Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Sozialversicherungsabteilung
des Bundesgerichts

Prozess {T 7}
U 420/05

Urteil vom 31. August 2006
IV. Kammer

Besetzung
Präsident Ursprung, Bundesrichter Frésard und nebenamtlicher Richter Maeschi; Gerichtsschreiberin Kopp Käch

Parteien
B._____, 1974, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Thomas Brender, Bahnhofstrasse 61, 8001 Zürich,

gegen

Zürich Versicherungs-Gesellschaft, Rechtsdienst, Generaldirektion Schweiz, 8085 Zürich, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt Adelrich Friedli, Stationsstrasse 66 A, 8907 Wettswil

Vorinstanz
Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Winterthur

(Entscheid vom 26. September 2005)

Sachverhalt:
A.
A.a B._____, geboren 1974, verunfallte am 29. Januar 1991 beim Schlitteln und zog sich laut Bericht der Klinik X._____ vom 5. Juli 1991 ein wahrscheinlich direktes Trauma der Halswirbelsäule (HWS) sowie eine Kieferquetschung rechts zu. Die Klinikärzte stellten ein zerviko-radikuläres Reizsyndrom C8 mit am ehesten weichteilbedingten Schmerzen und - ausser einer leichten Hypästhesie - ohne neurologische Ausfälle fest. Die Behandlung wurde von der Krankenversicherung übernommen. Nach Abschluss des zehnten Schuljahres im Juli 1991 trat B._____ am 5. August 1991 beim Spital Y._____ eine Praktikumsstelle an mit dem Ziel, anschliessend eine Ausbildung zur Krankenschwester anzutreten. Während des Praktikums kam es am 10. Oktober 1991 zu verstärkten Nacken-, Kopf- und Rückenschmerzen, nachdem B._____ eine stürzende Patientin hatte halten müssen. Ab dem 4. November 1991 bestand wieder volle Arbeitsfähigkeit. Auf den 1. Juni 1992 brach B._____ das Praktikum nach den Angaben des Arbeitgebers aus gesundheitlichen Gründen ab. Nach wiederholten eingehenden Untersuchungen gelangten die Ärzte der Klinik X._____ zum Schluss, die geklagten Schmerzen seien neurologisch nicht erklärbar und es bestehe eine eindeutige Tendenz zu einem generalisierten Schmerzsyndrom, was differentialdiagnostisch an eine generalisierte Tendomyopathie (Fibromyalgie) denken lasse (Bericht vom 12. Juni 1992). Im Hinblick auf das neue Berufsziel einer Technischen Operationsassistentin (TOA) absolvierte B._____ vom 1. September bis 30. November 1992 ein Praktikum im Spital Z._____. Im April 1993 begann sie in T._____ die Ausbildung, welche sie wegen einer im Juni 1993 aufgetretenen Pyelonephritis (Nierenbeckenentzündung) aufgeben musste. Ab dem 2. August 1993 arbeitete sie im Rahmen einer bis 31. März 1994 befristeten Anstellung als Schwesternhilfe bei der Klinik F._____, in der Absicht, im April 1994 mit der Ausbildung zur TOA neu zu beginnen.
Am 20. März 1994 wurde B._____ als Beifahrerin Opfer eines Verkehrsunfalls, als der von ihrem Lebens-

