

BL_GERICHTE 725 13 106 vom 11. Juni 2010

BL Gerichte, 2010-06-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725 13 106](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_13_106)

FR: BL_GERICHTE 725 13 106 du 11 juin 2010

IT: BL_GERICHTE 725 13 106 del 11 giugno 2010

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in C. , weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen formgerecht und –unter Berücksichtigung des gemäss Art. 38 Abs. 4 ATSG über die Osterfeiertage vom 24. März bis und mit 7. April 2013 bestehenden Fristenstillstands – fristgerecht erhobene Beschwerde der Versicherten vom 15. April 2013 ist demnach einzutreten.

E. 2

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

E. 2.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Invalidität, Integritätseinbusse) ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 f. mit Hinweisen).

E. 2.2

Ist die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Als Invalidität gilt nach Art. 8 Abs. 1 ATSG, die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder

teilweise Erwerbsunfähigkeit. Diese entspricht dem durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachten und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibenden ganzen oder teilweisen Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). 3.1 Im Zusammenhang mit der Beurteilung des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin ist zu prüfen, in welchem Ausmass sie unfallbedingt arbeitsunfähig ist. Gemäss der Legaldefinition von Art. 6 ATSG ist Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). 3.2 Die Abklärung des Sachverhalts hat das Gericht gemäss dem im Sozialversicherungsverfahren geltenden Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen vorzunehmen. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht von sich aus und ohne Bindung an die Parteibegehren für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen (Thomas Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, S. 443 f.). Durch die Mitwirkungspflichten der Parteien wird der Untersuchungsgrundsatz in gewisser Weise ergänzt und gleichzeitig eingeschränkt (BGE 121 V 210 E. 6c). 3.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs 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 demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). 4.1. Die Beschwerdegegnerin stützte ihren Einspracheentscheid vom 26. Februar 2013 auf das Gutachten von Dr. med. D. , FMH Chirurgie, vom 8. März 2010 und das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. E. , FMH Chirurgie, und Dr. med. F. , FMH Neurologie, vom 12. September 2012. Die Richtigkeit des dem Entscheid der Beschwerdegegnerin zugrundeliegenden medizinischen Sachverhalts wird von der Beschwerdeführerin nicht bestritten. 4.2. Dr. D. diagnostiziert am 8. März 2010 als unmittelbare und mittelbare Unfallfolgen eine Ruptur des Ligamentum fibulotalare anterius und des Ligamentum fibulocalcaneare mit anschliessender Refixierung, Reruptur und erneuter Refixierung. Ferner stellt er eine Verletzung des Nervus peroneus profundus links und des Nervus cutaneus dorsalis intermedius links fest, welche mittels Neurolyse behandelt worden seien. Als verbleibender Schaden bestehe ein persistierendes neuropathisches Schmerzsyndrom im Bereich des Nervus cutaneus dorsalis intermedius links mit propriozeptiver Dysfunktion des linken Fusses sowie eine Tendovaginitis der peroneus brevis Sehne links. Bis heute verblieben eine leichte Einschränkung der Beweglichkeit des oberen linken Sprunggelenks sowie propriozeptive

Defizite mit Sensibilitätsstörungen im Bereich des Nervus cutaneus dorsalis intermedius im Sinne eines leichten neuropathischen Schmerzsyndroms. Insofern seien die Beschwerden organisch-strukturell erklärbar und die natürliche Kausalität zu bejahen. Die Art und die Intensität der von der Versicherten angegebenen Schmerzen seien hingegen nicht nachvollziehbar. Auch die von ihr als unfallreaktiv angegebenen Knie-, Hüft- und Rückenschmerzen stünden nicht in einem überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis. Aus therapeutischer Sicht sei das Spektrum ausgeschöpft, da von weiteren medizinischen Behandlungen keine namhafte Besserung zu erwarten sei. Die angestammte Tätigkeit als Servicefachfrau sei der Beschwerdeführerin aufgrund der bestehenden Unfallfolgen nicht mehr zumutbar. Hingegen sei ihr zumutbar, eine vollschichtige sitzende oder eine wechselbelastende überwiegend sitzende Tätigkeit mit einem stehenden bzw. gehenden Anteil von nicht mehr als 20 % auszuüben, wobei die Stehphasen nicht länger als 30 Minuten andauern sollten. Ebenfalls vermieden werden sollten Vibrationsexpositionen, repetitive Gewichtsbelastungen über fünf Kilogramm, häufiges Treppen- oder Leiternbesteigen und Gehen auf unebenem Gelände. Der Integritätsschaden sei auf 5 % zu bemessen.

