsneurose mit vorwiegender Störung der Sensibilität und Empfindung (ICD-10 F44.6). Diese Erkrankung könne bei massiver Ausprägung zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Die bei der Beschwerdeführerin in den Monaten vor der Exploration eingetretene Verbesserung der Symptomatik sei trägerisch, da sie auf eine Behandlung der Symptome und nicht der Grundstörung zurückzuführen sei. Bei einer Aktualisierung irgendwelcher Konflikte könne die Symptomatik daher wieder fluktuieren respektive zunehmen. Aktuell sei die Beschwerdeführerin in Tätigkeiten, welche keine schweren körperlichen Arbeiten beinhalteten, zu 100 % arbeitsfähig; im Rahmen von Fluktuationen der Symptomatik könne die Arbeitsfähigkeit während der

Heilungsphase vorübergehend (zwischen 20 % und 80 % beziehungsweise bis 100 %) eingeschränkt sein (vgl. Urk. 10/ZM43 S. 20, S. 22).

Es sei anzunehmen, dass der status quo ante sechs Monate nach dem Unfall erreicht worden sei. Ab diesem Zeitpunkt sei wohl die konversionsneurotische Störung für die Aufrechterhaltung der Symptomatik verantwortlich. Es könne daher davon ausgegangen werden, dass die Behandlung der Unfallfolgen kurze Zeit nach dem Unfallereignis abgeschlossen gewesen sei (vgl. Urk. 10/ZM43 S. 21).

5.6 In seinem Bericht vom 16. Juli 2004 gab Dr. med. G. ____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, Manuelle Medizin SAMM, an, die Beschwerdeführerin leide unter persistierenden Beschwerden im Sinne eines cervicovertebralen Schmerzsyndroms mit myofaszialer Komponente nach indirekter HWS-Distorsion und einer schmerzbedingten Einschränkung der HWS-Flexion und -Extension. Die Arbeitsfähigkeit betrage 60 % (Urk. 3/5).

5.7 Dr. med. H. ____, Facharzt FMH für physikalische Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, hielt, nachdem er die Beschwerdeführerin am 7. Juni 2005 konsiliarisch untersucht hatte, in seinem Bericht vom 19. Juni 2005 fest, diese klage weiterhin über ausstrahlende Nacken- und Schulterschmerzen, leichte Gefühlsstörungen und ein Schweregefühl im rechten Arm und sämtlichen Fingern rechts, Migräneanfällen mit Augenflimmern, gelegentlichem Pfeifen in den Ohren und Schwindelsensationen, leicht erhöhte Ermüdbarkeit, verminderte Konzentrationsfähigkeit und erhöhte Vergesslichkeit. Bei Migräneanfällen komme es zudem zu einem Augenflimmern, ohne dass eigentliche Sehstörungen beständen. Es liege ein leichtes Zervikovertebral- und Zervikozephal-Syndrom nach HWS-Distorsionstrauma vor. Für eine neurologische Störung, ein Fibromyalgiesyndrom oder eine somatoforme Schmerzkrankheit gebe es keine Anhaltspunkte. Als weitere Therapiemöglichkeiten fielen ein rein isometrisches Training der HWS-Muskulatur und eine medizinische Therapie (Krafttraining) in Betracht (vgl. Urk. 3/4).

5.8 Im Auftrag des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin untersuchte Neurologe Dr. C. ____, diese am 18. Oktober 2005. In seinem Gutachten vom 31. Oktober 2005 (Urk. 15) stellte er die Diagnosen eines chronischen cervikovertebralen, eines cervikokraniellen und eines cervikovertebralen Schmerzsyndroms mit traumatischen Kopfschmerzen, meist vom Spannungstyp, aber auch mit echter Migräne mit ophthalmologischer Aura, sowie einer Depression, welche gemäss dem behandelnden Psychiater teilweise unfallkausal sei. Es beständen zudem minime bis leichte neuropsychologische Funktionsstörungen. Sämtliche genannten Diagnosen seien als Status nach Distorsionstrauma der Halswirbelsäule nach Auffahrkollision vom 18. Dezember 1998 zu verstehen. Unfallfremd sei die komplizierte psychiatrische Vorgeschichte, in deren Zusammenhang wahrscheinlich eine neurotische Fehlverarbeitung von belastenden kindlichen Traumen und Entbehrungen bestehe (vgl. Urk. 15 S. 16).

