

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00292 vom 27. November 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-11-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00292

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00292 du 27 novembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00292 del 27 novembre 2009

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, die in der Verfügung vom 29. Dezember 2004 in Aussicht gestellte und nunmehr durchgeführte Prüfung der Unfallkausalität von noch bestehenden Beschwerden ergebe, dass von den gemäss BGE 134 V 109 massgebenden Kriterien nur deren zwei teilweise erfüllt seien, weshalb die Adäquanz zu verneinen sei (Urk. 2 S. 7).

Zudem liege mit der von der Beschwerdeführerin erst im Januar 2007 eingereichten Krankengeschichte der psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich von 1999 (vgl. Urk. 12/M92) ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 53 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vor (Urk. 10 S. 10 Ziff. 18).

2.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, es müssten die Voraussetzungen einer Revision im Sinne von Art. 17 ATSG erfüllt sein, was nicht der Fall sei (S. 11 ff. Ziff. 3.1). Die Prüfung der massgebenden Kriterien führe zum Bejahen der Adäquanz (S. 14 ff. Ziff. 3.2.2).

2.3 Zu prüfen ist somit vorab die Zulässigkeit des angefochtenen Entscheides und gegebenenfalls die Adäquanz des Kausalzusammenhangs.

E. 3

3.1 In der Verfügung vom 16. August 2004 (Urk. 12/229) führte die Beschwerdegegnerin unter anderem aus, es stelle sich ihr nun die Frage der Kausalität, allenfalls eines Status quo. Damit die Ausbildung der Versicherten nicht gefährdet werde, habe man sich geeinigt, vorerst eine Rente auf einem Invaliditätsgrad von 50 % zu bezahlen (S. 1). Unter dem Zwischentitel «Verfügung» hielt sie sodann fest, sie bestimme den getroffenen Vergleich und erlasse die folgende Verfügung: Der Invaliditätsgrad werde vergleichsweise auf 50 % festgelegt; ab 1. Juli 2004 bestehe Anspruch auf eine monatliche Rente in der Höhe von Fr. 3'510.--; (...) eine Rentenrevision und Beurteilung der Kausalität, Prüfung des Status quo, weitere medizinische Abklärungen und Untersuchungen würden ab Sommer 2005 erfolgen (S. 2).

3.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich auf den Standpunkt, die 2004 zugesprochene Rente sei nicht befristet gewesen und es sei ausdrücklich eine Rentenrevision in Aussicht gestellt worden (Urk. 1 S. 11 Ziff. 3.1.1), weshalb die Voraussetzungen von Art. 17 ATSG erfüllt sein müssten, was nicht der Fall sei (Urk. 1 S. 11 f. Ziff. 3.1.2).

3.3. Dieser Standpunkt der Beschwerdeführerin ist schon mit dem Wortlaut der Verfügung nicht vereinbar: Aus dem Dispositiv der Verfügung geht klar hervor, dass auf den genannten Zeitpunkt auch eine Prüfung der Kausalität in Aussicht gestellt wurde. Dies steht in logischer Verbindung zu den dem Dispositiv vorangestellten Erwägungen, wo ausgeführt wurde, dass im Sinne eines Entgegenkommens derzeit auf die eigentlich angezeigte Prüfung der Kausalität verzichtet werde.

Das dass die Beschwerdeführerin, nachdem sie von der Beschwerdegegnerin als flankierende Massnahme zu ihrer Ausbildung eine auf einem Vergleich beruhende Rente bezogen hat, den Vergleich und die darauf gestützt erlassene Verfügung nun anders verstanden haben will, lässt sich nicht nachvollziehbar begründen und widerspricht überdies in einer Weise einem Handeln nach Treu und Glauben, dass die Beschwerdeführung in diesem Punkt als mutwillig zu bezeichnen ist.

3.4. An die im Interesse der Beschwerdeführerin mit der Verfügung von 2004 getroffene Übergangsregelung hat sich, wie in der Verfügung bereits vorgesehen, eine korrekte Leistungsprüfung anzuschliessen. Dazu ist die Beschwerdegegnerin nicht nur berechtigt, sondern sogar verpflichtet.

Mit der Verfügung vom 6. September 2007 und dem vorliegend angefochtenen Entscheid hat sie ebendiese Leistungsprüfung vorgenommen.

