

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00049 vom 8. Dezember 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-12-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00049

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00049 du 8 décembre 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00049 del 8 dicembre 2008

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.2 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der 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 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als

bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

1.3.1.1 Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäß obiger Begriffsumschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

E. 2

2.1.1.1 Die Beschwerdegegnerin begründete die Einstellung der Taggelder per 27. März 2003 beziehungsweise der Heilbehandlungsleistungen per 11. April 2006 im Wesentlichen damit, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Kollision vom 18. Dezember 2002 noch unter Folgen des im März 2000 erlittenen und nicht bei der Zürich versicherten Auffahrunfalls gelitten habe (vgl. Urk. 2 S. 3). Nach der Kollision vom 18. Dezember 2002 habe die Beschwerdeführerin das für eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) charakteristische Beschwerdebild nicht innert der rechtsprechungsgemäss erforderlichen Latenzzeit von 72 Stunden aufgewiesen (vgl. Urk. 2 S. 4). Angesichts dieses Umstands und der Tatsache, dass eine seitlich-frontale Kollision mit einer - im Vergleich zu einer Heckkollision - höheren Belastung einhergehen müsse, um eine Distorsion der Halswirbelsäule bewirken zu können, sei die Ursächlichkeit des Unfalls vom 18. Dezember 2002 für die persistierenden Beschwerden, denen keine objektivierbaren Befunde zugrunde lägen, fraglich (vgl. Urk. 2 S. 4 f.) beziehungsweise zu verneinen (vgl. Urk. 10 S. 2 f.). Da es jedenfalls an einem - mangels Vorliegens einer HWS-Distorsion nach der Rechtsprechung gemäß BGE 115 V 133 zu präferierenden - adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den Gesundheitsstörungen und der fraglichen Kollision fehle, erbrachten sich weitere Abklärungen betreffend den Vorzustand. Diesbezüglich brachten auch eine Begutachtung keine zuverlässigen Resultate, verweigere die Beschwerdeführerin doch den Bezug der vollständigen medizinischen Vorakten (vgl. Urk. 2 S. 4, S. 5 f., Urk. 10 S. 5 ff.).

2.2.1.1 Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, aufgrund der medizinischen Akten stehe fest, dass sie sich beim Unfall vom 18. Dezember 2002 eine HWS-Distorsion zugezogen und in der Folge das für eine derartige Verletzung typische Beschwerdebild aufgewiesen habe (vgl. Urk. 1 S. 8). Noch über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung der Zürich hinaus hätten somatische und neuropsychologische Gesundheitsstörungen persistiert, die - zumindest teilweise - auf die seitlich-frontale Kollision zurückzuführen gewesen seien. Selbst im Falle, dass das Vorliegen einer HWS-Distorsion verneint würde, beständen demnach noch Unfallfolgen, für die die Beschwerdegegnerin leistungspflichtig sei (vgl. Urk. 1 S. 9). Die Zürich habe die Adäquanzprüfung nicht nur verfrüht, sondern - mangels einer im Vordergrund stehenden psychischen Symptomatik - auch zu Unrecht aufgrund von BGE

Retrospektiv hielt Dr. med. Z. ___ in seinem Schreiben vom 29. Mai 2006 (Urk. 11/ZM26) an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin fest, die Patientin habe am 9. Dezember 2002 [richtig wohl: 19. Dezember 2002 (vgl. Eintrag in Krankengeschichte, Urk. 11/ZM28)] über - die Halswirbelsäule hinauf strahlende - Schmerzen im rechtsseitigen Trapezius geklagt. Die Schmerzen seien aufgetreten, als sie wieder zu Hause gewesen sei; sie habe daraufhin ein Analgetikum genommen; auch während der Nacht habe sie unter Schmerzen gelitten. Gemäss den damaligen Angaben der Patientin seien mit einer Latenz von einer Stunde frontale und okzipitale Kopfschmerzen, linksseitige Nackenschmerzen sowie eine zunehmende Bewegungseinschränkung der HWS aufgetreten. Als Befunde seien eine Druckdolenz der Dornfortsätze C3 und C4, Schmerzpunkte im Musculus sternocleidomastoideus (SCM) sowie - deutlich links betont - im Trapezius und eine Einschränkung um 30° sowohl der Rotation in beiden Richtungen als auch der Seitwärtsneigung nach rechts erhoben worden. Wegen der Druckdolenz der Halswirbelsäule sei eine Röntgenuntersuchung veranlasst worden (vgl. Urk. 11/ZM26).

3.2.2 Dr. Y. ___ gab auf entsprechende Anfrage des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin hin am 13. Mai 2006 an, nach der Untersuchung durch seinen Stellvertreter Dr. Z. ___ habe die Patientin ihre Beschwerden im Zusammenhang mit dem Unfall vom 18. Dezember 2002 ihm - Dr. Y. ___ - selbst gegenüber erstmals am 23. Dezember 2002 geschildert. Diesbezüglich habe er sich in der Krankengeschichte Folgendes eingetragen: "hat keine Energie mehr", "Kopfweg hinter den Augen, von hinten hinauf", "Schlaf sehr schlecht, keine Stellung, die angenehm ist". Als Befund habe er "HWS-Beweglichkeit stark eingeschränkt, verspannte Nackenmuskulatur, Druckpunkte" vermerkt (vgl. Urk. 11/ZM25 = Urk. 11/ZM27).

3.2.3 In seinem Bericht vom 9. Januar 2003 (Urk. 11/ZM2) diagnostizierte Dr. Y. ___ ein HWS-Schleudertrauma bei vorbestehender identischer Verletzung vom 29. März 2000 und gab an, die Patientin leide unter starken Kopfschmerzen und einer Verspannung des Trapezius. Vom 19. Dezember 2002 bis voraussichtlich 10. Januar 2003 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Es sei eine medikamentöse Behandlung veranlasst worden; die Überweisung an einen Wirbelsäulenspezialisten scheine indiziert zu sein.

