

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00361 vom 18. März 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-03-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2005.00361

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00361 du 18 mars 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2005.00361 del 18 marzo 2007

Erwägungen

E. 1

1.1. A., geboren 1943, war zuletzt bei der Z., U., zu einem Pensum von rund 54 % beschäftigt (Urk. 9/1 Ziff. 1; Urk. 9/1 Ziff. 14) und bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufs-krankheiten versichert, als sie am 17. September 2002 einen Unfall erlitt. Als sie zum Überqueren einer Strasse angesetzt hatte, beobachtete dies ein heran-nahender Motorradfahrer und leitete eine Vollbremsung ein. Dabei verlor er die Herrschaft über sein Fahrzeug. Dieses schlitterte an der Versicherten vorbei, während der Motorradfahrer selbst mit der Versicherten kollidierte und sie zu Fall brachte (vgl. Urk. 9/2 S. 4 unten); dabei erlitt sie unter anderem ein Schädelhirntrauma und einen Wadenbeinbruch (vgl. Urk. 9/6 S. 1 oben).

Die SUVA holte Arztberichte ein (Urk. 9/6, Urk. 9/8; Urk. 9/28, Urk. 9/37; Urk. 9/41; Urk. 9/65 und Urk. 9/71), veranlasste kreisärztliche Untersuchungen (Urk. 9/53-54; Urk. 9/59; Urk. 9/70; Urk. 9/74) und holte Auskünfte bei der Arbeitgeberin ein (Urk. 9/76).

Am 20. Januar 2005 teilte die SUVA der Versicherten mit, dass sie die Taggeld- und grundsätzlich auch die Heilkostenleistungen per 28. Februar 2005 einstellen und eine Berentung vornehmen werde; hinsichtlich der Heilkostenleistungen präziserte sie, dass auf Zusehen hin weitmaschige Arztkontrollen davon ausgenommen blieben (Urk. 9/94). Mit Verfügung vom 10. Februar 2005 stellte die SUVA ihre Taggeld - Leistungen ein und sprach der Versicherten mit Wirkung ab 1. März 2005 eine Rente auf Basis einer Erwerbsunfähigkeit von 65 % und eine Integritätsentschädigung von 52,5 % zu (Urk. 9/100).

Dagegen erhob die Versicherte am 14. März 2005 Einsprache (Urk. 9/102).

Die SUVA wies diese mit Einspracheentscheid vom 9. August 2005 (Urk. 9/105 = Urk. 2) ab, soweit sie darauf eintrat.

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, sprach der Versicherten mit Wirkung ab September 2003 eine ganze Rente zu (vgl. Urk. 9/102, Beilage 4).

Gegen den Einspracheentscheid vom 9. August 2005 (Urk. 2) erhob die Versicherte am 9. November 2005 Beschwerde und beantragte, es sei ihr die gesetzlich geschuldete Rente zu erbringen (Urk. 1 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Beschwerdeantwort vom 1. März 2006 beantragte die SUVA die Abweisung der Beschwerde (Urk. 8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit GerichtsverfÄ¼gung vom 16. März 2006 wurde der Schriftenwechsel geschlossen (Urk. 10).

Das Gericht zieht in ErwÄ¼gung:

1.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die massgebenden rechtlichen Bestimmungen, insbesondere betreffend den Rentenanspruch und die InvaliditÄ¼tsbemessung (Art. 18 des Bundesgesetzes Ä¼ber die Unfallversicherung, UVG; Art. 8 und 16 des Bundesgesetzes Ä¼ber den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), den Rentenbeginn (Art. 19 Abs. 1 UVG), die Aufgabe der Ä¼rzte sowie den Unterschied zwischen der Arbeits- und der ErwerbsunfÄ¼higkeit sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 2 ff.). Darauf kann verwiesen werden.