Die dagegen von der Beschwerdeführerin ins Feld geführten Einwände sind nicht stichhaltig, weshalb die Beschwerde in diesem Punkt abzuweisen und die Sache materiell zu prüfen ist.

E. 4

4.1. Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin führte Dr. med. Y., Allgemeine Medizin FMH, aus, dass er die Beschwerdeführerin seit 1983 als Hausarzt betreue und berichtete über einen Unfall im Jahr 1982, spätere - näher bezeichnete - Behandlungen und eine Arbeitsunfähigkeit im Jahr 1994 (Bericht vom 13. Januar 2003; Urk. 12/M44). Weitere Abklärungen der Beschwerdegegnerin bei früher behandelnden Ärzten waren nur teilweise ergiebig (vgl. Urk. 12/M26-M36, Urk. 12/M34-M40, Urk. 12/M49-M50).

4.2. Gemäss einem Eintrag in der Krankengeschichte vom 5. April 1999 (Urk. 12/M92/2), der (nach Vorliegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht durch die Beschwerdeführerin) vom Sekretariat der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Z. (Z.) am 7. April 2006 der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ausgehändigt wurde (vgl. Urk. 12/M92/1), wurde die Beschwerdeführerin am genannten Tag von einer Freundin und deren Mann in die Poliklinik gebracht, wo sie vorerst nicht ansprechbar war. Die Situation wurde beurteilt als unklares mutistisches Zustandsbild in einer psychosozial stark überforderten Situation mit einer Dauer von mehreren Stunden, das sich im Verlauf der Untersuchung löste (DD: dissoziativer Stupor); ein katatoner oder manischer Stupor könne ausgeschlossen werden (Urk. 12/M92/2 unten).

4.3. Am 5. April 1999 fuhr die Beschwerdeführerin gemäss ihren am 8. März 2001 protokollierten Angaben mit der Eisenbahn, schlug beim Aufstehen den Kopf an der Gepäckablage an, stieg - Belkeit und Kopfschmerzen empfindend - aus und ging nach Hause (Urk. 12/13).

Am 4. August 1999 stellte Dr. med. A.____, Assistenzarzt, Klinik für Unfallchirurgie, Z.____, ein Arztzeugnis aus (Urk. 12/M3). Zum Unfallhergang führte er aus, die Patientin habe beim Aussteigen aus dem Wagen mit dem Schädeldach an einer Metallstange angeschlagen; das Ereignis sei datiert vom 5. April 1999 (Ziff. 2). Die Erstbehandlung habe am 7. April 1999 ausserhalb der Sprechstunde stattgefunden (Ziff. 1). Bei der erstmaligen Konsultation vom 5. April 1999 habe eine nicht näher zu bezeichnende psychische Alteration bestanden; die an sich empfohlen gewesene Kurzhospitalisation habe die Beschwerdeführerin abgelehnt (Ziff. 3a). Als Diagnosen nannte Dr. A.____ einen Status nach Commotio cerebri vom 5. April 1999 und im Verlauf ein postcommotionelles Syndrom (Ziff. 5).

Den von der Beschwerdegegnerin unterbreiteten Fragebogen bei HWS-Verletzungen retournierte Dr. A.____ mit dem Vermerk, es handle sich nicht um ein Schleudertrauma (Urk. 12/M5).

Dr. Y.____ nannte in seinen Berichten vom 7. Juli (Urk. 12/M2), 26. August (Urk. 12/M4) und 2. Oktober (Urk. 12/M6) 1999 sowie 13. Januar 2000 (Urk. 12/M7) als Diagnose jeweils eine Commotio cerebri am 5. April 1999 vergesellschaftet mit einer Distorsion der HWS (Ziff. 1).

Am 28. Januar 2000 erstattete Dr. med. B.____, Orthopädische Chirurgie FMH, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 12/M8). Als Diagnose nannte er ein Anschlagen des Kopfes an einer Metallstange mit kurzer Commotio cerebri und einer unkomplizierten Distorsion der HWS (S. 7 Ziff. V). Die Beschwerdeführerin sei am 5. April 1999 heftig mit dem Kopf an eine Metallstange gestossen (S. 7 Mitte). Theoretisch sei sie heute als Redaktionsmitarbeiterin mehr als 50 % arbeitsfähig und könne dies stufenweise relativ rasch auf 100 % steigern. Spätestens am 1. Mai 2000 sollte die Arbeitsfähigkeit wieder 100 % betragen (S. 8 oben).