Am 10. Januar 2003 gab Dr. Y. ___ in seinem Überweisungsschreiben (Urk. 11/ZM6) an Dr. med. A. ___, Facharzt FMH für Chirurgie, speziell Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie (vgl. Urk. 11/ZM9 S. 1), an; die Patientin leide unter einem Status nach zweimaligem HWS-Schleudertrauma am 29. März 2000 und am 18. Dezember 2002. Folgende Therapien würden durchgeführt beziehungsweise seien geplant:

- Hypericum perforatum TM, Harpagophytum Kps. und diverse andere Phytotherapeutika
- Atlaslogie, Osteopathie (geplant)

Infolge des ersten Unfalls, bei dem die Beschwerdeführerin von hinten angefahren worden sei, seien - in Form von Kopfschmerzen, Überempfindlichkeit auf Lärm, Bewegung und Licht, Konzentrationsschwierigkeiten und depressiver Verstimmung - die üblichen Symptome aufgetreten. Wie auch beim erneuten Unfall seien damals keine schweren neurologisch-radikulären Ausfallerscheinungen aufgetreten. Unter atlaslogischer Behandlung und regelmässiger Therapie bei ihm - Dr. Y. ___ - habe die Patientin in der Tätigkeit als Sekretärin wieder eine 70%ige Arbeitsfähigkeit

erreichen können. Die zweite Kollision vom 18. Dezember 2002 habe zu einer Akzentuierung sämtlicher Symptome geführt.

Am 13. Januar 2003 hielt Dr. Y. zuhause der Z. fest, die Patientin, die er - ursprünglich wegen des Unfalls vom 29. März 2000 - seit dem 23. Januar 2002 behandle, leide unter Kopfschmerzen und einer eingeschränkten Beweglichkeit der HWS. Eventuell habe die erste Kollision noch Einfluss auf die aktuelle Gesundheitsstörung. Neben einer medikamentösen Behandlung erfolge eine atlaslogische und osteopathische Behandlung. Seit dem 13. Januar 2003 bestehe - bei einem Anstellungsgrad von 60 % - wieder eine 30%ige Arbeitsfähigkeit. Diese könne durch nichtmedizinische Massnahmen (beispielsweise Transport zum Arbeitsort, soziale oder familiäre Unterstützung) nicht gesteigert werden (vgl. Urk. 11/ZM3).

3.2.4 Dr. Z. stellte im "Zusatzfragebogen bei HWS-(Halswirbelsäule-)Verletzungen" der Z. am 15. Januar 2003 die Diagnose einer HWS-Kontusion und die Begleitdiagnose eines Status nach Beschleunigungsverletzung im März 2000 (vgl. Urk. 11/ZM7 S. 3). Die Patientin sei auf die Kollision vom 18. Dezember 2002, die bei grader Kopfstellung erfolgt sei und den Airbag ausgelöst habe, gefasst gewesen. Es sei dabei zu einem Kopfanprall gekommen (vgl. Urk. 11/ZM7 S. 1).

Die Frage, ob die Verletzte vor dem Unfall voll leistungsfähig und bezüglich der Halswirbelsäule beschwerdefrei gewesen sei, verneinte Dr. Z. unter Hinweis auf die am 29. März 2000 zugezogene HWS-Verletzung. Gemäss Angaben der Patientin sei vor dem erneuten Unfall eine Behandlung im Zusammenhang mit rechtsseitigen, in die rechte Schulter und zeitweise in den rechten Arm ausstrahlende Nackenschmerzen sowie mit einer rechtsseitigen Bewegungseinschränkung der HWS erfolgt. Nach dem Ereignis vom 18. Dezember 2002 seien frontale und okzipitale Kopfschmerzen und Spontanschmerzen im Bereich beidseits des Nackens (bei vorbestehender Ausstrahlung in die rechte Schulter) aufgetreten (vgl. Urk. 11/ZM7 S. 1). Die Röntgenbilder der HWS vom 23. Dezember 2002 hätten - degenerativ bedingt - eine wenig ausgeprägte Unkarthrose C4/C5 und C5/C6 ergeben (vgl. Urk. 11/ZM7 S. 2). Die festgestellte Bewegungseinschränkung beim Aufwärtsblicken und bei schneller Rotation (beidseits) sei vorbestehend. Es seien eine Schanz-Krawatte (in Ruhe) sowie eine medikamentöse Therapie verordnet worden (vgl. Urk. 11/ZM7 S. 3).

3.2.5 B., Osteopathin D.O. MRSO, gab am 14. April 2003 an, die Beschwerdeführerin, die im Zusammenhang mit einem HWS-Schleudertrauma unter starken Schmerzen im Kopf-, Nacken- und Schulterbereich, verminderter Konzentrationsfähigkeit, Energielosigkeit und einer aus den genannten Beschwerden resultierenden depressionsähnlichen Verstimmung gelitten habe, in der Zeit vom 15. bis 22. Januar 2003 zweimal behandelt zu haben. Die geklagte Symptomatik habe sich weitgehend mit der festgestellten funktionellen Störung der gesamten Kraniosakral-Achse erklären lassen (vgl. Urk. 11/ZM5).