partner gesteuerte Personenwagen mit einem entgegenkommenden Fahrzeug kollidierte, dessen alkoholisierter Lenker in einer Rechtskurve die Herrschaft über seinen Wagen verloren hatte und auf die Gegenfahrbahn geraten war. Wegen Kopf- und Nackenschmerzen suchte sie am folgenden Tag Dr. med. K._____, Innere Medizin FMH, auf, welcher ein Rezidiv des HWS-Schleudertraumas von 1991 sowie eine Kontusion der BWS und LWS bei vorbestandener Diskushernie L5/S1 feststellte und eine Behandlung mit Physiotherapie sowie Schmerzmitteln anordnete. Vom 23. Juni bis 8. Juli 1994 war B._____ in der Rheumaklinik H._____ hospitalisiert, wo ein zerviko-zephales und zerviko-brachiales Schmerzsyndrom bei zerviko-thorakaler Fehlhaltung sowie eine generalisierte Bandlaxität diagnostiziert wurde und ausser einer leichten muskulären Dysbalance und einer fraglichen Blockierung im rechten Kopfgelenk keine wesentlichen objektiven Befunde festgestellt werden konnten. Auf Unfallmeldung der Klinik F._____ vom 13. Juni 1994 kam die Zürich Versicherungs-Gesellschaft (nachfolgend: Zürich), bei welcher B._____ für die Folgen von Berufs- und
Nichtberufsunfällen gemäss UVG versichert war, für die Heilbehandlungskosten auf und richtete Taggeld aus. Nachdem eine MRI-Untersuchung in der Klinik N._____ vom 6. Juli 1994 keine erheblichen Befunde ergeben und Dr. med. K._____ am 8. August 1994 über einen schleppenden Heilungsverlauf berichtet hatte, beauftragte die Zürich PD Dr. med. L._____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, mit einem Gutachten. Bei der Untersuchung klagte die Versicherte über eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der HWS, dauernde Kopfschmerzen, massive Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, Licht- und Lärmempfindlichkeit sowie rasche Ermüdbarkeit. Der Gutachter fand nebst Haut- und Weichteilvernarbungen nach HWS-Distorsion mit Schlittenkufen-Verletzung 1991 und einer Belastungseinschränkung der LWS nach Diskushernie L5/S1 1993 eine segmentär kyphosierende, ligamentäre Läsion C3-5 nach HWS-Distorsion 1994 mit schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit der HWS sowie eine eingeschränkte mnestisch-visuell-akustische Belastungsfähigkeit bei Status nach HWS-Kontusion 1994, teilweise vorbestehend nach HWS-Distorsion mit leichter Hirnerschütterung 1991. Eine abschliessende Beurteilung der Unfallkausalität (Status quo ante oder sine) erachtete
er frühestens in zwei bis drei Jahren nach dem Unfall als möglich. Im Auftrag des beteiligten Haftpflichtversicherers (Winterthur-Versicherungen) erstatteten Dipl. Ing. U._____ am 30. Mai 1995 ein verkehrstechnisches Gutachten und Prof. Dr. med. W._____, Facharzt FMH für Rechtsmedizin, am 22. Januar 1996 eine biomechanische Beurteilung. In einer Stellungnahme vom 24. Mai 1996 gelangte der beratende Arzt der Zürich, Prof. Dr. med. R._____, zum Schluss, der Endzustand sei noch nicht erreicht und es sei eine neurologische Begutachtung angezeigt, wobei auch die Frage einer posttraumatischen Anpassungsstörung abzuklären sei. Vom 28. Januar bis 6. März 1997 hielt sich die Versicherte in der Rehaklinik O._____ auf, wo u.a. eine leichte traumatische Hirnschädigung, neuropsychologische Funktionsstörungen sowie eine posttraumatische Anpassungsstörung festgestellt wurden. Am 28. August und 4. Oktober 1997 wurde die Versicherte von PD Dr. med. I._____ augenärztlich untersucht (Bericht vom 10. November 1997). Nachdem der behandelnde Arzt Dr. med. J._____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin, spez. Rheumatologie, am 16. Dezember 1998 berichtet hatte, der Status quo ante sei erreicht und es sei mit keiner Besserung mehr zu
rechnen, holte die Zürich bei Dr. med. E._____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, ein Gutachten ein, welches am 5. September 1999 erstattet wurde. Des Weiteren beauftragte sie Dr. phil. G._____ mit einer neuropsychologischen Untersuchung (Bericht vom 29. September 1999). Schliesslich betraute sie Prof. Dr. med. M._____, Facharzt für Neurologie, mit einem Gutachten. In der am 23. Februar 2000 erstatteten Expertise gelangte der Gutachter zum Schluss, der Unfall vom 29. Januar 1991 habe zu keinen Dauerfolgen geführt und es sei diesbezüglich spätestens im Frühsommer 1993 der Status quo ante erreicht gewesen. Der zweite Unfall vom 20. März 1994 sei nicht geeignet gewesen, eine im heutigen Zeitpunkt nennenswerte Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes sowie der körperlichen oder psychischen Leistungsfähigkeit zu verursachen. Zwar sei es wohl denkbar und in einem gewissen Grade sogar wahrscheinlich, dass noch geringfügige Restbeschwerden vorhanden seien. Diese dürften jedoch nicht geeignet sein, eine wesentliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken. Eine weitere Behandlung sei nicht erforderlich. Am 24. Oktober 2000 erliess die Zürich eine Verfügung, mit der sie die Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) per
Ende Dezember 2000 einstellte und der Versicherten eine Integritätsentschädigung für einen Integritätsschaden von 7,5 % zusprach. Auf die dagegen erhobene Einsprache veranlasste sie eine interdisziplinäre Abklärung im Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB). In dem auf orthopädischen, neurologischen, rheumatologischen, psychiatrischen sowie neuropsychologischen Untersuchungen beruhenden Bericht vom 13. Dezember 2001 gelangten die Gutachter zum Schluss, in somatischer Hinsicht bestehe ein zerviko-zephales Syndrom,

