Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess {T 7}
U 88/05

Urteil vom 23. Mai 2006
IV. Kammer

Besetzung
Präsident Ursprung, Bundesrichter Frésard und nebenamtlicher Richter Maeschi; Gerichtsschreiberin Helfenstein Franke

Parteien
A._____, 1978, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Bruno Häfliger, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern, Beschwerdegegnerin

Vorinstanz
Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz, Schwyz

(Entscheid vom 11. Januar 2005)

Sachverhalt:
A.
A.a Der 1978 geborene A._____ arbeitete seit 1. September 1999 als Hilfsspengler bei der Firma J._____. Am 22. Dezember 1999 war er mit seinem Personenwagen an einer Auffahrkollision von drei Fahrzeugen beteiligt, bei der er sich ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule (HWS) zuzog. Im Anschluss an den Unfall traten Nackenschmerzen auf mit Muskelverspannungen und schmerzbedingt eingeschränkter Beweglichkeit der HWS. Die von Dr. med. H._____, Arzt für Allgemeine Medizin, angeordneten Massnahmen (Medikation, Tragen eines Halskragens, Physiotherapie) brachten keine Besserung. Ein Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50% ab 10. Januar 2000 scheiterte. Auf Veranlassung des Rheumatologen Dr. med. M._____, welcher eine Chronifizierung der Beschwerden befürchtete und eine psychische Beteiligung feststellte, ordnete die SUVA, bei welcher A._____ für die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert war, eine stationäre Abklärung und Behandlung in der Rehaklinik B._____ an. Im Austrittsbericht dieser Klinik vom 15. Juni 2000 wurde ein zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit ausgeprägter Beweglichkeitseinschränkung und muskulärem Hartspann diagnostiziert; ferner wurden leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störungen sowie Anzeichen einer erschwerten Unfallverarbeitung festgestellt. Im Rahmen des durchgeführten Ergonomie-Trainingsprogramms fielen eine fragliche Leistungsbereitschaft sowie eine Selbstlimitierung auf. Die Arbeitsfähigkeit wurde auf 50% im bisherigen Tätigkeitsbereich und auf 100% für eine sehr leichte Arbeit bei zusätzlichen Pausen festgesetzt. Einem mit der Arbeitgeberin vereinbarten Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50% kam der Versicherte nicht nach, worauf die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis auf den 31. Juli 2000 auflöste. Eine vom behandelnden Arzt Dr. med. R._____ veranlasste chiropraktische Behandlung blieb wegen muskulärer Gegenreaktionen erfolglos. Eine psychiatrische Behandlung durch Dr. med. E._____, welcher auf eine leichte bis mittelgradige Depression schloss, brach der Versicherte nach zwei Sitzungen ab.