2.Ä Ä Ä Ä Ä Ä

2.1Ä Ä Ä Ä Streitig und zu prÄ¼fen ist die (Rest-)ArbeitsfÄ¼higkeit in einer angepassten TÄ¼tigkeit und damit zusammenhÄ¼ngend der InvaliditÄ¼tsgrad. Unbestritten sind die vollstÄ¼ndige ArbeitsunfÄ¼higkeit der BeschwerdefÄ¼hrerin in ihrer angestammten TÄ¼tigkeit als Mitarbeiterin in der Kantine, der Rentenbeginn sowie die HÄ¼he der IntegritÄ¼tsentschÄ¼digung.

2.2 Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin stÄ¼tzte sich bei ihrer Beurteilung auf den Bericht des Kreisarztes Dr. med. B.____, der von einer zumutbaren ArbeitsfÄ¼higkeit von 50 % in einer vorwiegend sitzend auszuÄ¼benden TÄ¼tigkeit ausging (vgl. Urk. 2 S. 4 f.). GestÄ¼tzt auf die Lohnstrukturerhebungen des Bundesamtes fÄ¼r Statistik, Tabelle TA1, Niveau 4, und unter BerÄ¼cksichtigung eines Tabellen-lohnabzuges in der HÄ¼he von 25 % resultierte ein InvaliditÄ¼tsgrad von 65 % (Urk. 2 S. 5).

2.3Ä Ä Ä Ä Die BeschwerdefÄ¼hrerin brachte dagegen vor, dass von einer unter 30 % liegenden ResterwerbsfÄ¼higkeit auszugehen sei; diese liesse sich nicht verwerten. FÄ¼r sie bestehe kein Ä¼sausgeglichener ArbeitsmarktÄ¼, was sich auch darin widerspiegeln kÄ¼nne, dass die Beschwerdegegnerin keine konkrete VerweistÄ¼tigkeit habe nennen kÄ¼nnen (Urk. 1 S. 2).

E. 3

3.1Ä Ä Ä Ä Prof. C.____, Chefarzt, Dr. med. D.____, OberÄ¼rztin, und Dr. med. E.____, AssistenzÄ¼rztin, Spital V.____, Chirurgische Klinik, fÄ¼hrten in ihrem Austrittsbericht vom 10. Oktober 2002 aus, die BeschwerdefÄ¼hrerin sei unmittelbar nach dem Unfall vom 17. September bis zum 9. Oktober 2002 in der Klinik hospitalisiert gewesen. Als Diagnosen nannten sie (Urk. 9/6 S. 1):

- SchÄ¼delhirntrauma mit:

Ä Ä Ä Ä nicht raumforderndem kleinem EpiduralhÄ¼matom links frontotemporal Ä¼ber Operculum

Ä Ä Ä Ä SubduralhÄ¼matom links temperopolar

Ä Ä Ä Ä Subarachnoidalblutung Sulcus prÄ¼zentralis

Ä Ä Ä Ä frontobasale SchÄ¼delbasisfraktur mit HÄ¼matosinus ethmoidal und sphenoidal

Â Â Â Â SchÃ¶delkalottenfraktur

- Distale Fibulafraktur links

- Fraglicher Kantenabriss LWK 4/5

- LÃ¶sion des Trigeminusastes V2 links

Â Â Â Â mit HyposensibilitÃ¶t infraorbital, enoral und Trockenheit des linken Auges

- Status nach benignem Lagerungsschwindel

Â Â Â Â Â Â Â Â Aus neurologischer Sicht bestehe ein insgesamt stabiler Verlauf ohne fokale neurologische AusfÃ¶lle. Am 23. September 2002 sei ein Verlaufs-CT des SchÃ¶dels erfolgt, welches eine Regredienz der Blutung und HÃ¶matome gezeigt habe. Wegen persistierendem lagerungsabhÃ¶ngigem Schwindel seien ein Neuro- und ein ORL-Konsil durchgefÃ¼hrt worden. Ein EpleymanÃ¶ver habe zu einer deutlichen Besserung des Schwindels gefÃ¼hrt. Es werde eine intensive Physiotherapie mit Schwindeltraining und Kraftaufbau sowie im Verlauf eine Augen- und eine ORL-Kontrolle empfohlen (Urk. 9/6 S. 2 Mitte).Â

