

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00432

vom 25. März 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-03-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00432

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00432 du 25 mars 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00432 del 25 marzo 2010

Erwägungen

E. 1

1.1. Der 1968 geborene X. war seit dem 4. Mai 1992 als Plattenleger bei der Y. angestellt und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch versichert (Urk. 8/1).

Am 9. August 1993 fuhr ihm ein Arbeitskollege mit dem Hubstapler über den linken Fuss (Urk. 8/1); in der Folge wurden eine erstgradige offene Luxationsfraktur Os naviculare sowie eine Fraktur Os metatarsale III/IV links diagnostiziert (Urk. 8/4). Nach einer geschlossenen Reposition der Luxationsfraktur im August 1993 (Urk. 8/4), einem operativen Eingriff (offene Reposition, Spickdrahtosteosynthese) am 5. Oktober 1993 (Urk. 8/5) und weiteren Behandlungsmassnahmen nahm der Versicherte die Arbeit am 21. September 1994 wieder auf, wobei er im Rahmen eines vollen Pensums eine Leistung von 75 % erbrachte (Urk. 8/21, Urk. 8/20). Mit - in der Folge unangefochten in Rechtskraft erwachsener - Verfügung vom 31. Juli 1995 (Urk. 8/37) sprach die SUVA ihm für die verbleibenden Beeinträchtigungen mit Wirkung ab 1. August 1995 eine auf einem Invaliditätsgrad von 25 % beruhende Rente sowie eine Entschädigung für eine Integritätseinbusse von 10 % zu. Nachdem der Versicherte ihr mehrmals einen Rückfall zum im Jahr 1993 erlittenen Unfall hatte melden lassen, teilte die SUVA ihm am 9. Dezember 2004 mit, dass kein Anlass für eine Erhöhung der Rente bestehe (Urk. 8/92).

1.2. Ab dem 1. Juli 2003 arbeitete X. als Plattenleger bei der Z. und unterstand damit weiterhin dem Versicherungsschutz der SUVA (Urk. 9/1, Urk. 9/9 S. 2).

Am 29. Mai 2005 erlitt er als Beifahrer auf der Autobahn eine Auffahrkollision und zog sich dabei verschiedene Verletzungen zu (Urk. 9/1, Urk. 9/10.2, Urk. 9/12). Nach einer notfallmässigen Erstversorgung auf der Intensivstation des Kantonsspitals A. wurde er am 30. Mai 2005 ins Universitätsspital W. verlegt; am 3. Juni 2005 erfolgte der Klinikaustritt (Urk. 9/17). Vom 23. November 2005 bis 18. Januar 2006 wurde der Versicherte stationär in der Rehaklinik B. behandelt (Urk. 9/69). In der Folge nahm er seine bisherige Tätigkeit - mit einer im Rahmen eines reduzierten Pensums effektiv erbrachten Leistung von rund 25 % (Urk. 9/75.2, Urk. 9/84) - versuchsweise wieder auf. Nach einer neuropsychologischen Untersuchung im August 2006 (Urk. 9/100) und einer - wegen anhaltender Schulterbeschwerden durchgeführten - arthroskopischen subacromialen Bursektomie und Arcomioplastik am 9. Oktober 2006 (Urk. 9/103) wurde der Versicherte, dem zwischenzeitlich das Arbeitsverhältnis per 28. Februar 2007 gekündigt worden war (Urk. 9/126), am 26. Februar 2007 erneut an der rechten Schulter operiert (Urk. 9/127). Daraufhin unterzog er sich vom 17. Juli bis am 10. August 2007 in der Klinik C. einer

weiteren stationären Rehabilitation (Urk. 9/153).

