

Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begründet erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.3.2. Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 112 Erw. 2.1).

1.3.3. Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzubeziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls,
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen,
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung,
- erhebliche Beschwerden,
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert,
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen,
- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das damalige 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 hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den 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 (BGE 134 V 109 ff.; 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). Nur dann, wenn die zum typischen Beschwerdebild der Halswirbelsäulendistorsion gehörenden Beeinträchtigungen im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik von Beginn an ganz im Hintergrund stehen (vgl. BGE 127 V 103 Erw. 5b/bb, 123 V 99 Erw. 2a; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 ff.) oder wenn sich nach einem Unfall, losgelöst vom organisch-psychischen Beschwerdebild der Halswirbelsäulendistorsion, eine selbständige, sekundäre psychische Gesundheitsschädigung manifestiert (vgl. RKUV 2001 Nr. U 412 S. 79 ff., 2000 Nr. U 397 S. 327 ff.; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen G. vom 7. Juni 2006, U 495/05, Erw. 3.1, in Sachen J. vom 31. Mai 2006, U 238/05, Erw. 4, und in Sachen A. vom 30. August 2004, U 331/03, Erw. 3.1.2, je mit Hinweisen), gelangen die allgemeinen, auf psychische Fehlentwicklungen zugeschnittenen Kriterien zur Anwendung.

1.4.1.1 Ist die Unfallkausalität eines bestimmten Gesundheitsschadens einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, so entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers 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 (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b). Ebenso wie der leistungsbegrenzende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein, währenddem die bloss mögliche nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen nicht genügt (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegrenzender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 76 Erw. 4b; vgl. auch RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b).

1.5.1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 19 Abs. 1 UVG, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind, wobei mit dem Rentenbeginn die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahinfallen.

E. 2

2.1.1 Strittig und zu prägen ist, ob die Beschwerdeführerin ab dem 1. Mai 2008 weiterhin Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin hat.

2.2.1 Unter den medizinischen Fachpersonen, die sich mit der Beschwerdeführerin in der ersten Zeit nach dem Unfall vom 1. November 2003 befassten, bestand Einigkeit darüber, dass die Beschwerdeführerin beim damaligen Ereignis eine Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule erlitten hatte. Das Spital A. ____

untermauerte diese Diagnose im spezifischen Fragebogen mit der Dokumentation von sofortigen - etwa zehn Minuten nach dem Unfall verspürten - starken beidseitigen Nackenbeschwerden mit Schmerzausstrahlung in den Rücken und von starken Kopfschmerzen, Schwindel und Übelkeit (Urk. 8/M1 und Urk. 8/M2), Dr. B. ___ ging in seinen Berichten vom 22. Januar und vom 26. Februar 2004 ebenfalls von einem erlittenen Halswirbelsäulendistorsionsstrauma aus (Urk. 8/M8a und Urk. 8/M8), und Dr. C. ___ übernahm in seinem Bericht vom 26. Februar 2004 die Diagnose eines Akzelerationstraumas der Halswirbelsäule (Urk. 8/M9 S. 1 und S. 2). Insbesondere führte Dr. C. ___ auch die Beschwerdezunahme, die sich nach einer anfänglichen Besserung einstellte, mit der Bezeichnung "Schmerzrezidiv" immer noch auf die Traumatisierung der Halswirbelsäule zurück (Urk. 8/M9 S. 2).

2.3 Die Beschwerden, die im weiteren Krankheitsverlauf anhielten, wurden von den medizinischen Fachpersonen nach wie vor im Zusammenhang mit der erlittenen Halswirbelsäulendistorsionsverletzung gesehen. So führte Dr. E. ___ im Bericht zuhanden der Pensionskasse vom 15. September 2004, aus, die Beschwerdeführerin leide nach dem Akzelerationstrauma weiterhin an erheblichen Beschwerden seitens der Halswirbelsäule (Urk. 8/M14 S. 2). Dr. C. ___, der schon im Februar 2004 von einer Labilisierung der gesamten psychovegetativen Situation und einem "körpergewordenen Schockzustand" gesprochen hatte (Urk. 8/M9 S. 2), erwähnte zwar in seinem Bericht vom 20. April 2005, dass die Schmerzäusserungen und die Abwehrbewegungen bei der Untersuchung rein somatisch nicht begründbar seien (Urk. 8/M22 S. 2); dies spricht jedoch nicht gegen eine Unfallkausalität, da zum einen die Diagnose einer Halswirbelsäulendistorsionsverletzung keine strukturell fassbaren Befunde voraussetzt und zum andern vegetative und neurasthenische Beschwerden sowie Angstgefühle zum typischen Symptomenkomplex einer solchen Verletzung gehören (vgl. Strebel et al., Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen in der Akutphase nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma [sog. Schleudertrauma], Empfehlungen einer schweizerischen Arbeitsgruppe, in: Schweizerisches Medizin-Forum, Nr. 47, 20. November 2002, S. 1119 und S. 1120; Claussen/Dehler/Montazem/Volle, Das HWS-Schleudertrauma - moderne medizinische Erkenntnisse, Bremen 1999, S. 46 f.). Des Weiteren hielt auch Dr. F. ___ in den Berichten vom 24. September 2006 und vom 28. Mai 2007 fest, dass immer noch Traumafolgen im Nackenbereich bestanden (Urk. 30 S. 2 und Urk. 8/M32 S. 2).