3.2Â Â Â Â Dr. med. F.____, Leitende Ã¶rztin, und Dr. med. G.____, Assistenzarzt, Klinik W.____, hielten in ihrem Austrittsbericht vom 8. November 2002 fest, dass die BeschwerdefÃ¼hrerin vom 9. Oktober bis zum 9. November 2002 bei ihnen zur stationÃ¶ren Weiterbehandlung und zur Neurorehabilitation hospitalisiert gewesen sei. Als Diagnosen nannten sie (Urk. 9/8 S. 1):

- SchÃ¶delhirntrauma vom 17.09.2002 mit

Â Â Â Â commotio cerebri

Â Â Â Â nicht raumforderndem kleinem EpiduralhÃ¶matom links frontotemporal Ã¼ber Operculum

Â Â Â Â SubduralhÃ¶matom links temperopolar

Â Â Â Â Subarachnoidalblutung Sulcus prÃ¶zentralis

Â Â Â Â aktuell: mittelschwere neuropsychologische StÃ¶rung

- Distale Fibulafraktur links 17.09.2002

Â Â Â Â konservative Therapie

Â Â Â Â Cava-Schirmimplantation am 19.09.2002

- LÃ¶sion Trigeminusast V2 links posttraumatisch

Â Â Â Â mit HyposensibilitÃ¶t infraorbital, enoral und Trockenheit des linken Auges

- Status nach benignem Lagerungsschwindel, wahrscheinlich posttraumatisch

- Fraglicher Kantenabriss LWK 4/5

Â Â Â Â Â Â Â Â Unter physiotherapeutischer Betreuung habe die BeschwerdefÃ¼hrerin eine gute MobilitÃ¶t erreicht. Bei Austritt sei sie fÃ¶hig gewesen, 100 Stufen zu bewÃ¶rtigen und sich im ganzen Spitalareal zu bewegen. In der neuropsychologischen Untersuchung habe sich eine mittelschwere neuropsychologische StÃ¶rung gezeigt. Im Vordergrund standen neben der verminderten psychophysischen Belastbarkeit und der deutlichen Verunsicherung der BeschwerdefÃ¼hrerin Einbussen der Exekutivfunktionen,

der mnestischen und der Aufmerksamkeitsfunktionen. Zusätzlich sei ihr die Fahreignung ab aktuellem Zeitpunkt abgesprochen worden. Neben einer ergotherapeutischen Betreuung (Urk. 9/8 S. 1) sei die Beschwerdeführerin zudem von einer Psychologin betreut worden, um die Ereignisse des Unfalls, der Rehabilitation und die unerwartete Freistellung ihres Mannes zu verarbeiten (Urk. 9/8 S. 2). Unter intensiver Mobilisierung und Gehtraining sei der Schwindel kontinuierlich regredient.

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit attestierten die Ärzte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis 31. Dezember 2002. Ab 1. März 2003 sei zu therapeutischen Zwecken ein Arbeitspensum von 25 % vorgesehen (Urk. 9/8 S. 2).

3.3 Dr. med. H. ____, Facharzt FMH für Augenchirurgie, führte am 10. Januar 2003 aus, die Beschwerdeführerin beklage sich über neuralgische Schmerzen temporoparietal links. Aktuell bestehe ein Visus mit adäquater Brillenkorrektur rechts 0,8 und links 1,0. Der Lang-Test sei positiv bei binocularem Einfachsehen und optimaler Stereopsis. Es bestehe eine typische Hyposensibilität im Bereich des zweiten Trigeminusastes mit Hornhaut-Anästhesie links. Der Tränenfilm sei normal. Die Linsen seien klar und der Fundusbefund ohne Papillenstauung unauffällig (Urk. 9/28).