Am 8. August 2000 fuhr die Beschwerdeführerin gemäss ihren am 8. März 2001 protokollierten Angaben mit dem Rollbrett und rutschte beim Abspringen von selbigem aus, wobei sie sich an der linken Hand und der linken Schulter verletzte (Urk. 12/12).

Am 2. Oktober 2000 erstattete Dr. B.____ ein Zweitgutachten (Urk. 12/M12) und führte unter anderem aus, beim Sturz am 8. August 2000 mit dem Rollbrett habe sich die Beschwerdeführerin eine Fraktur am linken Handgelenk und eine Schulterkontusion/-distorsion links zugezogen (S. 2, S. 4 Ziff. IV). Wegen der Schulter- und der Handproblematik sei die Beschwerdeführerin vorläufig zu 100 % arbeitsunfähig (S. 5 Ziff. V).

Am 18. Juni 2001 stellte die Beschwerdeführerin mit dem Rollbrett und zog sich eine Distorsion des rechten Handgelenks zu (vgl. Urk. 12/M17). In den Berichten von Dr. Y.____ vom 25. Juni, 9. August und 6. Oktober 2001 (Urk. 12/M14-M16) fand dies keine Erwähnung.

Gemäss dem Bericht von Dr. Y.____ vom 3. Juni 2002 war die Beschwerdeführerin seitens der Unfälle vom 8. August 2000 und vom 18. Juni 2001 praktisch oder ganz beschwerdefrei; seitens des Unfalls von 1999 bestanden noch Nackenbeschwerden und Konzentrationsstörungen (Urk. 12/M17).

4.7. Am 25. Juni 2002 zog sich die Beschwerdeführerin bei einer Seitwärts-Kollision Verletzungen zu (Urk. 12/28), deren Erstbehandlung am 27. Juni 2002 im Z.____ stattfand, wo eine HWS-Distorsion nach Schleudertrauma diagnostiziert wurde (Urk. 12/M25). In den Berichten der Ärzte der C.____ Klinik, wo die Beschwerdeführerin seit August 2001 in Behandlung war (vgl. Urk. 12/M23 S. 1 unten; Urk. 12/M18-M20), vom 4. Juli und vom 14. August 2002 (Urk. 12/M21-M22) fand dies noch keine Erwähnung; im Bericht vom 14. November 2002 wurde dann berichtet, die Beschwerdeführerin sei auf einem Parkplatz seitlich angefahren worden und habe ein weiteres Trauma mit wahrscheinlicher Beteiligung der HWS erlitten (Urk. 12/M23 S. 2 unten).

4.8. Vom 8. Januar bis 19. Februar 2003 weilte die Beschwerdeführerin in der Rehaklinik D.____, wo mit Austrittsbericht vom 17. März 2003 (Urk. 12/M58; vgl. Urk. 12/M52-M55) folgende Hauptdiagnosen gestellt wurden (S. 1 unten):

- Status nach axialer Wirbelsäulenstauchung mit Contusio capitis und nachfolgendem Sturz 1999

- Status nach Sturz am 8. August 2000

- Status nach Verkehrsunfall (Seitkollision) im Juni 2002 mit HWS-Distorsion, Contusio capitis und leichter traumatischer Hirnverletzung (Commotio cerebri)

Sozialanamnestisch wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin habe eine betriebswirtschaftliche Ausbildung und eine therapeutische Ausbildung inklusive Lehranalyse. Bis zum Unfall von 1999 sei sie als Finanzjournalistin tätig gewesen. Seit Anfang 2002 absolviere sie eine Ausbildung in Homöopathie (S. 4 Mitte). Geplant sei und empfohlen werde die Weiterführung der homöopathischen Ausbildung und der Versuch einer schrittweisen beruflichen Reintegration ab Sommer 2003; bis dahin betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 % (S. 7 oben).