4.3 Dr. E. und Dr. F. stellen in ihrem Gutachten vom 12. September 2012 die Diagnosen eines chronischen Schmerzsyndroms des linken Unterschenkels und Fusses, einen Status nach Neurotomie des Nervus peroneus superficialis links sowie lateraler Bandplastik, ein aktuell persistierender Schmerz und Hypästhesie am lateralen Fussrand und im Vorfuss sowie eine mit den klinisch-neurologisch und bildgebend erhobenen Befunden nicht erklärbare Fussheberparese links. Ferner bestünden unfallfremde lumbovertbrale Schmerzen ohne radikulär bedingte Parese bei peripherem Peroneusschaden links, leichte Anterolisthesis bei Bogenschlussstörung beidseitig ohne Diskusprotusion oder -prolaps sowie ohne Einengung des Spinalkanals oder der Neuroforamina und ohne Korrelat für die elektromyografisch festgestellten Tibialis anterior Schädigung links. Zudem leide die Patientin an ebenfalls unfallfremden linksbetonten Hüftschmerzen bei beginnender Coxarthrose mit leichter Entrundung des linken Femurkopfes. Im November 2011 sei erneut eine Neurotomie des Nervus peroneus superficialis links mit intravenöser intramuskulärer Verlagerung vorgenommen worden. Der medizinische Endzustand dürfte spätestens ein Jahr nach diesem Eingriff, also im November 2012, erreicht sein. Neu demonstrierte sich eine Plegie am linken Fuss, welche organisch nicht erklärbar sei und einer funktionellen Ausgestaltung des Schmerzsyndroms entsprechen dürfte. Aufgrund der verminderten Belastbarkeit des linken Fusses sei der Versicherten die Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit als Servicefachfrau nicht mehr zumutbar. Eine wechselnd belastende, vorwiegend sitzend ausgeübte Verweistätigkeit mit Stehphasen unter 30 Minuten sei jedoch uneingeschränkt möglich. Zu vermeiden seien repetitive Gewichtsbelastungen im Stehen über fünf Kilogramm, häufiges Treppen- oder Leiternbesteigen, das Gehen auf abschüssigem Gelände sowie andauernde Expositionen an extremer Kälte oder Hitze oder starken Vibrationen. Der Integritätsschaden sei in Analogie zu einer schmerzhaften mässigen Arthrose des oberen Sprunggelenks auf 5 % zu schätzen.

4.4 Die medizinischen Einschätzungen der begutachtenden Ärzte entsprechen sich sowohl hinsichtlich der Diagnosestellung als auch der Kausalitäts- und der Zumutbarkeitsbeurteilung. Überdies erfüllen sie die rechtsprechungsgemässen beweisrechtlichen Anforderungen (vgl. Erwägung 3.3). Gründe, welche an der Schlüssigkeit dieser medizinischen Beurteilungen Zweifel aufkommen liessen, sind nicht ersichtlich. Die Parteien gehen demnach zu Recht davon aus, dass der Beschwerdeführerin eine angepasste, vorwiegend sitzende Verweistätigkeit mit

dem erwähnten Anforderungsprofil ganztags zumutbar ist und die Rentenfrage gestützt auf die vorliegenden medizinischen Unterlagen beurteilt werden kann. 5.1 Zu prüfen bleibt die Bemessung der Invalidität. Für die Invaliditätsbemessung von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28 a Abs. 1 IVG). Demgemäss wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung sowie allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 136 E. 2a und b).

5.2 Die Versicherte hat als Erwerbstätige zu gelten, weshalb im Folgenden ein Einkommensvergleich nach der allgemeinen Methode vorzunehmen ist. In einem ersten Schritt ist demnach das Valideneinkommen der Beschwerdeführerin zu ermitteln.

5.3.1 Für die Berechnung des Valideneinkommens ist gemäss Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 131 V 53 E. 5.1.2). Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt wird, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde. Dieses Gehalt ist wenn nötig der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung anzupassen (vgl. BGE 134 V 325 E. 4.1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 13. September 2005, U 87/05, E. 2).

5.3.2 Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen (sog. Einkommensparallelisierung), sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Referenzwert für das branchenübliche Vergleichseinkommen bildet dabei die vom Bundesamt für Statistik (BFS) alle zwei Jahre durchgeführte Lohnstrukturerhebung (LSE). Rechtsprechungsgemäss wird für die Einkommensparallelisierung eine Erheblichkeitsgrenze von 5 % gefordert (vgl. BGE 135 V 303 E. 6.1.2 mit Hinweisen). Der zuletzt tatsächlich erzielte Lohn muss demnach mindestens 5 % unter dem branchenüblichen Einkommen liegen. Die Einkommensparallelisierung kann praxisgemäss auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf einen statistischen Wert und auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Werts erfolgen (vgl. BGE 134 V 326 E. 4.1 mit Hinweisen). Wenn allerdings aufgrund der Umstände des Einzelfalls anzunehmen ist, die versicherte Person hätte sich ohne gesundheitliche Beeinträchtigung voraussichtlich dauernd mit einer bescheidenen Erwerbstätigkeit begnügt, so ist darauf abzustellen, auch wenn sie an sich besser entlohnte Erwerbsmöglichkeiten gehabt hätte (BGE 125 V 146 E. 5c/bb). Wäre eine versicherte Person in diesem Sinne gesundheitlich in der Lage, voll