3.2.6 Dr. Y. hielt auf entsprechende Anfrage der Z. hin am 15. September 2003 fest, die Beschwerdeführerin leide unter einem Status nach HWS-Schleudertrauma mit eingeschränkter Beweglichkeit der Halswirbelsäule. Nach wie vor klage sie über eine erhöhte Ermüdbarkeit, eine verminderte Konzentrationsfähigkeit, Kopfschmerzen und eine stark verspannte Nackenmuskulatur

(Musculus trapezius). Zur Zeit erfolge eine Akupunktur mit Dauernadeln, welche die Muskelverspannung und damit auch die Schmerzen vermindere, sowie eine medikamentöse Begleittherapie. Die von der Patientin geschilderten Beschwerden ständen eindeutig im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 18. Dezember 2002. Als sich dieser ereignet habe, sei der Heilungsprozess betreffend das am 29. März 2000 erlittene Schleudertrauma schon weit vorangeschritten gewesen; die zweite Kollision habe alles wieder zunichte gemacht und den Zustand gar noch verschlimmert. Der Vorzustand habe noch nicht wieder erreicht werden können; eine diesbezügliche Prognose lasse sich zum aktuellen Zeitpunkt nicht stellen (vgl. Urk. 11/ZM8 S. 1).

Nebst den beiden in den Jahren 2000 beziehungsweise 2002 erlittenen Kollisionen beständen weder Folgen weiterer Unfälle noch Krankheiten, die sich auf den Heilungsverlauf auswirkten. Die Konsultationen fielen in Abständen von jeweils rund acht Wochen statt; dank der Akupunktur-Dauernadeln seien häufigere Sitzungen nicht erforderlich. Angesichts der Tatsache, dass die Patientin zusätzlich in Behandlung bei Dr. A.____ stehe, erbrachten sich weitere Abklärungen zur Zeit; auch zusätzliche Massnahmen erschienen nicht angezeigt. eine Restitutio ad integrum werde wohl schwierig zu erreichen sein; eine Prognose lasse sich kaum stellen (vgl. Urk. 11/ZM8 S. 2).

3.2.7 In seinem - ebenfalls auf Anfrage der ZÄrlich (Urk. 11/Z26) hin - erstatteten Bericht vom 18. September 2003 (Urk. 11/ZM9) stellte Dr. A.____ folgende Diagnose (vgl. Urk. 11/ZM9 S. 1):

- Zervikozephalies Syndrom mit Verdacht auf neuropsychologische Defizite bei
- Status nach zweimaligem HWS-Distorsionsstrauma (29. März 2000 und 18. Dezember 2002)

Die Patientin klagte über die typischen somatischen (Kopf- und Nackenschmerzen) sowie neuropsychologischen (erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, verminderte intellektuelle Leistungsfähigkeit) Beschwerden. Im Bereich des Nackens bestehe ein beidseitiger Hartspann; Kopfbewegungen seien - rechtsbetont - endständig schmerzhaft. Unter konservativer Behandlung (Kraniosakral-, Alexander-, Atlas- sowie Bioresonanztherapie) habe sich allmählich eine Besserung sowohl der somatischen als auch der neuropsychologischen (insbesondere betreffend die intellektuelle Leistungsfähigkeit) Beschwerden eingestellt. Die Beschwerdeführerin erhalte ihr gewohntes Arbeitspensum vom 60 %. Die persistierenden Gesundheitsstörungen ständen in einem kausalen Zusammenhang zum Unfall vom 18. Dezember 2002. Weder sei der Vorzustand erreicht und noch lasse sich zur Zeit eine abschliessende Beurteilung vornehmen. Die im Zusammenhang mit dem bereits am 29. März 2000 erlittenen HWS-Distorsionsstrauma aufgetretenen Beschwerden seien zum Zeitpunkt des Unfalls vom 18. Dezember 2002 noch nicht vollständig abgeklungen gewesen. Aktuell fielen in ein- bis zweimonatigen Abständen Konsultationen statt (vgl. Urk. 11/ZM9 S. 1). Weitere medizinische Abklärungen und Massnahmen seien nicht indiziert (vgl. Urk. 11/ZM9 S. 2).

3.2.8 C.____, Lehrerin der F.M. Alexander-Technik SVLAT/ASPTA, berichtete im Oktober 2003, die seit Ende Februar 2003 bei ihr in Behandlung stehende Beschwerdeführerin habe über den typischen Komplex somatischer Symptome mit Kopf- und Nackenschmerzen sowie neuropsychologischen Beschwerden geklagt. Nachdem im Verlauf der ersten Sitzungen eine Verbesserung habe erzielt werden können, hätten

sich in einer darauf folgenden Phase typische Schwankungen der psycho-physischen Befindlichkeit gezeigt, die sich zur Zeit ausglich. Im Rahmen der weiteren ein- bis zweimal wöchentlich stattfindenden Behandlungen werde die Stabilisierung des verbesserten Zustands angestrebt (vgl. Urk. 11/ZM10).

3.2.9 D. ____, Naturheilpraktikerin, gab am 7. Oktober 2003 an, die Beschwerdeführerin leide seit dem Unfall vom 18. Dezember 2002 unter starken Schmerzen im Bereich von Kopf, Nacken und Schultern sowie an einer Energielosigkeit. Die Patientin spreche insofern gut auf die durchgeführte Therapie an, als die Schmerzen sich so weit in Grenzen hielten, dass sie wieder ihrer Arbeit nachgehen könne; von einer wesentlichen Besserung könne aber bei einer derartigen Verletzung nach lediglich fünf Sitzungen noch nicht gesprochen werden. Zur Stabilisierung der Wirbelsäule und Stärkung des Nervensystems beziehungsweise Linderung der Schmerzen seien in zirka dreiwöchigen Abstündigen Therapien erforderlich (vgl. Urk. 11/ZM11).