3.4 Dr. med. I. ____, führte in seinem ärztlichen Zwischenbericht vom 7. März 2003 aus, es bestehe eine verspätet entdeckte massive Distorsion der Halswirbelsäule (Urk. 9/24 Ziff. 1). Im Vordergrund ständen diesbezügliche Beschwerden und der Verlauf erweise sich als katastrophal. Die Beschwerdeführerin habe einige wenige Stunden Arbeitsversuche durchgeführt (Urk. 9/24 Ziff. 2). Eine Arbeitsaufnahme sei für längere Zeit nicht möglich (Urk. 9/24 Ziff. 4)

3.5 Dr. med. J. ____, Oberarzt, und Dr. med. K. ____, Abteilungsarzt, Klinik X. ____, berichteten am 20. Juni 2003, dass die Beschwerdeführerin vom 7. Mai bis zum 4. Juni 2003 in der Klinik hospitalisiert gewesen sei zur Behandlung der anfangs wenig beachteten und dann immer mehr in den Vordergrund gerückten zervikozephalen Beschwerden (Urk. 9/37 S. 1 und S. 4). Sie nannten als Diagnosen (Urk. 9/37 S. 1):

Status nach Verkehrsunfall vom 17. September 2002 mit Polytrauma

- Schädelhirntrauma mit

nicht raumforderndem kleinem Epiduralhämatom links frontotemporal

Subduralhämatom links temporopolar

Subarachnoidalblutung Sulcus präzentralis

zervikozephaler Symptomkomplex (linksbetont)

leichte neuropsychologische Funktionsstörungen

- Distale Fibulafraktur links

konservative Therapie

Cava-Schirmimplantation am 19.09.2002

- Läsion des Trigeminusastes V2 links

Hyposensibilität infraorbital, enoral und Trockenheit des linken Auges

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum Verlauf fÄ¼hrten die ÄÄrzte aus, dass sich im Vergleich zur Beurteilung der ÄÄrzte der Klinik W.____ eine deutliche RÄ¼ckbildung der neuropsychologischen FunktionsstÄ¼rungen ergeben habe. Diese seien derzeit hÄ¼chstens als leicht und von geringer Alltagsrelevanz einzuschÄ¼tzen. Hingegen sei die mentale LeistungsfÄ¼higkeit durch die Schmerzen und ErschÄ¼pfungsfÄ¼higkeit relevant vermindert (Urk. 9/37 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Durch die Physiotherapie habe die eingeschrÄ¼nkte Beweglichkeit der HalswirbelsÄ¼ule nur minimal beeinflusst werden kÄ¼nnen. Gesamthaft gesehen habe der Allgemeinzustand der BeschwerdefÄ¼hrerin deutlich verbessert werden kÄ¼nnen; die Belastbarkeit habe zugenommen und die Schmerzsymptomatik sei regredient gewesen (Urk. 9/37 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf die ArbeitsfÄ¼higkeit empfahlen die ÄÄrzte einen vorlÄ¼ufig therapeutischen Arbeitsversuch (zwei Mal zwei Stunden pro Woche; Urk. 9/37 S. 4).

3.6Ä Ä Ä Ä Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt FMH fÄ¼r OrthopÄ¼dische Chirurgie, fÄ¼hrte in seinem Bericht vom 14. November 2003 aus, dass die linksbetonten Nacken- und Kopfschmerzen nach wie vor das Hauptproblem darstellten (Urk. 9/53 S. 1). Die Beweglichkeit der HalswirbelsÄ¼ule sei deutlich herabgesetzt; radiologisch sichtbar seien erhebliche degenerative Osteochondrosen hochzervikal, am ausgeprÄ¼gtesten auf dem Niveau C3/4. Im Weiteren beklage sich die BeschwerdefÄ¼hrerin Ä¼ber Schwindel. Er wisse aber nicht, ob dieser bereits weiter differenziert worden sei, ob er als zervikogen einzustufen sei oder ob die Ursache im Bereich der Gleichgewichtsorgane liege, was angesichts der initialen Verletzungen auch denkbar wÄ¼re (Urk. 9/53 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Von Seiten des Ä¼brigen Bewegungsapparates zeige sich eine ordentliche Erholung. Dr. B.____ bat um eine EinschÄ¼tzung durch den Hausarzt, Dr. I.____, betreffend Entwicklung der BeschwerdefÄ¼hrerin, ob wÄ¼hrend der letzten Monaten Fortschritte erzielt worden seien oder ob man sich bereits auf einem Plateau befinde. Eine ArbeitsfÄ¼higkeit sei nicht gegeben (Urk. 9/53 S. 3).

