

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00102 vom 29. November 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-11-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00102

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00102 du 29 novembre 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00102 del 29 novembre 2006

Erwägungen

E. 2.1

Gestützt auf das Gutachten von Dr. R. ___ vom 5. Mai 2003 informierte die ZÄr die Versicherte mit Schreiben vom 4. Juni 2003 über die sofortige Leistungseinstellung (Urk. 9/Z162). Nachdem sich die Versicherte mit Schreiben vom 13. Juni 2003 gegen die in Aussicht gestellte Leistungseinstellung zur Wehr gesetzt hatte, beschloss die ZÄr, den Fall nochmals von Anfang an aufzurollen und der Versicherten für die Zeit der erneut vorzunehmenden Abklärungen weiterhin Taggeldleistungen auszurichten (Schreiben vom 10. Juli 2003, Urk. 9/Z164).

2.2 Am 19. August 2003 vergab die ZÄr einen internen Auftrag zur Erstellung eines verkehrstechnischen Gutachtens (Urk. 9/Z179 mit Unfallanalyse vom 13. Oktober 2003 [Urk. 9/Unfallanalyse]) und beauftragte Prof. Dr. med. S. ___, Facharzt FMH für Rechtsmedizin, Spez. Forensische Biomechanik, "___", mit der biomechanischen Beurteilung des Unfalls vom 25. Februar 1998 (Urk. 9/Z185 und biomechanisches Gutachten vom 12. Februar 2004 [Urk. 9/Unfallanalyse Gutachten]).

2.3 Nach Gewährung des rechtlichen Gehörs (vgl. Urk. 9/Z191-Z197) holte die ZÄr das polydisziplinäre (rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch) Gutachten des Zentrums T. ___, "___", vom 27. Januar 2005 (Urk. 9/ZM60) ein. Gestützt darauf verneinte die ZÄr mit Verfügung vom 3. Juni 2005 (Urk. 9/Z216) ihre Leistungspflicht rückwirkend ab 1. März 2005. Dagegen liess die Versicherte durch Rolf Hofmann mit Eingabe vom 16. Juni 2005 (Urk. 9/Z217) Einsprache erheben. Daraufhin legte die ZÄr das Gutachten des Zentrums T. ___ sowohl Dr. med. T. ___, Facharzt Neurologie FMH, "___", und Prof. Dr. med. U. ___, Chefarzt und Co-Direktor, Abteilung Psychiatrische Forschung, Spital Y. ___, zur Stellungnahme vor (Stellungnahmen von Dr. T. ___ vom 14. Juli 2005 [Urk. 9/ZM62] und von Prof. U. ___ vom 21. November 2005 [Urk. 9/ZM63]). Mit Entscheid vom 27. Februar 2006 wies die ZÄr die Einsprache ab (Urk. 2).

E. 2.3

Demgegenüber lässt die Beschwerdeführerin beschwerdeweise ausführen (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe bei ihrer Entscheid in unzulässiger Weise auf das fehlerhafte und unwissenschaftliche Gutachten des Zentrums T. ___ abgestellt. Nicht nachvollziehbar sei das Gutachten in Bezug auf die Frage, weshalb heute der Status quo sine erreicht sein soll. Dies obwohl die Beschwerdeführerin gemäss dem rheumatologischen Gutachter nach wie vor an unfallbedingten, somatischen Beschwerden leide. Unberücksichtigt geblieben sei auch der Umstand, dass der Beschwerdeführerin von der Invalidenversicherung gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze

Betonung im C8-Dermatom an. Anhand dieser Befunderhebung diagnostizierten die Ärzte der Klinik X.____ ein zervikospondylogenes/zervikozepales Syndrom links bei einem Status nach indirekter Traumatisierung der HWS mit Schädelkontusion am 25. Februar 1998, einen Diabetes mellitus Typ II sowie einen Status nach Radiusfraktur loco classico rechts. Erläuternd führten die Ärzte dazu aus, dass die konventionell-radiologischen Unfallbilder keine wesentlichen Pathologien zeigten. Bei persistierenden Beschwerden sei eine MRI-Untersuchung der HWS zu veranlassen.

3.4. PD Dr. med. W.____, Leitender Arzt, und Dr. med. X.____, Assistenzarzt, Klinik X.____, stellten am 1. Juli 1998 (Urk. 9/ZM10) aufgrund der MRI-Untersuchung vom 24. Juni 1998 einen anlagebedingt etwas engen Spinalkanal von C3 bis C6 fest. Zusätzlich bestanden auf den Höhen C3/C4 und C6/C7 Diskushernien sowie bei C4/C5 bei C5/6 Diskusprotrusionen. Die Schulter befinde sich glenohumeral in regelrechter Stellung. Es bestehe eine leichte degenerative Veränderung glenohumeral mit osteophytärer Ausziehung kaudal an der Cavitas glenoidalis. Zudem seien degenerative Veränderungen auch am Acromio-Clavicular-Gelenk (AC-Gelenk) mit subchondraler Zystenbildung und vermehrter Sklerosierung ersichtlich. Schliesslich zeige sich eine vermehrte Sklerosierung im Bereich des Tuberculum majus im Sinne einer Supraspinatussehnen-Tendinopathie. Ein Nachweis von periartikulären Weichteilverkalkungen bestehe nicht.

Im Ärztlichen Zwischenbericht vom 15. Juli 1998 (Urk. 9/ZM11) hielten die Ärzte der Klinik X.____ an ihrer Diagnose gemäss Bericht vom 17. Juni 1998 (Urk. 9/ZM8b) fest und ergänzten diese mit den Ergebnissen der MRI-Untersuchung vom 24. Juni 1998, wonach die Beschwerdeführerin an einem zervikospondylogenen/zervikozepalen Syndrom links bei einer Spinalkanaleinengung von C3 bis C6, Diskushernien C3/4 und C6/7 und Diskusprotrusionen von C4/5 und C5/6 sowie bei einem Status nach einer indirekten Traumatisierung der HWS mit Schädelkontusion am 25. Februar 1998 leidet. Die Beschwerdeführerin sei nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig.

3.5. Gemäss Bericht der Dres. C.____ und AB.____ vom 21. September 1998 (Urk. 9/ZM12) über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin in der Klinik X.____ vom 18. August 1998 bis 11. September 1998 hat diese eindeutig von der peroralen Steroidtherapie profitiert; die Blutzuckersituation war jederzeit unauffällig. Im Weiteren führten diese Ärzte aus, als sehr therapieresistent habe sich eine ausgesprochene, schmerzhafte Muskelverspannung im Bereich des Ansatzes des Musculus laevator scapulae gezeigt, welche auch noch bei Austritt vorhanden gewesen sei. Die Beweglichkeit der HWS habe sich im Verlauf der Hospitalisation nicht wesentlich verändert. Endständig habe sie jedoch deutlich weniger Schmerzen verspürt. Eine allgemeine Verbesserung der Stabilität habe herbeigeführt werden können. Die Physiotherapie an der Klinik X.____ solle weiterhin durchgeführt werden. Bis zum 30. September 1998 sei die Beschwerdeführerin zu 100 % und hernach bis zum nächsten Kontrolltermin zu 50 % arbeitsfähig. Die weitere Arbeitsfähigkeit werde im Anschluss an die nächste Kontrolle festgesetzt.

3.6. Im Ärztlichen Zwischenbericht vom 13. Oktober 1998 (Urk. 9/ZM13) gaben Dres. C.____ und AB, Klinik X.____, an, dass es sich bei der Spinalkanaleinengung von C3 bis C6, den Diskushernien C3/4 und C6/7 sowie Diskusprotrusionen von C4/5 und C5/6 um unfallfremde Faktoren handle und die Beschwerdeführerin seit 1. Oktober 1998 zu 50 %

arbeitsunfähig sei. Im Weiteren führten die Ärzte aus, hinsichtlich der Spinalkanalstenosierung von C3 bis C6 sowie den Diskushernien zervikal sei mit einem protrahierten Verlauf und chronischen, in der Intensität wechselnden Schmerzen zu rechnen. Eine weitere Traumatisierung in diesem Bereich müsse unbedingt vermieden werden.