Am 13. Mai 2001 war A._____ als Beifahrer erneut an einer Auffahrkollision beteiligt. Dabei kam es zu einer vorübergehenden Verstärkung der Beschwerden, welche nach drei bis vier Wochen behoben war. Nach weiteren Abklärungen teilte die SUVA dem Versicherten am 6. Juni 2002 mit, ab 1. Juli 2002 werde noch ein Taggeld von 50% ausgerichtet. In der Folge holte sie bei Dr. med. S._____, Facharzt für Neurologie, und der Rheumaklinik des Universitätsspitals Z._____ Berichte vom 11. Februar 2002 bzw. 11. April 2003 ein. Ferner ordnete sie einen erneuten stationären Aufenthalt in der Rehaklinik B._____ an. Wegen Selbstlimitierung, mangelnder Leistungsbereitschaft und wiederholtem unentschuldigtem Fernbleiben von der Therapie wurde der Versicherte nach vierzehn Tagen vorzeitig entlassen. Im Austrittsbericht vom 9. September 2003 verneinten die Klinikärzte eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht und vertraten die Auffassung, aus somatischer Sicht wäre bei optimaler Kooperation und Leistungsbereitschaft eine volle Arbeit im bisherigen Tätigkeitsbereich möglich. Mit Verfügung vom 18. November 2003 stellte die SUVA die bisherigen Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) ein und lehnte die Zusprechung einer
Invalidenrente sowie einer Integritätsentschädigung ab. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 23. Juni 2004 fest.
A.b Am 26. Mai 2000 hatte sich A._____ auch bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet. Die IV-Stelle Schwyz ordnete eine berufliche Abklärung in der Abklärungs- und Ausbildungsstätte (BEFAS) an. In deren Bericht vom 16. November 2001 wurde eine "aufbauende berufliche Übergangslösung" und eine "dreimonatige vertiefte Vorabklärung im Hinblick auf eine Tätigkeit als Maschinenzeichner" vorgeschlagen, wofür die IV-Stelle Kostengutsprache leistete. Am 22. Mai 2002 berichtete die Stiftung N._____, die am 4. März 2002 begonnene berufliche Abklärung sei am 8. Mai 2002 abgebrochen worden, nachdem der Versicherte die Arbeitszeit nicht eingehalten habe und ab 29. April 2002 nicht mehr erschienen sei, so dass eine zuverlässige Beurteilung der beruflichen Situation nicht möglich sei. Ein vom Berufsberater der IV-Stelle hierauf vorgeschlagenes Arbeitstraining in der Metallabteilung der Eingliederungsstätte W._____ lehnte der Versicherte nach erfolgter Vorstellung und Besichtigung ab. Die IV-Stelle beauftragte in der Folge den Sozialpsychiatrischen Dienst D._____ mit einem Gutachten. In dem am 25. September 2003 erstatteten Bericht wurde eine mindestens seit April 2001 bestehende mittelgradige depressive Episode
diagnostiziert und die Auffassung vertreten, dem Versicherten wäre auch aus psychiatrischer Sicht mindestens eine Halbtagsarbeit zumutbar. Mit Verfügung vom 14. Januar 2004 lehnte die IV-Stelle die Zusprechung einer Invalidenrente mit der Begründung ab, dass sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Mit Einspracheentscheid vom 16. August 2004 hielt sie an der Ablehnung des Leistungsbegehrens fest. Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz mit Entscheid vom 11. Januar 2005 ab. A._____ liess beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde einreichen mit dem Rechtsbegehren, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids sei ihm ab 1. Dezember 2000 eine Invalidenrente auf Grund eines Invaliditätsgrades von mindestens 70% zuzusprechen.
B.
Gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 23. Juni 2004 beschwerte sich A._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz, welches die Beschwerde mit Entscheid vom 11. Mai 2005 abwies .
C.
A._____ lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit dem Rechtsbegehren, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids seien ihm aus den Unfällen vom 22. Dezember 1999 und 13. Mai 2001 die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen, insbesondere habe die SUVA ab 1. Dezember 2003 weiterhin das Taggeld zu bezahlen und für die Heilbehandlungskosten aufzukommen; zudem habe sie eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung auszurichten. Ferner sei ihm die unentgeltliche Verbeiständung zu gewähren.

Das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz und die SUVA schliessen auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verzichtet auf eine Vernehmlassung.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:
1.
Im angefochtenen Entscheid werden die für die Leistungspflicht des Unfallversicherers (Art. 6 Abs. 1 UVG) geltenden Voraussetzungen des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereig-

nis und dem eingetretenen Schaden (BGE 129 V 181 Erw. 3.1 mit Hinweisen), insbesondere bei Schleudertraumen und schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS (BGE 117 V 359 ff.; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 Erw. 3 [Urteil Z. vom 2. Juni 2000, U 160/98]; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67), zutreffend dargelegt. Das Gleiche gilt für die vorinstanzlichen Ausführungen zum Beweiswert ärztlicher Berichte und Gutachten (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c). Darauf wird verwiesen.

2.