Aktuell leide die Beschwerdeführerin noch unter täglich auftretenden Kopfschmerzen mit gelegentlichem Augenbrennen rechts, unter ausstrahlenden Nackenschmerzen mit Ziehen zu den Armen und Kribbeln im Kleinfinger. Wenn sie längerer Zeit arbeite, erlebe sie Konzentrationseinbrüche. Sie brauche immer wieder Bewegung, auch während der Arbeit. Ein- bis zweimal pro Monat träten

bis zu einem Tag dauernde Anfälligkeit mit morgendlichem Schwindel, starken Kopfschmerzen, Sehstörungen, Licht- und Lärmüberempfindlichkeit und Übelkeit auf (vgl. Urk. 15 S. 9).

Die Untersuchung habe eine allgemeine muskuläre Dysbalance, Triggerpunkte im lateralen Trapezius rechts mit Ausstrahlungen zum Hinterkopf und zum rechten Arm gezeigt (vgl. Urk. 15 S. 10). Das subjektive Beschwerdebild sei unverändert; es umfasse die charakteristischen Einzelheiten des typischen Beschwerdebildes nach Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule. Aufgrund der medizinischen Erfahrungen und des Untersuchungsergebnisses sei die Unfallkausalität der geklagten Beschwerden zweifellos zu bejahen (vgl. Urk. 15 S. 15). Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei weiterhin zu 40 % eingeschränkt (vgl. Urk. 15 S. 18).

Der psychiatrischen Beurteilung von Dr. A. ___ könne nicht gefolgt werden. So sei in keiner Weise nachvollziehbar, dass dieser von einem Bagateltrauma mit nur geringen "Beschleunigungskräften auf Kopf und Hals" ausgegangen sei. Auch aus der Latenzzeit von einer halben Stunde ziehe Dr. A. ___ falsche Schlüsse. Des Weiteren habe Dr. A. ___ die von Dr. F. ___ diagnostizierte und als teilweise unfallbedingt bezeichnete Depression nicht diskutiert und auch das Vorliegen einer traumatischen Belastungsstörung nicht in Betracht gezogen. Zudem habe er schmerz- oder gar organisch bedingte neuropsychologische Störungen, die sich wesentlich auf das aktuelle Beschwerdebild auswirkten, in seinem Gutachten nicht einmal erwähnt. Die Diagnose einer neurotischen somatoformen Symptomatik beziehungsweise einer pseudoneurologischen Störung habe Dr. A. ___ sodann gestellt, ohne die Beschwerdeführerin selbst neurologisch untersucht zu haben. Nicht einleuchtend sei auch, dass er zwar anerkenne, dass eine solche bei massiver Ausprägung zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen könne, die Beschwerdeführerin aber dennoch für zu 100 % arbeitsfähig halte. Mit den Berichten des behandelnden Psychiaters setze sich der psychiatrische Gutachter schliesslich überhaupt nicht auseinander (vgl. Urk. 15 S. 13 f.).

E. 6

6.1 Vorab zu prägen ist, ob zwischen dem Unfall vom 18. Dezember 1998 und den bei Leistungseinstellung von der Beschwerdeführerin noch geklagten Beschwerden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Die ZÄrich liess diese Frage in ihrem Einspracheentscheid unter Hinweis darauf, dass die noch bestehenden Beschwerden ohnehin in keinem adäquaten Kausalzusammenhang zum fraglichen Unfall ständen, offen (vgl. Urk. 2 S. 7).

E. 6.2

Aufgrund der medizinischen Akten ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin sich beim fraglichen Auffahrunfall eine HWS-Distorsion zuzog (vgl. Arztzeugnis UVG Dr. D. ___ vom 5. Januar 1999, Urk. 10/ZM1; Bericht Dr. E. ___ vom 20. April 1999, Urk. 10/ZM4 S. 2; Zwischenbericht Dr. med. I. ___, Assistenzarzt Universitätsklinik Balgrist, Urk. 10/ZM5; Austrittsbericht Rheuma- und Rehabilitationsklinik Y. ___ vom 27. Oktober 1999, Urk. 10/ZM16; Bericht Dr. G. ___ vom 16. Juli 2004, Urk. 3/5; Bericht Dr. H. ___ vom 19. Juni 2005, Urk. 3/4; Gutachten Dr. C. ___ vom 31. Oktober 2005, Urk. 15 S. 16). Als einziger Arzt stellte Dr. A. ___ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 29. März 2003 das Vorliegen einer HWS-Distorsion in Frage (vgl. Urk. 10/ZM43 S. 17). Die