welches nur möglicherweise in einem Zusammenhang mit dem Unfall vom 20. März 1994 stehe. Dieser sei Auslöser (oder richtunggebender Verschlimmerer) einer psychosomatischen Entwicklung gewesen, welche sekundär zu einem Medikamentenabusus geführt habe. Auf somatischer Ebene liessen sich heute keine Unfallfolgen mehr nachweisen. In einer Stellungnahme vom 20. Dezember 2001 äusserte sich Dr. med. J._____ zur Frage nach einem Medikamentenabusus. Am 7. Februar 2002 nahm die Versicherte zum Gutachten des ZMB Stellung und reichte am 12. Februar 2002 ein beim Neurologen Dr. med. D._____ in Auftrag gegebenes Privatgutachten vom 17. November 2001 ein. Darin wird ein Kausalzusammenhang der bestehenden Beschwerden vorab mit
dem Unfall von 1994 und sekundär mit demjenigen von 1991 bejaht und die Arbeitsunfähigkeit auf 60 %-70 % geschätzt. Mit Einspracheentscheid vom 18. März 2002 hob die Zürich die Verfügung vom 24. Oktober 2000 auf und wies die Sache an die zuständige Regionaldirektion zurück, damit sie im Lichte des ZMB-Gutachtens zur bisher nicht beurteilten Frage des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs Stellung nehme. Am 10. Juli 2002 erliess die Zürich eine neue Verfügung, mit der sie weitere Leistungen mit der Begründung verweigerte, bezüglich der somatischen Befunde sei der Status quo ante längst erreicht und die psychischen/psychosomatischen Beeinträchtigungen seien nicht adäquat unfallkausal. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 1. November 2002 fest.
A.b Am 10. Mai 1994 hatte sich B._____ auch zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung angemeldet. Eine mit Verfügung vom 8. November 1994 übernommene Umschulung zur kaufmännischen Angestellten (im medizinischen Bereich) brach sie nach kurzer Zeit ab. Ab dem 24. April 1996 verrichtete sie bei einem Pensum von 20 % Büroarbeiten im väterlichen Geschäft. Mit Verfügung vom 5. Juli 1996 sprach ihr die IV-Stelle des Kantons St. Gallen mit Wirkung ab 1. März 1995 eine ganze Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % zu. Nach revisionsweisen Überprüfungen wurde der Anspruch auf die ganze Rente mit Mitteilungen vom 21. Oktober 1996, 17. April 1998 und 21. September 2001 unter Annahme eines Invaliditätsgrades von 80 % bestätigt. Auf den 1. Dezember 2005 wurde der Anspruch bei einem Invaliditätsgrad von 52 % auf eine halbe Rente herabgesetzt, nachdem die Versicherte am 1. Juli 2005 eine Tätigkeit als Sekretärin mit einem Arbeitspensum von 50 % aufgenommen hatte.
B.
Gegen den Einspracheentscheid der Zürich vom 1. November 2002 beschwerte sich B._____ beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und beantragte, in Aufhebung des Entscheids sei die Zürich zu verpflichten, ab Ende Dezember 2000 weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen und bei Vorliegen der Voraussetzungen insbesondere eine Rente sowie eine angemessene Integritätsentschädigung zuzusprechen; eventuell sei die Sache zur Vornahme ergänzender Sachverhaltsfeststellungen an die Zürich zurückzuweisen.
Das kantonale Gericht trat auf die Beschwerde insoweit nicht ein, als damit die gerichtliche Zusprechung einer Invalidenrente und einer Integritätsentschädigung beantragt wurde. Im Übrigen wies es die Beschwerde im Wesentlichen mit der Feststellung ab, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den bestehenden Beschwerden und dem versicherten Unfall im Sinne einer Teilkausalität zwar gegeben sei, es jedoch an der Adäquanz des Kausalzusammenhangs nach den für psychische Unfallfolgen geltenden Regeln fehle (Entscheid vom 26. September 2005).
C.
B._____ lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen mit den Rechtsbegehren, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids (und des Einspracheentscheids vom 1. November 2002) sei die Sache zur Prüfung des Leistungsanspruchs und neuer Verfügung an die Zürich zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht wird beantragt, die Zürich sei zu verpflichten, für das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht eine Parteientschädigung zu bezahlen und allfällige Verfahrenskosten zu tragen; ferner habe die Vorinstanz über eine Parteientschädigung entsprechend dem beantragten Ausgang des letztinstanzlichen Prozesses zu befinden. Des Weiteren wird beantragt, es sei ein zweiter Schriftenwechsel anzuordnen und es sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Verbeiständung zu gewähren.
Die Zürich beantragt Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) verzichtet auf Vernehmlassung.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Nach Art. 110 Abs. 4 OG, anwendbar auf das Verfahren vor dem Eidgenössischen Versicherungsgericht gemäss Art. 132 OG, findet ein zweiter Schriftenwechsel nur ausnahmsweise statt. Der Anspruch auf das rechtliche Gehör gebietet einen weiteren Schriftenwechsel, wenn in der Vernehmlassung der Gegenpartei oder der Mitbeteiligten neue tatsächliche Behauptungen aufgestellt werden, deren Richtigkeit nicht ohne weiteres aktenkundig ist und die für die Entscheidung von wesentlicher Bedeutung sind. Was allfällige neue rechtliche Argumente betrifft, ist zu berücksichtigen, dass das Eidgenössische Versicherungsgericht das richtige Recht von Amtes wegen anzuwenden hat. Der blosse Umstand, dass in einer Vernehmlassung zusätzlich zu den im angefochtenen Entscheid angeführten Gründen weitere diesen stützende Argumente vorgebracht werden, rechtfertigt daher noch keine Gewährung des Replikrechts. Anders verhält es sich, wenn das Gericht der Auffassung ist, der angefochtene Entscheid lasse sich mit der ursprünglichen Begründung zwar nicht halten, wohl aber mit einer andern, erstmals in einer Vernehmlassung dargelegten (BGE 119 V 323 Erw. 1 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall bestehen weder in tatsächlicher noch in rechtlicher Hinsicht Gründe für die ausnahmsweise Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels, weshalb dem Begehren nicht entsprochen werden kann.

2.

Anfechtungsgegenstand bildet der Einspracheentscheid vom 1. November 2002, mit welchem der Unfallversicherer weitere Leistungen mit der Begründung abgelehnt hat, dass die andauernden Beschwerden nicht mehr in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem versicherten Unfall vom 20. März 1994 stehen. Selbst wenn die Unfallkausalität zu bejahen wäre, ist im Beschwerdeverfahren nicht über die Zusprechung konkreter Versicherungsleistungen (Invalidenrente, Integritätsentschädigung) zu entscheiden. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz insoweit auf die Beschwerde nicht eingetreten ist.

3.

3.1 Wie die Vorinstanz richtig festgestellt hat, finden das auf den 1. Januar 2003 in Kraft getretene Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 und die damit verbundenen spezialgesetzlichen Änderungen auf den vorliegenden Fall nicht Anwendung (BGE 129 V 4 Erw. 1.2 mit Hinweisen). Im Übrigen hat das neue Recht hinsichtlich der hier streitigen Unfallkausalität keine Änderungen gebracht (Kieser, ATSG-Kommentar, Vorbemerkungen Rz 36 f.).