Nachdem sie ihn am 8. Oktober 2007 hatte kreisärztlich untersuchen lassen (Urk. 9/159, Urk. 9/160), teilte die SUVA dem Versicherten am 6. November 2007 mit, dass sie die Heilkostenleistungen - mit Ausnahme gewisser Schmerzmittel - einstelle, noch längstens bis 29. Februar 2008 Taggelder ausrichten und den Anspruch auf weitere Leistungen demnächst überprüfen werde (Urk. 9/166). Auf Opponieren des Versicherten hin (Urk. 9/167) kam die SUVA am 27. Dezember 2007 auf dieses Schreiben (Urk. 9/166) zurück und stellte dem Versicherten in Aussicht, die Heilungskosten weiterhin zu übernehmen (Urk. 9/169). In der Folge verfügte sie am 29. April 2008 - unter Hinweis auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit - mit Wirkung ab 1. April 2008 eine auf einem Invaliditätsgrad von 29 % beruhende (kombinierte) Rente sowie eine Entschädigung für eine aus den Unfällen vom 9. August 1993 sowie vom 29. Mai 2005 resultierende Integritätsseinbusse von insgesamt 40 % (Urk. 9/180). Die gegen diesen Entscheid vom Versicherten - unter Beilage des Gutachtens von Dr. med. D. ____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 13. Juni 2008 (Urk. 9/195.11-19) - erhobene Einsprache (Urk. 9/191, Ur. 9/195) wies die SUVA am 18. November 2008 ab (Urk. 2).

Gegen diesen Einspracheentscheid (Urk. 2) liess der Versicherte am 17. Dezember 2008 mit folgenden Anträgen Beschwerde erheben (Urk. 1 S. 2):

"1. Es seien die Verfügung vom 29. April 2008 sowie der Einspracheentscheid vom 18. November 2008 aufzuheben;

2. Es sei dem Beschwerdeführer gestützt auf das Gutachten von Dr. D. ____ vom 13. Juni 2008 eine Invalidenrente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 80 % und eine Integritätsentschädigung auf der Basis einer Integritätsseinbusse von 70 % zu gewähren;

3. Eventualiter habe das Gericht den Beschwerdeführer interdisziplinär begutachten zu lassen und anschliessend über dessen Ansprüche auf eine Invalidenrente und Integritätsentschädigung zu entscheiden;

4. Subeventualiter sei die Sache an die SUVA zurückzuweisen, damit diese den Beschwerdeführer interdisziplinär begutachten lasse und anschliessend eine neue Verfügung erlasse;

5. Es seien dem Beschwerdeführer die Kosten der Beurteilung von Dr. D. ____ in der Höhe von Fr. 3'100.-- zurückzuerstatten.

6. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin."

Nachdem die SUVA am 2. Februar 2009 Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei, beantragt hatte (vgl. Beschwerdeantwort, Urk. 7), wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 4. Februar 2009 (Urk. 11) geschlossen.

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen einzugehen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

WÃ¼rdigung der besonderen UmstÃ¼nde bemessen wird. Es lassen sich im Gegensatz zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht (vgl. BGE 112 II 133 Erw. 2) Ã¤hnliche Unfallfolgen miteinander vergleichen und auf medizinischer Grundlage allgemein gÃ¼ltige Regeln zur Bemessung des IntegritÃ¤tsschadens aufstellen; spezielle Behinderungen der Betroffenen durch den IntegritÃ¤tsschaden bleiben dabei unberÃ¼cksichtigt. Die Bemessung des IntegritÃ¤tsschadens hÃ¤ngt somit nicht von den besonderen UmstÃ¼nden des Einzelfalles ab; auch geht es bei ihr nicht um die SchÃ¤tzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der BeeintrÃ¤chtigung der kÃ¶rperlichen oder geistigen IntegritÃ¤t, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 Erw. 1, 113 V 221 Erw. 4b mit Hinweisen; RKUV 2001 Nr. U 445 S. 555 ff.).