erwerbstätig zu sein, reduziert sie aber ihr Arbeitspensum aus freien Stücken, sei es um mehr Freizeit zu haben, sei es um einer Ausoder Weiterbildung nachzugehen, oder ist die Ausübung einer Ganztagestätigkeit aus Gründen des Arbeitsmarktes nicht möglich, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen. Folgerichtig hat die Rechtsprechung entschieden, dass unter dem Erwerbseinkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, nach Art. 28 Abs. 2 IVG jenes Einkommen zu verstehen ist, welches sie als Gesunde tatsächlich erzielen würde (BGE 125 V 157 E. 5c/bb).

5.3.3 Der von der Beschwerdeführerin im Jahre 2008 als Servicefachfrau zuletzt erzielte Lohn lag nach unbestrittenen Angaben bei Fr. 3'760.-- brutto pro Monat bzw. im Falle der anteilmässigen Berücksichtigung eines (der Höhe nach strittigen) 13. Monatslohns leicht darüber. Dieses Gehalt ist der Nominallohnentwicklung auf den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns anzupassen. Dieser Zeitpunkt ist vorliegend auf den Moment der von der Beschwerdegegnerin erstmals beabsichtigten Einstellung der Taggelleistungen, also den 11. Juni 2010, festzusetzen, da ab dann eine Prüfung eines allfälligen Rentenanspruchs in Frage kommt (Art. 19 Abs. 1 UVG). Der Nominallohnindex betrug in den Jahren 2009 und 2010 2,1 % bzw. 0,8 % gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (vgl. Nominallohnindex, 2006-2010, Tabelle T1.05, Totalwert, BFS). Daraus resultiert ohne Beachtung eines allfälligen 13. Monatslohns ein monatliches Salär in der Höhe von Fr. 3'869.70. Demgegenüber lag der branchenübliche Verdienst im massgebenden Vergleichszeitpunkt bei Fr. 3'825.-- pro Monat (vgl. LSE 2010, Tabelle TA1, Privater Sektor, Gastronomie, Frauen, Anforderungsniveau 4 [einfache und repetitive Tätigkeiten]). Der von der Beschwerdeführerin zuletzt erzielte Verdienst lag demnach sogar über dem branchenüblichen Durchschnitt, weshalb eine Einkommensparallelisierung ausser Betracht fällt. Dies gilt umso mehr im Falle der Berücksichtigung des strittigen 13. Monatslohns.

5.3.4 Das massgebende jährliche Valideneinkommen der Beschwerdeführerin liegt somit bei Fr. 46'436.05 ohne Berücksichtigung eines allfälligen 13. Monatslohns (Fr. 3'869.70 x 12) bzw. im Falle der Berücksichtigung eines vollen 13. Monatslohns bei Fr. 50'305.75 (Fr. 3'869.70 x 13).

5.4.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der kumulativ besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächliche Verdienst als Invalideneinkommen. Ist kein solcher tatsächlich erzielter Verdienst gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so kann nach der Rechtsprechung auf die LSE-Tabellenlöhne abgestellt werden (vgl. BGE 135 V 301 E. 5.2 mit Hinweisen).

5.4.2 Vorliegend hat die Beschwerdeführerin nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine Erwerbstätigkeit aufgenommen; das Invalideneinkommen berechnet sich demnach gestützt auf die Tabellenlöhne der LSE 2010. Ausgehend von der Tabelle TA1, Privater Sektor, Total, Frauen, Anforderungsniveau 4, Fr. 4'225.--, basierend auf 40 Wochenstunden resultiert nach Umrechnung auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,6 Stunden (vgl. "Die Volkswirtschaft", Ausgabe 7/8-2013, S. 94, Tabelle B 9.2) ein jährliches Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 52'728.--.

5.5.1 Von dem auf diese Weise erhobenen statistischen Wert sind praxisgemäss verschiedene Abzüge zulässig (BGE 126 V 75 ff.). Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass

versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nunmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (BGE 134 V 327 f. E. 5.2 mit Hinweisen). Der gesamthaft vorzunehmende Abzug stellt eine Schätzung dar. Die Festlegung der Höhe des im konkreten Fall grundsätzlich angezeigten Leidensabzugs beschlägt eine typische Ermessensfrage (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. April 2013, 8C_93/2013, E. 5.3).