3.7Ä Ä Ä Ä Dr. I.____ beurteilte am 15. Dezember 2003 den gesundheitlichen Zustand der BeschwerdefÄ¼hrerin wÄ¼hrend der letzten Zeit als stationÄ¼r, wobei weder Verbesserungen noch Verschlechterungen eingetreten seien. Die MÄ¼glichkeiten der Physiotherapie, der Ergotherapie und auch der stationÄ¼ren Rehabilitation seien wahrscheinlich ausgeschÄ¼pft, so dass es nun darum gehe, dass die BeschwerdefÄ¼hrerin lerne, mit ihren Restbeschwerden zu leben. Obwohl sie sehr arbeitswillig sei, sei sie leider nicht fÄ¼hig zu arbeiten. Er gehe davon aus, dass der Endzustand erreicht sei (Urk. 9/57).

3.8Ä Ä Ä Ä Dr. med. L.____, FachÄ¼rztin FMH fÄ¼r Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, nannte in ihrem Bericht vom 23. Februar 2004 als Diagnosen Tinnitus und HÄ¼rminderung links sowie Schwindel, zentral bedingt (Urk. 9/65 S. 1). Seit dem Unfall sei die BeschwerdefÄ¼hrerin an der linken GesichtshÄ¼lfte immer noch gefÄ¼hllos und habe HyperÄ¼sthesien, weiter bestÄ¼nden ungerichtete Schwindelbeschwerden. Die Untersuchung habe ergeben, dass der GehÄ¼rgang und das Trommelfell unauffÄ¼llig seien. Fingerreiben konnte links nicht gehÄ¼rt werden. Das Audiogramm zeige eine hochbetonte, leichtgradige sensorische Schwer-hÄ¼rigkeit, links ausgeprÄ¼gter als rechts. Bei der kalorischen PrÄ¼fung sei kein Spontannystagmus nachweisbar gewesen. Beidseits bestehe eine hochgradige Untererregbarkeit, links

ausgeprägter als rechts (Urk. 9/65 S. 1). Es könne aufgrund der Anamnese und der Befunde mit grosser Sicherheit von einem direkten Zusammenhang mit dem Unfall vom September 2002 ausgegangen werden. Eine Besserung erscheine anderthalb Jahre nach dem Trauma als sehr unwahrscheinlich (Urk. 9/65 S. 2).

3.9. Dr. B. erwähnte in seinem Nachtragsbericht zur Untersuchung vom 14. November 2003, dass sich als stärkstes Residuum bei der Beschwerdeführerin der zentral bedingte Schwindel erweise, etwas im Hintergrund stehe ein Tinnitus und eine Hörminderung links. Zudem bestehe ein Zervikalsyndrom. Auf neuropsychologischer Ebene zeige sich eine verbesserte, durchaus gute Leistungsfähigkeit. Die Ausdauer sei jedoch noch eingeschränkt und es komme zu einer raschen Erschöpfung. Im Weiteren bestehe eine Anästhesie im Bereich des zweiten Trigeminusastes, welche jedoch gemäss Angaben der Beschwerdeführerin nicht schmerzhaft sei (Urk. 9/54).

Die Situation erweise sich als definitiv. Der Beschwerdeführerin könne unter Extrapolation auf ein mittleres Lebensalter noch eine vorwiegend sitzend auszuführende Tätigkeit zugemutet werden, die weder starke Drehungen des Kopfes noch eine stereotype Haltung über längere Zeit erfordere. Angesichts der allgemein verminderten Belastbarkeit - die Dr. B. als Folge der Hirnverletzung interpretierte - könne ein Halbtageseinsatz erwartet werden (Urk. 9/54).