1.2.3Ã Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien fÃ¼r die Bemessung der IntegritÃ¤tsschÃ¤den aufgestellt und in einer als gesetzmÃ¤ssig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 32 Erw. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische SchÃ¤den prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). FÃ¼r die darin genannten IntegritÃ¤tsschÃ¤den entspricht die EntschÃ¤digung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des HÃ¶chstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die EntschÃ¤digung fÃ¼r spezielle oder nicht aufgefÃ¼hrte IntegritÃ¤tsschÃ¤den wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). IntegritÃ¤tsschÃ¤den, die gemÃ¤ss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf EntschÃ¤digung (Ziff. 1 Abs. 3). Die vÃ¶llige GebrauchsunfÃ¤higkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser GebrauchsunfÃ¤higkeit wird der IntegritÃ¤tsschaden entsprechend geringer, wobei die EntschÃ¤digung jedoch ganz entfÃ¤llt, wenn der IntegritÃ¤tsschaden weniger als 5 Prozent des HÃ¶chstbetrages des versicherten Verdienstes ergÃ¤be (Ziff. 2).

1.2.4Ã Die Medizinische Abteilung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) hat in Weiterentwicklung der bundesrÃ¤tlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine RechtssÃ¤tze dar und sind fÃ¼r die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des IntegritÃ¤tsschadens fÃ¼r den ÃRegelfallÃ gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermÃ¶glicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewÃ¤hrleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 Erw. 1c, 116 V 157 Erw. 3a).

E. 2

2.1Ã Die SUVA fÃ¼hrte zur BegrÃ¼ndung ihres Einspracheentscheids vom 18. November 2008 (Urk. 2) im Wesentlichen - unter Hinweis auf die am 8. beziehungsweise 9. Oktober 2007 verfassten Beurteilungen (Urk. 9/159, Urk. 9/160) ihres Kreisarztes Dr. med. E.____, Facharzt FMH fÃ¼r Chirurgie - aus, der BeschwerdefÃ¼hrer sei unter BerÃ¼cksichtigung sÃ¤mtlicher - eine IntegritÃ¤tseinbusse von 40 % bedeutender - unfallbedingter gesundheitlicher BeeintrÃ¤chtigungen in der Lage, einer leidensangepassten TÃ¤tigkeit im Pensum von 100 % nachzugehen und dabei ein das Valideneinkommen um rund 29 % unterschreitendes SalÃ¤r zu erzielen (Urk. 2 S. 7 ff., Urk. 7 S. 3 ff.). Angesichts des Umstands, dass sich aus dem Privatgutachten von Dr. D.____ vom 13. Juni 2008 (Urk. 9/195.11-19) keine relevanten neuen Erkenntnisse ergeben hÃ¤tten, bestehe kein Anspruch auf Ãbernahme der entsprechenden Kosten (Urk. 2 S. 13,

folgende Diagnosen (Urk. 9/10.2):

- Hochgeschwindigkeitstrauma mit:
- Subarachnoidalblutung frontoparietal rechts
- undislozierter C7-Bogen- und Korpusfraktur ohne Myelonkompression rechts
- undislozierter Fraktur Condylus am atlanto-occipitalen Übergang rechts
- Thoraxkontusion links
- Rissquetschwunde (RQW) Ohrmuschel links
- Depression

Der Patient sei - bei einem seit Klinikeintritt stabilen Wert von 15 auf der Glasgow Coma Scale (GCS) - am 30. Mai 2005 in neurologisch und kardiopulmonal stabilem Zustand ins Universitätsklinikum W. verlegt worden (Urk. 9/10.3).

Nachdem sie den Beschwerdeführer vom 30. Mai bis 3. Juni 2005 stationär behandelt hatten, stellten die Ärzte des Universitätsklinikums W., Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, am 3. Juni 2005 nachstehende Diagnosen (Urk. 9/17.1):

- Comotio cerebri mit:
- Subarachnoidalblutung frontoparietal rechts
- Undislozierte C7-Bogen- und Korpusfraktur ohne Myelonbeteiligung
- Thoraxkontusion mit Fraktur der 1. Rippe rechts
- Hämatotympanon links
- RQW Ohrmuschel links

Überdies leide der Patient an einer Steatosis hepatis bei erweitertem Ductus choledochus. Für das Unfallereignis bestehe - bei fraglicher Bewusstlosigkeit - eine Amnesie. Am 3. Juni 2006 habe der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand und bei unauffälligem Verlaufs-CCT nach Hause entlassen werden können (Urk. 9/17.1). Bis am 19. Juni 2005 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/17.2).