3.2 Im kantonalen Entscheid werden die nach der Rechtsprechung für den Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung (Art. 6 Abs. 1 UVG) geltenden Voraussetzungen des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (BGE 129 V 181 Erw. 3.1 und 3.2) insbesondere bei Schleudertraumen oder schleudertraumaähnlichen Verletzungen der HWS (BGE 117 V 359 ff.; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 Erw. 3 [U 160/98]) und Schädel-Hirntraumen (BGE 117 V 369 ff.) zutreffend dargelegt. Das Gleiche gilt hinsichtlich der vorinstanzlichen Ausführungen zu den anwendbaren Beweisgrundsätzen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1 mit Hinweisen), zur Beweislast insbesondere im Fall einer nachträglichen Einstellung der Versicherungsleistungen (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 Erw. 2 [U 355/98]) und zu den für den Beweiswert ärztlicher Berichte und Gutachten geltenden Regeln (BGE 125 V 352 Erw. 3a mit Hinweis). Darauf wird verwiesen.

4.

4.1 Beim Unfall vom 20. März 1994 hat die Beschwerdeführerin kein eigentliches Schleudertrauma (Peitschenhiebverletzung, Whiplash-injury), aber eine schleudertraumaähnliche Verletzung der HWS erlitten (RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 Erw. 3 [U 160/98]). Unmittelbar nach dem Unfall sind Nacken- und Kopfschmerzen, später auch Schwindel, Nausea, Erbrechen, Gedächtnisstörungen, Lärm- und Lichtempfindlichkeit sowie rasche Ermüdbarkeit aufgetreten, was zum typischen Beschwerdebild eines solchen Traumas gehört (BGE 117 V 360 Erw. 4b). Zudem war es zu einer Kontusion der BWS und HWS bei vorbestandener Diskushernie L5/S1 gekommen. Fraglich ist, ob die Beschwerdeführerin beim Unfall auch ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Die Akten enthalten diesbezüglich unterschiedliche Angaben. Einerseits ist von einem Kopfanprall am Armaturenbrett beim Griff nach der dort abgelegten Brille die Rede, während anderseits gesagt wird, der Unfall habe sich ereignet, als die Beschwerdeführerin die Brille aus der vor ihren Füssen liegenden Handtasche habe nehmen wollen. Es soll dabei zu einem Kopfanprall mit anschliessender Beule links frontal gekommen sein. In den unmittelbar nach dem Unfall ergangenen Arztberichten werden indessen weder ein Kopfanprall noch eine Kopfverletzung erwähnt. Im Gutachten des Prof. Dr. med. M._____ vom 23. Februar 2000 wird ausgeführt, mit den konkreten Umständen (unvollständiges Angegurtetsein bei vornübergebeugter Haltung) sei ein Schädeltrauma durchaus vereinbar. Äusserliche Verletzungen hätten allerdings nicht bestanden. Obwohl die

Versicherte eine kurze Erinnerungslücke für den Unfall habe, sei sie nicht bewusstlos gewesen. Die gesamten Umstände sprächen für ein höchstens geringfügiges Trauma, welches allerhöchstens den Kriterien einer leichten Hirnerschütterung entspreche. Eine leichte Commotio cerebri nehmen auch die Gutachter des ZMB an (Bericht vom 13. Dezember 2001). Die Rehaklinik O._____ und Dr. med. D._____ diagnostizieren eine leichte traumatische Hirnschädigung. Dr. med. D._____ geht dabei von einer retrograden partiellen Amnesie zumindest im Minutenbereich sowie einer partiellen anterograden Amnesie mit lückenhafter und verschwommener Erinnerung im Minuten- und Stundenbereich aus und erachtet unter Berücksichtigung der bestehenden kognitiven Beeinträchtigungen eine milde traumatische Hirnverletzung als wahrscheinlich. Wie im kantonalen Entscheid eingehend dargelegt worden ist, sind die in den Akten enthaltenen Angaben
diesbezüglich indessen nicht widerspruchsfrei. Unmittelbar nach dem Unfall hat die Beschwerdeführerin weder über Benommenheit noch über einen Gedächtnisverlust geklagt. Während sie noch anlässlich der Begutachtung durch Dr. med. L._____ im August 1995 lediglich von einer leichten Benommenheit nach dem Unfall und von keiner Amnesie gesprochen hatte, berichtete sie anlässlich der Hospitalisation in O._____ anfangs 1997 erstmals auch über Erinnerungslücken. Was sodann die bestehenden leichten neuropsychologischen Funktionsstörungen betrifft, wurden diese sowohl von Dr. phil. G._____ im Bericht vom 29. September 1999 als auch von den Ärzten des ZMB im Gutachten vom 13. Dezember 2001 zumindest teilweise als schmerzbedingt betrachtet. Schliesslich zeigte die von PD Dr. med. I._____ im August/November 1997 wegen Sehstörungen durchgeführte neuro-ophthalmologische Untersuchung normale Befunde und führte zur Feststellung, die geklagten visuellen Beschwerden könnten keiner eindeutigen anatomischen Struktur zugeordnet werden. Insgesamt fehlt es damit an objektiv nachweisbaren Zeichen einer zerebralen Schädigung und es ist in Würdigung der medizinischen Akten davon auszugehen, dass die Versicherte beim Unfall vom 20. März 1994
wahrscheinlich eine leichte Commotio cerebri (Hirnerschütterung ohne anatomisch fassbares Substrat), nicht aber eine traumatische Hirnverletzung erlitten hat.