5.5.2 Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung einen leidensbedingten Abzug in der Höhe von 10 % gewährt. Die Beschwerdeführerin beantragt ihrerseits die Berücksichtigung eines Leidensabzugs in der Höhe von 15 %. Die Gründe dafür sieht sie in ihrer bloss geringen Schulbildung, der lediglich als Schuhverkäuferin abgeschlossenen Berufsausbildung sowie dem Umstand, dass ihr die angestammte Tätigkeit als Servicefachfrau aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar sei.

5.5.3 Der Beschwerdeführerin ist die Ausübung einer wechselbelastenden überwiegend sitzenden Tätigkeit mit Stehphasen unter 30 Minuten zumutbar, wobei repetitive Gewichtbelastungen von mehr als fünf Kilogramm, Expositionen an extremer Kälte, Hitze oder Vibrationen, häufiges Treppen- oder Leiternbesteigen sowie Gehen auf unebenem Gelände zu vermeiden sind (vgl. Erwägungen 4.2 und 4.3 hiervor). Obschon davon ausgegangen werden kann, dass im Anforderungsniveau 4 verschiedene Tätigkeiten existieren, welche die vorgenannten Kriterien erfüllen, sind die gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin grundsätzlich geeignet, diese trotz 100 %-iger Arbeitsfähigkeit gegenüber voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig schlechter zu stellen. Aufgrund der somatisch bedingten Anforderungen an das Arbeitsprofil rechtfertigt sich vorliegend ein leidensbedingter Abzug in der Höhe von 10 %. Ein weiterer Abzug aufgrund des Alters, der Dienstjahre oder der Nationalität ist dagegen nicht angezeigt. Das massgebliche Invalideneinkommen beträgt damit Fr. 47'455.20 (Fr. 52'728.-- abzüglich 10 %).

5.6 Wenn nun das Invalideneinkommen von Fr. 47'455.20 dem Valideneinkommen von Fr. 46'436.05 gegenübergestellt wird, resultiert daraus eine Minusinvalidität. Selbst wenn das Invalideneinkommen mit dem den 13. Monatslohn berücksichtigenden Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 50'305.75 verglichen wird, ergibt dies lediglich einen Invaliditätsgrad von 5,6 % bzw. nach der Rundungspraxis des Bundesgerichts (vgl. BGE 130 V 123 E. 3.2) einen solchen von 6 %. Insgesamt kann damit festgehalten werden, dass unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs in der vorliegend maximal möglichen Höhe von 10 % die durch Art. 18 Abs. 1 UVG statuierte Schwelle einer Invalidität von 10 % nicht überschritten wird

und demnach kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. Die Beschwerde ist demzufolge abzuweisen. 6.1 Es bleibt über die Kosten zu entscheiden. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten der Beschwerdegegnerin sind wettzuschlagen, da Art. 61 lit. g ATSG den Anspruch auf eine Parteientschädigung ausdrücklich auf die Beschwerde führende Person beschränkt. 6.2 Abschliessend bleibt über den Antrag der Beschwerdeführerin zu befinden, es sei ihr die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrer Rechtsvertreterin zu bewilligen. Gemäss Art. 61 lit. f Satz 2 ATSG wird der Beschwerde führenden Person, wo die Verhältnisse es rechtfertigen, ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt. Nach § 22 Abs. 1 und 2 VPO wird einer Partei der kostenlose Beizug eines Anwalts bzw. einer Anwältin gewährt, sofern ihr dafür die nötigen Mittel fehlen, ihr Begehren nicht offensichtlich aussichtslos erscheint und der Beizug einer anwaltlichen Vertretung zur Wahrung ihrer Rechte notwendig erscheint. Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin kann gestützt auf die von ihr eingereichten Unterlagen bejaht werden, die Beschwerde kann nicht als aussichtslos bezeichnet werden und die anwaltliche Vertretung ist geboten gewesen. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat in ihrer Honorarnote vom 5. August 2013 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 8,41 Stunden und Auslagen in der Höhe von Fr. 73.50 ausgewiesen, was umfangmässig nicht zu beanstanden ist. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte (TO) vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 180.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ist deshalb für ihre Bemühungen ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'715.60 (8,41 Stunden à Fr. 180.-- + Auslagen in der Höhe von Fr. 73.50 zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten. 6.3 Die Beschwerdeführerin wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird erkannt : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

E. 3

Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen. Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'715.60 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet. Gegen diesen Entscheid wurde am 2. Januar 2014 von der Beschwerdeführerin Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahren-Nr. 8C_4/2014) erhoben.

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