4.9. Am 1. Juli 2003 wurde über eine neuropsychologische Untersuchung berichtet (Urk. 12/M67 = Urk. 12/M62; vgl. Erläuterung vom 18. Oktober 2004, Urk. 12/M77). Die erhobenen Befunde seien intrafunktionell und zwischen Beobachtung und Messung zum Teil diskrepant. Das Ausmass und das Muster liessen sich weder als allein schmerzverbunden noch allein durch verminderte Konzentration erklären; am ehesten manifestierten sie eine psychische Fehlentwicklung (S. 2 Mitte).

Am 28. Juli 2003 erstattete med. pract. E.____, Leitender Arzt Fachstelle für Begutachtungen, Fachstelle G.____, ein psychiatrisches Teilgutachten (Urk. 12/M68). Betreffend Diagnose führte er aus, es liege ein chronisches Schmerzsyndrom (ohne psychiatrische Klassifizierung nach ICD-10) vor; eine eigenständige psychische Erkrankung könne er nicht diagnostizieren (S. 8 Ziff. 3). Aus psychiatrischer Sicht sei keine ursächlich auf den Unfall zurückzuführende psychische Störung festzustellen; es liege also keine unfallbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (S. 10 Ziff. 5).

Am 13. August 2003 erstattete Dr. med. F.____, Neurologie FMH, ein Gutachten (Urk. 12/M70). Er nannte verschiedene traumatologische Diagnosen (S. 23 lit. D.4a) und als Krankheitsdiagnose einen hohen Verdacht auf eine Encephalomyelitis disseminata (Multiple Sklerose; S. 24 lit. D.4b).

Am 12. Dezember 2005 berichtete Dr. Y.____, zwei voneinander unabhängige neurologische Abklärungen hätten die (Verdachts-) Diagnose einer multiplen Sklerose nicht bestätigt (Urk. 12/M80).

Am 9. März 2006 erstatteten die Ärzte der Rehaklinik G.____ ein Gutachten (Urk. 12/M86), basierend auf einer neurologischen (S. 1-17), neuropsychologischen (Urk. 12/M85), psychiatrischen (Urk. 12/M84), rheumatologischen (Urk. 12/M83) und bildgebenden (Urk. 12/M82) Untersuchung. In der zusammenfassenden Beurteilung (Urk. 12/M86 S. 18-25) wurde als Diagnose ein Zustand nach Unfall vom 5. April 1999 mit leichter traumatischer Hirnverletzung sowie Unfall vom 25. Juni 2002 mit HWS-Distorsion genannt (S. 20 Ziff. 4).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, aufgrund der Beschwerdesymptomatik sei es der Beschwerdeführerin entsprechend der allgemein medizinischen Kriterien zumutbar, einer etwa halbschichtigen Tätigkeit nachzugehen. Hierbei sollten einzelne Tätigkeitsblöcke von längeren Pausen unterbrochen sein. Insgesamt sollte die Beschwerdeführerin jedoch in der Lage sein, einen halben Arbeitstag Leistung zu erbringen. Rein körperlich könne sie leichte Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen und ohne das Heben und Tragen von Lasten von mehr als 5 kg und ohne repetitive manuelle Tätigkeit ausführen. Kognitiv könne sie leichte bis selten mittelschwere kognitive Tätigkeiten ausführen. Tätigkeiten in lärmbelasteter Umgebung und Kontrolltätigkeiten seien nicht zumutbar (S. 19 unten).

Am 23. November 2006 berichtete Dr. Y.____, die Beschwerdeführerin habe ihn am 13. Juli 2006 wegen einer akuten Lumbago aufgesucht. Später habe er ihr noch wegen Nackenschmerzen einen Halskragen verschrieben (Urk. 12/M87). Am 22. Februar 2007 berichtete Dr. Y.____, die Beschwerdeführerin habe ihn am 20. November 2006 wegen einer Verletzung am linken Vorfuß konsultiert; sie sei gestolpert. Am 19. Dezember 2006 sei sie wegen erneuter akuter lumbaler Rückenschmerzen notfallmäßig in der Sprechstunde erschienen. Am 8. Januar 2007 habe eine Kontrolle stattgefunden; die Beschwerdeführerin klagte noch immer über lumbale Rückenschmerzen und neu auch über Kopfschmerzen (Urk. 12/M91).