Begründung, aufgrund der Unfallanalyse und des Polizeirapportes habe es sich beim Auffahrunfall um ein "Bagatelltrauma" gehandelt, überzeugt allerdings in keiner Weise. Weder die Beurteilung somatischer Diagnosen noch die Würdigung verkehrstechnischer Gutachten fallen in den Kompetenzbereich eines Psychiaters. Auf Dr. A. ___'s Beurteilung kann daher in diesem Punkt nicht abgestellt werden. Im Übrigen entspricht es nicht der Rechtsprechung zu Schleudertrauma-Fällen, die Kausalität mit Überlegungen zur Auffahrgeschwindigkeit und der bei der Kollision übertragenen Energie in Frage zu stellen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgericht vom 24. Juni 2003 in Sachen A., U 193/01, Erw. 3.2 mit Hinweisen).

6.3 Für die Bejahung eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Gesundheitsstörung und Unfall ist nebst der Diagnose einer HWS-Distorsion erforderlich, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der Zürich, dem 31. Juli 2002 (vgl. Urk. 10/Z171 S. 6), noch das für diese Verletzung typische Beschwerdebild aufwies.

Dr. E. ___ hielt am 5. März 2002 fest, die Beweglichkeit des Kopfes und der Halswirbelsäule sei endphasig noch leicht eingeschränkt. Weiterhin beständen Kopf- und Nackenschmerzen (Urk. 10/ZM39). Dies geht auch aus dem Schreiben von J. ___, praktizierender Arzt, vom 5. Juni 2002 hervor (Urk. 10/ZM41/1). Auch unterzog sich die Beschwerdeführerin noch im April 2004 wegen der von Dr. F. ___ als zumindest teilunfallkausal bezeichneten Depression (vgl. Urk. 10/ZM29 S. 2) einer Psychotherapie (vgl. Urk. 10/ZM40/1). Im Bericht von Dr. G. ___ vom 16. Juli 2004 werden persistierende Beschwerden im Sinne eines cervicovertebralen Schmerzsyndroms mit myofaszialer Komponente erwähnt (Urk. 3/5). Dr. H. ___ berichtete am 19. Juni 2005 noch über folgende aktuelle Beschwerden: Schulter- und ausstrahlende Nackenschmerzen, leichte Gefühlsstörungen und Schweregefühl im rechten Arm und in sämtlichen Fingern der rechten Hand, Migräneanfälle mit Augenflimmern, gelegentliches Pfeifen in den Ohren und Schwindelsensationen, leicht erhöhte Ermüdbarkeit, verminderte Konzentrationsfähigkeit, erhöhte Vergesslichkeit (Urk. 3/4). Dr. C. ___ gab in seinem Gutachten vom 31. Oktober 2005 als aktuelle Beschwerden Kopf- und Nackenschmerzen, Kribbeln im Kleinfinger, Konzentrationseinbrüche, gelegentlich morgendliche Schwindelanfälle, Sehstörungen, Licht- und Lärmüberempfindlichkeit und Übelkeit an (Urk. 15 S. 9).

Aufgrund dieser Arztberichte ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin noch über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus unter diversen Beschwerden litt, welche bei Schleudertraumata typischerweise auftreten. Selbst Dr. A. ___ bestritt nicht, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Symptome (schnelle Ermüdbarkeit, Empfindlichkeit betreffend künstliches Licht, Einschränkung der Beweglichkeit, Lärmempfindlichkeit, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen; vgl. Urk. 10/ZM43 S. 13 f.) Beschwerden, wie sie im Zusammenhang mit HWS-Distorsionen auftreten, entsprechen. Dass Dr. A. ___ die erwähnten Symptome für nicht unfallkausal hielt (vgl. Urk. 10/ZM43 S. 17 f.), ist insofern irrelevant, als er bereits das Vorliegen einer HWS-Distorsion - aus andern, nicht nachvollziehbaren Gründen (vgl. Erw. 6.2.1) - verneint hatte. Wenn Dr. A. ___ zudem im Nachhinein und ohne nähere Begründung festhält, die somatischen Beschwerden seinen spätestens sechs Monate nach dem Unfall abgeklungen gewesen (Urk. 10/ZM 43 S. 21), so steht dies im Widerspruch zu sämtlichen echtzeitlichen Akten, in denen die

Fachärzte keinerlei Zweifel am Fortbestehen der somatischen Beschwerden äusserten. Ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 18. Dezember 1998 und den über den 31. Juli 2002 hinaus anhaltenden Beschwerden ist daher zu bejahen.