2.1 Der Beschwerdeführer hat beim Unfall vom 22. Dezember 1999 eine HWS-Distorsion erlitten, in deren Folge zunächst Nacken- und Schulterschmerzen aufgetreten sind. Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. H._____ stellte am 27. Februar 2000 einen verzögerten Heilungsverlauf bei starken Verspannungsschmerzen fest. Der Rheumatologe Dr. med. M._____ fand keine sicheren Hinweise für eine ossäre oder ligamentäre Läsion und schloss auf eine tendenziell generalisierte Tendomyopathie sowie ein zerviko-thorakovertebrales Syndrom bei Fehlform bzw. Fehlhaltung der Wirbelsäule. Eine am 22. Mai 2000 im Kantonsspital X._____ durchgeführte MRI-Untersuchung der HWS zeigte ausser einer leichten Streckhaltung normale Befunde. Im Austrittsbericht der Rehaklinik B._____ vom 15. Juni 2000 wurde ein zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit Ausstrahlungen in die rechte Schulterpartie, ausgeprägter globaler Beweglichkeitseinschränkung, muskulärem Hartspann und zahlreichen Triggerpunkten im Bereich der Schultermuskulatur diagnostiziert. Der behandelnde Arzt Dr. med. R._____ fand eine praktisch völlige Unbeweglichkeit der HWS ohne wesentlichen Muskelhartspann (Berichte vom 10. August und 30. Oktober 2000). Sowohl vor wie nach dem zweiten Unfall vom 13. Mai 2001 liessen sich bei den kreisärztlichen Untersuchungen keine objektivierbaren organischen Befunde für das anhaltende Beschwerdebild feststellen (Berichte vom 30. August 2000 sowie 7. März und 9. September 2001). Bei der neurologischen Untersuchung durch Dr. med. S._____ vom 22. November 2002 fiel erneut eine massiv eingeschränkte Beweglichkeit der HWS in allen Richtungen mit diffusen Druckdolenzen in den Nackenmuskeln auf. Neurologisch fanden sich keine fokalen Ausfälle und die sicherheitshalber durchgeführte zerebrovaskuläre Dopplersonografie ergab normale Befunde. Im Gutachten vom 11. April 2003 führten die Ärzte der Rheumaklinik des Universitätsspitals Z._____ aus, die vom Versicherten angegebenen massivsten Schmerzen und die stark eingeschränkte Beweglichkeit der HWS liessen sich durch die radiologischen Befunde nicht erklären. Ein starkes Gegenspannen verhindere eine konklusive Untersuchung der HWS, weshalb eine stationäre Abklärung angezeigt sei. Diese fand in der Rehaklinik B._____ statt, wo in somatisch-medizinischer Sicht unveränderte Verhältnisse gegenüber der Untersuchung im Jahr 2000 festgestellt und auf eine Selbstlimitierung sowie mangelnde Leistungsbereitschaft des Versicherten geschlossen wurde.

2.2 Im Anschluss an den Unfall hatte der Beschwerdeführer auch über erhöhte Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen geklagt. Bei der neuropsychologischen Untersuchung anlässlich des ersten Aufenthaltes in der Rehaklinik B._____ im April/Mai 2000 wurden deutliche Einschränkungen in der psycho-physischen Gesamtbelastbarkeit sowie verminderte Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen festgestellt. Ferner bestanden leichte Einschränkungen bei der kognitiven Umstellfähigkeit und beim mündlichen Rechnen. Insgesamt wurden die Befunde als vereinbar mit einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung erachtet. Im neuropsychologischen Bericht vom 28. Juni 2001 gelangte Dr. phil. G._____ zum Schluss, es liege eine schmerzbedingte Belastbarkeitsminderung mit Konzentrationsschwankungen, jedoch keine hirnorganisch bedingte neuropsychologische Funktionsstörung vor. Im Vergleich zum Befund der Rehaklinik B._____ zeige sich ein insgesamt verbessertes kognitives Leistungsprofil. Die leichtgradigen Leistungsschwankungen liessen sich weitgehend durch Schmerzfaktoren erklären. Anlässlich des zweiten Aufenthaltes in der Rehaklinik B._____ im August 2003 fand keine erneute neuropsychologische Untersuchung statt. Aus den Berichten der Rehaklinik lässt sich indessen schliessen, dass die weiterhin geklagte Leistungsminderung sowie die Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen in Zusammenhang mit einem leicht depressiven Zustandsbild multifaktorieller Genese stehen. In diesem Sinne hatte sich schon Dr. med. E._____ im psychiatrischen Bericht vom 20. März 2001 geäussert.

2.3 Bereits während des ersten Aufenthalts in der Rehaklinik B._____ im April/Mai 2000 hatten sich Anzeichen einer erschwerten Unfallverarbeitung sowie einer fraglichen Leistungsbereitschaft und Selbstlimitierung gezeigt. Weil der Versicherte trotz Dauermedikation an depressiven Verstimmungen litt, wurde er von Dr. med. R._____ im Januar 2001 einer psychiatrischen Behandlung zugeführt. Am 20. März 2001 berichtete der Psychiater Dr. med. E._____, der Versicherte habe die Behandlung nach der zweiten Konsultation abgebrochen. Es hätten sich klare Hinweise auf eine leichte bis mittelgradige Depression ergeben. Diese dürfte die Schmerzen verstärkt und die mangelnde Leistungsbereitschaft mitbedingt haben. Zudem könnten die ko-