Im Rahmen der nachfolgenden Begutachtungen konnte Dr. G. ___ gemäss dem Gutachten vom 29. Mai 2007 zwar keine neurologischen Auffälligkeiten feststellen (Urk. 8/M35 S. 7 und S. 8 f.); solche sind jedoch nicht unabdingbare Voraussetzung für die Diagnose einer Halswirbelsäulendistorsionsverletzung, sondern finden sich nur bei den Distorsionen der höheren Schweregrade (vgl. Strebel et al., a.a.O., S. 1119). Deshalb gab Dr. G. ___ denn auch an, die angegebenen Nackenschmerzen, Kopfschmerzen mit Sehstörungen und teilweise Schlafstörungen entsprechen den Beschwerden, wie sie gemäss dem Beschwerdekatalog nach einem Halswirbelsäulentrauma vorkommen könnten (Urk. 8/M35 S. 9). Auch Dr. H. ___ führte im Gutachten vom 9. August 2007 die geklagten Beschwerden psychischer Natur, wie Angstzustände, Affektlabilität und Sorgen um den eigenen Gesundheitszustand, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 1. November 2003 zurück und hielt die Schwindelsymptomatik und die geklagten Gesichtsschmerzen immerhin für mögliche Unfallfolgen (Urk. 8/M38 S. 11 f.). Schliesslich interpretierte Dr. J. ___ als

Ersteller des orthopädischen Gutachtens vom 16. Januar 2008 auch die Beschwerden im Bereich der rechten Schulter, wo Dr. C.____ schon im Februar 2004 starke Verspannungen festgestellt hatte (vgl. Urk. 8/M9 S. 2), als Symptomatik im Rahmen der chronischen Zervikobrachialgie, die nach der erlittenen Halswirbelsäulendistorsion aufgetreten sei (Urk. 8/M40 S. 9, S. 10 und S. 11).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit ist nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 1. November 2003 und den fortbestehenden Beschwerden im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 1. Mai 2008 weggefallen ist. Der Argumentation der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid, dass die Leistungspflicht bereits wegen Fehlens der natürlichen Unfallkausalität zu verneinen sei (Urk. 2 S. 5), kann somit nicht gefolgt werden. Hinzuweisen ist insbesondere darauf, dass das Beweisthema entgegen der Darstellung der Beschwerdegegnerin nicht der Bestand des anfänglich zweifelsfrei gegebenen natürlichen Kausalzusammenhangs ist, sondern es vielmehr gilt, das Wegfallen dieses Zusammenhangs zu beweisen, und die Beweislast dafür nach den vorstehenden rechtlichen Erwägungen der Beschwerdegegnerin obliegt.

E. 2.4

2.4.1 Ä Ä Dort, wo eine Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle diagnostiziert ist, sind allerdings die nach dem Ablauf einer gewissen Zeit weiterbestehenden Beschwerden in Anwendung der dargelegten, in BGE 134 V 109 ff. präzisierten Kriterien auf ihre Unfalladäquanz hin zu überprüfen. Ist diese Unfalladäquanz zu verneinen, so hat die Leistungseinstellung ungeachtet dessen zu erfolgen, ob der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den persistierenden Beschwerden und dem Unfall weiterhin gegeben ist.