E. 7

7.1.1.1 Da den gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin unbestrittenermassen keine organisch nachweisbaren Befunde zugrunde liegen, kann die Unfalladäquanz nicht von vornherein bejaht werden, sondern es muss eine Prüfung gemäss den von der Rechtsprechung diesbezüglich aufgestellten besonderen Kriterien erfolgen. Strittig ist dabei - nebst dem Zeitpunkt der Adäquanzprüfung - einerseits, ob die Auffahrkollision als leichter oder als mittelschwerer Unfall zu qualifizieren ist, und andererseits, ob der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und weiterbestehenden Beschwerden unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall oder nach den gemäss Rechtsprechung für das Schleudertrauma geltenden Kriterien zu prüfen ist.

7.2.1.1 In den medizinischen Akten gibt es keine Hinweise darauf, dass die Adäquanzprüfung der Zürich verfrüht erfolgt wäre (vgl. Urk. 1 S. 8). Wenn auch Dr. H. ___ der Beschwerdeführerin am 19. Juni 2005 noch weitere Therapien empfohlen (vgl. Urk. 3/4 S. 4) und Dr. C. ___ am 31. Oktober 2005 festgehalten hatte, eine weitere medizinische Behandlung könne noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin bewirken (vgl. Urk. 15 S. 18), so lässt sich aus den medizinischen Akten nicht schliessen, dass von der Fortsetzung der Heilbehandlung nach dem 31. Juli 2002 noch ein massgeblicher Erfolg hätte erwartet werden können. So nannte Dr. F. ___ in seinem Bericht vom 2. April 2002 (Urk. 10/ZM40/1) als Ziel der noch andauernden Psychotherapie die Vermeidung von Überforderungssituationen beziehungsweise Erschöpfung und damit das Abgleiten in eine leichte Depression. Dies und die Tatsache, dass im Jahr 2001 lediglich 13 Therapiesitzungen stattfanden, weisen darauf hin, dass die Psychotherapie in erster Linie der Aufrechterhaltung des aktuellen Zustandes und nicht einer massgeblichen weiteren Besserung diene. Auch bezüglich des Krafttrainings (vgl. Urk. 10/Z128), der von Dr. C. ___ in Betracht gezogenen Wiederaufnahme der Feldenkrais-Therapie beziehungsweise der vorgeschlagenen Triggerpunktbehandlung (vgl. Urk. 15 S. 15) erhoffte man sich offensichtlich vor allem eine Schmerzlinderung beziehungsweise die Aufrechterhaltung der - seit dem Unfall bereits wiedererlangten - Beweglichkeit (vgl. Urk. 10/ZM43 S. 12).