gnitiven Beeinträchtigungen im Rahmen der Depression aufgetreten oder von dieser verstärkt worden sein. Im psychosomatischen Konsiliarbericht des Dr. med. K._____, Rehaklinik B._____, vom 20. August 2003 werden die Diagnosen eines leicht depressiven Zustandsbildes multifaktorieller Genese (am ehesten als langgezogene depressive Anpassungsstörung, vom Schweregrad aber keine Major-Depression gemäss ICD-10 F43.21) und maladaptiver Bewältigungsstrategien im Sinne von Vermeidung und Selbstlimitierung bei wahrscheinlich eher wenig durchsetzungsfähiger Persönlichkeit gestellt. Es wird eine multiple psychosoziale Problematik angenommen und das Vorliegen eines psychischen Leidens mit Krankheitswert sinngemäss verneint. In dem von der IV-Stelle eingeholten Gutachten des Sozialpsychiatrischen Dienstes D._____ vom 25. September 2003 wird auf eine seit mindestens April 2001, eventuell bereits früher vorhanden gewesene mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) geschlossen. Diese wirke sich negativ auf die Motivation, das Selbstvertrauen und die Eigeninitiative des Versicherten aus und führe zusätzlich zu einem verstärkten Schmerzerleben. Die körperliche Beeinträchtigung (chronifiziertes Zervikalsyndrom) und die psychische Erkrankung (mittelgradige Depression) beeinflussten sich wechselseitig in einem "Teufelskreis", indem die Depressivität die somatisch bedingten Schmerzen stärker erleben lasse und nachfolgend Selbstvertrauen und Eigeninitiative zum Gesundungsprozess behindere.

3.

Streitig und zu prüfen ist, ob und gegebenenfalls inwieweit in der Zeit ab 1. Dezember 2003 noch leistungsbegründende unfallkausale Beeinträchtigungen bestanden haben. Dabei kann der zweite Unfall vom 13. Mai 2001 unberücksichtigt bleiben, weil er unbestrittenermassen lediglich zu einer vorübergehenden Verstärkung der Beschwerden geführt hat.

3.1 Auszugehen ist davon, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 22. Dezember 1999 eine HWS-Distorsion im Sinne eines sog. Schleudertraumas erlitten hat. Im Anschluss an den Unfall sind denn auch Beschwerden (Nacken-, Schulter- und Kopfschmerzen, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Depression) aufgetreten, die zum typischen Beschwerdebild nach Schleudertraumen oder schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS gehören (vgl. BGE 117 V 360 Erw. 4b). Auf Grund der Akten ist anzunehmen, dass es sich nicht um ein schweres Trauma gehandelt hat. Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. H._____ bewertete den Fall mit Grad 1 bzw. 2 auf der vierstufigen Skala der Schweregrade (Quebec Task Force Classification). Die bildgebenden Untersuchungen (Röntgen, MRI, Sonografie) und die sonstigen medizinischen Abklärungen ergaben keine objektivierbaren organischen Unfallfolgen. Es liessen sich weder ossäre noch ligamentäre Läsionen feststellen. Neurologisch bestanden keine Ausfälle und normale Befunde. Die anhaltende praktisch vollständige Einschränkung der HWS-Beweglichkeit liess sich somatisch nicht erklären, ein eigentlicher Muskelhartspann konnte nicht objektiviert werden. Wiederholt fielen bei den ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen ein abwehrendes Verhalten sowie eine Selbstlimitierung des Versicherten auf. Ob in der Zeit ab 1. Dezember 2003 überhaupt noch somatisch erklärbare Beschwerden bestanden haben, ist daher fraglich. Auf Grund der im Wesentlichen übereinstimmenden ärztlichen Angaben steht jedenfalls fest, dass für das Andauern der Symptomatik weitgehend psychische und psychosoziale Gründe ausschlaggebend waren.

3.2 Im neuropsychologischen Bericht der Rehaklinik B._____ vom 15. Juni 2000 wird die festgestellte leichte bis mittelschwere Störung insbesondere der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen als unfallkausal betrachtet. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Schmerzen und die psychische Problematik mitursächlich sind. Im Gutachten des Dr. phil. G._____ vom 28. Juni 2001 wird eine hirnorganisch bedingte neuropsychologische Funktionsstörung verneint. Des Weiteren wird eine Besserung gegenüber dem Befund anlässlich der Untersuchung in der Rehaklinik B._____ vom April 2000 festgestellt und aus neuropsychologischer Sicht sowohl eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit als auch eine Behandlungsbedürftigkeit verneint. Zu weiteren Abklärungen besteht in diesem Punkt somit kein Anlass.

