

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00094 vom 29. Oktober 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-10-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00094

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00094 du 29 octobre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00094 del 29 ottobre 2009

Erwägungen

E. 2

2.1 Die SUVA begründete die Höhe der zugesprochenen Invalidenrente im Wesentlichen damit, dass - während die Restbeschwerden betreffend die Lendenwirbelsäule, soweit sie nicht auf die unfallfremden degenerativen Veränderungen (Spondylolisthesis) zurückzuführen seien (vgl. Urk. 2 S. 5), unbestrittenermassen unfallkausal seien - für die psychische Symptomatik mangels jedenfalls eines adäquaten Kausalzusammenhangs zum als mittelschwer zu taxierenden Ereignis vom 16. August 2005 keine Leistungspflicht bestehe (vgl. Urk. 2 S. 5-7, Urk. 12 S. 3 f., Urk. 19 S. 1). Gemäss der beweiskräftigen Zumutbarkeitsbeurteilung ihres Kreisarztes Dr. med. C. ___ vom 31. August 2007 (Urk. 13/115) sei der Beschwerdeführer wieder in der Lage, in vollem Pensum einer den noch vorhandenen somatischen Unfallfolgen angemessen Rechnung tragenden Tätigkeit nachzugehen (vgl. Urk. 2 S. 9, Urk. 12 S. 4). Gestützt auf die fünf berücksichtigten DAP, die dem kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofil vollumfänglich entsprechen, ergebe sich ein rund 24 % unter dem - aufgrund der entsprechenden Angaben der früheren Arbeitgeberin ermittelten (vgl. Urk. 12 S. 5) - mutmasslichen Valideneinkommen für das Jahr 2007 liegendes Invalideneinkommen (vgl. Urk. 2 S. 10, Urk. 12 S. 4 f., Urk. 19).

In Bezug auf den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung führte die SUVA unter Hinweis auf die entsprechende kreisärztliche Beurteilung vom 31. August 2007 (Urk. 13/116 S. 1) aus, aus den - ausschliesslich zu berücksichtigenden - somatischen Unfallfolgen resultiere eine Integritätseinbusse von 5 % (vgl. Urk. 13/125 S. 3, Urk. 12 S. 5, Urk. 19 S. 2).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber hinsichtlich der Rentenhöhe im Wesentlichen auf den Standpunkt, das als mittelschwer, im Grenzbereich zu den schweren Unfällen liegende beziehungsweise als schwer (vgl. Urk. 1 S. 6, Urk. 16 S. 3) einzustufende Ereignis vom 16. August 2005 habe nicht nur erhebliche somatische Folgen, sondern auch eine massive, seine Leistungsfähigkeit zusätzlich beeinträchtigende und zum fraglichen Geschehnis in einem adäquat kausalen Zusammenhang stehende psychische Störung gezeitigt (vgl. Urk. 1 S. 4 f., Urk. 16 S. 4 ff.). Angesichts des Umstands, dass von der psychotherapeutischen und -pharmakologischen Behandlung im Zeitpunkt der Rentenzusprache noch eine deutliche Besserung zu erwarten gewesen sei, sei der Fallabschluss verfrüht erfolgt (vgl. Urk. 16 S. 7). Nach wie vor sei er zu 100 % arbeitsunfähig und - aufgrund der Angststörung - nur in Begleitung imstande, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen (vgl. Urk. 16 S. 8). Zu beanstanden sei betreffend die Ermittlung des Invalideneinkommens nicht nur die Ausserachtlassung der psychischen Unfallfolgen, sondern die SUVA sei überdies - schon

aus somatischen Gründen - zu Unrecht von der Zumutbarkeit eines über eine Stunde beanspruchenden Arbeitswegs mit öffentlichen Verkehrsmitteln ausgegangen (vgl. Urk. 16 S. 7, Urk. 1 S. 6). Im Weiteren müsste bei der Ermittlung des Invalideneinkommens noch ein leidensbedingter Abzug berücksichtigt werden (vgl. Urk. 1 S. 6, Urk. 16 S. 8).

Schliesslich seien mit der auf 5 % festgesetzten Integritätsentschädigung die - eine Integritätseinbusse von 15 % bedeutenden - somatischen Unfallfolgen (Cauda-equina-Syndrom) nur ungenügend und die - zum Ereignis vom 16. August 2005 sowohl in einem natürlichen als auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang stehenden - psychischen Beschwerden zu Unrecht gar nicht abgegolten worden (vgl. Urk. 16 S. 2 und S. 8 f., Urk. 1 S. 6 f.).

E. 3

3.1 Aus den medizinischen Akten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

Nach einer medizinischen Erstversorgung in Y. (vgl. Urk. 13/40 S. 1) wurde der Beschwerdeführer am Tag nach dem Unfall vom 16. August 2005 von der Rega in die Schweiz transportiert und vom 17. August bis 6. September 2005 stationär im Universitätsspital V., Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, behandelt. In ihrem Austrittsbericht vom 2. September 2005 (Urk. 13/22) stellten die Ärzte folgende Diagnosen:

- LWK2-Berstungsbruch mit Verlegung des Spinalkanals
- Inkompletter sensibler und motorischer Querschnitt sub L2 (Frankel C)

Im Rahmen eines operativen Eingriffs (vgl. Operationsbericht, Urk. 13/21) seien am 19. August 2005 eine dorsale Stabilisation LWK 1-3 (USS), eine Laminektomie L2 sowie eine Foraminotomie L2 beidseits durchgeführt worden. Am 29. August 2005 seien eine ventrale bisegmentale Abstützung L1-L3 mit Synex cage und eine Lumbotomie in LISS-Technik erfolgt. In der Folge habe sich - bei intra- und postoperativ komplikationslosem Verlauf - eine zweizeitige Stabilisierung dorsoventral eingestellt, wobei sich die Wunden stets reizfrei präsentiert hätten. Unter Analgesie und physiotherapeutischer Anleitung habe eine suffiziente Mobilisierung erreicht werden können. Zur Neurorehabilitation sei der Patient an die Rehaklinik Z. überwiesen worden (vgl. Urk. 13/22 S. 1). Bis auf Weiteres bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 13/22 S. 2).

3.2 Die Ärzte der Rehaklinik Z., die den Beschwerdeführer vom 6. bis 8. September 2005 stationär behandelt hatten, stellten in ihrem Austrittsbericht vom 4. November 2005 (Urk. 13/38) nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 13/38 S. 1):

- Verkehrsunfall vom 16. August 2005, Selbstunfall auf der Autobahn mit 130 km/h wegen geplatzten Reifens

- LWK2-Berstungsfraktur mit Verlegung des Spinalkanals
- Inkomplette Paraplegie sub L2
- 19. August 2005: Dorsale Aufrichtung LWK 2 und Stabilisation LWK 1-3, Laminektomie L2 und Foraminotomie L2 beidseits, Spongiosaplastik und interoperative Myelographie
- 29. August 2005: Ventrale bisegmentale Abstützung L1 bis L3 mit Synex cage mit Diskektomie L1/1 und L2/3, Korporektomie L2 sowie Spongiosaplastik

Es bestanden folgende Probleme (vgl. Urk. 13/38 S. 1):

- Patient nicht gehfähig (Rollstuhlmobilisation)
- Verminderte Kraft und Sensibilität der beiden unteren Extremitäten
- Unselbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
- Reizdarmsymptomatik seit zirka zwei bis drei Jahren

Zur stationären Weiterbehandlung und Rehabilitation sei der Patient - auf ausdrücklichen Wunsch hin - in die Universitätsklinik A. ____, Paraplegikerzentrum, verlegt worden (vgl. Urk. 13/38 S. 2).

Die Hospitalisation in der Universitätsklinik A. ____, Paraplegikerzentrum, dauerte vom 8. September bis 21. Oktober 2005. Im Austrittsbericht vom 20. Oktober 2005 (Urk. 13/32) stellten die Ärzte nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 13/32 S. 1):

- Inkomplette sensomotorische Paraplegie sub Th11, ASIA D (Conus cauda-Syndrom) bei Status nach LWK2-Berstungsfraktur mit Verlegung des Spinalkanals bei Verkehrsunfall vom 16. August 2005
- Status nach dorsaler Aufrichtung LWK 2 und Stabilisation LWK 1-3, Laminektomie L2 und Foraminotomie L2 beidseits, Local-Bone-Spongiosaplastik am 19. August 2005
- Status nach ventraler bisegmentaler Abstützung L1-3 mit Synex cage, Lumbotomie in LISS-Technik, Diskektomie L1/2 und L2/3, Korporektomie L2 und Local-Bone-Spongiosaplastik

Bei Klinikeintritt hätten insbesondere eine Kraftminderung betreffend die proximalen Muskelgruppen der unteren Extremitäten sowie eine Störung der Sensibilität und Koordination imponiert. Hinweise für Störungen der Blasen-, Mastdarm- oder Sexualfunktion hätten sich keine ergeben; dagegen hätten sich Anhaltspunkte für eine Impulsleitungsstörung in den SSEPs sowie eine Pyramidenbahnläsion in den MEPs gezeigt (vgl. Urk. 13/32 S. 1 f.). Das MRT des thorako-lumbalen Übergangs habe - bei Status nach Spondylodese - einen unauffälligen Befund ergeben (vgl. Urk. 13/32 S. 2).

Unter intensiver physiotherapeutischer Rehabilitation sei der Patient schon bald nicht mehr auf den Rollstuhl angewiesen gewesen und habe mit zwei Unterarmgehstützen längere Strecken bewältigen und später gar ohne Gehhilfen gehen können; das Treppensteigen sei dem Beschwerdeführer mit Handlauf und Unterarmgehstock möglich gewesen. Ansonsten sei der - insgesamt eher ängstlich-vorsichtige und überbesorgte - Patient imstande gewesen, die alltäglichen Verrichtungen selbständig zu erledigen (vgl. Urk. 13/32 S. 2).

Bei Klinikaustritt hätten noch leichtgradige linksbetonte Paresen proximaler Muskelgruppen der unteren Extremität vorgelegen. Zudem habe der Beschwerdeführer in Sitzposition den Musculus iliopsoas beidseits kaum innervieren können, während ihm dies im Stehen und Liegen sehr gut möglich gewesen sei, was sich nicht ohne Weiteres erklären lasse (vgl. Urk. 13/32 S. 2).

Es seien die (ambulante) Weiterführung der Physiotherapie und neurologische Verlaufskontrollen indiziert; hinsichtlich der Rückkehr in den Beruf als

Tramwagenführer seien Abklärungen beim Arbeitgeber angezeigt. Je nach den Ergebnissen der weiteren Untersuchungen bestehe wohl ab Dezember 2005 wieder eine 50%ige und ab Januar 2006 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 13/32 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bezeichneten die nämlichen Ärzte am 25. November 2005 retrospektiv als unrichtig. Betreffend die ursprüngliche Therapieempfehlung gaben sie sodann an, mit lediglich einem verordneten Behandlungstermin wöchentlich sei dem Bedarf des Patienten an physikalischen Massnahmen nicht ausreichend Rechnung getragen worden (vgl. Telefonnotiz, Urk. 13/42).

3.4 Ä Ä Ä Ä Nachdem er den Beschwerdeführer am 7. November 2005 kreisärztlich untersucht hatte, hielt Dr. med. C. ____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, in seinem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 13/37) fest, beim - leicht depressiv wirkenden (vgl. Urk. 13/37 S. 2) - Patienten habe zwischenzeitlich eine Konsolidation erreicht werden können, die nun wieder eine Belastung erlaube. Die Paraplegie habe sich weitgehend zurückgebildet; während die Sphinkteren nicht gestört seien, imponiere hinsichtlich der Hüftflexion links eine gewisse Schwäche unklarer Genese (vgl. Urk. 13/37 S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Derzeit sei ein intensives Training indiziert. Allerdings werde der einen apathischen Eindruck erweckende Patient dies aus eigener Initiative nicht zu realisieren imstande sein. Es sei ihm daher - auch angesichts der behandlungsbedürftigen depressiven Komponente - dringend eine stationäre Rehabilitation empfohlen worden, wobei bei der Wahl der entsprechenden Klinik keine paraplegiespezifischen Probleme beachtet werden müssten. Der Beschwerdeführer wolle vorerst aber lieber zu Hause bleiben und in Ruhe gelassen werden. Derzeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 13/37 S. 3).

3.5 Ä Ä Ä Ä Gestützt auf die Ergebnisse der Untersuchung vom 23. November 2005 hielten die Ärzte des Universitätsospitals V. ____, Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, am 24. November 2005 fest, der Patient, der über seit dem Austritt aus der Universitätsklinik A. ____, zunehmende Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS), die ihn nachts teilweise gar aufweckten, und eine stationäre Schwäche im linken Bein klage, unterziehe sich derzeit lediglich in unregelmässigen Abständen einer Physiotherapie. Angesichts der deutlichen Gangunsicherheit sei die Mobilisation nur an Stücken möglich. Der radiologische Befund zeige gegenüber der Voruntersuchung vom 11. Oktober 2005 unveränderte Verhältnisse (OSM in situ; vgl. Urk. 13/47 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es seien - im Rahmen von bis zu drei Behandlungen wöchentlich - intensive physikalische Massnahmen indiziert, wobei ein Kraftaufbau im Bereich der Rückenmuskulatur und, wenn möglich, auch der unteren Extremitäten indiziert sei (vgl. Urk. 13/47 S. 1). Bis auf Weiteres sei der Patient zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. Urk. 13/47 S. 2).

3.6 Ä Ä Ä Ä Vom 19. Dezember 2005 bis 20. Januar 2006 wurde der Beschwerdeführer erneut stationär in der Universitätsklinik A. ____, Paraplegikerzentrum, behandelt. In der Folge stellten die Ärzte - zusätzlich zu den bereits im Austrittsbericht vom 20. Oktober 2005 (Urk. 13/32 S. 1) enthaltenen Diagnosen - folgende gesundheitlichen Beeinträchtigungen fest (vgl. Austrittsbericht vom 20. Januar 2006 Urk. 13/55 S. 1):

- Schmerzexazerbation bei vorbestehender Spondylolisthesis L5/S1

- Depressive Entwicklung

Im Anschluss an die am 21. Oktober 2005 abgeschlossene Erstrehabilitation sei es - trotz der weitergeführten Physiotherapie - im lumbosakralen Bereich zu einer Schmerzexazerbation mit Ausstrahlung in den rechten Oberschenkel gekommen. Die radiologische Untersuchung habe eine Spondylolisthesis L5/S1 ergeben, welche bisher klinisch stumm gewesen, nun - nach Stabilisation der proximalen LWS - jedoch symptomatisch geworden sei und die geklagten Beschwerden erkläre. Im Rahmen des erneuten Klinikaufenthalts habe keine wesentliche Besserung der Symptomatik erzielt werden können, weshalb ein - vom Patienten allerdings derzeit abgelehnter - operativer Eingriff indiziert sei. Erschwerend wirke sich die zunehmende depressive Entwicklung nach dem Trauma aus. Auf den Vorschlag, sich einer Psychotherapie zu unterziehen, habe der Beschwerdeführer allerdings ebenfalls zurückhaltend reagiert (vgl. Urk. 13/55 S. 2).

Aus therapeutischer Sicht seien weiterhin intensive physikalische Massnahmen, allenfalls eine Schmerztherapie sowie eine psychotherapeutische Behandlung zur Traumaverarbeitung angezeigt (vgl. Urk. 13/55 S. 2).

Gestützt auf die Ergebnisse seiner abermaligen ärztlichen Untersuchung vom 7. Februar 2006 hielt Dr. C. gleichentags fest, es bestehe ein Status nach LWK2-Berstungsfraktur im August 2005 mit inkompletter Paraplegie, wobei sich die neurologischen Ausfälle nach erfolgter Stabilisierung weitgehend erholt hätten. Während die Spondylodese stabil sei, bestehe eine Spondylolisthesis lumbosakral, die teilweise ursächlich für die geklagten Beschwerden sein könnte; probatorische Infiltrationen diesbezüglich habe der - ausserordentlich ängstliche und auf sein Schmerzerleben konzentrierte (vgl. Urk. 13/57 S. 3) - Patient abgelehnt (vgl. Urk. 13/57 S. 2).

Der Beschwerdeführer, der sich einerseits recht flink - im Untersuchungszimmer gar stockfrei - bewege, was sich mit der anlässlich der formellen Untersuchung gezeigten Immobilität der Wirbelsäule nicht vereinbaren lasse, und andererseits lumbal keinen Muskelhartspann und damit wohl auch keinen massiven Reizzustand in der lumbosakralen Spondylolisthesis aufweise, schätze seine Ressourcen nicht voll aus. Er sei daher ermuntert worden, seine Aktivitäten zu steigern (vgl. Urk. 13/57 S. 3).

Der Beschwerdeführer verhalte sich nicht wie eine Person, die von nahezu immobilisierenden Schmerzen geplagt werde. Im Gegenteil fehlten vegetative Reaktionen des Schmerzes; eine Schmerztherapie erscheine daher als wenig sinnvoll und vertiefte wohl die bereits vorhandene übermässige Fokussierung auf das Schmerzerleben noch. Sofern der Beschwerdeführer nun nicht die erforderliche Initiative zeige, werde er wohl zeitlebens ein "Schmerzpatient" bleiben. Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 13/57 S. 3).

Dr. med. D., Facharzt FMH für Neurologie, Computer-Tomographie, gab am 24. Mai 2006 an, die Erhaltung des Arbeitsplatzes sei nun von vordergründiger Bedeutung. Während der Patient derzeit als Tramwagenführer nicht arbeitsfähig sei, stelle hinsichtlich eines Arbeitsversuches als Mitarbeiter im Büro der bisherigen Arbeitgeberin die Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes ein Problem dar, sei der Beschwerdeführer doch offensichtlich ausserstande, die öffentlichen Verkehrsmittel zu

benötigen (vgl. Urk. 13/71 S. 2).

3.9. Prof. Dr. med. E. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt des Schmerzzentrums der Klinik T. ____, hielt am 23. Juni 2006 fest, der Patient klagt einerseits über Schmerzen, die einen somatischen Hintergrund haben könnten und allenfalls mit der Spondylolisthesis zu erklären seien. Möglicherweise von grosserer Bedeutung sei allerdings die andererseits bestehende depressive Verstimmung bis hin zur Suizidalität. Zwischenzeitlich habe immerhin eine Reduktion der Schmerzmedikation erreicht werden können; überdies erfolge auch eine Behandlung mit einem Depressivum. Da sich die Situation ambulant nicht unter Kontrolle bringen lasse, sei ein stationärer Aufenthalt in der Rehaklinik U. ____, indiziert, wo auch die Bedeutung der mechanischen Komponente (Spondylolisthesis) besser beurteilt werden könne (vgl. Telefonnotiz Dr. C. ____, vom 23. Juni 2006, Urk. 13/75).

Am 27. Juni 2006 hielt Prof. Dr. E. ____, fest, es bestanden keine Zweifel daran, dass die angegebenen Schmerzen in erster Linie myofaszial bedingt seien, allerdings hätten sämtliche Behandlungen bis anhin keine Besserung gebracht. Inwiefern die psychische Situation sich diesbezüglich negativ auf die Entwicklung ausgewirkt habe, lasse sich angesichts der nur einmaligen Konsultation noch nicht beurteilen. Immerhin bestanden Hinweise, die gegen eine an eine aggravatorische Entwicklung erinnernde psychogene Situation sprächen. Von erheblicher Relevanz schienen beim Patienten, bei dem vor dem Unfall beruflich und sozial vieles positiv verlaufen sei, vielmehr Aspekte der Zukunftsangst zu sein. Diese müssten unbedingt - im Rahmen eines multimodalen Therapiesettings - angegangen werden (vgl. Urk. 13/76 S. 1).

3.10. Nachdem sie den Beschwerdeführer vom 8. August bis 5. September 2006 stationär behandelt hatten, stellten die Ärzte der Rehaklinik U. ____, im Austrittsbericht vom 18. September 2006 (Urk. 13/88) nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 13/88 S. 1):

- Posttraumatische Belastungsstörung mit/bei
- depressiver Entwicklung
- Schmerzverarbeitungsstörung
- Status nach LWK2-Berstungsfraktur mit Verlegung des Spinalkanals bei Verkehrsunfall vom 16. August 2005 mit/bei - Status nach dorsaler Aufrichtung LWK 2 und Stabilisation LWK 1- 3, Laminektomie L2 und Foraminotomie L2 beidseits sowie Spongiosaplastik am 19. August 2005 - Status nach ventraler bisegmentaler Abstützung L2-3 mit Synex cage, Diskektomie L1/2 und L2/3, Korporektomie L2
- Schmerzexazerbation bei vorbestehender Spondylolisthesis L5/S1

Im Rahmen des Klinikaufenthalts habe - bei unveränderter Schmerzwahrnehmung - eine gewisse Verbesserung der Beweglichkeit und der allgemeinen Kondition erreicht werden können. Aufgrund der schweren posttraumatischen Belastungsstörung mit starker Verhaftung in den Schmerzen, die den Zugang zum Körper fast verunmöglichten, sei der Patient derzeit praktisch nicht rehabilitationsfähig. Bevor sich eine psychische Stabilisierung eingestellt habe, erscheine die (erneute) Teilnahme an einem - ambulanten oder stationären - interdisziplinären Schmerzprogramm nicht als sinnvoll (vgl. Urk. 13/88 S. 2).

Â Â Â Â Â Â Â Â Aus therapeutischer Sicht seien die Weiterführung der (aktiven) Physiotherapie mit zwei bis drei Behandlungen wĂ¶hentlich, die FortfĂ¶hrung der Tragermassage und des Heimprogramms, die Wiederaufnahme des Aqua Joggings (vgl. Urk. 13/88 S. 3) und - von vordergrĂ¶ndiger Bedeutung - eine weitere (intensive; vgl. Urk. 13/88 S. 3) psychologische Betreuung indiziert. Aktuell bestehe - in erster Linie aufgrund der psychischen BeeintrĂ¶chtigungen - eine 100%ige ArbeitsunfĂ¶higkeit (vgl. Urk. 13/88 S. 4).

3.11 Â Â GestĂ¶tzt auf die Ergebnisse der Untersuchung vom 2. November 2006 gelangte Dr. med. F. ____, Facharzt FMH fĂ¶r Psychiatrie und Psychotherapie, am 18. November 2006 zum Schluss, dass aus psychischer Sicht ein depressives Syndrom im Sinne einer depressiven Episode von mittelschwerem, wenn nicht gar mittelschwerem bis schwerem Ausmass im Vordergrund stehe. Die SuizidalitĂ¶t des Patienten sei zwar nicht akut, mĂ¶sse im weiteren Verlauf jedoch im Auge behalten werden (vgl. Urk. 13/95 S. 3).

Â Â Â Â Â Â Â Â Was die von den Ă¶rzten der Rehaklinik U. ____ diagnostizierte posttraumatische BelastungsstĂ¶rung anbelange, bestĂ¶nden zwar Symptome des Wiedererlebens. Da ihm - Dr. F. ____ - der genaue Unfallhergang aber nicht bekannt sei, sei er auch nicht in der Lage, sich abschliessend zur fraglichen Diagnose zu Ă¶ussern. Festzuhalten sei immerhin, dass die dissoziationsartigen ZustĂ¶nde durchaus zu einem psychotraumatologischen Geschehen passten. Die - wahrscheinlich psychoreaktive - StĂ¶rung sei behandlungsbedĂ¶rftig, wobei auch eine Anpassung der Psychopharmaka als sinnvoll erscheine (vgl. Urk. 13/95 S. 3).

3.12 Â Â In seiner - gestĂ¶tzt einerseits auf die Akten (vgl. Urk. 13/97 S. 1-3) und andererseits auf die Ergebnisse der eigenen Untersuchung vom 25. Januar 2007 (vgl. Urk. 13/97 S. 3-5) verfassten - Beurteilung (Urk. 13/97 = Urk. 3/4) gelangte Kreisarzt Dr. med. B. ____, Facharzt FMH fĂ¶r Psychiatrie und Psychotherapie, am 29. MĂ¶rz 2007 zum Schluss, der dokumentierte Verlauf betreffend die somatischen Verletzungen zeige insofern eine gĂ¶nstige Tendenz, als - wenn dem Patienten auch eine Schmerzproblematik im RĂ¶cken sowie gewisse neurologische Restbeschwerden, die subjektiv als sehr nachteilig wahrgenommen wĂ¶rden, verblieben seien - sich die paraplegische Symptomatik weitgehend zurĂ¶ckgebildet habe (vgl. Urk. 13/97 S. 5). Aus den Akten gehe sodann einhellig hervor, dass schon frĂ¶h Anhaltspunkte fĂ¶r das Vorliegen einer psychopathologischen BeeintrĂ¶chtigung bestanden hĂ¶tten. So sei bereits anĂ¶sslich der ersten Hospitalisation in der UniversitĂ¶tsklinik A. ____ auf eine - spĂ¶ter immer wieder erwĂ¶hnte - Angstproblematik hingewiesen worden. Ebenso frĂ¶h sei auch Ă¶ber eine depressive Verstimmung berichtet worden, die im Verlaufe immer deutlicher und ausgeprĂ¶gter geworden sei und sich negativ auf die RehabilitationsbemĂ¶hungen ausgewirkt habe. Die Depression des BeschwerdefĂ¶hrers habe sich denn aufgrund des gezeigten mittelschwer bis schwergradig ausgeprĂ¶gten depressiv-gehemmt-erstarrten Affektzustands auch anĂ¶sslich der Untersuchung vom 25. Januar 2007 feststellen lassen (vgl. Urk. 13/97 S. 5). Vom Vorliegen einer posttraumatischen BelastungsstĂ¶rung sei - entgegen der im Austrittsbericht der Rehaklinik U. ____ vom 18. September 2006 (Urk. 13/88) gestellten entsprechenden (Verdachts-)Diagnose - nicht auszugehen (vgl. Urk. 13/97 S. 6).

Â Â Â Â Â Â Â Â Betreffend die psychopathologische Symptomatik sei der medizinische Endzustand noch nicht erreicht. Hinsichtlich der geschilderten neurologischen Symptome erscheine eine fachĂ¶rztliche AbklĂ¶rung als sinnvoll (vgl. Urk. 13/97 S. 6). Von der -

indizierten - Weiterführung der begonnenen psychiatrischen Behandlung könne noch eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustands erwartet werden (vgl. Urk. 13/97 S. 7).

3.13 Dr. F. ___ stellte am 23. Mai 2007 folgende Diagnosen (vgl. Urk. 13/104 S. 1 = Urk. 3/5 S. 1):

- Chronische posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

- Depressive Episode mittelschweren bis schweren Ausmasses (ICD-10 F32.1-2)

Die erstgenannte Diagnose begründete Dr. F. ___ damit, dass das Ereignis vom 16. August 2005 einerseits angesichts der dabei zugezogenen schweren Rückenverletzung beziehungsweise der damit zusammenhängenden neurologischen Symptomatik als schwerer Unfall zu qualifizieren sei und der Beschwerdeführer andererseits Symptome des Wiedererlebens zeige (vgl. Urk. 13/104 S. 1).

Entgegen den Angaben des Beschwerdeführers, der über einen eher verschlechterten psychischen Zustand berichte, sei davon auszugehen, dass die depressiven Beschwerden sich seit Behandlungsbeginn zumindest nicht verschlimmert hätten (vgl. Urk. 13/104 S. 1), wobei die therapeutischen Massnahmen demnach insgesamt auch nicht zu einer Verbesserung geführt hätten. Unfallfremde Faktoren, die sich auf den Heilungsverlauf auswirkten, hätten bisher keine eruiert werden können (vgl. Urk. 13/104 S. 2).

Angesichts der Schwere der Symptomatik und der fehlenden Fortschritte falle eine stationäre Therapie in Betracht; allerdings sei der Patient derzeit nicht bereit, sich einer solchen Massnahme zu unterziehen. Sowohl in der angestammten als auch in jeder anderen Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 13/104 S. 2).

Am 8. Juni 2007 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der SUVA konsiliarisch vom Neurologen Dr. D. ___ untersucht. Dieser hielt in seinem am 20. Juni 2007 verfassten Bericht (Urk. 13/107 = Urk. 3/6) fest, bei Status nach Unfall mit L2-Fraktur am 16. August 2005 und Osteosynthese beständen vor allem noch Schmerzen im thorako-lumbalen Bereich. Aus neurologischer Sicht bestehe wahrscheinlich - allerdings mit Schmerzüberlagerung - eine linksseitige Hüftbeugerschwäche. Aufgrund der entsprechenden Angaben des Patienten könnten Störungen der Miktion, der Defäkation und der Sexualfunktion ausgeschlossen werden. Zur Verbesserung des Gangbilds und insbesondere der Schwäche im Bereich des linken Beins sei eine Physiotherapie indiziert; der Endzustand sei noch nicht erreicht (vgl. Urk. 13/107 S. 3).

Dr. F. ___ gab am 7. August 2007 an, wegen aggressiver Ausbrüche, Durcheinander und Stimmengewirr im Kopf sowie unkontrolliert ablaufender Filme sei dem Patienten im Juni 2007 ein Neuroleptikum verordnet worden, das dieser allerdings schlecht vertragen und in der Folge selbständig durch ein Benzodiazepin ersetzt habe. Überdies erfolge derzeit eine medikamentöse Behandlung mit Risperdal (vgl. Urk. 13/113 S. 2).

Da sich der angestrebte Erfolg offensichtlich mittels ambulanter Massnahmen nicht erzielen lasse, sei eine stationäre Behandlung in einer auf traumatisierte Menschen spezialisierten und entsprechende Programme anbietenden psychiatrischen Klinik indiziert. Allerdings sei der Patient für ein solches Vorgehen

derzeit nicht zu gewinnen (vgl. Urk. 13/113 S. 2 f.).

3.16 Am 31. August 2007 wurde der Beschwerdeführer erneut von Dr. C.____ untersucht. Dieser gelangte in seinen gleichentags verfassten Berichten (Urk. 13/115 und Urk. 13/116) zum Schluss, mittels operativer Stabilisierung der LWK2-Berstungsfraktur habe eine ideale Stellung erreicht werden können (vgl. Urk. 13/115 S. 4). Die neurologischen Symptome hätten sich in der Folge fast gänzlich zurückgebildet; verblieben sei höchstens eine diskrete Muskelschwäche. Die Symptome der Spondylolisthesis, unter denen der Patient in der frühen Rehabilitationsphase gelitten habe, seien zwischenzeitlich wieder abgeklungen (vgl. Urk. 13/115 S. 4 f.).

Auf somatischer Ebene sei die Entwicklung günstig verlaufen und der Endzustand nun erreicht. Zwar beständen noch Dysästhesien am rechten Oberschenkel, die sich am ehesten mit einer Meralgia paraesthetica erklären liessen und wohl lästig seien, aber keine ernsthafte Störung darstellten. Die Weiterführung der Physiotherapie sei nicht erforderlich; der Patient, der sein somatisches Potenzial in keiner Weise ausschöpfe, solle sich vermehrt selber aktivieren und insbesondere Spaziergänge machen oder auch schwimmen gehen (vgl. Urk. 13/115 S. 5).

Aus somatischer Sicht bestehe insofern eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit, als dem Beschwerdeführer verdrehte Rumpfpositionen nur selten zumutbar seien, und eine geeignete Tätigkeit in dem Sinne eine Wechselbelastung zulassen müsse, dass die Körperstellung jeweils nach einer Stunde geändert werden könne (Sitzen, Stehen, Gehen), wobei ein Durchbewegen von fünf Minuten durchaus ausreiche, damit in der Folge wieder eine Sitzdauer von einer Stunde möglich sei. Betreffend das Tragen von Lasten sei überdies ein Maximalgewicht von 15-20 kg zu beachten (vgl. Urk. 13/115 S. 5). Unter Berücksichtigung der psychischen Situation sei allerdings bis auf Weiteres von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (vgl. Urk. 13/115 S. 6).

Die somatischen Unfallfolgen (gut ausgerichtete Spondylodese von L1 bis L3 ohne neurologische Ausfälle) bedeuteten eine Integritäts einbusse von 5 % (vgl. Urk. 13/116 S. 1).

3.17 Nach Kenntnisnahme dieser Beurteilung Dr. C.____s (Urk. 13/115, Urk. 13/116) hielt Dr. D.____ am 8. Oktober 2007 fest, insbesondere angesichts des - infolge einer Kontroverse um die Erreichbarkeit des Arbeitsplatzes - gescheiterten Arbeitsversuchs bestehe derzeit eine etwas düstere Situation. Der Beschwerdeführer leide weiterhin unter Schmerzen, deren Ursache nicht ausschliesslich in der posttraumatischen Belastungsstörung und der Depression gesehen werden könne (vgl. Urk. 13/118 S. 3).

3.18 Gestützt auf die Ergebnisse seiner Untersuchung vom 9. November 2007 gab Dr. D.____ am 12. November 2007 an, aus neurologischer Sicht bestehe eine leichte Schwäche im linken Bein und eine Schmerzsymptomatik thorako-lumbal, die sich in einem leicht gestörten Gangbild, das sich auch mit einer Angstüberlagerung erklären lasse, manifestiere. Schmerzbedingt sei die Belastbarkeit des Achsenskeletts vermindert; repetitives Heben von Lasten über 20 kg sei daher eher ungünstig. Eine stationäre (psychiatrische) Behandlung erscheine als sinnvoll (vgl. Anhang zu Urk. 3/6).

E. 4

Schleudern, kam auf die Wiese neben der Fahrbahn ab, durchdrang einen Drahtzaun und blieb schliesslich auf einem Feld stehen (vgl. Polizeirapport, Urk. 3/3 S. 1). Während der Beschwerdeführer sich dabei eine Berstungsfraktur LWK 2 mit Verlegung des Spinalkanals und einen inkompletten sensiblen und motorischen Querschnitt sub L2 zuzog (vgl. Austrittsbericht Universitätsspital V.____ vom 2. September 2005, Urk. 13/22 S. 1), erlitt seine Ehefrau offenbar keine erheblichen Verletzungen, bedurfte sie doch unmittelbar im Anschluss an das fragliche Ereignis keiner ärztlichen Behandlung (vgl. Polizeirapport, Urk. 3/3). Angesichts des augenfalligen Geschehensablaufs sowie der sich dabei entwickelten Kräfte (und unter Ausserachtlassung der zugezogenen Verletzung [vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 8. Februar 2008, U 587/06 Erw. 3.3.2]) und unter Berücksichtigung der Anforderungen, die rechtsprechungsgemäss (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts vom 24. Juni 2008, 8C_686/2007 Erw. 3.2; vom 8. Februar 2008, U 587/06 Erw. 3.4], und vom 9. August 2007, U 515/06 Erw. 4.2.3; Urteile des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 23. Mai 2006, U 5/06 Erw. 4.1, und vom 15. Dezember 2000, U 105/00 Erw. 5a) für die Qualifikation eines Unfallereignis als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Geschehnissen beziehungsweise gar als schwer (vgl. Replik, Urk. 16 S. 16) zu erfüllen sind, ist der Unfall vom 16. August 2005 höchstens als mittelschwer im engeren Sinne zu taxieren. Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs sind daher weitere unfallbezogene Kriterien, die nach der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen, erforderlich, damit dem Unfall die vorausgesetzte massgebende Bedeutung zukommt. Dabei müssen solche Kriterien bei einem Unfall wie dem vorliegenden in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein (BGE 115 V 144 f. Erw. 11b).

4.3.3.3. Angesichts der - sich zwischenzeitlich wieder weitgehend zurückgebildeten (vgl. etwa Urk. 13/115 S. 4 f.) - inkompletten Paraplegie kann das Kriterium der besonderen Eindringlichkeit des Unfalls - allerdings nicht in ausgeprägter Weise - bejaht werden (vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts vom 8. Januar 2007, U 333/06 Erw. 4.2). Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass sich das Fahrzeug des Beschwerdeführers beim Unfall nicht überschlug, es zu keiner Kollision kam, der Wagen schliesslich auf einem Acker und nicht etwa auf der Fahrbahn, wo das Risiko eines Folgeunfalls bestanden hätte, zum Stehen kam und die mitfahrende Ehefrau keine unmittelbar behandlungsbedürftigen Verletzungen erlitt (vgl. Polizeirapport, Urk. 3/3 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nachdem der Beschwerdeführer, der sich nebst der Rückenverletzung keine weiteren Läsionen zugezogen hatte, drei Tage nach dem Unfall vom 16. August 2005 im Universitätsspital V.____ operiert worden war, konnte bis zum Klinikaustritt am 6. September 2005 bereits wieder eine von den Ärzten als suffizient bezeichnete Mobilisierung erreicht werden (vgl. Urk. 13/22). Im Rahmen des anschliessenden Rehabilitationsaufenthalts in der Universitätsklinik A.____ vom 8. September bis 21. Oktober 2005 war der Beschwerdeführer nicht mehr auf den Rollstuhl angewiesen und schliesslich gar in der Lage, längere Gehstrecken ohne Gehhilfen zu bewältigen (vgl. Urk. 13/32 S. 2). Aufgrund dieser Gegebenheiten kann das Kriterium der schweren oder besonders gearteten Verletzung, die geeignet gewesen wäre, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen, wenn überhaupt, so höchstens in gering ausgeprägter Form als erfüllt betrachtet werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu verneinen ist das unfallbezogene Merkmal der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. So unterzog sich der Beschwerdeführer, nachdem er vom 17. August bis 6. September 2005 im Universitätssspital V.____ hospitalisiert gewesen war (vgl. Urk. 13/22), nach einem dreitägigen Aufenthalt in der Rehaklinik Z.____ (vgl. Urk. 13/38) vom 8. September bis 21. Oktober 2005 einer stationären Rehabilitationsbehandlung in der Universitätsklinik A.____ (Urk. 13/32), worauf gemäss den Ärzten an sich eine ambulante Physiotherapie zur adäquaten Weiterbehandlung bereits ausgereicht hätte (vgl. Urk. 13/32 S. 2, Urk. 13/37 S. 3, Urk. 13/47 S. 1). Dass vom 19. Dezember 2005 bis 20. Januar 2006 eine erneute Hospitalisation in der Universitätsklinik A.____ (vgl. Urk. 13/55) beziehungsweise später - vom 8. August bis 5. September 2006 - in der Rehaklinik U.____ (wo der Beschwerdeführer aufgrund der erheblichen psychischen Störung als in somatischer Sicht bis auf Weiteres nicht rehabilitationsfähig erachtet wurde [vgl. Urk. 13/88 S. 2]) erforderlich wurde, ist denn auch nicht mehr mit den organisch begründeten Beschwerden, sondern mit der psychischen Symptomatik beziehungsweise der damit zusammenhängenden physischen Inaktivität zu sehen und demnach im Rahmen der Adäquanzbeurteilung nicht von Bedeutung. Anzumerken ist zudem, dass der Beschwerdeführer sich - trotz gegenteiliger ärztlicher Empfehlungen - nicht nur im Alltag sehr inaktiv verhielt (vgl. etwa Urk. 13/37 S. 3, Urk. 13/57 S. 3, Urk. 13/115 S. 5), sondern - wie entsprechende Abklärungen der SUVA ergaben - auch die verordneten physikalischen Behandlungen kaum ausschöpfte (vgl. hierzu Urk. 13/47 S. 1, Urk. 13/100, Urk. 13/105, Urk. 13/106, Urk. 13/111).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss den medizinischen Akten leidet der Beschwerdeführer unfallbedingt aus organischen Gründen weiterhin an einer gewissen diskreten Muskelschwäche sowie Dysästhesien am rechten Oberschenkel (vgl. Bericht Dr. C.____ vom 31. August 2007 [Urk. 13/115 S. 4 und S. 5], Bericht Dr. D.____ vom 12. November 2007 [Anhang zu Urk. 3/6]). Zwar klagt der Beschwerdeführer über seit dem Unfall persistierende erhebliche Schmerzen; während diese den Ärzten anfangs noch mit den organischen Befunden erklärbar waren, wurden sie im Laufe der Zeit allerdings - wenn nicht ausschliesslich, so zumindest zu einem weit überwiegenden Teil - mit der massiven psychischen Störung in Zusammenhang gebracht (vgl. etwa 13/37 S. 3, Urk. 13/55 S. 2, Urk. 13/57 S. 2 und S. 3, Urk. 13/75, Urk. 13/76 S. 1, Urk. 13/88 S. 2 und S. 4, Urk. 13/95 S. 3, Urk. 13/97, Urk. 13/104, Urk. 13/115 S. 6, Urk. 13/118 S. 3). So vermochte insbesondere Dr. D.____ am 8. Oktober und 12. November 2007 keine physische Ursache für die Einschränkung der Leistungsfähigkeit mehr anzuführen, sondern begründete diese lediglich noch mit den geklagten Schmerzen beziehungsweise der psychischen Symptomatik (vgl. Urk. 13/118, Anhang zu Urk. 3/6). Angesichts dieser Gegebenheiten kann das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen höchstens als in wenig ausgeprägter Form erfüllt bejaht werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, enthalten die medizinischen Akten keinerlei Hinweise. Auch kann angesichts der baldigen und - von einer temporären Schmerzexazerbation im Zusammenhang mit der vorbestehenden Spondylolisthesis abgesehen - nachhaltigen Besserung der somatischen Beschwerden nicht von einem schwierigen Heilungsverlauf oder von erheblichen Komplikationen gesprochen werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nicht erfüllt ist schliesslich das Kriterium des Grads und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit. So bestanden, nachdem sich der physische Gesundheitszustand

schon bald erheblich gebessert hatte (vgl. etwa Austrittsbericht Universitätsklinik A.____ vom 20. Oktober 2005 [Urk. 13/32], Bericht Dr. C.____ vom 7. November 2005 [Urk. 13/37]), aus somatischer Sicht schon bald keine Gründe mehr, die es dem Beschwerdeführer verunmöglicht hätten, einer leidensangepassten Tätigkeit nachzugehen. Dass dennoch weiterhin von einer - vollständigen - Arbeitsunfähigkeit ausgegangen wurde, ist mit der massiven psychischen Symptomatik, auf die bereits der Bericht der Universitätsklinik A.____ vom 20. Oktober 2005 erstmals hingewiesen hatte (vgl. Urk. 13/32 S. 2), und nicht mit den unfallbedingten physischen Beeinträchtigungen zu erklären (vgl. hierzu insbesondere Austrittsbericht Rehaklinik U.____ vom 18. September 2006 [Urk. 13/88 S. 2 und S. 4], Berichte Dr. F.____ vom 23. Mai 2007 [Urk. 13/104 S. 2] und vom 7. August 2007 [Urk. 13/113 S. 2], Bericht Dr. C.____ vom 31. August 2007 [Urk. 13/115 S. 5 f.]). Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass der Arbeitsversuch in einer Tätigkeit bei der früheren Arbeitgeberin nicht etwa aus gesundheitlichen Gründen, sondern lediglich deshalb scheiterte, weil der - sich gemäß der Case Managerin hinsichtlich der unternommenen Eingliederungsmaßnahmen phlegmatisch zeigende (vgl. Urk. 13/72) - Beschwerdeführer sich - zumindest vordergründig wegen seiner Angststörung - ausserstande sah, für den Arbeitsweg die öffentlichen Verkehrsmittel zu nutzen, und die SUVA nicht bereit war, für die entsprechenden Taxikosten aufzukommen (vgl. Urk. 13/67 S. 1 und S. 2, Urk. 13/118 S. 3).

4.3.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass vorliegend höchstens drei der von der Rechtsprechung geforderten Kriterien - und dies in nur schwacher Ausprägung - erfüllt sind. Die Adäquanz der psychischen Symptomatik und damit auch der Rentenanspruch dafür sind daher zu verneinen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu prüfen bleibt, inwieweit der Beschwerdeführer über den 1. Dezember 2007 hinaus aus unfallbedingten somatischen Gründen in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt war.

4.4 Ä Ä Ä Ä In seiner - gestützt einerseits auf die medizinischen Akten und andererseits auf die anlässlich der Untersuchungen vom 7. November 2005 (vgl. Urk. 13/37), vom 7. Februar 2006 (Urk. 13/57) sowie insbesondere vom 31. August 2007 (vgl. Urk. 13/115) selbst erhobenen Befunde und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden (vgl. Urk. 13/115 S. 2 f.) gelangte Dr. C.____ in seiner einleuchtend begründeten und damit grundsätzlich beweiskräftigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2009, 8C_943/2008 Erw. 4.1; BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c) Beurteilung vom letztgenannten Datum zum Schluss, dass es dem Beschwerdeführer aufgrund der diesem verbleibenden unfallbedingten physischen Beeinträchtigungen wieder zumutbar sei, in vollem Pensum einer leidensangepassten Tätigkeit nachzugehen (vgl. Urk. 13/115 S. 5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Anbetracht des Umstands, dass Dr. C.____ die psychisch bedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit - wie aufgezeigt (vgl. Erw. 4.3.3) - zu Recht ausser Acht gelassen hat (vgl. Urk. 16 S. 7), dass nicht ersichtlich ist und auch nicht ausgeführt wurde (vgl. Urk. 16 S. 7), weshalb die physischen Leiden den Beschwerdeführer (zusätzlich zur Angststörung; vgl. Urk. 16 S. 8) hinsichtlich der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel einschränken sollten, und dass Dr. C.____ - unter Hinweis auf die entsprechenden Untersuchungsbefunde und die Tatsache, dass der Beschwerdeführer einerseits in der Lage sei, stockfrei zu gehen und sich andererseits beim Gehen am Stock kaum auf diesen abstütze - überzeugend darlegte, weshalb sich die verminderte Kraft in den Beinen pathologisch/anatomisch nicht erklären lasse (vgl.

Urk. 13/115 S. 5; vgl. Urk. 16 S. 7), dies mithin im Hinblick auf den unfallversicherungsrechtlichen Rentenanspruch nicht bedeutsam sei, vermag die kreisärztliche Arbeitsfähigkeitseinschätzung zu überzeugen. Daran ändert auch die Beurteilung des behandelnden Neurologen Dr. D. ___ nichts, begründete dieser seine entsprechende Einschätzung doch weniger mit objektivierbaren somatischen Befunden, als vielmehr mit den vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen, welche - wie dargelegt - zumindest in erster Linie mit der psychischen Symptomatik zu erklären sind. Überdies stimmt Dr. D. ___s einzige konkret festgestellte physisch bedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit, die Unzumutbarkeit des Hebens von Lasten über 20 kg (vgl. Anhang zu Urk. 3/6) mit der von Dr. C. ___ auf 15 bis 20 kg festgesetzten Gewichtslimite beim Tragen (vgl. Urk. 13/115 S. 5) im Wesentlichen überein.

4.5. Nach dem Gesagten ist gestützt auf die Beurteilung Dr. C. ___s vom 31. August 2007 davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der somatischen Unfallfolgen spätestens ab 1. Dezember 2007 wieder in der Lage war, in vollem Pensum einer wechselbelastenden, stündlich eine Änderung der sitzenden, stehenden oder gehenden Körperstellung beziehungsweise - bei sitzender Körperhaltung - ein fünfminütiges Durchbewegen zulassenden Tätigkeit, die nur selten eine verdrehte Rumpfform und kein Tragen von ein Gewicht von 15 bis 20 kg übersteigenden Lasten erfordert, nachzugehen (vgl. Urk. 13/115 S. 5).

E. 5

5.1. Die von der SUVA ausgewählten fünf DAP entsprechen vollumfänglich dem von Dr. C. ___ erstellten Zumutbarkeitsprofil (vgl. Urk. 13/115 S. 5). So können alle fünf Tätigkeiten (DAP Nummern 9734, 8318, 9766, 6800 und 9681; vgl. Urk. 13/120) - frei wählbar beziehungsweise im Verhältnis 70 % zu 30 % (DAP Nr. 9734) - stehend wie auch sitzend ausgeübt werden, bedingen keine verdrehten Rumpfformen und sehen betreffend das Heben oder Tragen von Lasten eine maximale Limite von lediglich 5 respektive 5 bis 10 kg (DAP Nr. 9681) vor.

5.2. Die Beschwerdegegnerin ermittelte aufgrund der berücksichtigten DAP-Lohnangaben (vgl. Urk. 13/120) zutreffenderweise ein hypothetisches Invalideneinkommen von (mindestens) Fr. 54'000.-- für das Jahr 2007 (vgl. Urk. 11/122 S. 2). Dabei stellte sie auf fünf zumutbare Arbeitsplätze (DAP Nrn. 9734, 8318, 9766, 6800 und 9681) ab, gab die Gesamtzahl der in Betracht der Behinderung des Beschwerdeführers in Frage kommenden Arbeitsplätze, deren Höchst- und Tiefstlohn sowie den Durchschnittslohn der dem Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe an. Damit sind vorliegend sämtliche Voraussetzungen, die das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht an einen Einkommensvergleich gestützt auf die DAP-Tabellen stellt (vgl. BGE 129 V 472), erfüllt. Dass drei der fünf gewählten Unternehmen ihren Sitz im Kanton Aargau haben und damit einen eher längeren Arbeitsweg bedingten (vgl. Urk. 1 S. 6, Urk. 16 S. 7), ist insofern nicht von Bedeutung, als es sich bei den fraglichen DAP (Nrn. 9766, 9681 und 9734) einerseits - gerade angesichts der über den 1. Dezember 2007 hinaus bestehenden psychisch bedingten vollständigen Arbeitsunfähigkeit (vgl. etwa Urk. 13/115 S. 6) - um vom Beschwerdeführer lediglich hypothetisch ausübbar Tätigkeiten handelt und andererseits das Lohnniveau im Kanton Aargau generell tiefer ist als im Kanton Zürich, wo der Beschwerdeführer Wohnsitz hat, was sich bei der Ermittlung des Invaliditätsgrads zu dessen Gunsten

auswirkt. Das Valideneinkommen bezifferte die SUVA aufgrund der Angaben der früheren Arbeitgeberin des Beschwerdeführers für das Jahr 2007 mit Fr. 71'393.-- (Urk. 13/121/2) beziehungsweise - wohl aufgrund eines (sich auf den Invaliditätsgrad allerdings nicht auswirkenden) Versehens - mit Fr. 71'193.-- (vgl. Urk. 13/122 S. 2). Aus dem Vergleich von Validen- und Invalideneinkommen ermittelte die SUVA eine Erwerbseinbusse von rund 24 % (vgl. Urk. 13/122 S. 2). Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden. Da beim Abstellen auf DAP ein leidensbedingter Abzug ausser Betracht fällt (vgl. Urk. 1 S. 6 und Urk. 16 S. 8; BGE 129 V 472 Erw. 4.2.3 in fine), erweist sich der Einspracheentscheid vom 11. Februar 2008 (Urk. 2) in Bezug auf den Rentenanspruch als rechtens.

5.3. Anzumerken bleibt, dass der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass er seit 1. August 2006 eine auf einem 100%igen Invaliditätsgrad beruhende ganze Rente der Invalidenversicherung bezieht (vgl. Anhang zu Urk. 21), hinsichtlich des vorliegenden Verfahrens nichts zu seinen Gunsten ableiten kann, entfaltet doch die Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung gegenüber dem Unfallversicherer (der ausschliesslich für natürlich und adäquat kausale gesundheitliche und erwerbliche Unfallfolgen Leistungen zu erbringen hat) keine Bindungswirkung (vgl. BGE 133 V 549 Erw. 6.2 mit Hinweisen).

6. Gemäss Dr. C. ___s - im Wesentlichen mit den weiteren medizinischen Berichten im Einklang stehenden (vgl. etwa Urk. 13/32 S. 2) - Beurteilung vom 31. August 2007 (Urk. 13/116) zeitigte das Ereignis vom 16. August 2005 aus - nach dem Gesagten aus Kausalitätsgründen vorliegend ausschliesslich relevanter - somatischer Sicht einen bleibenden Nachteil in Form einer Spondylodese L1 bis L3. Vom Vorliegen eines Cauda-equina-Syndroms (ICD-10 G83.4) im Zeitpunkt des Fallabschlusses Ende 2007 ist angesichts der Tatsache, dass, nachdem die Ärzte des Universitätsspitals V. ___, Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, im September 2005 noch darauf hingewiesen hatten, dass bei Austritt am 6. September 2005 eine - partielle und linksbetonte - derartige gesundheitliche Störung festgestellt worden sei (vgl. Urk. 13/22 S. 1), das fragliche Syndrom in der Folge in keinem der zahlreichen seither ergangenen medizinischen Berichten auch nur Erwähnung fand, nicht auszugehen (vgl. Urk. 16 S. 2, S. 8).

Dr. C. ___ bemass unter Berücksichtigung des Umstands, dass die Untersuchung vom 31. August 2007 eine gut ausgerichtete Lendenwirbelsäule und weder eine verspannte Muskulatur noch neurologische Residuen ergeben hatte, und gestützt auf die Tabelle 7 der Publikation "Integritätschäden gemäss UVG", die für eine Fraktur der LWS - einschliesslich Spondylodese - bei massigen Beanspruchungsschmerzen, keinen oder seltenen Schmerzen in Ruhe und einer raschen sowie guten Erholung (ein bis zwei Tage) eine Integritätsentschädigung von 0 bis 5 % vorsieht, von einer 5%igen Integritätseinbusse aus. Angesichts des - vom genannten Arzt bei der (ansonsten nicht zu beanstandenden) Einschätzung der Integritätseinbusse ausser Acht gelassenen - Status nach Laminektomie ([und Spondylodese]; vgl. Austrittsbericht Universitätsspital V. ___, Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie vom 2. September 2005 [Urk. 13/22], Austrittsbericht Rehaklinik Z. ___ vom 4. November 2005 [Urk. 13/38 S. 1], Austrittsbericht Universitätssklinik A. ___ vom 20. Oktober 2005 [Urk. 13/32], Austrittsbericht Rehaklinik U. ___ vom 18. September 2006 [Urk. 13/88]), rechtfertigt sich - gestützt auf Punkt 4 der SUVA-Tabelle 7 - eine

Erhöhung der Integritätsentschädigung auf 10 %.

7. Zusammenfassend ergibt sich, dass nicht zu beanstanden ist, dass die SUVA den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers in Bezug auf die psychische Störung verneint und den Rentenanspruch auf 24 % festgesetzt hat, jedoch die - ebenfalls ausschliesslich für die somatischen Unfallfolgen geschuldete - Integritätsentschädigung auf 10 % zu erhöhen ist.

8. Angesichts seines teilweisen Obsiegens in diesem Verfahren ist dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit Art. 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) eine reduzierte Prozessentschädigung zuzusprechen, wobei ein Betrag von Fr. 800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen erscheint.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt vom 11. Februar 2008 insoweit aufgehoben, als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Integritätsentschädigung von 10 % hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 800.-- (inkl. Barauslagen und MWS) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, unter Beilage eines Doppels von Urk. 21

- 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.