3.7 Aus dem Verlaufsbericht der Ärzte der Klinik X. vom 18. November 1998 (Urk. 9/ZM15a) geht hervor, dass das bekannte zervikospondylogene Syndrom linksbetont bei Spinalkanaleinengung von C3-C6 und Diskushernien C6/7 weiterhin das bekannte, vorwiegend linksbetonte Beschwerdebild zeigt. Die sanft stabilisierenden und kräftigenden Massnahmen in der Physiotherapie im Haus seien weiterzuführen. Zudem sei eine Triggerpunktbehandlung insbesondere im Muskelus laevator scapulae-Bereich durchzuführen. Da sich in der neurologischen Untersuchung mit EMG vom 19. August 1998 ein nicht ganz normaler Befund im Muskelus deltoideus links gezeigt habe und die Beschwerdeführerin weiterhin linksbetonte Beschwerden aufweise, sei eine Verlaufsbestimmung der neurologischen Situation in die Wege zu leiten. Bis zum nächsten Kontrolltermin sei die Beschwerdeführerin weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig.

3.8 Aus dem Bericht über das neurologische Konsil von Dr. L. und Prof. G. vom 26. November 1998 (Urk. 9/ZM15b) geht hervor, dass sich die Beschwerden seit der letzten Untersuchung vom 19. August 1998 gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin etwas gebessert haben. Nach intensiveren Arbeiten traten aber verstärkte Schmerzen mit Ausstrahlung von der linken Nackenseite bis zur linken Schulter beziehungsweise zum Schulterblatt auf. Zum Teil strahlten Schmerzen auch bis in den linken Arm aus. Die Ausprägung sei insgesamt wechselnd. Zeitweise leide die Beschwerdeführerin auch an Parästhesien im Ausstrahlungsbereich links. Nach der Anamnese, der klinisch-neurologischen und myographischen Befunderhebung beurteilten die genannten Ärzte die Situation als Zervikobrachialgie links mit Schädigungszeichen der Wurzel C5/C6 links. Klinisch-neurologisch beständen jedoch keine sicheren, sensiblen und motorischen radikulären Ausfälle. Im Myogramm seien aber wie schon bei der Vorableitung chronisch-neurogene Umbauzeichen in den von den Wurzeln C5 und C6 versorgten Muskeln links vorhanden. Es bestehe zusätzlich ein leichtes Carpal-tunnelsyndrom beidseits mit verlängerten distalen Latenzen. Diese sei jedoch beidseits gleich ausgeprägt und sei offensichtlich nicht Ursache der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden.

3.9 Gemäss Bericht der Dres. C. und D. vom 16. Dezember 1998 über die Untersuchung der Beschwerdeführerin in der Rheumasprechstunde vom 14. Dezember 1998 (Urk. 9/ZM15c) zeigte sich bei gleichbleibendem Beschwerdebild unter physikalischen Massnahmen ein sehr verzögerter Verlauf. Da insgesamt ein protrahierter Verlauf bestehe und die Beschwerdeführerin als Küchenangestellte in der Mensa der Z. AG stark beeinträchtigt sei, sei bei Wirbelsäulenspezialisten eine orthopädische Standortbestimmung einzuholen. Bis dahin werde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

3.10 Dres. H. und I. vermochten in der Wirbelsäulensprechstunde vom 19. Januar 1999 keine Befunde zu erheben, welche zu einer neuen Diagnose geführt hätten. Eindeutige Radikulopathien schlossen diese Ärzte aus. Ebenso wenig sei aus orthopädischer Sicht eine operative Indikation gegeben. Die Beschwerdeführerin solle

vielmehr bei aktuell mässigen Beschwerden erneut einen 50%igen Arbeitsversuch starten. Sollte dies aufgrund zunehmender Beschwerden nicht möglich sein, werde sich die Beschwerdeführerin wieder in der Rheumasprechstunde melden. Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der jetzigen Tätigkeit sei aber wahrscheinlich nicht mehr realistisch (Bericht vom 20. Januar 1999, Urk. 9/ZM21b).

3.11.1 Der Neurologe Dr. J.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 8. März 1999 nebst den bereits bekannten Beschwerdebildern neu eine depressive Verstimmung (Urk. 9/ZM22). Am Bericht vom 24. März 1999 führte er ergänzend als neue Diagnose ein sensibles CTS links (double crush) und ein 3/6 Systolicum über der Carotis beidseits an (Urk. 9/ZM23).

3.12.1 Aus dem Bericht der Ärztin der Rehaklinik W.____ vom 11. August 1999 (Urk. 9/ZM27), wo die Beschwerdeführerin vom 8. Juni bis 6. Juli 1999 hospitalisiert war, geht als Diagnose ein Status nach einem Verkehrsunfall (rechtsseitige Kollision) am 25. Februar 1998 mit HWS-Distorsion bei Abknickmechanismus, Contusio capitis und leichter traumatischer Hirnverletzung bei einem zervikozephalen Symptomkomplex, einer Zervikobrachialgie links, bei neuropsychologischen Funktionsstörungen, einer Anpassungsstörung, einer länger depressiven Reaktion und einer vegetativen Dysregulation hervor. Erläutert die Ärztin dazu aus, dass die anhaltende Schmerzproblematik die Beschwerdeführerin zusammen mit den kognitiven Beeinträchtigungen, einer vegetativen Dysregulation und den Symptomen einer Anpassungsstörung in ihrer psychophysischen Belastbarkeit deutlich eingeschränke. In der neuropsychologischen Testung hätten sich mässiggradige neuropsychologische Minderfunktionen, welche je nach beruflichen und privaten Anforderungen eine erhebliche Alltagsrelevanz erlangten, gezeigt. In psychologischer Hinsicht liege bei der Beschwerdeführerin eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion auf die Unfallfolgen vor. Die Beschwerdeführerin habe im Zeitpunkt des Austritts eine leicht verbesserte Körperhaltung und eine gelockerte Nacken- und Schultergürtelmuskulatur gezeigt. Die Kopfschmerzen seien durch die physiotherapeutischen und physikalischen Massnahmen subjektiv zumindest passager reduziert worden. Die Beschwerdeführerin bleibe auch nach Austritt nur eingeschränkt belastbar.

3.13.1 Dem Gutachten des Psychiaters PD Dr. M.____ vom 5. März 2002 (Urk. 9/ZM37) mit integriertem Bericht von Dr. phil. Z.____, Hauptdozentin, Hochschule M.____, "____", kann in psychiatrischer Hinsicht keine Pathologie entnommen werden. Entsprechend führte PD Dr. M.____ darin aus, in der Persönlichkeit und in der Biographie der Beschwerdeführerin gebe es zweifellos einige "Schwachstellen" und Belastungen zu benennen, welche für das Verständnis für ihren Zustand von einiger Bedeutung sein können, jedoch nicht in einem klinisch-pathologisch bedeutsamen Bereich. Eine Diagnose sei vor allem aus chirurgisch und orthopädischer Sicht zu stellen. Aus psychiatrischer Sicht dränge sich keine gesonderte Diagnose auf. Es lägen aber ein Schmerzsyndrom, eine neuropsychologische Einbusse und eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom gemäss ICD-10 F62.8 vor. Diese Störung sei im Zusammenhang mit dem Unfall zu sehen und nicht als Persönlichkeitsstörung. Die Beschwerdeführerin sei weder in der angestammten noch in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsfähig. Laut den UVV-Tabellen liege ein Integritätsschaden von 50 % vor.

3.14. Gemäss dem Bericht der Psychologin lic. phil. O. ___ vom 17. Mai 2002 (Urk. 9/ZM39) hat die allgemeine Testintelligenz nach dem Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE-R) aufgrund der Weglassung von etlichen Tests nicht ermittelt werden können. Die allgemeine Testintelligenz dürfte jedoch unter Berücksichtigung der Schulbildung, deutlich eingeschränkten Deutschkenntnissen sowie soziokulturellen Bildungsunterschieden als niveaugemäss angenommen werden. Nebst entsprechend niveaugemässen beziehungsweise unauffälligen Resultaten liegen die allgemeine Verlangsamung sowie die eingeschränkte Konzentrations-, Merk- und Beobachtungsfähigkeit leicht bis deutlich unter der Altersnorm. Weiter zeigten sich bei insgesamt guter Impulskontrolle gewisse Perseverationstendenzen. Die neuropsychologische Befunderhebung weist auf eine leicht ausgeprägte Hirnfunktionsstörung hin und sei mit den von der Beschwerdeführerin subjektiv geklagten Beeinträchtigungen vereinbar. Unter Einbezug der Schulbildung, den eingeschränkten Deutschkenntnissen und den soziokulturellen Bildungsunterschieden sowie den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin überlagerten die allgemeine Schmerzproblematik und die psychoreaktiven Symptome die neuropsychologischen Befunde. Jedoch werde der kognitive Alltag der Beschwerdeführerin durch die genannte Teilleistungsschwäche ebenso beeinflusst. Die Beschwerdeführerin könne konzentrierten, fokussierten geistigen Aktivitäten nur bedingt und deutlich verlangsamt nachgehen, was sie zudem deutlich anstrengt und ihren geistig-seelischen Rückzug weiter verstärkt. Entsprechend sei aus neuropsychologischer Sicht im Sinne einer begleitenden Unterstützung und zur Steigerung der allgemeinen Lebensqualität allenfalls eine neuropsychologisch orientierte Psychotherapie zu diskutieren.

3.15. Im Gutachten des Neurologen Dr. N. ___ vom 27. Mai 2002 (Urk. 9/ZM40) findet sich die Diagnose eines chronischen zervikoradikulären Schmerzsyndroms C6 nach Abknicktrauma der HWS anlässlich einer Kopfprellung mit leichter traumatischer Hirnschädigung bei frontolateraler Autokollision von rechts vorne am 28. Februar 1998. Als zusätzlicher Faktor, welche die klare radikuläre Symptomatik C6 links etwas verschleierte, bestanden ein Carpaltunnelsyndrom links (rechts operiert) mit verlängerten distalen Latenzen und überdies eine Polyneuropathie mit allgemeiner Verlangsamung der Nervenleitgeschwindigkeit. Besonders letzterer Faktor trage dazu bei, dass die Dermatombildung der Gefühlsstörungen an den Fingern schwierig sei. Durch die Provokationsmanöver könnten heute aber eindeutige Irritationen der 6. Nervenwurzel bestätigt werden. Als erfolgsversprechend schlug Dr. N. ___ die operative Sanierung der Diskushernie C5/6 vor. Die Beschwerdeführerin sei heute vorübergehend zu 100 % arbeitsunfähig.

3.16. Aus dem Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. P. ___ vom 9. April 2003 (Urk. 9/ZM47), geht hervor, dass die Beschwerdeführerin an einer rezidivierenden depressiven Stimmung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F.33.1), leidet. Dazu führte Dr. P. ___ erläuternd aus, dass sich die depressive Grundstimmung unter antidepressiver Therapie verbessert habe. Das Ziel der Gesprächstherapie sei es, die erlittenen Traumata aufzuarbeiten. Die Beschwerdeführerin zeige eine gute Introspektion bezüglich ihrer Problematik. Aufgrund einer Venenoperation mit Komplikationen bestehe eine weitere Operation die Beschwerdeführerin zu sehr, weshalb sie eine weitere Diskushernienoperation ablehne.

3.17. Der Neurochirurg Dr. R. ___ ging in seiner Stellungnahme vom 5. Mai 2003 (Urk. 9/ZM48) davon aus, dass die Diskushernien sowie die Diskusprotrusionen nicht unfallbedingt, sondern degenerativen Ursprungs seien und der Unfall auch keine richtunggebende Verschlechterung dieses krankhaften Vorzustandes verursacht habe. Vielmehr liege eine vorübergehende Verschlimmerung eines Grundleidens mit schicksalsmäßigem Verlauf vor, wobei der Status quo sine im Februar 1999 erreicht worden sei. Im Vordergrund stehe hier jedoch die psychosomatische Fehlentwicklung. Das psychiatrische Gutachten sei nicht verwertbar. Der Psychiater schliesse sich ohne Begründung der Meinung der Beschwerdeführerin an, wonach sie ohne Beschwerden gesund wäre. Eine allfällige psychosoziale Problematik, die mindestens durch die Arbeitslosigkeit gegeben sei, werde nicht diskutiert, ebenso wenig eine Depression. Auch die neuropsychologische Untersuchung sei nicht verwertbar. Erstens seien Konzentrationsstörungen erst viele Monate nach dem Unfall aufgetreten, und zweitens ergebe eine neuropsychologische H. ___ derleistung keinen Hinweis auf eine Kausalität.

Die Operation der Diskushernie C5/6 links sei aus neurochirurgischer Sicht nicht indiziert. Sie sei nur sehr klein und beeinträchtige die Nervenwurzel C6 praktisch sicher nicht. Es sei also sehr fraglich, ob sie die Ursache des vorliegenden Beschwerdebildes sei. Die Operation würde zudem nicht zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, sondern höchstens zu einer Verbesserung der Beschwerden führen.

3.18. Vom 15. bis 19. November 2004 war die Beschwerdeführerin zwecks Begutachtung im Zentrum T. ___, "___", hospitalisiert. In ihrem polydisziplinären Gutachten vom 27. Januar 2005 (Urk. 9/ZM60) stellen die medizinischen Experten folgende Diagnose (S. 37):

- Muskeläre Dysbalance im Schultergürtelbereich links (Mm. trapezius und levator scapulae) ICD-10 M54.9

- Chronisches Cervicalsyndrom bei Status nach HWS-Distorsion am 25.02.1998 und degenerativen Halswirbelsäulenveränderungen ICD 10 M50.8

- Status nach einer Diskushernienoperation LWK5/S1 1990

- Hallux valgus beidseits und Spreizfüsse

- Status nach einer Radiusfraktur rechts 1996

- Beidseitiges Carpaltunnelsyndrom mit einem Status nach Operation rechts 1997

- Periphere arterielle Verschlusskrankheit IIb mit Status nach mehrmaligen Interventionen

- Diabetes mellitus Typ II mit beginnender Polyneuropathie

- Arterielle Hypertonie

- Verdacht auf eine Valvulopathie (Aortenstenose)

- Verdacht auf interstitielle Lungenerkrankung (DD: Sarkoidose)

- Status nach Hysterektomie 1988

- Leichtgradig depressive Episode (ICD 10 F32.0)".

Die heute noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien möglicherweise auf den Unfall vom 25. Februar 1998 zurückzuführen.

Unfallfremd die degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule, die periphere arterielle Verschlusskrankheit, der Diabetes mellitus, die Kardiopathie und die fragliche Lungenerkrankung. Im somatischen Bereich wirkten zur Zeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur noch unfallfremde Ursachen, das heisst der Status quo sine sei erreicht. Aufgrund der Angaben in den Unterlagen sei es schwierig anzugeben, ab wann dieser Status quo sine erreicht worden sei. Die aktuellen radiologischen Untersuchungen zeigten degenerative Veränderungen auf dem bekannten Niveau ohne Hinweis auf unfallbedingte Verschlimmerungen, insbesondere im hochzervikalen Bereich. Klinisch sei ein massiges Cervicalsyndrom festgestellt worden mit muskulärer Dysbalance und ohne radikuläre Ausfälle. Im psychiatrischen Bereich bestehe heute noch eine leichtgradige depressive Episode, welche als unfallbedingt zu betrachten sei und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in zeitlicher Hinsicht um 20 % einschränke. Diesbezüglich sei der Status quo sine noch nicht erreicht. Aus psychiatrischer Sicht könne mittelfristig von einer gewissen Besserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ausgegangen werden. Jedoch sei eine namhafte Besserung des psychischen Zustandes eher unwahrscheinlich. Im somatischen Bereich sei ebenfalls keine namhafte Besserung des Zustandes mittels Therapie zu erwarten. Hingegen wäre es sinnvoll, eine medikamentöse wie auch eine physiotherapeutische Behandlung weiter zu verordnen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe - ohne Einschränkungen - eine 80%ige Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer Verweisungstätigkeit (S. 40 f.). Weder in körperlicher noch in geistiger Hinsicht liege ein Integritätsschaden vor.

3.19. Der Neurologe Dr. T. ___ hielt in seiner Aktenstellungnahme vom 14. Juli 2005 (Urk. 9/ZM62) fest, dass das Gutachten des Zentrums T. ___ für ihn nachvollziehbar, schlüssig und begründet sei. Die Kritikpunkte des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin bezögen sich alle auf kleine, weitgehend unwichtige Details. Mangelhaft sei einzig, dass das Gutachten die Frage nach dem Wegfall der natürlichen Kausalität höchstens implizit beantworte. Inwieweit die chronischen Schmerzen der Beschwerdeführerin als somatische Ausdrucksformen psychischer Störungen angesehen werden sollten, lässt der Psychiater Dr. von Arb ebenfalls offen. Es lasse sich wahrscheinlich schlecht sagen, der Unfall verursache keinerlei somatische Symptome, solange die Beschwerdeführerin weiterhin Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich mit zeitweiser Ausstrahlung in den Kopf und den linken Arm angebe.

3.20. Der Psychiater Prof. U. ___ ging in seinem Bericht vom 21. November 2005 zu Händen der Beschwerdegegnerin aufgrund der Akten davon aus, dass sich bei der Beschwerdeführerin wahrscheinlich ein biphasischer Verlauf der Beschwerden nach dem HWS-Distorsionstrauma vom 25. Februar 1998 ergeben habe. So habe bis im Februar 1999 der zervikozephaler Symptomkomplex mit Kopf- und Nackenbeschwerden im Vordergrund gestanden. Dieser sei wahrscheinlich überwiegend somatischer Natur gewesen. Alsdann sei die psychische Problematik mit Anpassungsstörung, länger dauernder depressiver Reaktion und Schmerzfehlerverarbeitung sowie einer Reihe von unfallfremden Faktoren (Arbeitslosigkeit, Emigrationsschicksal, Status nach diversen Operationen, sozialer Abstieg des Ehemannes und Bilanzierung nach mehrfachen Verlusterlebnissen) in den Vordergrund getreten (Urk. 9/ZM63).

E. 3.1

Hiergegen liess die Versicherte am 13. März 2006 durch Rolf Hofmann Beschwerde erheben und die folgenden Anträge stellen (Urk. 1 S. 2):

1. Die Verfügung der "Zürich" vom 03. Juni 2005 sowie der Einsprache-Entscheid der "Zürich" i.S. F. ___ vom 27. Februar 2005 seien aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien weiterhin Leistungen nach UVG zu erbringen.

2. Es sei entsprechend der IV-Verfügung und deren Bindungswirkung eine UVG-Leistung im IV-Grad von 100 % zu erbringen, da keine von der IV abweichenden Gründe vorhanden sind.

3. Es sei der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Fürsorgeabhängigkeit die unentgeltliche Rechtsverteidigung zu gewähren.

4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin."

3.2 Nachdem die Zürich mit Beschwerdeantwort vom 25. April 2006 (Urk. 8) um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte, wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 27. April 2006 für geschlossen erklärt (Urk. 10).

4. Auf die Vorbringen der Parteien und die Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. 1.1

1.1 Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körpererschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

1.2 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

• die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;

• ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;

• Dauerbeschwerden;

• ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;

• schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;

• Grad und Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Anders als bei den Kriterien, die das Eidgenössische Versicherungsgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und der in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 Erw. 4a; BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa und 367 Erw. 6a).

Diese Rechtsprechung wendet das Eidgenössische Versicherungsgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädels-Hirn-Traumas (BGE 117 V 382 f. Erw. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 Erw. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 2).

1.6 Als Ausnahme von der zitierten Regel greift allerdings nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG) die auf die objektiven psychischen Unfallfolgen beschränkte Adäquanzbeurteilung auch bei Unfällen mit Schleudertrauma oder einer äquivalenten Verletzung Platz, wenn die zum hierfür typischen Beschwerdebild gehörenden Beeinträchtigungen (wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Wesensveränderung [BGE 117 V 360 Erw. 4b]) zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zur vorliegenden, ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten (BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 1; Urteil des EVG in Sachen D. vom 7. November 2002, U 377/01, Erw. 4.3). Dieser Rechtsprechung liegt der Sachverhalt zu Grunde, dass sehr bald nach einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule oder äquivalenten Verletzungen, gleichsam an diesen anschliessend, die psychische Problematik derart überwiegt, dass die mit dem Schleudertrauma einhergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen (buntes Beschwerdebild) völlig in den Hintergrund treten. Soll diese Rechtsprechung auch in einem späteren Zeitpunkt angewendet werden, ist die Frage, ob die psychische Problematik die übrigen Beschwerden nach einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule ganz in den Hintergrund treten lässt, nicht aufgrund einer

Momentaufnahme zu entscheiden. So ist es nicht zulässig, längere Zeit nach einem solchen Unfall, wenn die zum typischen Beschwerdebild gehörenden physischen Beeinträchtigungen weitgehend abgeklungen sind, die psychische Problematik aber fortbesteht, diese fortan nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen zu beurteilen, während sie in einem früheren Stadium, als das typische Beschwerdebild noch ausgeprägt war, nach der Schleudertrauma-Praxis beurteilt worden wäre. Vielmehr ist in einem solchen Fall 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 (Urteile des EVG in Sachen H. vom 27. August 2002, U 172/00, Erw. 3, und in Sachen W. vom 18. Juni 2002, U 164/01, Erw. 3a und 3b).

Die Dieselbe Ausnahme von der Regel der Anwendung der besonderen Kriterien für Schleudertrauma und äquivalente Verletzungen der Halswirbelsäule gilt, wenn es sich bei der nach einem Unfall aufgetretenen psychischen Fehlentwicklung nicht um eine mit dem organisch-psychischen Beschwerdebild nach Schleudertrauma oder schleudertraumähnlicher Verletzung eng verflochtene Entwicklung handelt, sondern um einen selbständigen (sekundären) psychischen Gesundheitsschaden. Für diese Abgrenzung sind insbesondere Art und Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren und der Zeitablauf von Bedeutung (vgl. RKUV 2001 Nr. U 412 S. 80 f.; Urteile des EVG in Sachen D. vom 7. November 2002, U 377/01, Erw. 4.3, in Sachen B. vom 7. August 2002, U 313/01, Erw. 2.2, und in Sachen F. vom 26. November 2001, U 409/00, Erw. 2). Nicht zur Anwendung gelangen die besonderen Kriterien für Schleudertrauma und schleudertraumähnliche Verletzungen ferner bei einem durch den Unfall verschlimmerten psychischen Vorzustand (vgl. RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 Erw. 3c; Urteil des EVG in Sachen D. vom 7. November 2002, U 377/01, Erw. 4.3).

1.7 Rechtsprechungsgemäss ist nach einer Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule oder einer vergleichbaren Verletzung die Adäquanz erst dann zu prüfen, wenn der normale, unfallbedingt erforderliche Heilungsprozess abgeschlossen ist beziehungsweise wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. Urteile des EVG in Sachen C. vom 15. März 2005, U 380/04, P. vom 15. Oktober 2003, U 154/03; K. vom 6. Mai 2003 Erw. 4.2.1, U 6/03; R. vom 9. September 2002 Erw. 3.4, U 412/01; A. vom 6. November 2001, U 8/00; H. vom 29. März 2000, U 114/00; D. vom 16. März 2000, U 127/99).

1.8 Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der

medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

2.1 Ä Ä Ä Ä Streitig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 3. Juni 2005 - bestätigt durch Einspracheentscheid vom 27. Februar 2006 - zu Recht ihre Leistungspflicht rückwirkend ab dem 1. März 2005 verneint hat. Dies hängt davon ab, ob der natürliche und adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 25. Februar 1998 und den nach dem 1. März 2005 weiterhin geklagten Beschwerden gegeben ist.

2.2 Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungseinstellung gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten des Zentrums T. ___ vom 27. Januar 2005 mit dem Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhanges der somatischen Beschwerden per November 2004. Als unfallfremde Faktoren seien degenerative Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule, eine periphere arterielle Verschlusskrankheit, ein Diabetes mellitus und eine Lungenerkrankung vorhanden. Im psychiatrischen Bereich bestehe noch ein leichtgradiger depressiver Zustand. Gemäss der Beurteilung von Prof. U. ___ vom 21. November 2005 sei die psychische Problematik schon bald nach dem Unfall eindeutig dominant gewesen. Demnach komme die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 zur Anwendung, was zur Verneinung der Adäquanz führe, da keines der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sei. Demnach lägen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Unfallfolgen mehr vor, womit eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin entfalle (Urk. 2 und Urk. 8).

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä Das Gutachten des Zentrums T. ___ beruht auf allseitigen Untersuchungen (Urk. 9/ZM60 S. 20 ff.), berücksichtigt die geklagten Beschwerden (Urk. 9/ZM60 S. 19), erging in Kenntnis sämtlicher Vorakten (Urk. 9/ZM60 S. 1 ff.) und enthält begründete Schlussfolgerungen (Urk. 9/ZM60 S. 31 ff.). Damit darauf abgestellt werden kann, muss das Gutachten zudem in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c). Dies wird von der Beschwerdeführerin bestritten und geltend gemacht, es fehle an einer wissenschaftlichen Begründung dafür, dass der status quo sine hinsichtlich der somatischen Beschwerden erreicht sein soll. Zudem beruhe das Gutachten auf falschen Annahmen, sei fehlerhaft und widersprüchlich (Urk. 1). Zu präzisieren ist daher, ob die medizinische Beurteilung der Experten - unter Berücksichtigung sämtlicher vorhandener Arztberichte - zu überzeugen vermag oder ob die Kritik der Beschwerdeführerin die Schlüssigkeit des Gutachtens in Zweifel zu ziehen vermag.

4.2 Ä Ä Ä Ä

4.2.1 Ä Ä Die Beschwerdeführerin wendet zunächst ein, dem Gutachten des Zentrums T. ___ (Urk. 9/ZM60) fehle es angesichts der vom Rheumatologen beschriebenen weiterbestehenden unfallbedingten somatischen Beschwerden an einer wissenschaftlichen Begründung für die Erreichung des status quo sine (Urk. 1 S. 5). Es trifft zu, dass Dr. XZ. ___ für die Nacken-, Schulter- und Armbeschwerden links keine ausführliche Begründung für den Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhangs liefert. So hielt

er in seiner Beurteilung (Urk. 9/ZM60 S. 22 ff.) einzig fest, die Beschwerdeführerin klage seit dem Autounfall mit HWS-Distorsion vom 25. Februar 1998 über chronische Nacken- und Schultergürtelschmerzen links. In der klinischen Untersuchung fanden sich Zeichen einer muskulären Dysbalance im Bereich des Muskulus Trapezius links mit einem Ansatzschmerz des Muskulus Laevator scapulae links. Das klinische Bild entspreche in Kenntnis der schon vor dem Unfall vorhandenen Röntgenbefunde einem status quo sine (Urk. 9/ZM60 S. 25).

4.2.2.2 Eine schlüssige Begründung dafür, dass es für die geklagten Beschwerden im Nacken-, Schulter-, Arm- und Handbereich keine auf objektiven Befunderhebungen beruhende, unfallbedingte medizinische Erklärung mehr gibt, findet sich aber in den gutachterlichen Ausführungen des Neurologen Dr. XY. (Gutachten des Zentrums T. S. 25 ff.). In der klinischen Untersuchung vermochte Dr. XY. noch ein Zervikalsyndrom und eine geringgradige Abschwächung des Brachioradialis- sowie Bizepssehnenreflexes zu Ungunsten von links festzustellen. Letzteres qualifizierte Dr. XY. aufgrund der vorhandenen EMG- und MRI-Untersuchungen als ein leichtgradiges residuelles motorisches Ausfallsyndrom C5 oder C6 links. Hinsichtlich der Ursache dieses Ausfallsyndroms führte Dr. XY. im Weiteren aus, dass weder Prof. G. noch die Ärzte der Rehaklinik W. klinisch eine radikuläre Reiz- beziehungsweise Ausfallsymptomatik hätten feststellen können. Zudem könnten die geklagten Beschwerden mit dem von Prof. G. erhobenen Befund eines chronischen Denervationsprozesses im Myotom C5/6 nicht erklärt werden, weshalb die Möglichkeit bestehe, dass die Nervenwurzel bereits viel früher beschädigt worden sei. Angesichts der Tatsache, dass klinisch kein entsprechendes Korrelat vorhanden gewesen sei, sei der EMG-Befund von Prof. G. ohnehin mit Vorsicht zu bewerten. Auf die gegenteilige Beurteilung von Dr. N., welcher die Beschwerden zu einem grossen Teil auf eine radikuläre Problematik im Segment C6 zurückführe, könne angesichts der neurologischen Vorbefunde nicht abgestellt werden.

Im übrigen begründete Dr. XY. die Erreichung des status quo sine damit, dass das leichtgradige indirekte HWS-Trauma vom 25. Februar 1998 nicht geeignet gewesen sei, eine traumatische Diskushernie auszulösen, mithin sei unmittelbar nach dem Unfallereignis (innerhalb von 48 Stunden) keine radikuläre Ausfallsymptomatik dokumentiert worden, wie dies bei traumatischen Diskushernien zu erwarten wäre. Damit geht Dr. XY. sinngemäss von der medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts aus, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann ein Bandscheibenvorfall betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind. Wird die Diskushernie durch den Unfall lediglich ausgelöst, nicht aber (weitgehend) verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub, spätere Rezidive dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des EVG in Sachen E. vom 12. Februar 2004, U 185/03; RKUV 2000 Nr. U 378 S. 190 und Nr. U 379 S. 192; vgl. auch Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Brückenschäden, Bern 1990, S. 54 ff.,

insbesondere S. 56; Baur/Nigst, Versicherungsmedizin, 2. Aufl. Bern 1985, S. 162 ff.; Mollowitz, Der Unfallmann, 11. Aufl. Berlin 1993, S. 164 ff.).

Da die Beschwerdeführerin keinen schweren Unfall erlitten hat (vgl. Erw. 5.2.2), kann nur schon aus diesem Grund nicht auf eine traumatische Diskushernie geschlossen werden. Unmittelbar nach dem Unfall hat die Beschwerdeführerin lediglich über einen paravertebralen Hartspann links auf der Höhe des zweiten bis sechsten Halswirbels geklagt, wobei die Halswirbelsäule noch vollumfänglich beweglich war (Urk. 9/ZM6/2). In den medizinischen Akten findet sich im Weiteren kein einziger Hinweis darauf, dass die Diskushernien durch den Unfall vom 25. Februar 1998 verursacht worden wären. Vielmehr gehen sämtliche, die Beschwerdeführerin behandelnden und begutachtenden Ärzte davon aus, dass die Diskushernien beziehungsweise Diskusprotrusionen degenerativer Natur sind. Zum einen beurteilten Dres. W. ____, Leitender Arzt, und X. ____, Assistenzarzt, Radiologie, Klinik X. ____, die anhand des MRI vom 24. Juni 1998 erhobenen Befunde hinsichtlich der HWS und der Schulter als teilweise anlagebedingt und als teilweise degenerativ. Ein Hinweis, dass der Unfall die Diskushernien beziehungsweise Diskusprotrusionen ausgelöst haben könnten, findet sich in deren Bericht vom 24. Juni 1989 (Urk. 9/ZM10) nicht. Zum anderen vermochten auch Dr. Dr. L. ____, und Prof. G. ____, von der Klinik X. ____, anlässlich des neurologischen Konsils vom 10. November 1998 hinsichtlich der Wurzel C5/C6 klinisch-neurologisch keine sicheren, sensiblen, motorischen, radikulären Ausfälle festzustellen (Urk. 9/ZM15b). Ebenso schlossen Dres. H. ____, und I. ____, welche die Beschwerdeführerin in der Wirbelsäulensprechstunde der Klinik X. ____, untersucht haben, aufgrund des MRI vom Juni 1996 (richtig: 1998) auf Segmentdegenerationen C3-C7 mit Diskusprotrusionen in diesen Segmenten und verneinten das Vorliegen von eindeutigen Radikulopathien.

Bei dieser Aktenlage ist demnach sowohl die Schädigung der Nervenwurzel C5 und/oder C6 als auch die Verursachung der Diskushernien durch den Unfall vom 25. Februar 1998 auszuschliessen.

4.2.3.3. Einzig Dr. N. ____, stellte sich in seinem Gutachten vom 27. Mai 2002 (Urk. 9/ZM40) auf den Standpunkt, dass auch, wenn prätraumatisch eine erhebliche Diskusprotrusion bestanden habe, das Abknicken der HWS zweifellos zu einer richtunggebenden Verschlechterung des Zustandes geführt habe, der Unfall mithin zumindest eine Teilursache für die sich aufgrund der Diskushernien ergebenden Beschwerden sei. In seiner Stellungnahme vom 5. Mai 2003 (Urk. 9/ZM48) vermochte indes Dr. R. ____, die Einschätzung von Dr. N. ____, mit überzeugenden Argumenten zu entkräften. So führte er in diesem Zusammenhang aus, dass die kernspintomographisch nachgewiesenen Diskushernien und Diskusprotrusionen degenerativer Natur seien und sich über Jahre hinweg entwickelt hätten, was unbestritten sei. Da die Beschwerdeführerin eine primär eher geringgradige Traumatisierung der HWS erlitten habe, teile er die Ansicht, wonach die Beschwerdeführerin durch den Unfall eine richtunggebende Verschlechterung des krankhaften Vorzustandes erfahren hat, nicht. Von einer richtunggebenden Verschlechterung könne man höchstens dann sprechen, wenn die Kriterien nach Krämer erfüllt seien. Nebst dem, dass ein schweres HWS-Trauma gefordert werde, was vorliegend nicht der Fall sei, müssten die für eine Diskushernie typischen Symptome sofort oder mindestens innerhalb von wenigen Tagen auftreten. Diese Voraussetzung sei vorliegend ganz eindeutig nicht erfüllt. Ausstrahlungen und Sensibilitätsstörungen seien erstmals in einem Bericht vom 16. Juni 1998 erwähnt und

zu diesem Zeitpunkt sicher nicht radikaler Natur gewesen. Erst im EMG vom 19. August 1998 hätten sich Hinweise auf eine Nervenwurzelläsion C5 links ergeben, wobei der Arzt von einer "Nervenwurzelläsion C5/C6 links" spreche, was anatomisch nicht möglich sei. Es existiere keine Nervenwurzel C5/C6, jedoch eine Nervenwurzel C6 und/oder C5. Ferner hätten sich Hinweise auf ein Carpaltunnelsyndrom beidseits sowie eine Polyneuropathie bei Diabetes gefunden. Erwähnenswert sei auch, dass das erste MRI degenerative Veränderungen im Bereich der linken Schulter gezeigt habe, welche die Schulter- und Armschmerzen erklären könnten. Auch seien erst am 19. Januar 1999 eine leichte Bizeps-Schwäche und ein abgeschwächter Bizeps-Sehnenreflex links festgestellt worden. Trotz kleiner Unsicherheiten könne er festhalten, dass die radikale Symptomatik beziehungsweise die für eine Diskushernie typischen Symptome nicht innerhalb von wenigen Tagen aufgetreten seien. Nach Krümer dürften sodann keine wesentlichen degenerativen Veränderungen vorliegen. Bei der Beschwerdeführerin beständen jedoch ganz wesentliche degenerative Veränderungen in vier Segmenten der HWS. Die letzte Voraussetzung, wonach die betroffene Person vor dem Unfallereignis beschwerdefrei gewesen sein müsse, erscheine erfüllt. Zusammenfassend seien nicht sämtliche Voraussetzungen nach Krümer gegeben, weshalb der Unfall nicht als auslösender Faktor und auch nicht für eine richtunggebende Verschlimmerung in Frage komme. Im Weiteren führte Dr. R. ___ aus, die Bedeutung der Diskushernien bestehe darin, dass das Trauma eine krankhaft vorbeschädigte Wirbelsäule betroffen habe, was sich auf die Heilungsdauer auswirke. Normalerweise heile ein einfaches Zervikalsyndrom respektive eine Verletzung Grad I-II in einem zeitlichen Rahmen von drei bis sechs Monaten aus. Bei den vorliegend wesentlichen, vorbestehenden degenerativen Veränderungen müsse allenfalls mit einer Heilungszeit bis zu maximal einem Jahre gerechnet werden. Damit sei der status quo ante/sine im Februar 1999 erreicht gewesen. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfall keine Nackenbeschwerden gehabt habe, genüge als einzige Argumentation im Sinne von "post hoc, ergo propter hoc" nicht, um eine Unfallkausalität zu postulieren. Es sei eine allgemeine Erfahrung, dass Abnützungerscheinungen sehr lange stumm blieben und dann meistens durch eine Bagatellerscheinung in einen schmerzhaften Zustand übergingen. In diesem Sinne sei der Unfall nur als Schmerz auslösender Faktor anzusehen und dadurch zeitlich begrenzt kausal für das Beschwerdebild. Zudem sei eine Persistenz von Nackenschmerzen mit Ausstrahlungen in den linken Arm allein durch die degenerativen Veränderungen erklärbar. Da keine dauerhafte Läsion entstanden sei, sei der Unfall auch keine Teilursache für das heutige Beschwerdebild.

Dr. R. ___ hat in seiner Stellungnahme vom 5. Mai 2003 sämtliche Akten wie auch die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden berücksichtigt. Seine Ausführungen sind begründet und im medizinischen Zusammenhang nachvollziehbar. Auf seinen Bericht kann daher abgestellt werden. Demnach ist auch nicht davon auszugehen, dass durch den Unfall vom 25. Februar 1998 eine richtunggebende Verschlimmerung der vorbestehenden Diskushernien verursacht wurde.

4.2.4 Ebenso ist die Beurteilung von Dr. XY. ___, dass keine, auch nicht eine leichte traumatische Hirnschädigung vorliegt, nachvollziehbar begründet. So führte er aus, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall keinen Bewusstseinsverlust und keine Amnesie erlitten habe. Auch sei dem erstbehandelnden Arzt auf der Notfallstation des Spitals Y. ___

am Unfalltag keine besondere Veränderung bei der Beschwerdeführerin (Benommenheit) aufgefallen, was denn auch nach der Definition des von der Beschwerdeführerin eingereichten Beitrages aus der Schweizer Ärztezeitung 1999, 80 Nr. 10 S. 595 über die Diagnose und Behandlungsvorschläge der commotio cerebri bei Kontakt- und Kampfsporarten (Urk. 3/5 S. 596) als Voraussetzung für eine Hirnschädigung gegeben sein müsste. Zudem seien die mehrfach festgestellten kognitiven Einschränkungen der Beschwerdeführerin sehr wahrscheinlich auf die pathologische Schmerzverarbeitung zurückzuführen und entsprechen nicht einer organischen Hirnveränderung. Insbesondere seien neuropsychologische Testergebnisse bei Versicherten mit chronischen Schmerzen mit Vorsicht zu interpretieren (Urk. 9/ZM60 S. 28). Die Einschätzung, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall vom 25. Februar 1998 keine milde traumatische Hirnverletzung erlitten hat, wird noch zusätzlich durch das biometrische Gutachten von Prof. Dr. med. S.____, Facharzt FMH für Rechtsmedizin, Spez. Forensische Biomechanik, vom 12. Februar 2004 (Urk. 9/Biomechanisches Gutachten S. 6) bestätigt.

4.3 Die gutachterlichen Schlussfolgerungen, dass der status quo sine hinsichtlich der Beschwerden im Nacken-, Schulter- und Armbereich linkerseits sei, ist damit aus beweisrechtlicher Sicht genügend nachvollziehbar, weshalb das Gutachten des Zentrums T.____ in diesem Punkt nicht zu beanstanden ist.

4.4 Was den psychischen Beschwerdekomplex betrifft, war bereits Dr. R.____ im Mai 2003 der Meinung, dass die psychosomatische Fehlentwicklung im Vordergrund stehe (Urk. 9/ZM48 S. 5). Diese Einschätzung stimmt denn auch mit derjenigen von Prof. U.____ vom 21. November 2005 (Urk. 9/ZM63) überein und wird durch die psychiatrische Beurteilung im Gutachten des Zentrums T.____ (Urk. 9/ZM60) im Wesentlichen gedeckt.

Das Gutachten von Prof. U.____ erfüllt ohne Weiteres die Voraussetzungen der Rechtsprechung an ein taugliches Beweismittel. Insbesondere werden darin die Vorakten und die Anamnese sowie die geklagten Beschwerden berücksichtigt. Zudem leuchten die Ausführungen von Prof. U.____ im medizinischen Zusammenhang ein und seine Schlussfolgerungen sind begründet, weshalb das Gutachten als taugliches Beweismittel zu qualifizieren ist. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist die Berücksichtigung von Fremdanamnesen zur Erstellung eines beweistauglichen Gutachtens rechtsprechungsgemäss nicht erforderlich. Angesichts der umfangreichen Aktenlage sowie der schlüssigen und nachvollziehbaren Begründung von Prof. U.____ ist im Weiteren auch nicht einsichtig, weshalb die Erstellung eines Aktengutachtens vorliegend unzulässig sein sollte. Denn entscheidend ist, dass schon genügend Unterlagen aufgrund anderer persönlicher Untersuchungen vorliegen und dass die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status geben, was im vorliegenden Fall ohne weiteres erfüllt ist.

Demnach ist davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin nach wie vor eine psychiatrische Problematik vorliegt, welche sich im Zusammenhang mit einer länger dauernden Schmerzsymptomatik zunächst, das heisst ab Frühjahr 1999, als Anpassungsstörung gezeigt hat und mit der Zeit in eine längere depressive Reaktion übergegangen ist. Gestützt wird diese Beurteilung im Weiteren durch die Angaben im Bericht der Ärzte der Rehaklinik W.____ vom 11. August 1999 (Urk. 9/ZM27), welche bei der Beschwerdeführerin bereits im Juni/Juli 1999 eine längere depressive Reaktion

festgestellt haben. Zudem steht die Beschwerdeführerin seit Oktober 2002 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. P. ____, welcher die von ihm diagnostizierte rezidivierende depressive Störung mittels Psychopharmaka und Gesprächstherapie behandelte. Auch geht die Neuropsychologin Dr. O. ____ in ihrem Bericht vom 17. Mai 2002 davon aus, dass die seit dem Unfall bestehende Schmerzproblematik und die psychoreaktiven Symptome die neuropsychologischen Befunde überlagerten (Urk. 9/ZM39 S. 3). Dass die Beschwerdeführerin ungefähr ein Jahr nach dem Unfall psychisch zu dekompensieren begann, kann demnach als erstellt gelten. Auch wenn Dr. M. ____ in seinem Gutachten vom 5. März 2002 bei der Beschwerdeführerin keine psychiatrische Diagnose zu erstellen vermochte, hat er dennoch eine deutlich depressive Verstimmung festgestellt (Urk. 9/ZM37 S. 14).

Vor diesem Hintergrund ist die Schlussfolgerung im Gutachten des Zentrums T. ____, wonach bei der Beschwerdeführerin möglicherweise heute noch unfallbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen vorhanden sind (Urk. 9/ZM60 S. 37), zutreffend.

Nach dem Gesagten ergibt es sich, dass die Ausführungen im Gutachten des Zentrums T. ____ insbesondere unter Berücksichtigung der Berichte von Dr. R. ____ vom 5. Mai 2003 hinsichtlich der somatischen Beschwerden und des Gutachtens von Prof. U. ____ betreffend die Entwicklung der psychischen Problematik vom 21. November 2005 einleuchten und überzeugend begründet sind und daher grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. Zu prägen bleibt, ob die Einwände der Beschwerdeführerin daran etwas zu ändern vermögen.

E. 4.6

4.6.1 Wenn die Beschwerdeführerin mit der Rüge, aus dem Gutachten des Zentrums T. ____ ergäben sich widersprüchliche Angaben zu ihren miserablen Deutschkenntnissen (Urk. 1 S. 3 f.), sinngemäss geltend macht, dass sie in ihrer Muttersprache hätte begutachtet werden müssen, ist zu bemerken, dass es für die Frage, ob eine medizinische Abklärung in der Muttersprache der zu untersuchenden Person oder unter Beizug eines Übersetzers im Einzelfall geboten ist, grundsätzlich vom Gutachter im Rahmen einer sorgfältigen Auftragsverfüllung zu entscheiden ist. Massgebend für die Frage, in welcher Form sprachlicher Verständigung Rechnung getragen werden muss, ist letztlich, ob das Gutachten aussagekräftig und beweismässig verwertbar wird (AHI 2004 S. 146 Erw. 4.2.1). Sämtliche Ärzte, welche die Beschwerdeführerin begutachtet haben, erachteten ihre Deutschkenntnisse offensichtlich als hinreichend, so insbesondere auch der Psychiater PD Dr. M. ____ (vgl. Urk. 9/ZM39 S. 5 oben), der Neurologe Dr. N. ____ (Urk. 9/ZM40) und die Psychologin O. ____ (Urk. 9/ZM39 S. 1), deren Schlussfolgerungen ja die Beschwerdeführerin als überzeugend und massgebend erachtete.

Nicht einsichtig ist im Weiteren, inwiefern der Umstand, dass der Ehemann der Beschwerdeführerin - entgegen der Angaben im Gutachten des Zentrums T. ____ - keine Rente der Invalidenversicherung bezieht, unüberwindbare Zweifel an der Zuverlässigkeit desselben wecken sollte. Dies wird denn auch überhaupt nicht substantiiert.

Zwar besteht nach der Rechtsprechung und Gesetzgebung (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]) ein

einheitlicher Invaliditätsbegriff in der Invaliden-, Unfall- und Militärversicherung. Dabei gilt es aber zu berücksichtigen, dass es sich bei der Unfallversicherung um eine kausale und bei der Invalidenversicherung um eine finale Versicherung handelt. Der Invaliditätsgrad in der Unfallversicherung kann mit demjenigen der Invalidenversicherung nur dann identisch sein, wenn ihm mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit derselbe Gesundheitsschaden zu Grunde liegt. Bei der Beschwerdeführerin liegen aber nebst den unfallbedingten Beeinträchtigungen vorwiegend krankheitsbedingte Leiden vor, weshalb der Invaliditätsgrad der Unfallversicherung mit demjenigen der Invalidenversicherung nicht identisch zu sein hat. Im Übrigen hat die - rechtskräftige - Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung für die Organe der Unfallversicherung ohnehin keine bindende Wirkung. Nach neuester Rechtsprechung des EVG gilt in solchen Fällen die blosser Obliegenheit, den bereits vorliegenden rechtskräftigen Entscheid mitzuberücksichtigen (Urteil EVG vom 11. September 2006 i.S. L., U 33/06, Erw. 1.2).

4.6.4.4. Im Weiteren ergibt es sich aus der Stellungnahme von Dr. T.____, dass die Gutachter des Zentrums T.____ davon ausgegangen sind, die Beschwerdeführerin sei beim Unfall nicht angegurtet gewesen. Der Einwand der Beschwerdeführerin, wonach die Gutachter des Zentrums T.____ übersehen hätten, dass das Schloss der Sicherheitsgurte wegen eines Defekts aufgesprungen sei (Urk. 1 S. 3), wird daher in nachvollziehbarer Weise für irrelevant erklärt.

4.7.4.4. Aufgrund des Gutachtens des Zentrums T.____ ist davon auszugehen, dass die organisch bedingten Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Jahr nach dem Unfall, spätestens aber im Zeitpunkt der Begutachtung im November 2004 vollständig abgeklungen waren (Urk. 9/ZM60 S. 38). Obwohl sowohl Dr. R.____ wie auch Prof. U.____ mit überzeugenden Begründungen hinsichtlich der somatischen Beschwerden den status quo sine bereits im Frühjahr 1999 als erreicht betrachten, ist zu Gunsten der Beschwerdeführerin von der Beurteilung im Gutachten des Zentrums T.____ auszugehen. In Bezug auf die organischen Unfallfolgen ist die Leistungseinstellung der ZÄrlich per 1. März 2005 demnach nicht zu beanstanden.

4.8.4.4. Was die psychosomatische Entwicklung beziehungsweise die diesbezüglich von den Gutachtern bescheinigte 20%ige Arbeitsunfähigkeit betrifft, ist der Unfall vom 25. Februar 1998 gemäss den Ärzten des Zentrums T.____ sowie auch nach Auffassung von Prof. U.____ als Auslöser dieser Gesundheitsstörung zu betrachten (Urk. 9/ZM60 S. 40 und Urk. 9/ZM63 S. 5 f.). Damit wurde im Gutachten des Zentrums T.____ und von Prof. U.____ entgegen den Ausführungen der ZÄrlich (Urk. 2 S. 2) implizit die natürliche (Teil-)Unfallkausalität der psychischen Beschwerden festgestellt. Daran ändern auch allfällige mit der psychischen Störung im Zusammenhang stehende psychosoziale Faktoren (vgl. Stellungnahme von Prof. U.____ vom 21. November 2005, Urk. 9/ZM63) nichts, ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhanges doch nicht erforderlich, dass der Unfall alleinige Ursache für die eingetretene psychische Störungen ist. Zu prüfen bleibt daher, ob zwischen den psychischen Störungen und dem Unfall ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

4.8.4.4. Da gemäss Gutachten des Zentrums T.____ der normale, unfallbedingt erforderliche Heilungsprozess bereits abgeschlossen war, mithin weder im somatischen noch im psychiatrischen Bereich von einer namhaften Besserung des Zustandes der Beschwerdeführerin ausgegangen werden konnte (Urk. 9/ZM60 S. 39), erfolgte die

Adäquanzprüfung der Zerschlagung nicht zur Unzeit (vgl. Urk. 1 S. 7).

E. 5

5.1 Die Beschwerdeführerin hat durch den Unfall vom 25. Februar 1998 eine Distorsion der HWS mit Abknickmechanismus und damit eine schleudertraumatische Verletzung erlitten. Zudem traten bei der Beschwerdeführerin unmittelbar nach dem Unfall Nacken- sowie Schulterbeschwerden links auf und findet sich im Bericht der Ärzte der Klinik X. vom 17. Juni 1998 (Urk. 9/ZM8b) ein Hinweis auf Kopfschmerzen und Schwindelsensationen. Somit lag nach dem Unfall das für ein Schleudertrauma typische bunte Beschwerdebild, welches durch eine Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Schlägigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen und Wesensveränderung gekennzeichnet ist, zumindest teilweise vor. Diese Störungen traten gemäss den Akten spätestens ein Jahr nach dem Unfall ganz in den Hintergrund. Gemäss Prof. U. ist ein Jahr nach dem Unfall ein erster Hinweis auf eine psychiatrische Problematik dokumentiert (Urk. 9/ZM63). Im Bericht von Dr. J. vom 8. März 1999 wurden eine deprimierte Stimmungslage und ein Gewichtsverlust von 9 kg beschrieben sowie gleichzeitig eine depressive Symptomatik festgehalten. Auch die weitere ärztliche Dokumentation, insbesondere die Beurteilung durch die Rehaklinik W. vom 11. August 1999 sowie die psychiatrische Begutachtung durch Dr. M. vom 5. März 2002, sprechen im Zusammenhang mit der länger dauernden Schmerzsymptomatik für die Entwicklung zunächst einer Anpassungsstörung mit Übergang in eine längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21).

Demnach ist die Adäquanzbeurteilung nicht nach den für Schleudertraumen und äquivalente Verletzungen (BGE 117 V 359), sondern nach den für psychische Unfallfolgen (BGE 115 V 359) geltenden Kriterien vorzunehmen.

5.2

5.2.1 Das EVG stuft Auffahrkollisionen vor einem Fussgängerstreifen oder einem Lichtsignal regelmässig als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis ein (Urteile des EVG in Sachen P. vom 22. November 2002, U 207/01, Erw. 5; in Sachen G. vom 6. November 2002, U 99/01, Erw. 4.1; in Sachen B. vom 22. Mai 2002, U 339/01, Erw. 4b/aa mit Hinweisen; in Sachen S. vom 8. April 2002, U 357/01, Erw. 3b/bb). In einzelnen Fällen hat es einen leichten Unfall angenommen, so insbesondere bei einer niedrigen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsveränderung (Urteil des EVG B. vom 7. August 2001, U 33/01, Erw. 3a) und bei weitgehendem Fehlen von unmittelbar im Anschluss an den Unfall auftretenden Beschwerden (Urteil des EVG in Sachen S. vom 29. Oktober 2002, U 22/01, Erw. 7.1).

In einem in RKUV 1995 Nr. U 122 S. 114 auszugsweise veröffentlichten Entscheid hat das EVG ein Unfallereignis, bei dem das von der versicherten Person gelenkte Fahrzeug bei einer Kollision mit einem anderen Personenwagen durch einen Aufprall hinten links nach links abgedreht wurde, anschliessend an einen Pfosten prallte, darauf um 180° abgedreht wurde und schliesslich nach rund sieben Metern zum Stillstand gekommen war, als mittelschwerer Unfall (im engeren Sinne) qualifiziert. Desgleichen bezeichnete das EVG ein Unfallereignis, bei dem die versicherte Person in ihrem Personenwagen seitlich von einem Tram gerammt wurde und anschliessend an einem seitlichen Distorsionstrauma der HWS, an einer Commotio

Unfallfolgen zum Ziel (Urk. 9/ZM27 S. 5 und 6). Ab Oktober 2002 liess sich die Versicherte psychiatrisch betreuen und mit Psychopharmaka behandeln (Urk. 9/ZM44a). Auch wenn in der Untersuchung durch die Gutachter des Zentrums T.____ vom 15. bis 19. November 2004 immer noch eine muskuläre Dysbalance im Schultergürtelbereich links sowie ein chronisches Zervikalsyndrom festgestellt werden konnten, ist davon auszugehen, dass die geklagten somatischen Beschwerden schon bald nach dem Unfall durch die psychische Problematik überlagert worden sind und letztlich diese im Vordergrund stand, weshalb unter diesen Umständen nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der somatisch bedingten ärztlichen Behandlung gesprochen werden kann. Auch das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit kann nicht als erfüllt gelten, da bei der Beschwerdeführerin ein Jahr nach dem Unfall aus somatisch-funktioneller Sicht der status quo sine erreicht gewesen war und die ab diesem Zeitpunkt weiterhin bestehende Arbeitsunfähigkeit mithin in der psychischen Problematik begründet lag. Ebenso verhält es sich hinsichtlich des Kriteriums der körperlichen Dauerschmerzen, die offensichtlich durch die bald nach dem Unfall aufgetretene psychische Problematik geprägt und chronifiziert wurden.

Da somit weder eines der Beurteilungskriterien in besonders ausgeprägter Weise noch Beurteilungskriterien in gehäuft und auffälliger Weise erfüllt sind, ist die Unfalladäquanz der über Februar 2005 hinaus geklagten, chronifizierten Beschwerden zu verneinen.

E. 6

Zusammenfassend ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 1. März 2005 keine unfallbedingten Gesundheitsstörungen mehr vorlagen. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

Da die Voraussetzungen für die unentgeltliche Rechtsbeistandserfüllung sind, ist Rolf Hofmann als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren zu bestellen und bei diesem Ausgang des Verfahrens aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Nach Einsicht in die Kostennote vom 16. Oktober 2006 (Aufwand von 8,3 Stunden zuzüglich 3 % Auslagen, vgl. Urk. 12) und in Anwendung von Art. 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ist die Entschädigung bei einem gerichtsüblichen Stundenansatz für Vertreter ohne juristischen Hochschulabschluss (lic. iur. beziehungsweise master of law) von Fr. 135.-- auf Fr. 1'242.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Die Beschwerdeführerin wird auf Art. 92 der Zivilprozessordnung hingewiesen, wonach sie zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern sie in günstige wirtschaftliche Verhältnisse kommt.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 13. März 2006 wird der Beschwerdeführerin Rolf Hofmann als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren bestellt,

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rolf Hofmann, Zürich wird mit Fr. 1'242.-- (Honorar und Auslagenersatz inkl. Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rolf Hofmann
- Rechtsanwalt Adelrich Friedli
- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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