2.4.2 Ä Ä Anhaltspunkte für organisch nachweisbare, strukturelle Veränderungen, die von der Halswirbelsäule ausgingen, zeigten sich vorliegendenfalls im Rahmen der eingehenden Abklärungen der verschiedenen medizinischen Fachrichtungen keine. Ä Ä Ä Ä Die Magnetresonanztomographie der Halswirbelsäule vom 15. Juni 2004 ergab lediglich den Befund einer leichten Diskusprotrusion auf der Höhe HWK 6/7, wogegen sich eine Diskushernie oder eine posttraumatische Läsion nicht nachweisen liessen (Urk. 8/M13). Dass Dr. G.____ den geringfügigen radiologischen Befund als nicht unfallkausal und als nicht relevant für die persistierenden Beschwerden erachtete (vgl. Urk. 8/M35 S. 8 f.), leuchtet ein. Wie bereits dargelegt, brachten sodann auch die klinischen neurologischen Untersuchungen durch Dr. G.____ keine Auffälligkeiten zu Tage (Urk. 8/M35 S. 7 und S. 8 f.), und die Rehaklinik M.____ vermochte gemäss ihrem Bericht vom 12. Januar 2010 im detailliert durchgeführten Neurostatus ebenfalls keine pathologischen Befunde zu erheben (Urk. 22 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dementsprechend lässt auch die Beschwerdeführerin nicht geltend machen, für die Symptomatik der Halswirbelsäulendistorsion seien organische Befunde verantwortlich. Hingegen stellt sie sich auf den Standpunkt, neben dieser Symptomatik bestehe im Bereich der rechten Schulter ein weiterer Problembereich, dessen organischer Hintergrund bis anhin zu wenig abgeklärt worden sei (Urk. 1 S. 12 f. und S. 14 f.). Die Magnetresonanztomographie der rechten Schulter vom 21. Dezember 2007 ergab indessen nur die Befunde einer diskreten Tendinopathie der Supraspinatussehne und einer geringgradigen Flüssigkeitsansammlung im Sinne einer Bursitis subakromialis (Urk.

8/M39), und Dr. J.____Â fÃ¼hrte plausibel aus, dass diese VerÃ¤nderungen die massive Schultersymptomatik nicht erklÃ¤ren und auslÃ¶sen kÃ¶nnen (Urk. 8/M40 S. 10). Dementsprechend konnte Dr. J.____Â die von Dr. G.____ vermutete Periarthritis humeroskapularis (vgl. Urk. 8/M35 S. 8, S. 9 und S. 11) nicht bestÃ¤tigen (Urk. 8/M40 S. 10 und S. 11). Zutreffend ist hingegen (vgl. Urk. 1 S. 11 und S. 13), dass Dr. Â J.____ von einer Impingement-Symptomatik sprach (vgl. Urk. 8/M40 S. 7); das Impingement-Syndrom ist jedoch gemÃ¤ss der medizinischen Fachliteratur eine funktionelle und keine pathologisch-anatomische Diagnose (Debrunner, OrthopÃ¤die, orthopÃ¤dische Chirurgie, 4. Auflage, Bern 2002, S. 728), weshalb daraus kein Hinweis auf strukturelle VerÃ¤nderungen abgeleitet werden kann. Wenn Dr. J.____Â unter diesen UmstÃ¤nden, wie vorstehend schon erwÃ¤hnt, zum Schluss gelangte, die Ursache der Beschwerden liege nicht in der Schulter, sondern sei im Rahmen der Grundproblematik, der chronischen Zervikobrachialgie nach der erlittenen HalswirbelsÃ¤ulendistorsion, zu sehen (Urk. 8/M40 S. 10), so ist dies als einleuchtend zu beurteilen. Dies gilt umso mehr, als ein Thoracic-outlet-Syndrom, wie es Dr. J.____Â als Differentialdiagnose noch in Betracht gezogen hatte (Urk. 8/M40 S. 11), spÃ¤ter in der Rehabilitationsklinik M.____ aufgrund einer neurologischen Untersuchung verneint wurde (Urk. 22 S. 2), was im Ã¼brigen Ã¼bereinstimmt mit einer schon im Februar 2004 abgegebenen Beurteilung von Dr. C.____ (vgl. Urk. 8/M9 S. 2). Die beantragten weiteren AbklÃ¤rungen erÃ¼brigen sich daher.