4.2 Fest steht, dass die Beschwerdeführerin schon im Jahr 1991 ein Distorsionstrauma der HWS und wahrscheinlich auch ein leichtes Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Die Beschwerden haben sich in der Folge zu einem generalisierten Schmerzsyndrom im Sinne einer Tendomyopathie oder Fibromyalgie ausgeweitet. Inwieweit vor dem zweiten Unfall vom 20. März 1994 noch relevante Folgen des ersten Ereignisses vorhanden waren, wird in den medizinischen Akten unterschiedlich beantwortet. Gemäss Dr. med. K._____ hat der zweite Unfall zu einem Rezidiv des im Jahr 1991 erlittenen HWS-Traumas geführt. Prof. Dr. med. R._____ spricht von einer zusätzlichen Traumatisierung der HWS und einem durch den Unfall ausgelösten erweiterten Beschwerdebild. Unterschiedliche ärztliche Auffassungen bestehen hinsichtlich des Kausalitätsanteils der beiden Unfälle an den aktuellen Beschwerden. Während PD Dr. med. L._____ den Unfall von 1991 mit einem Drittel und denjenigen von 1994 mit zwei Dritteln gewichtet, gelangt Prof. Dr. med. R._____ zu einem Verhältnis von je 50 %, der Orthopäde Dr. med. E._____ zu einem solchen von 10 % zu 90 % und der Neuropsychologe Dr. phil. G._____ zu einem solchen von 30 % zu 70 %. Fraglich ist, ob die im Zeitpunkt des
Einspracheentscheids vom 1. November 2002 geklagten Beschwerden, welche im Wesentlichen aus Kopf- und Nackenschmerzen mit Ausstrahlungen in die Schultern und die Arme (mit Sensibilitätsstörungen), Muskelverspannungen, Tinnitus, Sehstörungen, Licht- und Lärmempfindlichkeit, Müdigkeit, Schlafstörungen sowie Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen bestehen, noch in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall standen. Im Gutachten vom 23. Februar 2000 führt Prof. Dr. med. M._____ aus, von den heutigen Beschwerden sei nur ein kleiner Teil auf den Unfall vom 20. März 1994 zurückzuführen. Der Endzustand sei spätestens zwei Jahre nach dem Unfall erreicht gewesen und es sei ab diesem Zeitpunkt eine unfallbedingte Beeinträchtigung von höchstens noch 10 % anzunehmen. Im polydisziplinären Gutachten des ZMB vom 13. Dezember 2001 heisst es, im somatischen Bereich bestehe ein chronisches zerviko-zephales Syndrom, welches noch möglicherweise in einem Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 20. März 1994 stehe. Sonstige somatische Unfallfolgen seien nicht vorhanden. Hingegen sei der Unfall Auslöser (oder richtunggebender Verschlimmerer) einer psychosomatischen Entwicklung gewesen, welche sekundär zu einem Medikamentenabusus geführt habe.

Die multiplen von der Versicherten geklagten Schmerzen, sowohl in der Vergangenheit wie bei der heutigen Untersuchung, und die Inkonsistenz der Beschwerdeangaben sprächen eindeutig für ein psychosomatisches Geschehen. Die psychosomatische Entwicklung sei für die Beschwerden verantwortlich und überwiegend wahrscheinlich durch den Unfall ausgelöst worden. Sämtliche Arztberichte stimmen darin überein, dass die beste-