E. 4.12

Am 1. Juni 2007 erstattete Dr. med. H.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Medizinischer Leiter Zentrum für Begutachtung, Rehaklinik G.____, ein ergänzendes psychiatrisches Gutachten (Urk. 12/M93). Er führte aus, die erst jetzt von der Beschwerdeführerin zur Verfügung gestellten Unterlagen betreffend den 5. April 1999 (vgl. Urk. 12/M92) zeigten, dass damals zwei gesundheitsbezogene Vorfälle stattgefunden hätten, nämlich einerseits das axiale Stauchungstrauma nachmittags beim Aufstehen in einem Eisenbahnwagen, welches nicht mit Wahrscheinlichkeit zu einer Beeinträchtigung des Bewusstseins geführt habe und vielmehr einem relativ banalen kleinen Unfallereignis im Alltag entspreche, und andererseits die schwere psychogene Reaktion mit einem eindrücklichen dissoziativen Zustand, welcher offensichtlich weitgehend oder gänzlich unabhängig vom nachmittäglichen Unfallereignis abends zu einer Verbringung in die Notfallstation des Z.____ Anlass gegeben habe (S. 7 oben).

Am 20. Juni 2007 erstattete Prof. Dr. med. I.____, Facharzt Neurologie, Medizinischer Leiter neurologische Rehabilitation, Rehaklinik G.____, ein ergänzendes neurologisches Gutachten (Urk. 12/M94). Als Diagnose nannte er nunmehr

einen Zustand nach Unfall vom 5. April 1999 mit (leichter) Stauchung der HWS sowie Unfall vom 25. Juni 2002 mit HWS-Distorsion (S. 4 Ziff. 4).

Das aktuelle Zustandsbild stehe überwiegend wahrscheinlich mit dem psychiatrischen Zustandsbild, welches im Jahr 1999 bestanden habe, im Kausalzusammenhang. Aus somatisch-organischer Sicht komme sämtlichen Unfallereignissen eine untergeordnete Rolle zu (S. 4 Ziff. 5.1). Die Frage nach unfallfremden Faktoren beantwortete der Gutachter dahingehend, dass sich das Beschwerdebild seines Erachtens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Kontext des psychiatrischen Beschwerdebildes im Jahr 1999 entwickelt habe (S. 4 f. Ziff. 5.3).

Derzeit sei eine halbschichtige Tätigkeit zumutbar, nach Anpassung und Angewöhnung an die Fähigkeit zumindest auch 75 %. Körperlich könnten leichte Tätigkeiten unter Ausschluss des Hebens und Tragens von Gewichten von mehr als 5 kg, ohne repetitive Berkopfarbeiten und ohne Einnahme von Zwangshaltungen durchgeführt werden, ohne Arbeiten im exponierten Bereich und ohne Kontrolltätigkeiten (S. 5 f. Ziff. 6). Eine früher ausgeübte Tätigkeit (im Bereich mit Kontakt zu anderen Mitarbeitern, aber nicht zu Kunden) und die jetzige Tätigkeit, die mit klassische Homöopathie und psychologisches Coaching umschrieben wurde, wäre gegenwärtig halbschichtig, nach Anpassung und Angewöhnung auch zu mindestens 75 % zumutbar (S. 6 Ziff. 6.1-2).

E. 5

5.1 Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass die in den Jahren 2000 und 2001 erlittenen Stürze beim Rollbrettfahren keine im vorliegend zu beurteilenden Zeitpunkt der Leistungseinstellung (Oktober 2007) noch relevanten Gesundheitsschäden bewirkt haben.

Zu prüfen bleibt demnach, wie es sich mit dem Unfall von 1999 und dem Unfall von 2002 verhält.