E. 3.2.10

In seinem Bericht vom 20. Juli 2004 (Urk. 11/ZM12) stellte med. pract. E. ____, Kraniosakraltherapeut, die Diagnose eines zervikozephalen Syndroms bei Status nach zweimaligem HWS-Schleudertrauma am 29. März 2000 beziehungsweise 18. Dezember 2002. Aktuell arbeite die Patientin zu 60 %. Im Rahmen der erfolgten rund 15 Sitzungen Kraniosakraltherapie habe eine deutliche Reduktion der Kopf- und Nackenschmerzen erzielt werden können. Eine Fortsetzung der Behandlung sei angezeigt; im Vordergrund stehe dabei die Lösung der durch den Schock bei den zwei Unfällen entstandenen Energieblockaden. Ein Fallabschluss wäre noch verfrüht, sei doch in nächster Zeit noch eine weitere Beschwerdeverbesserung zu erwarten.

E. 3.2.11

Am 14. Oktober 2004 berichtete die Naturheilpraktikerin D. ____, angesichts des Umstands, dass die Patientin weiterhin an starken Kopfschmerzen, einer Nackenstarre und weiteren Beschwerden leide, habe sich deren Gesundheitszustand noch nicht derart verbessert, dass die Therapie eingestellt werden könnte (vgl. Urk. 11/ZM13).

E. 3.2.12

In seinem Verlaufsbericht vom 16. November 2004 (Urk. 11/ZM14) gab med. pract. E. ____, an, seit Ende August sei erneut eine leichte Verbesserung der - nach wie vor schwankenden - Beschwerden eingetreten. So könne die Patientin mittlerweile - insbesondere bei Schmerzverstärkung - sowohl im Alltag als auch im Beruf deutlich besser mit ihren Schmerzen umgehen. Es sei mit einem weiteren Beschwerdefrückgang zu rechnen.

E. 3.2.13

Dr. Y. ____, stellte in seinem Überweisungsschreiben an Dr. med. F. ____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 23. Dezember 2004 (Urk. 11/ZM15) nachstehende Diagnosen:

- Rezidivierende Kopfschmerzen und verminderte Leistungsfähigkeit bei
- Status nach HWS-Distorsionstrauma vom 29. März 2000 (Heckkollision)
- Status nach HWS-Distorsionstrauma vom 18. Dezember 2002 (Kollision Auto-Auto)

Es würden derzeit folgende Therapien durchgeführt:

- Akupunktur (Dr. Y. ____,), Kraniosakraltherapie, Alexandertechnik

- Gingosol, diverse Phytotherapeutika (unter anderem Escholzia)

Als sich die Patientin allmählich von ihrem ersten Schleudertrauma zu erholen begonnen habe, sei es zur zweiten Verletzung gekommen. Dank des ausgewogenen Therapiekonzepts und insbesondere des Gesundheitswillens der Beschwerdeführerin habe sich eine stetige Besserung eingestellt, so dass die Ausübung einer Teilzeittätigkeit wieder möglich sei. Es persistierten aber hartnäckige Myogelosen im Trapeziusbereich und rezidivierende Kopfschmerzen, aufgrund derer - und vor dem Hintergrund, dass der Unfallversicherer eine entsprechende Beurteilung verlange - eine neurologische Untersuchung indiziert sei.

E. 3.2.14

Dr. A. gab auf entsprechende Anfrage der ZÄrlich (vgl. Urk. 11/Z60) hin am 14. Januar 2005 an, als er die Patientin am 19. Februar 2004 letztmals untersucht habe, habe diese noch über die typischen somatischen (Kopf- und Nackenschmerzen) sowie neuropsychologischen (erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, verminderte intellektuelle Leistungsfähigkeit) Beschwerden geklagt. Im Bereich der HWS habe paravertebral beidseits ein Hartspann bestanden, und die Kopfbewegungen seien endständig - rechtsbetont - allseits schmerzhaft gewesen. Unter konservativer Therapie (Kraniosakral-, Alexander-, Bioresonanz- und Atlasterapie) sei allmählich eine Besserung sowohl der somatischen als auch der neuropsychologischen Beschwerden eingetreten. Die Patientin habe wieder ihr volles Arbeitspensum von 60 % erfüllt (vgl. Urk. 11/ZM21).

E. 3.2.15

In Beantwortung der ihm von der ZÄrlich gestellten Fragen (vgl. Urk. 11/Z61) hielt Dr. Y. am 17. Januar 2005 fest, die Patientin leide noch unter fast täglich auftretenden Kopfschmerzen, wobei deren Intensität unter Therapien von einem Wert von 8 auf der Schmerzskala 0/10 auf einen solchen von 4 beziehungsweise - an guten Tagen - von 3 gesunken sei. Zudem beständen nach wie vor Muskelverspannungen im Trapeziusbereich, Konzentrationsstörungen und eine Reizempfindlichkeit (Licht, Lärm usw.). Sowohl die Muskelverspannungen als auch die Einschränkung der HWS-Beweglichkeit könnten objektiviert werden. Aufgrund des bisherigen therapeutischen Erfolgs sowie des engagierten Einsatzes und der Kooperationsbereitschaft der Patientin sei diese - allerdings nicht ohne dass es zu einer Verschlimmerung des Beschwerdebilds komme - in der Lage, teilszeitig einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. Die Konsultationen erfolgten ein- bis zweimal monatlich; das ausgewogene und erfolgreiche Therapiekonzept (Phytotherapie, Akupunktur, Kraniosakraltherapie, Alexandertechnik) bedürfte keiner weiteren Ergänzung. So erscheine eine Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva weder sinnvoll noch erfolgsversprechend. Innerhalb des letzten Jahres habe eine erfreuliche Verbesserung des Gesundheitszustands erzielt werden können. Eine Langzeitprognose lasse sich nicht stellen; ob der angestrebte Vorzustand bald oder überhaupt je wieder erreicht werden könne, sei angesichts der Tatsache, dass ein massives HWS-Schleudertrauma in der Regel Spuren hinterlasse, die sich noch lebenslanglich bemerkbar machten, zu bezweifeln (vgl. Urk. 11/ZM20).