henden Beschwerden noch teilweise auf das Unfallereignis vom 20. März 1994 zurückzuführen sind, was zur Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt (BGE 119 V 338 Erw. 1 in fine mit Hinweis).
4.3 Im Anschluss an den Unfall vom 20. März 1994 konnten abgesehen von einer minimalen kyphotischen Fehlhaltung der mittleren HWS keine pathologischen Befunde, insbesondere keine discoligamentäre Läsion gefunden werden (MRI-Untersuchung in der Orthopädischen Klinik N._____ vom 6. Juli 1994, Bericht der Rheumaklinik des Spitals H._____ vom 7. Juli 1994). PD Dr. med. L._____ interpretierte die Befunde im Gutachten vom 5. September 1995 zwar als segmentär kyphosierende, ligamentäre Läsion C3-5 mit schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit der HWS. In den späteren Berichten vom 20. Juni und 3. Juli 1997 hielt er an dieser Diagnose jedoch nicht fest und beschränkte sich auf die Feststellung, es bestehe weiterhin eine ungünstige Delordosierung der mittleren HWS, wobei eine fortschreitende Discopathie nicht fassbar sei. Anlässlich des Aufenthaltes in der Rehaklinik O._____ anfangs 1997 war eine segmentale Prüfung der HWS nicht möglich (Bericht vom 24. März 1997). Eine computertomographische Untersuchung des kraniozervikalen Übergangs vom 5. Februar 1997 zeigte indessen keine ligamentären Läsionen. Auch aus den Gutachten des Dr. med. E._____ vom 5. September 1999, des Prof. Dr. med. M._____ vom 23. Februar 2000 und des ZMB vom 13. Dezember 2001 ergeben sich keine Hinweise auf objektivierbare ligamentäre oder ossäre Läsionen. Abgesehen von leichten Sensibilitätsstörungen (Kribbelparästhesien) in den Armen und Beinen fehlt es auch an neurologischen Ausfällen. Im Privatgutachten vom 17. November 2001 bestätigt Dr. med. D._____, dass Hinweise auf radikuläre Läsionen fehlen, erwähnt aber Anhaltspunkte für ein (neurales) "Thoracic-outlet-Syndrom" rechts. Dabei handelt es sich um einen Oberbegriff für die neurovaskulären (neurologischen, arteriellen und venösen) Kompressionssyndrome im Bereich der oberen Thoraxapertur (Roche Lexikon Medizin, 3. Aufl. S. 1633 u. 1494). Dr. med. D._____ äussert jedoch lediglich einen entsprechenden Verdacht und es fehlt diesbezüglich an objektiv nachweisbaren organischen Unfallfolgen. Nichts anderes gilt für die vom Privatgutachter diagnostizierte milde traumatische Hirnverletzung mit wahrscheinlich zentral verursachter Dysfunktion des Gleichgewichtssystems und Sehstörungen. Die SPECT-Untersuchung des Zerebrums im Spital P._____ vom 7. Februar 1997 ergab keine Hinweise auf mögliche zerebrale Kontusionszonen noch haben die zahlreichen anderen Untersuchungen konkrete Anhaltspunkte für objektivierbare organische Unfallfolgen gebracht. Mangels nachweisbarer organischer Unfallfolgen hat eine spezifische Adäquanzprüfung zu erfolgen. Dabei stellt sich die Frage, ob die Beurteilung nach den für Schleudertraumen und schleudertraumaähnliche Verletzungen der HWS (BGE 117 V 359 ff.; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317 Erw. 3 [U 160/98]) sowie Schädel-Hirntraumen (BGE 117 V 369 ff.) oder nach den für psychische Unfallfolgen (BGE 115 V 133 ff.) geltenden Regeln zu erfolgen hat. Nach der Rechtsprechung hat die Adäquanzprüfung unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall zu geschehen, wenn die zum typischen Beschwerdebild eines HWS-Traumas gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zur ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten (BGE 123 V 99 Erw. 2a mit Hinweisen). Voraussetzung ist, dass die psychische Problematik bereits unmittelbar nach dem Unfall eindeutige Dominanz aufweist. Wird die Rechtsprechung gemäss BGE 123 V 99 Erw. 2a in einem späteren Zeitpunkt angewendet, ist zu prüfen, ob im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 [U 164/01]).
4.4 Aus den Akten geht hervor, dass schon im Anschluss an den ersten Unfall von 1991 psychische Störungen aufgetreten sind. Von den Ärzten der Klinik X._____ wurde weniger als ein halbes Jahr nach dem Unfall eine eindeutige Tendenz zu einem generalisierten Schmerzsyndrom festgestellt und eine generalisierte Tendomyopathie (Fibromyalgie) in Betracht gezogen (Bericht vom 12. Juni 1992). Auch nach dem versicherten Unfall vom 20. März 1994 ist es zu psychischen Beeinträchtigungen gekommen. Dr. med. C._____, bei welchem die Beschwerdeführerin ab 24. August 1994 in Behandlung stand, hatte ihr Psychopharmaka verschrieben, welche in der Folge abgesetzt wurden, weil sie zu einer Gewichtszunahme führten. Anfangs 1995 wurde die Beschwerdeführerin einer psychologischen Betreuung zugeführt. Während die Rehaklinik O._____ im Bericht vom 24. März 1997 eine posttraumatische Anpassungsstörung diagnostizierte, gelangten die Gutachter des ZMB zum Schluss, es liege ein psychosomatisches Geschehen in Form einer somatoformen Schmerzstörung vor. Ferner wurden Störungen durch Opioide (Tramal) vermutet. Nach Auffassung der Gutachter war der Unfall Auslöser oder Verschlimmerer der psychosomatischen Entwicklung, welche schon unmittelbar nach dem Unfall eingesetzt und vermutlich schon vorher bestanden hat. Entgegen den Ausführungen in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde bestehen keine stichhaltigen Gründe, diese Beurteilung in Zweifel zu ziehen. Dass schon