7.3.1.1 Die Zürich hat bei der Adäquanzprüfung - unter Hinweis darauf, dass gemäss dem Gutachten von Dr. A. ___ die von der Beschwerdeführerin entwickelte psychische Problematik eine selbständige (sekundäre) Gesundheitsschädigung darstelle, welche gegenüber dem Unfallgeschehen eindeutige Dominanz aufweise - entsprechend der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 zwischen physischen und psychischen Komponenten der unfallbezogenen Merkmale differenziert (Urk. 2 S. 7 ff.). Diese Vorgehensweise wurde von der Beschwerdeführerin zu Recht kritisiert (vgl. Urk. 1 S. 8 f.). Obwohl die behandelnden Ärzte und Gutachter Dr. C. ___ Kenntnis von der teilweise unfallfremden psychischen Störung hatten, verneinten sie das Vorhandensein unfallbedingter somatischer Beschwerden keineswegs. Auch fehlen Anhaltspunkte dafür, dass sie diesen gegenüber den psychischen Beschwerden nur noch eine untergeordnete Bedeutung zumessen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diesbezüglich ist insbesondere der Austrittsbericht der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Y. ___ vom 27. Oktober 1999 von besonderer Bedeutung, wo sich die Beschwerdeführerin rund neun Monate nach dem Unfall stationär aufhielt. Darin wurde ihr - aus rheumatologischer und neurologischer Sicht - eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert (vgl. Urk. 10/ZM16 S. 3). Auch die aktuelle Arbeitsunfähigkeit von 40 % wurde von Dr. C. ___ beziehungsweise Dr. G. ___ aufgrund somatischer und nicht etwa psychischer Beschwerden bescheinigt (vgl. Urk. 3/5, Urk. 15 S. 18). Dementsprechend hatte auch keiner der behandelnden Ärzte den Verdacht geäußert, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden ganz oder teilweise psychischen Ursprungs sein könnten. Kurz nach dem Unfall bezeichnete Dr. D. ___ den psychischen Zustand der Beschwerdeführerin noch als "normal" (vgl. Bericht vom 5. Januar 1999, Urk. 10/ZM2). Die Diagnose einer Depression - mit welcher sich Dr. A. ___, wie die Beschwerdeführerin zu Recht gerügt hat (vgl. Urk. 1 S. 6), überhaupt nicht auseinandersetze - wurde erstmals im Dezember 1999, mithin erst ein Jahr nach dem Unfall und ein halbes Jahr nach dem Zeitpunkt, ab welchem gemäss Dr. A. ___ keine somatischen, sondern nur noch psychische Gründe für die körperlichen Beschwerden der Beschwerdeführerin hätten verantwortlich sein sollen, gestellt. Nicht nur dies, sondern auch die Tatsache, dass Dr. A. ___ als einziger Arzt die Diagnose einer Konversionsneurose stellte, dies aber in seinem Gutachten nicht weiter begründete, lässt seine Ausführungen im Zusammenhang mit der psychischen Störung der Beschwerdeführerin nicht als überzeugend erscheinen. Entgegen den entsprechenden Ausführungen von Dr. A. ___ gibt es im Übrigen auch keine Hinweise darauf, dass ohne den fraglichen Unfall "die gleiche oder eine andere somatoforme oder andere psychopathologische Symptomatik aufgetreten wäre" (vgl. Urk. 10/ZM43 S. 19). Es ist nämlich aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfallereignis - trotz erheblicher Vorbelastung durch Erlebnisse in ihrer Kindheit und Jugend - keine psychischen Symptome zeigte, welche sie in ihrer Arbeitsunfähigkeit eingeschränkt hätten. Im Übrigen kamen die entsprechenden Probleme und Erfahrungen bei Dr. A. ___'s Gutachtenstermin offenbar gar nicht respektive nur andeutungsweise zur Sprache (vgl. Urk. 10/ZM43 S. 18). Diesbezüglich stützte er sich vielmehr auf die - nur rudimentären - Ausführungen in den Berichten des seit Dezember 1999 behandelnden (vgl. Urk. 10/ZM21) Psychiaters Dr. F. ___. Dieser diagnostizierte allerdings im Gegensatz zum genannten Gutachter weder eine Konversionsstörung noch eine somatoforme Symptomatik und hielt die psychische Störung - welche zu den somatischen Unfallfolgen hinzugetreten sei - für zumindest teilunfallkausal (vgl. Urk. 10/ZM29 S. 2). Dr. H. ___ verneinte schliesslich in seinem Bericht vom 19. Juni 2005 das Vorliegen einer somatoformen Schmerzkrankheit wie auch eines Fibromyalgiesyndroms ausdrücklich (vgl. Urk. 3/4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es ergibt sich, dass auf Dr. A. ___'s Gutachten nicht abgestellt werden kann und sich aus sämtlichen weiteren Arztberichten keinerlei Anhaltspunkte für eine im Vordergrund stehende psychische Fehlentwicklung entnehmen lassen. Im Übrigen ging selbst die ZÄrlich noch im März 2001 davon aus, dass die psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin nur von sekundärer Bedeutung seien (vgl. Urk. 10/Z98). Die Adäquanzprüfung ist daher nach der nicht zwischen physischen und psychischen Komponenten unterscheidenden Rechtsprechung gemäss BGE 117 V 359 vorzunehmen.

7.4. Was den Schweregrad des Unfalls betrifft, so qualifiziert das Eidgenössische Versicherungsgericht Auffahrkollisionen vor einem Fussgängerstreifen oder einem Lichtsignal regelmässig als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis. Bei geringen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderungen stufte es allerdings Auffahrkollisionen verschiedentlich auch als leicht ein, sofern unmittelbar an den Unfall auftretende Beschwerden weitgehend fehlten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgericht vom 24. Juni 2003 in Sachen A., U 193/01, Erw. 4.2 mit Hinweisen). Da die Beschwerdeführerin vorliegend bereits eine Stunde nach der Auffahrkollision erste Beschwerden in Form von Kopf- und Nackenschmerzen verspürte (vgl. Urk. 10/ZM2), ist der fragliche Unfall unabhängig davon, ob der errechnete Delta-v-Wert zwischen 6 und 10.5 km/h (vgl. Urk. 10/Z47 S. 3) korrekt beziehungsweise zu tief ist (vgl. Urk. 10/Z172 S. 5 f., Urk. 1 S. 4), als mittelschwer, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegend, zu qualifizieren.

E. 7.5

Aufgrund der Akten liegen weder besonders dramatische Begleitumstände noch eine besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls vor. Auch für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, gibt es keine Anhaltspunkte.

Die Beschwerdeführerin steht seit dem Unfall vom 18. Dezember 1998 in ärztlicher Behandlung, hat sich über die Jahre hinweg diversen Therapien (Physiotherapie, Akupunktur-Massage, Feldenkrais-Therapie, Akupunktur, Psychotherapie, Craniosacral-Therapie, vgl. Urk. 10/Z6, Urk. 10/ZM4, Urk. 10/ZM21, Urk. 10/ZM24, Urk. 10/ZM30/1, Urk. 10/ZM31/1, Urk. 10/ZM41/1, Urk. 10/Z82) unterzogen und hielt sich während vier Wochen in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Y. (Urk. 10/ZM16) auf. Damit ist das Kriterium der besonders langen ärztlichen Behandlung ohne weiteres zu bejahen. Dasselbe gilt für das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufes. Die Beschwerdeführerin leidet weiterhin unter Dauerbeschwerden in Form von starken Kopfschmerzen, Nackenbeschwerden, Kribbeln im kleinen Finger, Konzentrationseinbrüchen, Schwindel, Sehstörungen, Licht- und Lärmüberempfindlichkeit und Müdigkeit (vgl. Gutachten Dr. C. vom 31. Oktober 2005, Urk. 15; Gutachten Dr. A. vom 29. März 2003, Urk. 10/ZM43). Im Weiteren ist auch das Kriterium von Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit erfüllt. So wurde die Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfall zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (vgl. Urk. 10/ZM21), zwischen dem 30. März 1999 und dem 3. März 2002 bestand eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, wobei diese im April 1999 während rund einer Woche auf 25 % reduziert war und während des stationären Aufenthaltes in Y. im September/Oktober 1999 100 % betrug (vgl. Urk. 10/ZM28, Urk. 10/ZM44). Ab dem 4. März 2002 wurde der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % (vgl. Urk. 10/ZM44) und nach der Umschulung durch die IV beziehungsweise dem entsprechendem Praktikum ab Juli 2004 eine solche von 40 % (vgl. Urk. 3/5, Urk. 15 S. 18) bescheinigt, wobei sich die verbleibende Arbeitsfähigkeit von 60 % auf eine Tätigkeit bezieht, die dem Leiden der Beschwerdeführerin angepasst ist.

Schliesslich ist auch das Kriterium der besonderen Art der erlittenen Verletzung aufgrund des Umstandes, dass schon kurz nach dem Unfall eine Häufung der für ein HWS-Schleudertrauma charakteristischen Symptome auftrat und diese insgesamt, wie bereits dargelegt, schwerwiegende Auswirkungen zeitigten, vorliegend gegeben (vgl.

Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgericht in Sachen A. vom 24. Juni 2003, U 193/01 Erw. 4.3 mit Hinweis).

Da damit mehrere unfallbezogene Kriterien erfüllt sind, ist ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem fraglichen Unfall und dem über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus vorhandenen Beschwerdebild zu bejahen.

E. 8

Angesichts des erwiesenen und als adäquat zu beurteilenden Kausalzusammenhanges zwischen den aktuellen Beschwerden und der Auffahrkollision vom 18. Dezember 1998 hat die Zürich ihre Leistungen für die Unfallfolgen zu Unrecht per 31. Juli 2002 eingestellt. Die Beschwerde ist daher gutzuheissen.

E. 9

Aufgrund ihres Obsiegens in diesem Verfahren ist der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) eine Prozessentschädigung zuzusprechen, wobei ein Betrag von Fr. 3'100.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen erscheint.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 30. März 2005 aufgehoben und festgestellt, dass die Beschwerdeführerin über den 31. Juli 2002 hinaus Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen hat.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 3'100.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fürsprecher Thomas Laube

- Rechtsanwalt Adelrich Friedli

- Bundesamt für Gesundheit

- Krankenkasse Luzerner Hinterland, Luzernstrasse 19, 6144 Zell

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106

und 108 OG).

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