Am 18. April 2005 gab Dr. Y. an, die Untersuchung durch den Neurologen Dr. F. (vgl. Urk. 11/ZM16) habe ergeben, dass gewisse neuropsychologische Funktionsdefizite beständen. Diesbezüglich seien weitere

anlässlich der Untersuchung noch vorhandenen Beschwerden sowohl vom ersten als auch vom zweiten Unfall herrührten. Unfallfremde Faktoren, die das Beschwerdebild beeinflussten, seien keine bekannt (vgl. Urk. 11/ZM22 S. 6). Ob die Beschwerdeführerin sich ohne die zweite Kollision wieder vollständig von den Folgen des ersten Unfalls erholt hätte, sei zwar anzunehmen, könne mangels detaillierter Untersuchungsberichte aus der Zeit unmittelbar vor dem 18. Dezember 2002 und infolge Fehlens genauer Angaben zum damaligen Therapieverlauf aber nur schwer beurteilt werden. Hätte die Beschwerdeführerin ausschliesslich den zweiten Unfall erlitten, hätte sie sich möglicherweise mittlerweile vollständig davon erholt; es sei allerdings zumindest von einem protrahierten Heilungsverlauf auszugehen. In Anbetracht der entsprechenden Angaben der Patientin sei der Unfall vom 29. März 2000 wohl noch zu 30 bis 40 % und derjenige vom 18. Dezember 2002 zu 60 bis 70 % am aktuellen Beschwerdebild beteiligt (vgl. Urk. 11/ZM22 S. 7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mittels einer optimierten, gezielten medikamentösen und physikalischen Schmerztherapie lasse sich wohl noch eine wesentliche Beschwerdelinderung erzielen, was sich auch positiv auf die neuropsychologischen Beeinträchtigungen auswirken dürfte. Zu empfehlen sei allerdings vorab eine detaillierte Diagnostik in Form eines MRI der HWS sowie - in Bezug auf die physikalischen Massnahmen - einer fachärztlichen rheumatologischen Beurteilung. In Bezug auf die Schmerzchronifizierung sei - trotz Fehlens einer psychiatrischen Diagnose (vgl. Urk. 11/ZM22 S. 8) - eine medikamentöse Behandlung, vorzugsweise mit einem Antidepressivum, angezeigt, wobei der Gebrauch akut wirksamer Schmerzmittel möglichst gering gehalten respektive reduziert werden sollte (vgl. Urk. 11/ZM22 S. 7). Je nach Resultat der rheumatologischen Beurteilung sei allenfalls eine stationäre Rehabilitation sinnvoll. Nachdem das Schmerzsyndrom besser behandelt worden sei, sei eine erneute neurologische Standortbestimmung angezeigt, gestützt auf deren Ergebnisse dann beurteilt werden könne, ob eine gezieltere neuropsychologische Therapie erforderlich sei. Angesichts der aktenkundigen medizinischen Berichte und der Angaben der Explorandin sei die bisherige Behandlung allerdings - zumindest aus neurologischer/neuropsychologischer Sicht - korrekt erfolgt. Zu berücksichtigen sei, dass die Beschwerdeführerin seit dem ersten Unfall eine überdurchschnittliche Kooperation und Eigeninitiative gezeigt habe (vgl. Urk. 11/ZM22 S. 8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Ergänzung seiner Expertise vom 26. Juli 2005 (Urk. 11/ZM22) gab Dr. F. ___ nach einem Telefongespräch mit der Beschwerdeführerin am 18. November 2005 an, diese habe über ein seit der Untersuchung im Januar 2005 nicht wesentlich verändertes Beschwerdebild, aber einen besseren Umgang mit den Beeinträchtigungen berichtet. Die Schmerzintensität habe sie gegenüber dem Untersuchungszeitpunkt um zwei Stufen tiefer auf der von einem Wert von 0 bis 10 reichenden Schmerzskala beziffert (vgl. Urk. 11/ZM24 S. 1). Angesichts der von der Explorandin geschilderten Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit sei aktuell in der angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiterin im Treuhandbereich von einer medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 40 % auszugehen. Zu beachten sei in diesem Zusammenhang, dass die angestrebte Ausbildung beziehungsweise berufliche Weiterentwicklung aufgrund der reduzierten Ressourcen nicht mehr möglich sei. Dass die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit (wechselnde Körperhaltung, Einlegung von Pausen nach Bedarf) eine messbare Produktivität

erreichte, sei kaum anzunehmen. Bei adäquater intensivierter und koordinierter Therapie sei allerdings mit einer weiteren Steigerung der Leistungsfähigkeit zu rechnen (vgl. Urk. 11/ZM24 S. 2).

E. 4

4.1 Aus den zitierten medizinischen Berichten geht übereinstimmend hervor, dass die Beschwerdeführerin, nachdem sie sich beim Auffahrunfall vom 29. März 2000 ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule zugezogen hatte (vgl. Urk. 11/ZM1, Urk. 11/ZM6), am 18. Dezember 2002 erneut eine Verletzung der Halswirbelsäule erlitt. Während Dr. Z. am 15. Januar 2003 noch eine HWS-Kontusion festgestellt hatte (vgl. Urk. 11/ZM7 S. 3), gingen in der Folge sämtliche behandelnden Ärzte und Therapeuten von einer HWS-Distorsion aus.