vor dem versicherten Unfall eine psychosomatische Fehlentwicklung bestanden hat, ergibt sich ohne weiteres aus den Feststellungen der Ärzte des Spitals Q._____ vom 27. Mai 1993. Es besteht auch kein Anlass zur Anordnung ergänzender Abklärungen. Hinsichtlich der von Dr. med. S._____, Facharzt für Neurologie, nachträglich diagnostizierten Myasthenia gravis pseudoparalytica (Bericht vom 10. November 2004) ist festzustellen, dass es sich dabei um eine Autoimmunerkrankung und damit um ein vom Unfall unabhängiges Krankheitsgeschehen handelt (Roche Lexikon Medizin, 3. Aufl. S. 1139), sodass sich weitere Abklärungen erübrigen. Zusätzlicher Erhebungen bedarf es auch hinsichtlich des von den Gutachtern des ZMB angenommenen und von Dr. med. A._____, Orthopäd. Chirurgie FMH, im Gutachten vom 19. Juli 2004 bestätigten, vom behandelnden Arzt Dr. med. J._____ in der Stellungnahme vom 1. Oktober 2004 aber bestrittenen Medikamentenabusus nicht, weil dieser Sachverhalt für die Kausalitätsbeurteilung nicht entscheidend ist.
Schliesslich besteht kein Anlass, von der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Gutachten des ZMB vom 13. Dezember 2001 abzugehen, wonach der Unfall vom 20. März 1994 Auslöser einer psychosomatischen Entwicklung war, was umso naheliegender erscheint, als es bereits im Anschluss an den ersten Unfall von 1991 zu einer solchen Entwicklung gekommen war. Schon kurz nach dem zweiten Unfall wurde von den behandelnden und untersuchenden Ärzten ein schleppender Heilungsverlauf (Bericht des Dr. med. K._____ vom 8. August 1994), eine Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden und den subjektiven Beschwerden sowie eine psychische Überlagerung festgestellt, welche den beratenden Arzt der Zürich, Prof. Dr. med. R._____, an eine posttraumatische Anpassungsstörung denken liess (Stellungnahme vom 24. Mai 1996). Während des Aufenthaltes in der Rehaklinik O._____ anfangs 1997 wurden diese Diagnose bestätigt und entsprechende Massnahmen (psychotherapeutische Gespräche zur Verbesserung der Schmerzverarbeitung und zur Entwicklung von Coping-Strategien) durchgeführt (Bericht vom 21. Februar 1997). Eine Weiterführung dieser Massnahmen wurde von der Klinik als unbedingt notwendig bezeichnet, von der Beschwerdeführerin indessen abgelehnt.
Es verblieb ein chronifiziertes Schmerzsyndrom, welches in der psychiatrischen Beurteilung des ZMB als somatoforme (Schmerz)Störung bezeichnet wird. Wenn die Vorinstanz unter diesen Umständen zum Schluss gelangt ist, die im Rahmen des typischen Beschwerdebildes nach Schleudertraumen der HWS auftretenden physischen Beschwerden seien zwar anfänglich und für eine gewisse Zeit vorhanden gewesen, hätten im Verlauf der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft jedoch nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt und seien gegenüber der sich zunehmend verselbstständigenden psychogenen Problematik (Unfallfehlverarbeitung mit funktioneller Verstärkung und Überlagerung unfallbedingter somatischer Beschwerden) ganz in den Hintergrund getreten, so lässt sich dies nicht beanstanden. Die Adäquanzprüfung hat daher nach den für psychische Unfallfolgen geltenden Regeln zu erfolgen (BGE 115 V 133 ff.).
5.
5.1 Beim Unfall vom 20. März 1994 handelte es sich um eine frontale Kollision. Laut Polizeirapport vom 23. März 1994 kollidierte der vom Lebenspartner der Beschwerdeführerin gelenkte Personenwagen in einer scharfen Linkskurve mit einem entgegenkommenden, über die Sicherheitslinie hinaus geratenen Wagen. Das eigene Fahrzeug (Toyota Celica) wurde vorne links (Stossstange, Spoiler, Beleuchtung, Motorhaube) beschädigt, wobei nach polizeilicher Schätzung ein Schaden von ca. Fr. 2000.- entstand; das Fahrzeug des Unfallverursachers (VW Golf) wurde ebenfalls vorne links (Stossstange) beschädigt, wobei der Schaden auf ca. Fr. 1000.- geschätzt wurde. Während der Lebenspartner der Beschwerdeführerin angab, mit rund 50 km/h auf die Kurve zugefahren zu sein und das Tempo auf rund 40 km/h gedrosselt zu haben, bevor er eine Vollbremsung eingeleitet habe, machte der Unfallverursacher geltend, er sei vor dem Ausbrechen des Fahrzeugs mit ca. 50 km/h unterwegs gewesen und habe schleudernd mittels Vollbrems- und Ausweichmanöver eine Kollision zu verhindern versucht. In der verkehrstechnischen Beurteilung vom 30. Mai 1995 geht Dipl. Ing. U._____ davon aus, dass beide Fahrzeuge mit einer Geschwindigkeit von ca. 50 km/h unterwegs waren, und gelangt
aufgrund des Umstandes, dass beide Fahrzeugführer eine Vollbremsung eingeleitet hatten, die "Fahrzeugüberdeckung" lediglich 10 % betragen hatte und der Toyota Celica im Vergleich zum VW Golf eine höhere Masse aufwies, zum Schluss, die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (delta-v) des eigenen Fahrzeuges habe ca. 10 km/h betragen. In der biomechanischen Beurteilung vom 22. Januar 1996 folgt Prof. Dr. med. W._____ diesen Angaben und stellt fest, bei der erfolgten Kollision sei es lediglich zu einer geringen Fahrzeugbelastung gekommen. Die Vorinstanz ist unter Berücksichtigung dieser Beurteilung zum Schluss gelangt, dass ein mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen anzunehmen sei. Die Beschwerdeführerin bestreitet die der Beurteilung zugrunde liegenden tatsächlichen Annahmen und macht geltend, es