3.10. Dr. med. M., Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, Allergologie, klinische Immunologie und Arbeitsmedizin, SUVA, führte in seiner medizinischen Beurteilung des Integritätsschadens vom 15. März 2004 aus, dass seit dem Unfall eine zentrale vestibuläre Funktionsstörung persistiere, wobei Dr. L. eine leichte bis mittelschwere Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems habe nachweisen können. Diese Störung entspreche einem Integritätsschaden von 15 %. Zudem klage die Beschwerdeführerin über einen Tinnitus links, der gegenwärtig nur mittelgradig kompensiert werde. Dieser schwere Tinnitus ergebe ebenfalls einen unfallbedingten, entschädigungspflichtigen Integritätsschaden von 5 %. Die Hörstörung links sei nicht erheblichen Grades. Insgesamt ergebe sich aus ORL-ärztlicher Sicht ein Integritätsschaden von 20 % (Urk. 9/70-71).

3.11. Dr. B. nahm die medizinische Beurteilung des Integritätsschadens am 23. März 2004 vor. Auf neuropsychologischer Ebene liege höchstens eine leichte Einschränkung vor, aber eine vermehrte Ermüdbarkeit, so dass diesbezüglich von einer Integritätseinbusse von 20 % auszugehen sei. Der Ausfall des Nervus maxillaris sei gering zu gewichten, da er weder augenfällig noch stark beeinträchtigend sei. Er bewerte den Ausfall mit 5 %. Weiter sei ein Zervikalsyndrom zu berücksichtigen, welches er als Einbusse von 15 % bewerte. Da an der Halswirbelsäule jedoch auch degenerative Veränderungen beständen, deren Anteil an der ungünstigen Entwicklung des Zervikalsyndroms 50 % betrage, könne die Integritätseinbusse wegen des Zervikalsyndroms nur zu 7,5 % dem Unfall zugerechnet werden.

Gesamthaft ergebe sich somit unter zusätzlicher Berücksichtigung der Einbussen durch den Tinnitus und die leichte bis mittelschwere Störung des Gleichgewichtsfunktionssystems von 20 % eine Integritätseinbusse von 52,5 % unfallbedingt (Urk. 9/74).

4.

4.1 Die Berichte von Dr. B. (vgl. vorstehend Erw. 3.9 und 3.11) erfüllen die von der Rechtsprechung entwickelten Voraussetzungen (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a), um beweismässig als verwertbare Grundlage für die Beurteilung der der Beschwerdeführerin noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu dienen. Sie sind in Kenntnis der spezialärztlichen Vorakten erstellt worden, berücksichtigen die enthaltenen Beurteilungen sowie die geklagten Restbeschwerden und beruhen auf fundierten Untersuchungen hinsichtlich der streitigen Belange. Dr. Osterwalder ging in Übereinstimmung mit der Einschätzung des Hausarztes von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Kantine aus. Er nahm als Einziger eingehend Stellung zu einer behinderungsangepassten Tätigkeit und umschrieb diese nachvollziehbar. Dabei erachtete er eine vorwiegend sitzende Tätigkeit, die keine starken Drehungen des Kopfes erfordert, aber auch keine stereotype Haltung über längere Zeit fordert, halbtags als zumutbar. In Anbetracht der medizinischen Beurteilung der Situation leuchtet diese Einschätzung ein. Sie berücksichtigt einerseits den bewegungsabhängigen, zentral bedingten Schwindel, den Tinnitus und das Zervikalsyndrom, andererseits die neuropsychologischen Funktionsstörungen von geringer Alltagsrelevanz, die eingeschränkte Ausdauer, die rasche Erschöpfbarkeit, aber auch die eingetretenen Therapieerfolge und die verheilten Frakturen.

4.2 An seiner Einschätzung vermögen die gescheiterten Arbeitsversuche insoweit nichts zu ändern, als diese in der angestammten Tätigkeit erfolgten, für welche unbestrittenermassen keine Arbeitsfähigkeit mehr besteht und die nicht als angepasst betrachtet werden kann, denn das Verräumen von Berufswäsche erfordert viele Körperdrehungen und eine doch wesentliche Belastung der Nacken- und Rückenmuskulatur. Auch das Zählen und das anschliessende Notieren der Wäsche (vgl. Urk. 9/43) erscheint im Vergleich zur Umschreibung der zumutbaren angepassten Tätigkeit als unangünstig. Dasselbe ist für die Arbeitsversuche mit dem Zubereiten von Brötchen festzuhalten (vgl. Urk. 9/21 S. 2).

Die Einschätzungen von Dr. I. (Urk. 9/57) und von Dr. N. (vgl. Urk. 9/102, Beilage 4, S. 3), wonach der Beschwerdeführerin gar keine Tätigkeit mehr zumutbar sei, erweisen sich demgegenüber ohne Darlegung des medizinischen Zusammenhangs und ohne nachvollziehbare Begründungen als nicht aussagekräftig (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a).

Weitere, begründete Einwände gegen die Einschätzung von Dr. B. bräche die Beschwerdeführerin nicht vor und sind auch nicht ersichtlich.

4.3 Zusammenfassend ist der Beschwerdeführerin aus medizinisch-theoretischer Sicht zumutbar, eine vorwiegend sitzend auszuführende Tätigkeit ohne häufiges Drehen des Kopfes und ohne stereotype Haltung für eine längere Dauer in einem Pensum von 50 % auszuüben.

5. Zu überprüften bleibt damit die Höhe der Invalidenrente.

5.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens stellt sich die Frage, was die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände zu erwarten gehabt hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Dabei entspricht es empirischer Erfahrung, dass die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, weshalb Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des

Valideneinkommens häufig der zuletzt erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst ist (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 f. Erw. 3b).

Das Validen- und das Invalideneinkommen sind unabhängig davon zu bemessen, ob die Versicherte ihre Arbeitskraft vor dem Unfall ganz oder bloss teilweise verwertete. Massgebend sind die Verdienstmöglichkeiten einer (im Rahmen der üblichen Arbeitszeit) voll erwerbstätigen Versicherten (BGE 119 V 481 f.).

5.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich für die Berechnung des Valideneinkommens auf die Angaben der Arbeitgeberin vom 5. April 2004 (Urk. 9/76) und setzte das Valideneinkommen der Beschwerdeführerin bei einer Vollzeitbeschäftigung auf Fr. 52'174.-- für das Jahr 2004 fest (Fr. 3'960.-- x 13 + Fr. 400.-- als Treueprämie + Fr. 294.-- sonstige AHV-pflichtige Zulagen; vgl. Urk. 9/100).

Nachdem die Beschwerdeführerin im Einspracheverfahren moniert hatte, dass bei der Rentenberechnung durch die IV-Stelle von einem anderen Einkommen ausgegangen worden sei (vgl. Urk. 9/102 S. 6 oben), brachte sie in der Beschwerde keine Einwände gegen die zu ihren Gunsten erfolgte Berechnung des Valideneinkommens vor (vgl. Urk. 2 S. 5 Ziff. 2d; vgl. Urk. 1).

Die Berechnung der Beschwerdegegnerin ist nicht zu bemängeln, weshalb darauf abgestellt werden kann.

5.3 In ihrer Verfügung vom 10. Februar 2005 (Urk. 9/100) wie auch im Einspracheentscheid vom 9. August 2005 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin für die Berechnung des Invalideneinkommens auf die Tabellen der periodischen Lohnstrukturerhebungen des Bundesamtes für Statistik (LSE) ab.

Die Beschwerdeführerin machte dagegen sinngemäss geltend, dass die Beschwerdegegnerin keine Verweistätigkeit vorgeschlagen habe (Urk. 1 S. 2) und verlangte indirekt auch die Nichtanwendung der Datenbank über die Arbeitsprofile (DAP). Gemäss der Rechtsprechung ist indes das Vorgehen der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden, da bei der Berechnung des Invalideneinkommens entweder auf fünf Tätigkeitsprofile der DAP oder auf die LSE abgestellt werden kann (vgl. BGE 129 V 472; vgl. nachfolgend Erw. 5.4). Zudem ist, wie die Beschwerdegegnerin treffend ausführte, für die Invaliditätsbemessung nicht die medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsfähigkeit ausschlaggebend, sondern vielmehr die durch die Unfallfolgen bedingte Einschränkung der Erwerbstätigkeit auf dem gesamten für die Beschwerdeführerin in Betracht fallenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Mit dem Abstellen auf die gesamtschweizerisch erhobenen Daten der LSE wird die Beschwerdegegnerin diesem Umstand gerecht, weswegen der Einwand der Beschwerdeführerin ins Leere zielt.

5.4 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können - wie oben bereits erwähnt - nach der Rechtsprechung Tabellen ohne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE

126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41,9 Stunden, seit 1999 von 41,8 Stunden, seit 2001 von 41,7 Stunden und seit 2004 von 41,6 (Die Volkswirtschaft 11/2005 S. 86 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

Angesichts der Zumutbarkeit einer 50%igen behinderungsangepassten, vorwiegend sitzend ausübenden Tätigkeit steht der Beschwerdeführerin eine ansehnliche Palette von Tätigkeiten offen, so beispielsweise als Mitarbeiterin in einer Taxizentrale, im Telemarketingbereich oder als Telefonistin. Es rechtfertigt sich daher, für die Bemessung des Invalideneinkommens auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen (LSE 2004, S. 53, Tabellengruppe A, Rubrik Total, Niveau 4).

Das im Jahr 2004 von Frauen im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen betrug Fr. 3'893.-- pro Monat (LSE 2004, S. 53 TA 1 Total, Niveau 4), mithin Fr. 46'716.-- im Jahr (Fr. 3'893.-- x 12). Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,6 Stunden angepasst ergibt dies für das Jahr 2004 einen Betrag von Fr. 48'585.-- (Fr. 46'716.-- : 40,0 x 41,6). Unter Berücksichtigung des halbtägigen Pensums resultiert für das Jahr 2004 ein Invalideneinkommen von Fr. 24'292.-- (Fr. 48'585.-- x 0,5).

Nach der Rechtsprechung ist beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellen für die Berücksichtigung, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. In BGE 126 V 75 ff. hat das Eidgenössische Versicherungsgericht die bisherige Praxis dahin gehend präzisiert, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellen für die Herabsetzung sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) abhängig ist, wobei nicht für jedes Merkmal, das ein unter den Durchschnittswerten liegendes Einkommen erwarten lässt, separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen sind. Vielmehr ist der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 481 Erw. 4.2.3 mit Hinweisen). Weiter hat die Verwaltung kurz zu begründen, warum sie einen Abzug vom Tabellenlohn gewährt, insbesondere welche Merkmale sie bei ihrer gesamthaften Schätzung berücksichtigt. Das Sozialversicherungsgericht darf dabei bei der Überprüfung des Abzuges sein

Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen (BGE 126 V 75 Erw. 5 b dd, Erw. 6).

Die Beschwerdegegnerin nahm in ihrer Berechnung des Invalideneinkommens den maximal zulässigen Tabellenlohnabzug von 25 % vor (Urk. 2 S. 5 Ziff. 2c).

Im vorliegenden Fall sind die Voraussetzungen für einen leidensbedingten Abzug erfüllt, weil die 1943 geborene Beschwerdeführerin nur noch in einer sitzend auszubehenden Tätigkeit ohne häufiges Drehen des Kopfes und ohne länger dauernde stereotype Haltung - damit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit - zu 50 % arbeitsfähig ist. Denkbar (aber nicht zwingend) wäre somit auch ein Pensum von höchstens zweimal zwei Stunden, um der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin noch gerechter zu werden. In Konkurrenz mit einer nichtbehinderten Arbeitnehmerin besteht damit auf dem Arbeitsmarkt eine gewisse Benachteiligung, welcher mit einem Maximalabzug von 25 % in eher grosszügiger Weise Rechnung getragen wird.

Der Vergleich des hypothetischen Valideneinkommens von Fr. 52'174.-- (vgl. vorstehend Erw. 5.2) mit dem um 25 % reduzierten hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 18'219.-- (Fr. 24'292.-- x 0,75; vgl. vorstehend) ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 33'955.--.

Damit hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente basierend auf einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von 65 %.

Der Einspracheentscheid erweist sich somit als rechts, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

- Die Beschwerde wird abgewiesen.
- Das Verfahren ist kostenlos.
- Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwältin Bettina Schmid
 - Rechtsanwalt Mathias Birrer
 - Bundesamt für Gesundheit

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (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 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.