3.3 Nicht durchwegs übereinstimmend sind die ärztlichen Angaben zur Bedeutung der psychischen Beeinträchtigungen. Während Dr. med. E._____ im Sinne einer vorläufigen Beurteilung auf eine leichte bis mittelgradige Depression schloss, welche die Schmerzen verstärken und die mangelnde Leistungsbereitschaft des Versicherten im Sinne einer depressiv bedingten Antriebsschwäche und herabgesetzten Initiative mitbedingen dürfte, nimmt Dr. med. K._____ ein nur leicht depressives Zustandsbild multifaktorieller Genese an, welchem kein Krankheitswert im Sinne von ICD-10 F43.21 (Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion) beizumessen sei. Die Ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes D._____ gelangen demgegenüber zum Schluss, es liege eine mittelgradige Depression vor, welcher Krankheitswert zukomme. Sie nehmen indessen nicht an, dass der Beschwerdeführer auch bei Aufbietung der ihm zumutbaren Willensanstrengung nicht in der

Lage gewesen wäre, den vorgesehenen Abklärungen, Behandlungen und Arbeitsversuchen Folge zu leisten. Vielmehr stellen sie fest, das Scheitern der Eingliederungsbemühungen lasse sich mit der bestehenden psychischen Störung nur teilweise erklären. Davon ging auch Dr. med. E._____ in der vorläufigen Beurteilung vom 20. März 2001 aus. Auf Grund der ärztlichen Angaben und des Verhaltens des Beschwerdeführers bei der medizinischen Behandlung und beruflichen Abklärung steht fest, dass subjektive Faktoren (mangelnde Mitwirkung und Leistungsbereitschaft, Selbstlimitierung) an der Aufrechterhaltung des Beschwerdesyndroms massgeblich beteiligt sind.

3.4 Insgesamt ist fraglich, inwieweit ab 1. Dezember 2003 überhaupt noch unfallkausale Beschwerden bestanden haben. Von weiteren Abklärungen kann indessen abgesehen werden, weil jedenfalls die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu verneinen ist, wie sich aus dem Folgenden ergibt.

4.

4.1 Die Vorinstanz hat der Adäquanzbeurteilung die für psychische Unfallfolgen geltenden Regeln (BGE 115 V 133 ff.) zugrunde gelegt. Auch wenn schon kurz nach dem Unfall eine psychische Beteiligung festgestellt worden ist und subjektive unfallfremde Gründe an der Aufrechterhaltung des Beschwerdebildes beteiligt sind, ist nicht klar, ob die psychische Problematik bereits unmittelbar nach dem Unfall eindeutige Dominanz aufgewiesen hat und die physischen Beschwerden im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben, wie es für die Adäquanzprüfung nach den für psychische Fehlentwicklungen nach Unfall massgebenden Kriterien vorausgesetzt ist (BGE 123 V 99 Erw. 2a; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 [Urteil W. vom 18. Juni 2002, U 164/01]). Wie es sich damit verhält, kann indessen offen bleiben, weil die Adäquanz auch dann zu verneinen ist, wenn der Adäquanzbeurteilung die für Schleudertraumen und schleudertraumaähnliche Verletzungen der HWS ohne organisch nachweisbare funktionelle Ausfälle geltenden Regeln (BGE 117 V 359 ff.) zugrunde gelegt werden.

4.2 Nach der Rechtsprechung werden einfache Auffahrunfälle in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 237 Erw. 5.1.2 mit Hinweisen [Urteil C. vom 15. März 2005, U 380/04]). Vorliegend handelt es sich insofern um einen besondern Fall, als eine Mehrfachkollision zur Diskussion steht. Während zunächst davon ausgegangen wurde, dass es im Anschluss an die Auffahrkollision zu einer Kollision mit dem Vorderwagen gekommen war (Biomechanische Kurzbeurteilung vom 30. Januar 2001), gelangten die Experten in der technischen Unfallanalyse vom 18. Juli 2001 und der biomechanischen Beurteilung vom 9. August 2001 zum Schluss, dass der Beschwerdeführer zuerst auf das vorausfahrende Fahrzeug gestossen war und erst dann vom nachfolgenden Fahrzeug angefahren wurde. Dabei wurde für die Frontkollision eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (delta-v) von 10 - 14,5 km/h und für den Heckaufprall eine solche von 11 - 15 km/h ermittelt. Diese Werte liegen aus unfallanalytischer und biomechanischer Sicht noch im Rahmen der für solche Kollisionen im Normalfall geltenden Harmlosigkeitsgrenze, auch wenn sich laut Gutachten die geklagten Beschwerden unter Berücksichtigung des Umstandes, dass der erste frontale Stoss möglicherweise eine leichte Verstärkung der Belastung durch die Heckkollision bewirkt hat, erklären lassen. Darauf, dass die Kollision nicht sehr heftig war, deuten auch die entstandenen Fahrzeugschäden, wie sie sich aus den Polizeiakten ergeben. Der Unfall ist nach den gesamten Umständen höchstens als mittelschwer und nicht als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen oder gar als schwerer Unfall zu qualifizieren (vgl. die in SZS 2001 S. 431 ff. erwähnte Rechtsprechung). Die Adäquanz wäre daher zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre oder mehrere der zu berücksichtigenden Kriterien gegeben wären (BGE 117 V 367 Erw. 6b).

4.3 Der Unfall vom 22. Dezember 1999 hat sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet noch war er - objektiv betrachtet (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 Erw. 3b/cc; vgl. auch RKUV 2000 Nr. U 394 S. 313 [Urteil S. vom 31. Mai 2000, U 248/98]) - von besonderer Eindrücklichkeit. Er hatte auch keine schweren Verletzungen oder Verletzungen besonderer Art zur Folge. Es bedarf hiezu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (Urteile S. vom 10. Februar 2006, U 79/05, C. vom 28. April 2005, U 386/04, und D. vom 4. September 2003, U 371/02; vgl. auch SZS 2001 S. 443). Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen (RKUV 2003 Nr. U 489 S. 361 Erw. 4.3 mit Hinweisen [Urteil A. vom 24. Juni 2003, U 193/01]). Solche Umstände sind hier nicht gegeben. Es liegt auch keine besondere Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden vor. Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Zwar

wurden während längerer Zeit immer wieder medizinische Massnahmen durchgeführt und wiederholt auch Klinikaufenthalte angeordnet. Sie dienten aber weitgehend der Diagnosestellung und der Abklärung der Arbeitsfähigkeit sowie der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten. Physiotherapeutische und chiropraktische Behandlungen blieben erfolglos und wurden Ende 2000 eingestellt. Eine psychotherapeutische Behandlung brach der Beschwerdeführer nach kurzer Zeit ab. In der Folge wurde gelegentlich noch Physiotherapie durchgeführt. Im Übrigen beschränkten sich die medizinischen Massnahmen auf ärztliche Konsultationen und die Verordnung schmerzlindernder sowie antidepressiver Medikamente. Anlässlich des zweiten Aufenthaltes in der Rehaklinik B._____, welcher vorab der Abklärung der Arbeitsfähigkeit diente, wurden physiotherapeutische Massnahmen sowie ein Bewegungstraining durchgeführt. Der Beschwerdeführer zeigte aber ein selbstlimitierendes Verhalten und wurde wegen mehrmaligem unentschuldigtem Fernbleiben von den Therapien vorzeitig entlassen. Insgesamt liegt damit keine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer vor (Urteile N. vom 14. März 2005, U 82/04, P. vom 24. September 2003, U 361/02, und S. vom 8. April 2002, U 357/01). Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, kann ebenso wenig gesprochen werden, wie von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen. Dass sich der Heilungsverlauf verzögert hat und die medizinischen Massnahmen letztlich erfolglos geblieben sind, hat der Beschwerdeführer mit seinem Verhalten zumindest teilweise selbst bewirkt. Nicht erfüllt ist sodann das Kriterium von Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit (vgl. hiezu RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff. [Urteil L. vom 30. August 2001, U 56/00]). Die Ärzte der Rehaklinik B._____ erklärten den Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit ab 5. Juni 2000 als zu 50% arbeitsfähig und erachteten eine leichte Tätigkeit bei zusätzlichen Pausen als ganztags zumutbar. Dass entsprechende Arbeitsversuche gescheitert sind, lässt sich medizinisch nicht hinreichend erklären und muss in Zusammenhang mit der ärztlich festgestellten Selbstlimitierung und mangelnden Leistungsbereitschaft gesehen werden. Laut Bericht der Klinik B._____ vom 9. September 2003 wäre bei optimaler Kooperation und Leistungsbereitschaft wahrscheinlich eine volle Erwerbstätigkeit möglich. Nach dem psychosomatischen Konsiliarbericht des Dr. med. K._____ vom 20. August 2003 besteht ein leicht depressives Zustandsbild und ist auch aus psychiatrischer Sicht keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Abweichend davon wird im Gutachten des Sozialpsychiatrischen Dienstes D._____ vom 25. September 2003 eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert und eine Arbeitsunfähigkeit von 50% angenommen. Dabei wird von einer somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 50% ausgegangen und festgestellt, dass sich aus der psychischen Beeinträchtigung keine zusätzliche Einschränkung ergebe. Hinsichtlich der somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit stützt sich das Gutachten auf die Ergebnisse der BEFAS-Abklärung sowie einen Bericht des Neurologen Dr. med. S._____ vom 25. November 2002. Im Bericht der BEFAS vom 16. November 2001 wird indessen ausgeführt, eine Wiedereingliederung in die bisherige Tätigkeit erscheine nicht mehr als möglich; eine den Behinderungen angepasste körperlich leichtere und wechselbelastende Tätigkeit sei dagegen zumutbar, wobei das Wiedererreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit als realisierbar erscheine. Wegen der langen Arbeitskarenz mit entsprechender Arbeitsentwöhnung schlug die BEFAS eine berufliche Übergangslösung in Form eines Arbeitstrainings vor. Nachdem der Beschwerdeführer diesem Vorschlag sowie weiteren Eingliederungsbemühungen nicht gefolgt ist, kann nicht von einer andauernden somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 50% ausgegangen werden, zumal die Ärzte des Sozialpsychiatrischen Dienstes D._____ ausdrücklich bestätigen, dass das Scheitern der beruflichen Eingliederungsbemühungen mit dem Ausmass der vorliegenden psychischen Störung nur teilweise erklärbar ist. Eine Arbeitsunfähigkeit von 50% lässt sich auch aus dem Bericht des Dr. med. S._____ vom 25. November 2002 nicht ableiten, hat sich dieser Arzt zur Arbeitsfähigkeit doch gar nicht geäussert. Im Übrigen wird im Gutachten des Sozialpsychiatrischen Dienstes D._____ nicht näher begründet, woraus sich eine psychisch bedingte Beeinträchtigung der Arbeitsunfähigkeit ergibt. Dass es dem Beschwerdeführer ungeachtet der psychischen Beeinträchtigung zumutbar wäre, einer geeigneten Tätigkeit nachzugehen, wird im Konsiliarbericht des Dr. med. K._____ sinngemäss bejaht und im Gutachten des Sozialpsychiatrischen Dienstes D._____ jedenfalls nicht verneint. Unter Berücksichtigung sowohl der somatischen als auch der psychischen Beeinträchtigungen kann das Kriterium von Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit daher nicht als erfüllt gelten. Ob schliesslich das Kriterium der Dauerbeschwerden zu bejahen ist, kann offen bleiben, weil es jedenfalls nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Da somit weder eines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist noch mehrere der zu berücksichtigenden Kriterien gegeben sind, ist die Unfalladäquanz der geltend gemachten Be-

schwerden zu verneinen.
5.
Die unentgeltlichen Verbeiständung (Art. 152 Abs. 2 OG) kann gewährt werden, weil die Bedürftigkeit nach den eingereichten Unterlagen zu bejahen ist, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde nicht als aussichtslos qualifiziert werden kann und die Vertretung durch einen Rechtsanwalt oder eine Rechtsanwältin geboten war (BGE 125 V 372 Erw. 5b mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer wird indessen auf Art. 152 Abs. 3 OG hingewiesen, wonach die begünstigte Partei der Gerichtskasse Ersatz zu leisten haben wird, wenn sie später dazu im Stande ist.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:
1.
Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abwiesen.
2.
Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3.
Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung wird Rechtsanwalt Bruno Häfliger, Luzern, für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht aus der Gerichtskasse eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.- (einschliesslich Mehrwertsteuer) ausgerichtet.
4.
Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.
Luzern, 23. Mai 2006
Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Der Präsident der IV. Kammer: Die Gerichtsschreiberin:
i.V.