sei von einem massiven Aufprall auszugehen. Soweit damit ein mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen oder gar ein schwerer Unfall gemeint ist, kann der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden (vgl. die in SZS 45/2001 S. 431 ff. erwähnte Rechtsprechung). Fraglich kann lediglich sein, ob ein mittelschwerer Unfall im engeren Sinn vorliegt, wovon im Einspracheentscheid vom 1. November 2002
auch der Unfallversicherer ausgegangen ist. Wie es sich damit verhält, kann indessen offen bleiben, wie sich aus dem Folgenden ergibt.
5.2 Nach der Rechtsprechung ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs bei mittelschweren Unfällen zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa) in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder mehrere der zu berücksichtigenden Kriterien gegeben sind (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb). Dazu ist festzustellen, dass sich der Unfall vom 20. März 1994 nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignet hat noch war er - objektiv betrachtet (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 Erw. 3b/cc [U 287/97]; vgl. auch RKUV 2000 Nr. U 394 S. 313 [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 (vgl. Urteile P. vom 28. April 2005, U 386/04, D. vom 4. September 2003, U 371/02, T. vom 6. Februar 2002, U 61/00, und D. vom 16. August 2001, U 21/01). 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 [U 193/01]). Solche
Umstände sind hier nicht gegeben. Dass sich die Beschwerdeführerin beim Zusammenstoss in - je nach eigener Darstellung mehr oder weniger - nach vorne geneigter Körperhaltung befand, genügt nicht (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 238 Erw. 5.2.3 [U 380/04]; Urteile D. vom 24. Juni 2005, U 290/04, und N. vom 14. März 2005, U 82/04). Es ergibt sich daraus insbesondere nicht, dass der Unfall geeignet war, eine psychische Fehlentwicklung herbeizuführen. 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. Im Anschluss an den Unfall wurde nebst einer Behandlung mit Analgetika ambulante Physiotherapie in Verbindung mit Massagen und Ergotherapie durchgeführt, ohne dass dadurch ein wesentlicher und dauerhafter Behandlungserfolg erreicht werden konnte. Vom 23. Juni bis 8. Juli 1994 und 28. Januar bis 6. März 1997 fanden stationäre Abklärungen und Behandlungen statt. Ende 1998 sah der behandelnde Arzt Dr. med. J._____ aus medizinischer Sicht "im Verlaufe einer dreijährigen Beobachtung keine Besserungstendenz", erachtete eine Weiterführung der ambulanten Physiotherapie aber als angezeigt (Bericht vom 16. Dezember
1998). Weitergeführt wurde auch die Behandlung mit Analgetika. Im Gutachten vom 5. September 1999 schlug Dr. med. E._____ im Hinblick auf die fortgeschrittene Chronifizierung nur noch eine symptomatische Behandlung vor. Aus den Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin von sich aus Versuche mit alternativmedizinischen Massnahmen (Kraniosakraltherapie, APM-Therapie, Kinesiologie) und nichtmedizinischen Heilmethoden machte. Eine weitere somatische Behandlungsbedürftigkeit wurde sowohl im Gutachten des Prof. Dr. med. M._____ vom 23. Februar 2000 als auch in demjenigen des ZMB vom 13. Dezember 2001 verneint. Ebenso ist nach Dr. med. D._____ eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes durch weitere ärztliche Behandlungen nicht zu erwarten (Gutachten vom 17. November 2001). Obschon während Jahren immer wieder medizinische Massnahmen durchgeführt wurden, handelt es sich insgesamt nicht um eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer (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 verzögerte, ist auf die psychisch bzw. psychosomatisch bedingte Chronifizierung des Schmerzsyndroms zurückzuführen. Was sodann das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit betrifft (vgl. hiezu RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff. [U 56/00]), ist aufgrund der Akten davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall zunächst vollständig und laut Gutachten des PD Dr. med. L._____ vom 5. September 1995 noch zu 80 % arbeitsunfähig war. Die Rehaklinik O._____ bestätigte im Austrittsbericht vom 24. März 1997 eine derzeit volle Arbeitsunfähigkeit mit der Feststellung, dass die "therapeutische Arbeitsfähigkeit" von bisher 20 % im Hinblick auf die künftige berufliche und soziale Eingliederung aufrechterhalten werden sollte. Im Rahmen dieser ärztlichen Angaben wird indessen nicht differenziert zwischen somatischen und psychischen

Faktoren. Aus somatischer Sicht wird im Gutachten des Prof. Dr. med. M._____ vom 23. Februar 2000 höchstens noch eine geringe Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 10 % angenommen. Im Gutachten des ZMB vom 13. Dezember 2001 wird eine somatische Arbeitsunfähigkeit verneint, wobei aufgrund allgemeiner medizinischer Erfahrung bei vergleichbaren Unfällen davon ausgegangen wird, dass die somatischen Beschwerden spätestens nach zwei Jahren, wegen der bestehenden Bandlaxität möglicherweise etwas später, abgeheilt gewesen seien. Im Lichte dieser ärztlichen Feststellungen, von welchen abzugehen kein Anlass besteht, kann das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht als erfüllt gelten. Das Gleiche gilt für das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen, welche ebenfalls zunehmend von der psychosomatischen Symptomatik abgelöst wurden. Jedenfalls ist das Kriterium nicht in besonders ausgeprägter Weise gegeben. 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 Beschwerden zu verneinen, was zur Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde führt.

6.

Mit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird die Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung (Art. 152 Abs. 2 OG) beantragt. Nach den eingereichten Unterlagen bezog die Beschwerdeführerin bis Juni 2005 einen Monatslohn von brutto Fr. 1800.- und von Fr. 2700.- ab Juli 2005. Die Rente der Invalidenversicherung belief sich bis November 2005 auf Fr. 1800.- und ab Dezember 2005 auf Fr. 903.- monatlich. Wird auf das ab Dezember 2005 erzielte Einkommen abgestellt, so ergibt sich bei einem Erwerbseinkommen von netto Fr. 2346.65 ein monatliches Gesamteinkommen von Fr. 3249.65. Demgegenüber belaufen sich die anrechenbaren ausgewiesenen Auslagen auf Fr. 1174.- für die Wohnungsmiete, Fr. 48.50 für die Haushaltversicherung, Fr. 204.40 für die Krankenversicherung (Fr. 259.40 für die Grundversicherung abzüglich Fr. 55.- Prämienverbilligung), Fr. 90.- für ungedeckte Arztkosten und Fr. 111.35 für Steuern, was einen Gesamtbetrag von Fr. 1628.25 ergibt. Dazu kommt der Grundbetrag für allein stehende Gesuchsteller von Fr. 1100.-, zuzüglich Bedürftigkeitszuschlag von 25 %, somit Fr. 1375.- im Monat. Insgesamt resultiert ein Betrag von Fr. 3003.25, was auch unter Berücksichtigung der geltend gemachten monatlichen Schuldentilgung von Fr. 100.- unter dem massgebenden Einkommen liegt. Mangels Bedürftigkeit kann dem Begehren daher nicht entsprochen werden (BGE 125 V 202 Erw. 4a und 372 Erw. 5b, je mit Hinweisen).

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

1.

Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Das Gesuch um unentgeltliche Verbeiständung wird abgewiesen.

4.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich und dem Bundesamt für Gesundheit zugestellt.

Luzern, 31. August 2006

Im Namen des Eidgenössischen Versicherungsgerichts

Der Präsident der IV. Kammer: Die Gerichtsschreiberin: