

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/32 vom 26. November 2009**

Sg Versicherungsgericht, 2009-11-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2009\\_32](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2009_32)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/32 du 26 novembre 2009

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2009/32 del 26 novembre 2009

## **Regeste**

Art. 6 UVG: Die Einstellung der Versicherungsleistungen erfolgte zu Recht, nachdem der Status quo sine nach einer Schulterkontusion infolge eines Treppensturzes wieder erreicht worden war (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. November 2009, UV 2009/32).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitig ist vorliegend, ob die bei der Beschwerdeführerin über den 30. Juni 2004 (Datum der Leistungseinstellung) bestehenden Beschwerden noch natürliche und adäquate Folge des Unfalls vom 23. Januar 2003 darstellen.

### **E. 2**

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinn des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist 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. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung oder im Beschwerdefall das Gericht nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Kausalzusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1; BGE 119 V 337 f. E. 1). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen

herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2). Aufgabe des Arztes ist es dabei, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (PVG 1984 Nr. 82, 174).

2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, beispielsweise Krankheit oder degenerative Veränderungen, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 3. Januar 2006, i/S. C., E. 2 mit Hinweisen [U 320/05]).

2.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche 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 Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

### E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie sei vor dem Unfallereignis am 23. Januar 2003 gesund bzw. beschwerdefrei und zu 100% arbeitsfähig gewesen. Auch die behandelnden Ärzte gingen alle zumindest von teilweise unfallkausalen Beschwerden aus. Dem Gutachten von Dr. I. \_\_\_ vom 1. Oktober 2008, welches den Status quo sine Ende Juni 2004 festlege, könne keine volle Beweiskraft zukommen. Die Beschwerdegegnerin hält dagegen das Gutachten von Dr. I. \_\_\_ für verwertbar. Es erläutere eingehend, weshalb der Arzt in Bezug auf die Diagnosestellung und Unfallkausalität eine von den vorhergehenden Gutachten abweichende Meinung vertrete.

## **E. 3.2**

3.2.1 Im Gutachten vom 1. Oktober 2008 führt Dr. I. \_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin leide an einer diffusen Schmerzsymptomatik im Bereich des Bewegungsapparats mit fehlender klinischer Objektivierbarkeit. Zudem bestehe der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung. Als Diagnosen gibt er einen Status nach Schulterkontusion links und einen Status nach arthroskopischer subacromialer Dekompression am 13. Februar 2004 bei Verdacht auf subacromiales Impingement sowie Verdacht auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung an. In der Anamnese führt er darüberhinaus aus, die Diagnose einer Rotatorenmanschettenruptur, welche von Dr. D. \_\_\_, Dr. E. \_\_\_ und Dr. G. \_\_\_ angegeben worden sei, sei falsch. Woher diese Diagnose komme, sei unklar. Die Beschwerdeführerin weise keine Rotatorenmanschettenruptur auf und sei dafür auch nicht an der Schulter operiert worden. Es sei lediglich eine subacromiale Dekompression durchgeführt worden. Insgesamt sei die Prognose ungünstig, da sich die Symptomatik chronifiziert habe. Seines Erachtens sei die jetzige Symptomatik auch nicht mehr unfallkausal. Beim Unfall sei es nämlich lediglich zu einer Kontusion der linken Schulter gekommen, im Anschluss daran möglicherweise zu einer Bursitis subacromialis, unterhalten auch durch einen vorbestehenden Acromionsporn. Da die adäquate Therapie mit arthroskopischer Dekompression keinen wesentlichen Erfolg gebracht habe, könne man davon ausgehen, dass die Symptomatik der Beschwerdeführerin nicht auf dieses Problem zurückzuführen gewesen sei. Deshalb sei spätestens vier Monate nach dem operativen Eingriff an der linken Schulter, d.h. spätestens Ende Juni 2004, der Status quo sine erreicht gewesen. Im Weiteren sei allenfalls nochmals eine rheumatologische Beurteilung vorzunehmen, da in den vorangehenden Arztberichten widersprüchliche Beurteilungen vorliegen würden. Wenn ein Leiden des rheumatologischen Formenkreises ausgeschlossen werden könne, spreche dies für die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Störung.

3.2.2 In den UV-Akten finden sich drei Berichte, welche anhand bildgebender Untersuchungen erstellt und deren Befunde dokumentiert wurden. Der Radiologiebericht des Spitals A. \_\_\_ vom 11. Februar 2003 an den Hausarzt Dr. D. \_\_\_ hält 19 Tage nach dem Unfall vom 23. Januar 2003 fest, eine frische, insbesondere komplette Rissbildung mit Muskelretraktion stelle sich nicht dar. Im Weiteren zeige sich im Bereich des Tuberculum majus eine intraossäre, wahrscheinlich degenerative zystoide Formation sowie, wahrscheinlich extraossär, eine weitere kleinere zystische Formation. Ansonsten bestehe der Verdacht auf deutlichere tendinopathische Veränderungen, möglicherweise auch ältere narbige Residuen (UV-act. 89). Dr. F. \_\_\_ gibt mit Arztbericht vom 22. Dezember 2003 an, radiologisch zeige sich eine diskrete Spornbildung an der Acromionunterkante. Zudem habe das MRI vom 11. Februar 2003 eine Bursitis subacromialis dargestellt. Die Supraspinatussehne sei etwas aufgetrieben, aber ohne Rupturzeichen (UV-act. 26). Auch im Operationsbericht des Spitals A. \_\_\_ vom 13. Februar 2004 wird aufgeführt, dass die Rotatorenmanschette keine Läsion aufweise. Die glenohumeralen Bänder und Sehnen seien

intakt. Das posteriosuperiore Labrum sei diskret ausgefranst (UV-act. 88). Diese drei Arztberichte sind umfassend und schlüssig formuliert. Sie wurden zeitlich nahe am Unfall erstellt und haben eine mögliche Rotatorenmanschettenläsion genügend abgeklärt bzw. verneint. Ferner finden sich in den UV-Akten aber auch Arztberichte, welche die Diagnose einer Rotatorenmanschettenläsion festhalten. Am 29. April 2003 gab Dr. D.\_\_\_\_ als Diagnose der Beschwerdeführerin eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion an der linken Schulter an (UV-act. 13). Im weiteren Verlauf hielt er diese Diagnose wiederholt fest. Auch Dr. E.\_\_\_\_ führte im Arztbericht vom 13. Dezember 2004 den Status nach Rotatorenmanschettenläsion der linken Schulter an (UV-act. 35). In den Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ wurde sodann die Diagnose einer Rotatorenmanschettenruptur unbesehen übernommen. Weshalb diese Diagnosen aufgeführt wurden, bleibt unklar. Es finden sich nämlich keine Hinweise, welche das Vorliegen einer Läsion bzw. Ruptur der Rotatorenmanschette belegen würden. Die Berichte über eine Rotatorenmanschettenläsion stützen sich ausserdem jeweils lediglich auf äussere physiologische Untersuchungen. Es muss daher aufgrund der aussagekräftigen bildgebenden Erhebungen und insbesondere auch aufgrund des Operationsberichts des Spitals A.\_\_\_\_ vom 13. Februar 2004 (UV-act. 88), worin Dr. F.\_\_\_\_ eine Rotatorenmanschettenläsion ausdrücklich verneint, als erstellt erachtet werden, dass bei der Beschwerdeführerin keine Rotatorenmanschettenruptur vorgelegen hat.

3.2.3 Bei der Beschwerdeführerin wurden durch die vorhergehenden Ärzte auch weitere Diagnosen gestellt. Mit Arzzeugnis UVG vom 17. Februar 2003 gab Dr. D.\_\_\_\_ an, die Beschwerdeführerin habe eine Kontusion des Beckens und des linken Knies sowie eine Schulterkontusion mit schwerer Abduktionshemmung und ebenfalls schmerzbedingter Ante- und Retroversion erlitten (UV-act. 2). Im weiteren Verlauf hielt Dr. E.\_\_\_\_ als Diagnose eine Periarthropathia humeroscapularis links, posttraumatisch fest (UV-act. 14 und 20). Am 22. Dezember 2003 gab Dr. F.\_\_\_\_ mit Arztbericht den Verdacht auf ein Impingement-Syndrom mit Acromionsporn und subacromialer Bursitis an, welcher sich mit Arztbericht vom 2. Juni 2004 bestätigte. Zur Behandlung des Impingement war am 13. Februar 2004 eine arthroskopische subacromiale Dekompression durchgeführt worden (UV-act. 26 und 30). Dr. E.\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 13. Dezember 2004 als weitere Diagnose eine Kettentendinose rechts mit einer möglichen rheumatisch-entzündlichen Komponente (positive ANA) an (UV-act. 35). Am 4. April 2005 hielt Dr. D.\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin ein deutlich ausgeprägtes Schulter-/Armsyndrom rechts mit einer Supraspinatusentzündung und Kettentendinose aufgrund der vermehrten Belastung der rechten Schulter fest (UV-act. 39).

3.2.4 Das Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2008 setzt sich mit sämtlichen Vorakten auseinander. Dabei legt dieser Arzt nachvollziehbar dar, auf welche Erhebungen er die gezogenen Schlussfolgerungen stützt. Die von ihm gestellten Diagnosen weichen sodann auch nicht wesentlich von den begründeten Befunden der vorangehenden Arztberichte ab. Vor dem operativen Eingriff an der linken Schulter führten Dr. D.\_\_\_\_, Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ als Diagnosen der Beschwerdeführerin allgemeine Funktionseinschränkungen der linken Schulter an. Die genannte Periarthropathia humeroscapularis gilt als Sammelbezeichnung für verschiedene degenerative Prozesse im Bereich des Schultergelenks, die zu einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung führen (Pschyrembel, Medizinisches Wörterbuch, Berlin 2004, S. 1389). Als subacromiale Bursitis wird eine Schleimbeutelentzündung im Gelenkbereich unterhalb des Schulterdachs bezeichnet (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 275). Dr. F.\_\_\_\_ bestätigte im weiteren Verlauf, dass bei der Beschwerdeführerin ein Impingement-Syndrom

in der linken Schulter vorliege. Darunter ist eine Funktionsbeeinträchtigung des Schultergelenks durch chronische Überlastung zu verstehen (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 855), wobei sich das Impingement-Syndrom, die Periarthropathia humeroscapularis sowie eine subacromiale Bursitis gegenseitig bedingen können (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 1389f.). Dr. I.\_\_\_\_ führte in seinem Gutachten u.a. die Diagnosen einer diffusen Schmerzsymptomatik im Bereich des Bewegungsapparats mit fehlender klinischer Objektivierbarkeit und den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung auf. Diese werden wiederum durch die erhobenen Befunde umfassend und schlüssig begründet. Da die zuvor angeführten Veränderungen im linken Schultergelenk vor dem operativen Eingriff diagnostiziert worden sind, kann in der genannten Diagnose von Dr. I.\_\_\_\_ kein Widerspruch erkannt werden. Nach dem operativen Eingriff am 13. Februar 2004 wurden im Weiteren von den behandelnden Ärzten eine Kettentendinose rechts mit einer möglichen rheumatisch-entzündlichen Komponente sowie eine Supraspinatusentzündung als Diagnosen festgehalten. Die von Dr. I.\_\_\_\_ im Gutachten angegebenen Diagnosen des Verdachts auf eine entzündlich rheumatologische Erkrankung sowie des Status nach arthroskopischer subacromialer Dekompression bei Verdacht auf Impingement stimmen somit mit den vorangehenden Erhebungen überein.

### 3.2.5

Als wesentliche Neuerung wird im Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ das Erreichen des Status quo sine postuliert. Dabei wird festgehalten, dass der Unfall vom 23. Januar 2003 nicht mehr ursächlich mit der jetzigen Symptomatik im Zusammenhang stehe. Da die adäquate Therapie mit arthroskopischer subacromialer Dekompression keinen wesentlichen Erfolg gebracht habe, müsse man davon ausgehen, dass die Gesundheitsstörung nicht auf die gedachte Problematik zurückzuführen gewesen sei. Nach dem Unfall am 23. Januar 2003 wurden von den behandelnden Ärzten Funktionseinschränkungen der linken Schulter diagnostiziert. Im weiteren Verlauf bestätigte sich ein Impingement-Syndrom im linken Schultergelenk mit Acromionsporn. Aufgrund dieser Diagnose führte Dr. F.\_\_\_\_ am 13. Februar 2004 eine arthroskopische subacromiale Dekompression durch. Im Arztbericht vom 2. Juni 2004 hielt er daraufhin fest, vier Monate nach dem operativen Eingriff habe sich keine wesentliche Verbesserung eingestellt. Normalerweise kann bei einem Impingement-Syndrom infolge Kontusion einer gesunden Schulter, bei adäquater Behandlung mit einer wesentlichen Besserung oder Heilung gerechnet werden. Dabei sollte nach vier Monaten eine wesentliche Besserung eingetreten sein (vgl. Dr. med. Walter Selig, Schulterimpingement-Syndrom, [http://www.hirslanden.com/images/Publ\\_Impingement.pdf](http://www.hirslanden.com/images/Publ_Impingement.pdf); Daniel Rikli, Impingement ohne Riss der Rotatorenmanschette, <http://www.danielrikli.ch/praxis/patienteninformation/behandlungsspektrum/obereextremitaet/schulter/rotatorenmanschette/impingement-ohne-riss.html>). Da der operative Eingriff vorliegend nicht viel gebracht hat, kann der Einschätzung von Dr. I.\_\_\_\_ gefolgt werden, wonach die eigentliche Ursache der gesundheitlichen Störung der Beschwerdeführerin nicht (nur) im nach dem Unfall diagnostizierten Befund gelegen hat. Am 27. November 2003 wurde darüberhinaus bei den radiologischen Untersuchungen der Beschwerdeführerin eine diskrete Spornbildung an der Acromionunterkante festgestellt (UV-act. 26). Es kann deshalb nicht ausgeschlossen werden, dass die funktionelle Beeinträchtigung des linken Schultergelenks durch den vorbestehenden Acromionsporn unterhalten wurde. Auch die im weiteren Verlauf erfolgte Ausweitung der Symptome auf die rechte Schulter sowie das Vorfinden entzündlich-rheumatischer Komponenten deuten eher auf eine degenerative oder autoimmune Erkrankung, denn auf unfallbedingte Beschwerden hin. Es kann daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die heute bestehenden Gesundheitsstörungen der

Beschwerdeführerin ursächlich auf den Unfall am 23. Januar 2003 zurückzuführen sind.

3.3 Insgesamt erfüllt das Gutachten von Dr. I. \_\_\_ die Voraussetzungen der Rechtsprechung hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a). Das allgemeinmedizinische Gutachten vom 1. Oktober 2008 ist umfassend, medizinisch fundiert und schlüssig begründet. Es wurde in Kenntnis der Vorakten sowie unter Beachtung der geklagten Beschwerden vorgenommen. Aufgrund der bereits umfangreich erhobenen Aktenlage und eigener Untersuchungen war es Dr. I. \_\_\_ möglich, objektiv nachvollziehbare Diagnosen zu stellen. In der Anamnese sowie in der Stellungnahme zu den von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen, begründet er zudem hinreichend, weshalb und inwiefern sein Gutachten von den vorhergehenden Arztberichten abweicht. Dementsprechend kann das Gutachten als beweiskräftig gelten. Es stellt denn auch eine aktuelle Erhebung des Zustands der Beschwerdeführerin sowie ihrer Arbeitsfähigkeit für das UV-Verfahren dar. Zur Berechnung des Invaliditätsgrads im UV-Verfahren kann dagegen nicht direkt auf die Gutachten im IV-Verfahren abgestellt werden. Denn die Ermittlung des jeweiligen Invaliditätsgrads stützt sich auf unterschiedliche Faktoren. Die Gutachten von Dr. G. \_\_\_ und Dr. H. \_\_\_ aus dem IV-Verfahren können vorliegend zudem nicht als Grundlage herangezogen werden, da sie mit Entscheid des hiesigen Gerichts vom 3. Dezember 2008 (IV 2007/171) als mangelhaft und damit als nicht genügend beweiskräftig qualifiziert wurden.

3.4 Im Sinn des Gutachtens von Dr. I. \_\_\_ gilt damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt, dass die jetzige Symptomatik der Beschwerdeführerin früher oder später auch ohne den Unfall am 23. Januar 2003 aufgetreten wäre. Die unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens haben somit ihre kausale Bedeutung verloren. Deshalb ist spätestens vier Monate nach dem operativen Eingriff am 13. Februar 2004 das Erreichen des Status quo sine anzunehmen. Somit hat die Beschwerdegegnerin zu Recht ihre Leistungen per 30. Juni 2004 eingestellt.

4. Gemäss Art. 52 Abs. 3 Satz 2 ATSG wird im Einspracheverfahren in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen. Die Formulierung wurde so gewählt, um die Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung zu ermöglichen (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Art. 52 ATSG N. 28). Die Beschwerdeführerin hat im Einspracheverfahren kein Begehren um eine unentgeltliche Rechtsverbeiständung gestellt. Im Beschwerdeverfahren kann also nur ein möglicher Anspruch auf eine reguläre Parteientschädigung für das Einspracheverfahren zur Diskussion stehen. Selbst wenn es zulässig wäre, unter besonderen Umständen ausserhalb der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung eine Parteientschädigung zuzusprechen (vgl. Ueli Kieser, a.a.O., Art. 52 ATSG N. 28), was angesichts der höchstrichterlichen Rechtsprechung kaum zutreffen dürfte, bestehen doch vorliegend keine derartigen Umstände. Denn der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hatte im Einspracheverfahren keine übermässigen Aufwendungen zu tätigen. Der Fall bot weder in tatsächlicher noch in rechtlicher Hinsicht besondere Schwierigkeiten (vgl. BGE 130 V 570 E. 2.2ff.). Dementsprechend konnte auch die Einspracheschrift des Rechtsvertreters mit vier übersichtlichen Seiten knapp und verständlich gehalten werden. Die Zahl der involvierten Parteien entspricht vorliegend einem durchschnittlichen UV-Verfahren mit Beschwerdeführerin, Beschwerdegegnerin sowie behandelnden und begutachtenden Ärzten. Weder darin noch in der teilweisen Parallelität des IV- und UV-Verfahrens kann eine ungewöhnliche Komplexität erkannt werden. Das entsprechende Beschwerdebegehren ist deshalb abzuweisen.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 9. Februar 2009 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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