Den Ausführungen der Beschwerdegegnerin, eine derartige Läsion falle schon aufgrund des Unfallhergangs ausser Betracht (vgl. Urk. 2 S. 4), kann nicht gefolgt werden. Zwar handelte es sich beim Ereignis vom 18. Dezember 2002 nicht um eine Auffahr-, sondern um eine seitlich-frontale Kollision (vgl. Urk. 11/Polizeirapport). Einerseits kann aber eine HWS-Distorsion bei einem derartigen Geschehnis nicht schon definitionsgemäss ausgeschlossen werden (vgl. dazu etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen R. vom 20. Dezember 2006, U 403/05, Erw. 6); andererseits ist zu beachten, dass angesichts der erheblichen Deformationen, die an beiden beteiligten Fahrzeugen entstand, beim Aufprall auf der Fahrerseite des von der Beschwerdeführerin gelenkten Autos, das einen Totalschaden erlitt, offenbar massive Kräfte einwirkten (vgl. Urk. 11/Polizeirapport sowie Fotos und Expertise). Angesichts dieses Sachverhalts erscheint die Kollision vom 18. Dezember 2002 an sich als durchaus geeignet, eine HWS-Distorsion herbeizuführen.

Zu Recht hat die Beschwerdegegnerin nicht bestritten, dass die Beschwerdeführerin - zumindest im Laufe der Zeit - das für ein Schleudertrauma der HWS beziehungsweise eine diesem äquivalente Verletzung typische Beschwerdebild (vgl. dazu Erw. 1.3) aufwies (vgl. Urk. 2 S. 4). So geht aus den Arztberichten und den Beurteilungen der behandelnden Therapeuten einhellig hervor, dass die Beschwerdeführerin unter diversen entsprechenden Beeinträchtigungen, insbesondere Nacken- und Kopfschmerzen litt (vgl. Berichte Dr. Y. vom 9. Januar 2003 [Urk. 11/ZM2], vom 10. Januar 2003 [Urk. 11/ZM6], vom 13. Januar 2003 [Urk. 11/ZM3], vom 15. September 2003 [Urk. 11/ZM8 S. 1], vom 23. Dezember 2004 [Urk. 11/ZM15], vom 17. Januar 2005 [Urk. 11/ZM20] und vom 13. Mai 2006 [Urk. 11/ZM25]; Berichte Dr. Z. vom 15. Januar 2003 [Urk. 11/ZM7] und vom 29. Mai 2006 [Urk. 11/ZM26]; Bericht med. pract. E. vom 20. Juli 2004 [Urk. 11/ZM12]; Berichte Dr. A. vom 18. September 2003 [Urk. 11/ZM9 S. 1] und vom 14. Januar 2005 [Urk. 11/ZM21]; Gutachter Dr. F. vom 26. Juli 2005 [Urk. 11/ZM22]) und nach einer gewissen Zeit - wie nicht nur Dr. F. in seinem Gutachten vom 26. Juli 2005 (Urk. 11/ZM22), sondern auch die weiteren Ärzte (vgl. Urk. 11/ZM8, Urk. 11/ZM9, Urk. 11/ZM12, Urk. 11/ZM20, Urk. 11/ZM21) feststellten - zudem verschiedene neuropsychologische Symptome aufwies.

Während dokumentiert ist, dass die Kopf- und Nackenschmerzen fast unmittelbar nach dem Unfall vom 18. Dezember 2002 auftraten (vgl. Urk. 11/ZM7 S. 1, Urk. 11/ZM28, Urk. 11/Z9, Urk. 11/Z24 S. 2), stellten sich erst einige Tage beziehungsweise Wochen später noch weitere Beschwerden ein. So wurden

neuropsychologische Beeinträchtigungen erstmals in Dr. Y. ___s rund drei Wochen nach der Kollision verfasstem Schreiben vom 10. Januar 2003 (Urk. 11/ZM6) erwähnt. Gemäss konstanter Rechtsprechung des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts beziehungsweise des Bundesgerichts reicht es allerdings zur Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhang aus, wenn die Beschwerden in der Halsregion und an der Halswirbelsäule innert maximal 72 Stunden seit dem Versicherungsereignis auftreten. Nicht erforderlich ist, dass sich auch die weiteren zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas gehörenden Beeinträchtigungen bereits innert der genannten Latenzzeit einstellen (vgl. etwa SVR 2007 UV Nr. 23 Erw. 5, RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29, Urteile des Bundesgerichts in Sachen G. vom 3. September 2007, U 380/06 Erw. 4.1, in Sachen G. vom 16. August 2007, U 104/06 Erw. 4.3, in Sachen S. vom 30. Juli 2007, U336/06 Erw. 5.1, in Sachen D. vom 31. Januar 2007, U 167/06 Erw. 3.2). Demnach ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 18. Dezember 2002 eine HWS-Distorsion erlitten hat.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass die Beschwerdeführerin zwar noch unter Folgen des Auffahrunfalls vom 29. März 2000 litt, als es am 18. Dezember 2002 zur zweiten Kollision kam, aus den medizinischen Akten - wenn sie den medizinischen Vorzustand der Beschwerdeführerin auch nicht umfassend dokumentieren - aber klar hervorgeht, dass der abermalige Unfall nicht lediglich zu einer (vorübergehenden) Verstärkung der vorbestehenden Symptomatik führte, sondern teilweise auch gleichartige Beschwerden, wie die bereits abgeklungenen, neu auslöste, wobei die Beschwerden gesamthaft - nicht nur von der Beschwerdeführerin selbst, sondern auch von den Ärzten (vgl. Urk. 11/ZM7 S. 1 und S. 3, Urk. 11/ZM8 S. 1 und S. 2., Urk. 11/ZM22 S. 6) - zu einem klar überwiegenden Teil auf letztgenanntes Ereignis zurückgeführt wurden; dieses mithin zumindest teilkausal für die anhaltenden Gesundheitsstörungen ist (vgl. dazu Erw. 1.1). Anzuführen bleibt, dass die Zürich gestützt auf Art. 100 Abs. 2 der Verordnung zum Unfallversicherungsgesetz (UVV) mit Auslösung des Taggeldanspruchs betreffend die seitlich-frontale Kollision vom 18. Dezember 2002 der Beschwerdeführerin gegenüber auch im Zusammenhang mit deren vor Beginn des Versicherungsverhältnisses erlittenen Auffahrkollision vom 29. März 2000 leistungspflichtig wurde.

4.2 Ä Ä Ä Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt nebst einem natürlichen Kausalzusammenhang voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei organisch nachweisbaren Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung praktisch keine Rolle, indem die Unfallversicherung auch für seltenste, schwerwiegendste Komplikationen haftet, welche nach der unfallmedizinischen Erfahrung im Allgemeinen gerade nicht einzutreten pflegen (vgl. BGE 128 V 172 Erw. 1c, 123 V 102 Erw. 3b, 118 V 291 Erw. 3a, 117 V 365 Erw. 5d/bb mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; RKUV 2004 Nr. U 505 S. 249 Erw. 2.1).

4.3. Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass den persistierenden Gesundheitsstörungen der Beschwerdeführerin kein objektivierbares organisches Substrat zugrunde liegt. So ergab die vom erstbehandelnden Arzt Dr. Z.____ initiierte radiologische Untersuchung der HWS vom 23. Dezember 2002 - nebst einer als wenig ausgeprägt beschriebenen Unkarthrose degenerativer Natur im Bereich von C4/C5 und C5/C6 - keinen pathologischen Befund (vgl. Bericht vom 15. Januar 2003, Urk. 11/ZM7 S. 2). Dass Dr. F.____ in seinem Gutachten von 26. Juli 2005 noch die Durchführung eines MRI empfahl (vgl. Urk. 11/ZM22 S. 8), ist weniger mit einem Verdacht des genannten Experten auf eine bildgebend feststellbare Veränderung, als vielmehr mit dem Ziel einer umfassenden Abklärung beziehungsweise eines definitiven Ausschlusses entsprechender Befunde zu erklären. Solche erhob im Übrigen auch Dr. Y.____, der angab, es könnten Muskelverspannungen und Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit objektiviert werden (vgl. Bericht vom 17. Januar 2005, Urk. 11/ZM20), nicht (zur Objektivierbarkeit von Gesundheitsbeeinträchtigungen vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 20. August 2008, 8C_33/2008 Erw. 5.1, mit Hinweisen). Es ist daher davon auszugehen, dass der Unfall vom 18. Dezember 2002 keine organischen Folgen zeitigte, die sich hinreichend nachweisen liessen.

4.4. Mangels objektivierbarer Unfallfolgen wäre eine über den Fallabschluss hinaus bestehende Leistungspflicht der Zürich im Zusammenhang mit der seitlich-frontalen Kollision Ende 2002 nur dann zu bejahen, wenn sich gestützt auf die Rechtsprechung nach BGE 134 V 109 ergibt, dass zwischen den über den 27. März 2003 beziehungsweise den 11. April 2006 (vgl. Urk. 11/Z95, Urk. 2) hinaus geklagten Beschwerden und dem fraglichen Ereignis ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Die entsprechende Beurteilung hat allerdings erst dann zu erfolgen, wenn der Zeitpunkt des Fallabschlusses gekommen ist. Dabei beurteilt sich die Rechtmässigkeit des Fallabschlusses, wenn - wie vorliegend - keine Eingliederungsmassnahmen der Eidgenössischen Invalidenversicherung zur Diskussion stehen, danach, ob von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden konnte (vgl. BGE 134 V 109, Urteil des Bundesgerichts in Sachen H. vom 4. März 2008, U 291/06, Erw. 4.1).

Ob damit zu rechnen ist, dass mittels weiterer therapeutischer Massnahmen noch eine namhafte Besserung der gesundheitlichen Situation im Sinne von Art. 19 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) erzielt werden kann, bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Dabei muss die durch weitere Heilbehandlungen zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 4.3, mit Hinweisen).

Aus den medizinischen Akten geht übereinstimmend hervor, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der Zürich (27. März 2003 respektive 11. April 2006; vgl. Urk. 11/Z95, Urk. 2) noch mit einem weiteren therapeutischen Fortschritt zu rechnen war. So berichtete die Alexander-Therapeutin C.____ im Oktober 2003 über einen verbesserten, aber noch sehr instabilen - und daher weiterhin behandlungsbedürftigen und nachhaltig optimierbaren - Gesundheitszustand (vgl. Urk. 11/ZM10). Auch die Naturheilpraktikerin D.____ sprach in ihrer Stellungnahme vom 7. Oktober 2003 (Urk. 11/ZM11) sowohl von einem bereits eingetretenen als auch von einem noch zu erwartenden Therapieerfolg; in ihrer Beurteilung vom 14. Oktober 2004 (Urk. 11/ZM14) rechnete sie

noch immer mit einer weiteren positiven Beeinflussung des Heilungsprozesses durch die Behandlung. Der Kraniosakraltherapeut med. pract. E.____ hielt am 20. Juli 2004 explizit fest, dass, nachdem schon eine deutliche Schmerzreduktion habe erreicht werden können, die Fortsetzung der Behandlung noch weitere Beschwerdebesserungen erwarten lasse (vgl. Urk. 11/ZM12); in seinem Verlaufsbericht vom 16. November 2004 (Urk. 11/ZM14) gab med. pract. E.____ in der Folge an, die Symptomatik habe sich zwar erneut leicht gebessert, es sei aber noch mit einem weiteren Beschwerdefortschritt zu rechnen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nicht nur sämtliche behandelnden Therapeuten, sondern auch die Ärzte gingen davon aus, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin noch wesentlich verbessern lasse. So gab der Chirurg Dr. A.____ am 18. September 2003 an, die durchgeführten Behandlungen (Kraniosakral-, Alexander-, Atlas- und Bioresonanztherapie) hätten allmählich zu einer Beschwerdebesserung geführt, der Vorzustand sei allerdings noch nicht erreicht. Eine abschliessende Beurteilung könne zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vorgenommen werden (vgl. Urk. 11/ZM9). Der Neurologe Dr. F.____ hielt in seinem Gutachten vom 26. Juli 2005 fest, mittels einer gezielten medikamentösen und physikalischen Schmerztherapie lasse sich noch eine wesentliche Reduktion der Beschwerden und damit auch der neuropsychologischen Beeinträchtigungen erzielen (vgl. Urk. 11/ZM22 S. 8). Dr. F.____ schliesslich berichtete am 18. November 2005 über einen Fortschritt der Schmerzintensität seit der Begutachtung und prognostizierte für den Fall, dass sich die Beschwerdeführerin weiterhin einer adäquaten intensivierten und koordinierten Behandlung unterziehe, eine nochmalige Steigerung der Leistungsfähigkeit (vgl. Urk. 11/ZM24 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass aus der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin schon relativ bald nach dem Unfall vom 18. Dezember 2002 wieder ihr volles Arbeitspensum erfüllte (vgl. Bericht Dr. A.____ vom 18. September 2003 [Urk. 11/ZM9], Unfallschein [Urk. 11/ZM4]), nicht auf eine volle Leistungsfähigkeit geschlossen werden kann. Einerseits geht aus den Akten verschiedentlich hervor, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Gesundheitsstörungen Mühe hat, ihre Arbeit in gewohnter Quantität und Qualität zu erledigen (vgl. dazu Bericht Patientenbesuch vom 21. Dezember 2004 [Urk. 11/Z54], Bericht Dr. A.____ vom 14. Januar 2005 [Urk. 11/ZM21], Bericht Dr. Y.____ vom 17. Januar 2005 [Urk. 11/ZM 20], Gutachten Dr. F.____ vom 26. Juli 2005 [Urk. 11/ZM22 S. 4 ff.], Bericht Dr. F.____ vom 18. November 2005 [Urk. 11/ZM24 S. 1 f.]) und zudem - auch noch nach der Einstellung der Taggeldzahlungen per 27. März 2003 (vgl. Urk. 11/Z95, Urk. 2) - Hilfe bei der Erledigung der Haushaltstätigkeit benötigte (vgl. Urk. 11/Z41, Urk. 11/Z45). Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass die Beschwerdeführerin keiner Vollzeittätigkeit nachgeht, sondern - wie bereits vor dem fraglichen Unfall (vgl. Unfallmeldung UVG vom 27. Dezember 2002, Urk. 11/Z1) - lediglich ein Arbeitspensum von 60 % erfüllt. Dass die persistierenden Beschwerden es zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung der Zürich zugelassen hätten, einen diesen Umfang übersteigende Tätigkeit auszuüben beziehungsweise die an sich geplante selbstständige Tätigkeit aufzunehmen, erscheint nicht nur aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 11/Z24 S. 4, Urk. 11/Z41 S. 8, Urk. 11/Z52), sondern auch in Anbetracht der medizinischen Beurteilungen als unwahrscheinlich.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da aus Sicht sowohl der Ärzte als auch der Therapeuten noch mit einem erheblichen Behandlungserfolg zu rechnen war, wobei dieser auch insofern nicht als

unbedeutsam bezeichnet werden kann, als bei Leistungseinstellung der Z¹/₄rich per 27. März 2003 respektive 11. April 2006 (vgl. Urk. 11/Z95, Urk. 2) nach dem Gesagten noch keine uneingeschränkte beziehungsweise nicht mehr steigerbare Leistungsfähigkeit (vgl. BGE 134 V 109 Erw. 4.3) vorlag, hat die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss (und die damit verbundene Adäquanzbeurteilung) verfr¹/₄ht vorgenommen und den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Taggelder ¹/₄ber den 27. März 2003 hinaus - sofern und soweit ihr ¹/₄ber diesen Zeitpunkt hinaus noch eine zumindest teilweise durch den Unfall vom 18. Dezember 2002 bedingte Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde - ebenso zu Unrecht verneint wie - f¹/₄r die Zeit ab dem 12. April 2006 - denjenigen auf Heilbehandlungsleistungen im Zusammenhang mit der Ende 2002 erfolgten Kollision.

¹/₄ber die Frage der Verzugszinspflicht (vgl. Art. 26 Abs. 2 des Bundesgesetzes ¹/₄ber den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] in Verbindung mit Art. 7 der Verordnung zum ATSG; Urk. 1 S. 2) - vorliegend nicht Bestandteil des Anfechtungsgegenstands - wird seitens der Beschwerdegegnerin noch zu befinden sein.

5. Ausgangsgemäss ist der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin gest¹/₄tzt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit ¹/₄ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes ¹/₄ber das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) eine Prozessentschädigung zuzusprechen, wobei ein Betrag von Fr. 2'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen erscheint.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird, soweit auf sie eingetreten wird, ¹/₄ gutgeheissen, und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit dem Unfall vom 18. Dezember 2002 auch ¹/₄ber den 27. März 2003 respektive den 11. April 2006 hinaus Anspruch auf die gesetzlichen Leistungen der Unfallversicherung im Sinne der Erwägungen hat.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Martin Habl¹/₄tzel
- Rechtsanwalt Hermann R¹/₄egg
- Groupe Mutuel/Hermes
- Bundesamt f¹/₄r Gesundheit

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes ¹/₄ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht w¹/₄hrend folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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