Am 5. April 1999 haben sich zwei gesundheitsrelevante Vorkommnisse ereignet. Einerseits stiess die Beschwerdeführerin beim Aufstehen in einem Eisenbahnwagen mit dem Kopf gegen die Gepäckablage; dies wurde als Unfallereignis registriert und spätere Beurteilungen bezogen sich auf die Frage des allfälligen Zusammenhangs zwischen Beschwerden und diesem Anschlagen des Kopfes. Andererseits erlebte die Beschwerdeführerin am gleichen Tag eine schwere psychogene Reaktion mit einem eindrücklichen dissoziativen Zustand. Dies war sämtlichen ihren Gesundheitszustand beurteilenden Ärzten bis und mit im Jahr 2006 unbekannt geblieben. Erst im Jahre 2006 erteilte die Beschwerdeführerin ihre Zustimmung zur Herausgabe der Krankengeschichte, in welcher dieses zweite Vorkommnis dokumentiert war. In der Folge gelangten der psychiatrische und der neurologische Gutachter, nunmehr in Würdigung der vervollständigten Akten und abweichend von ihrem ersten, im März 2006 erstatteten Gutachten, zum Schluss, das aktuelle Zustandsbild stehe nicht mit dem Anschlagen des Kopfes als relativ banalem kleinen Unfallereignis in einem Kausalzusammenhang, sondern mit dem im Jahr 1999 bestehenden psychiatrischen Zustandsbild.

Die dargelegte Beurteilung erscheint nachvollziehbar und ist als überzeugend zu bewerten. Sie stellt auch keineswegs - wie von der Beschwerdeführerin angeführt (Urk. 1 S. 12 f. Ziff. 3.1.3.1) - bloss eine andere

nur wenige Berichte über andere als hausärztliche Behandlungen. Zu Recht, auch wenn die Beschwerdeführerin dies anderes beurteilt (Urk. 1 S. 15 f. Ziff. 3.2.2c), hat die Beschwerdegegnerin deshalb das Kriterium einer fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung verneint.

Was allfällige erhebliche Beschwerden anbelangt, so fällt es ausgesprochen schwer, allfällige Unfallfolgen von Beschwerden zu unterscheiden, welche klarerweise nichts mit dem Auffahrunfall von 2002 zu tun haben wie die 2006 aufgetretenen Fussbeschwerden, lumbale Rückenbeschwerden oder die im Januar 2007 als neu berichteten Kopfschmerzen; in den Berichten des Hausarztes finden sich nur vereinzelte Hinweise auf erhebliche Beschwerden, die mit dem Unfall zusammenhängen könnten, so dass dieses Kriterium höchstens ganz knapp als erfüllt betrachtet werden kann.

Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, wird auch von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht (Urk. 1 S. 16 Ziff. 3.2.2d).

Inwiefern daraus, dass in einem der Gutachten die Verdachtsdiagnose einer Multiplen Sklerose gestellt und anschliessend durch zwei neurologische Abklärungen entkräftet wurde, auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen zu schliessen wäre (Urk. 1 S. 17 Ziff. 3.2.2), ist nicht nachvollziehbar.

Gemäss ihren eigenen Angaben wurde der Beschwerdeführerin bis November 2003 eine ganze und anschliessend noch eine halbe Rente der Invalidenversicherung ausgerichtet. Gemäss dem im März 2006 erstatteten Gutachten betrug die Arbeitsfähigkeit 50 %, gemäss dem Zusatzgutachten vom Juni 2007 nach Anpassung und Angewöhnung sogar mindestens 75 %. Unter diesen Umständen ist das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen im Beurteilungszeitpunkt zu verneinen.

5.6 Zusammengefasst ergibt sich, dass von den massgebenden Kriterien nur eines - ganz knapp - erfüllt ist.

Damit ist die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs zwischen Beschwerden im Oktober 2007 und früher erlittenen Unfällen klar zu verneinen.

Der angefochtene, die Leistungen per Ende Oktober 2007 einstellende Entscheid ist mithin nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerden führt.

E. 6

6.1 Mit Honorarnote vom 24. November 2009 machte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin einen Aufwand von 17.165 Stunden (17.165 x Fr. 200.-- = 3'433.--) und Barauslagen von Fr. 198.40 zuzüglich Mehrwertsteuer geltend (Urk. 29/2).

6.2 Bereits in der Gerichtsverfugung vom 24. Februar 2009 war darauf hingewiesen worden, dass nach der Praxis des Sozialversicherungsgerichts die unentgeltliche Verbeiständung erst ab dem Zeitpunkt der Gesuchsstellung bewilligt werden kann (Urteil des Sozialversicherungsgerichts in Sachen G. vom 24. Oktober 1997, UV.95.00018, Erw. 4a) und dass sich gemäss Urteil des Bundesgerichts in Sachen T. vom

Vertreter zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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