2.4.3Â Â Damit ist die adÃ¤quate UnfallkausalitÃ¤t der fortbestehenden Beschwerden nicht ohne Weiteres deckungsgleich mit deren natÃ¼rlicher UnfallkausalitÃ¤t, sondern die AdÃ¤quanzprÃ¼fung hat nach den von der Rechtsprechung entwickelten besonderen Kriterien zu erfolgen. Dabei sind die spezifischen Kriterien massgebend, wie sie die Rechtsprechung fÃ¼r Halswirbeldistorsionsverletzungen aufgestellt hat, und nicht die allgemeinen, auf psychische Fehlentwicklungen zugeschnittenen Kriterien. Denn die Symptomatik der psychiatrischen Diagnose "Angst und depressive StÃ¶rung gemischt", die Dr. H.____ stellte (Urk. 8/M38 S. 10), ist nach den AusfÃ¼hrungen des Psychiaters als typisch fÃ¼r die Entwicklung im Anschluss an ein sogenanntes Schleudertrauma anzusehen (Urk. 8/M38 S. 12), und an anderer Stelle schilderte Dr. H.____ die enge Verflechtung zwischen Schmerzsymptomatik, vegetativer Symptomatik sowie Ã¤ngstlichen und depressiven Symptomen (Urk. 8/M38 S. 20 und S. 21). Deshalb liegt keine sekundÃ¤re, vom organisch-psychischen Beschwerdebild der HalswirbelsÃ¤ulendistorsion losgelÃ¶ste psychische GesundheitsschÃ¤digung im Sinne der dargelegten Rechtsprechung vor; die nur anhand der Akten erstellte Stellungnahme von Dr. K.____ vom 7. November 2007 (Urk. 8/R30a) vermag die eingehenden, sorgfÃ¤ltigen Darlegungen von Dr. H.____ nicht in Frage zu stellen. Ebenso wenig kann des Weiteren gesagt werden, die psychische Problematik sei im Sinne dieser Rechtsprechung von Anfang an ganz im Vordergrund gestanden. Denn Dr. H.____ konstatierte zwar, dass die BeschwerdefÃ¼hrerin von Beginn an sehr auf die Pflege und die Schonung ihres KÃ¶rpers zentriert gewesen sei; dass die BeschwerdefÃ¼hrerin bereits kurze Zeit nach dem Trauma bestrebt gewesen war, sich wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren, sprach fÃ¼r den Gutachter aber gegen AuffÃ¤lligkeiten im psychischen Verarbeitungsmuster (vgl. Urk. 8/M38 S. 12).

2.4.4Â Â Die hÃ¶chststrichterliche Rechtsprechung hat die Wendung der "gewissen Zeit nach dem Unfall", nach der sich bei einer Distorsionsverletzung der HalswirbelsÃ¤ule ohne organisch nachweisbare FunktionsausfÃ¤lle die Frage der AdÃ¤quanz stellt, dahingehend

präzisiert, dass die Adäquanz erst nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses zu prüfen sei (Urteil des Bundesgerichts, I. sozialrechtliche Abteilung, in Sachen B. vom 29. März 2010, 8C_799/2009, Erw. 5 mit Hinweisen, unter anderem auf BGE 134 V 109).

Von einem solchen Abschluss kann vorliegendenfalls zur Zeit der Leistungseinstellung per 1. Mai 2008 noch nicht gesprochen werden. Denn nachdem im Dezember 2004 bereits Dr. C. ___ empfohlen hatte, so rasch als möglich den Versuch einer stationären Behandlung in einer dafür spezialisierten Klinik durchzuführen (Urk. 8/M14b), betonte im Januar 2008 Dr. J. ___ nochmals, dass eine intensive, gezielte stationäre Rehabilitation ernsthaft in Betracht gezogen werden sollte, und führte in diesem Zusammenhang aus, dass der gegenwärtige Zustand eigentlich noch nicht als Endzustand betrachtet werden könne, da medizinische beziehungsweise therapeutische Massnahmen bisher nur ambulant durchgeführt worden seien (Urk. 8/M40 S. 14). Auch Dr. L. ___ schloss sich dieser Auffassung in seiner Stellungnahme vom 20. März 2008 an (Urk. 8/R30b S. 2). Entsprechend berichtete die Rehaklinik M. ___ im Januar 2010 denn auch, dass ein gutes Rehabilitationsresultat erreicht worden sei und dass die Beschwerdeführerin objektiv eine verbesserte Körperhaltung sowie eine gesteigerte Kraft, Mobilität und Ausdauer zeige und subjektiv besser mit der (leicht reduzierten) Schmerzsymptomatik umgehen könne (Urk. 22 S. 2 und S. 4).

Damit ist die Beschwerdegegnerin über den 1. Mai 2008 hinaus leistungspflichtig. Es wird ihre Sache sein, diese Leistungen im Einzelnen festzulegen und die Adäquanzprüfung nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses, der nach den vorstehenden Ausführungen nicht mehr in den zur Diskussion stehenden Beurteilungszeitraum bis zum Datum des angefochtenen Einspracheentscheids vom 11. November 2008 fällt, noch vorzunehmen.

Nach Art. 61 lit. g des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht festzusetzenden Ersatz der Parteikosten, die ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen sind; als weitere Bemessungskriterien nennen die ergänzenden kantonalen Vorschriften (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] sowie § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV SVGer]) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

In Anwendung dieser Kriterien rechtfertigt es sich, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid der Unfallversicherung Stadt Zürich vom 11. November 2008 mit der Feststellung, dass die Beschwerdegegnerin über den 1. Mai 2008 hinaus leistungspflichtig ist, aufgehoben und die Sache zur Festlegung dieser Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Yvonne Furler unter Beilage je einer Kopie von Urk. 28 bis Urk. 30
- Unfallversicherung Stadt Zürich unter Beilage einer Kopie von Urk. 28 (Telefonnotiz vom 3. Mai 2010)
- Bundesamt für Gesundheit

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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.