Am 14. Juli 2005 berichteten die Ärzte des Universitätsklinikums W., Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, der Patient klage weiterhin über - vor allem von der Halswirbelsäule (HWS) aus in die rechte Schulter und den rechten Arm ausstrahlende - Schmerzen sowie bei Massagen auftretende Kribbelparästhesien im rechten Arm. Seit rund sechs Wochen trete zudem - insbesondere im Liegen - ein Schwindel auf. Ausserdem bestehe eine schmerzbedingte Schlafstörung (Urk. 9/18.1).

Die vor drei Wochen in der Klinik für Ohren-, Hals-, Nasen- und Gesichtschirurgie (ORL) erfolgte Untersuchung habe keinen pathologischen Befund ergeben. Betreffend den Schwindel sei eine neurologische Abklärung veranlasst worden (Urk. 9/18.1). Bis am 31. August 2005 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/18.2).

3.2.4.4. Am 26. August 2005 diagnostizierten die Ärzte des Universitätsospitals W. ____, Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, zusätzlich zu den schon zuvor festgestellten Gesundheitsstörungen einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel. Neurologische Ausfälle bestanden keine. Der Patient klagte über geringfügige Nackenschmerzen und einen lageabhängigen Schwindel. Die Behandlung in der Klinik für Unfallchirurgie werde nun abgeschlossen. Betreffend den Lagerungsschwindel werde die Therapie im Schwindelzentrum des Universitätsospitals W. ____, noch weitergeführt (Urk. 9/26).

3.2.5.4. Med. pract. H. ____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, gab am 9. September 2005 an, die Schwindelbeschwerden seien zwischenzeitlich in der neurologischen Poliklinik des Universitätsospitals W. ____, erfolgreich behandelt worden. Aktuell bestanden insbesondere noch ausgeprägte Verspannungen im Bereich des Nackens, in der thorakalen Region und in der Schulterpartie. Aufgrund der derzeitigen Arbeitsunfähigkeit und der schon seit längerem vorbestehenden depressiven Stimmungslage scheine der Beschwerdeführer immer mehr in eine Passivität zu verfallen. Es sei ihm daher nahegelegt worden, die körperliche Belastung - insbesondere im Rahmen von Gartenarbeiten - zunehmend zu steigern und dabei innert drei Wochen eine etwa 50%ige Aktivität und längerfristig wieder eine Arbeitsfähigkeit im bis zum Zeitpunkt des Verkehrsunfalls bestanden Umfang zu erreichen, was angesichts der aktuellen Befunde als realistisch erscheine. Derzeit erfolgten - insbesondere mit dem Zweck der vermehrten Führung des Patienten - wöchentliche Konsultationen (Urk. 9/30).

Am 15. September 2005 teilte med. pract. H. ____, der SUVA telefonisch mit, dass der Beschwerdeführer aufgrund der akut gewordenen psychischen Symptomatik derzeit stationär im Psychatriezentrum I. ____, behandelt werde. Sobald stabile Verhältnisse vorlägen, sei eine sukzessive Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess anzustreben (Urk. 9/31).

3.2.6.4. Die Ärzte des Universitätsospitals W. ____, Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, berichteten am 16. November 2005, die im Zusammenhang mit einem neu aufgetretenen Druckgefühl und einem rechtsseitigen Tinnitus bei Status nach Commotio cerebri erfolgte Untersuchung habe ein Hämatotympanon links mit einer Schalleitungsschwerhörigkeit links ergeben. Nachdem sich die Symptomatik bis am 21. Juni 2005 deutlich gebessert habe, seien keine weiteren Kontrollen mehr vereinbart worden (Urk. 9/45).

In ihrem Bericht vom 22. Dezember 2005 (Urk. 9/59) stellten die nämlichen Ärzte folgende Diagnosen (Urk. 9/59.1):

- Posttraumatische Canalolithiasis posterior rechts
- Zervikozephalales und zervikobrachiales Syndrom rechts, posttraumatisch
- Status nach Kopf- und HWS-Trauma, Contusio cerebri am 29. Mai 2005 mit Subarachnoidalblutung (SAB) frontoparietal rechts, undislozierter C7-Bogen- und Korpusfraktur, Fraktur 1. Rippe rechts, Hämatotympanon links
- retro- und anterograde Amnesie
- posttraumatisches Kopfschmerzsyndrom mit migräniformen Exazerbationen
- Wesensveränderung; Differentialdiagnose: im Rahmen einer Anpassungsstörung

- Depression

- vorbestehend

Die Anamnese (attackenweiser Drehschwindel bei bestimmten Bewegungen) und der Status (geotropischer Nystagmus im Hallpike rechts) deuteten auf eine persistierende posttraumatische Canalolithiasis posterior rechts hin. Bei der Drehstuhllagerung vom 22. November 2005 habe sich im vierten Durchgang eine Beschwerdefreiheit gezeigt. Im Falle einer Beschwerdepersistenz könne jederzeit erneut eine entsprechende Behandlung durchgeführt werden (Urk. 9/59.2).

3.2.7. Nachdem sich der Beschwerdeführer vom 23. November 2005 bis am 18. Januar 2006 stationär in der Rehaklinik B. ___ hatte behandeln lassen, stellten die Ärzte im Austrittsbericht vom 10. Februar 2006 (Urk. 9/69) nachstehende Diagnosen (Urk. 9/69.1):

- Unfall vom 29. Mai 2005: Auffahrkollision als Beifahrer

- Traumatische Hirnverletzung mit subarachnoidaler Blutung frontoparietal links
- Hämatotympanon links, RQW Ohrmuschel links

- Drehschwindel, bei posttraumatischer Canaliculolithiasis posterior rechts

- undislozierte C7-Bogen- und Korpus-Fraktur ohne Myelon-Beteiligung
- Zervikozephalisches Schmerzsyndrom

- Thoraxkontusion mit Fraktur der ersten Rippe rechts

- Chronische Alkohol-Abhängigkeit vom Delta-Typus (WHO-Einteilung nach Jellinek), zurzeit abstinente

- Rezidivierende depressive Stimmung, unter Antidepressiva remittiert

- anamnestisch Panikstörung, unter Antidepressiva symptomfrei

- Unfall vom 9. August 1993: Während der Arbeit fuhr Arbeitskollege mit dem Stapler auf seinen Fuss links

- Posttraumatische laterale Lisfranc-Arthrose und posttraumatische Veränderungen im Os naviculare links

- Gemäss Aktenlage fragliche mediale Meniskusläsion Knie rechts, zurzeit diesbezüglich beschwerdefrei

Aktuell bestanden folgende Probleme (Urk. 9/69.1):

- Belastungs- und bewegungsverstärkte HWS-Schmerzen mit Schmerzausstrahlung in die rechte Schulter und den rechten Arm

- Schmerzbedingte Schlafstörungen

- Belastungs- und bewegungsverstärkte Schmerzen am linken Fuss

Im Hinblick auf die weitere sukzessive Steigerung der Belastbarkeit sei die Weiterführung der medizinischen Trainingstherapie (MTT) indiziert (Urk. 9/69.2).

Im Rahmen der Wiederaufnahme der bisherigen Arbeit sei dem Beschwerdeführer für die Zeit ab dem 19. Januar 2006 für eine Anpassungs- und Angewöhnungsphase noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden.

Tätigkeiten, die dauernd über Brusthöhe ausgeübt werden müssten, seien auf das notwendige Minimum zu beschränken. Derzeit liege die erreichte Belastbarkeit zwar noch unter den Anforderungen der bisherigen Tätigkeit, es sei indes davon auszugehen, dass der Patient bei Beachtung der Einschränkung betreffend länger dauernde Arbeiten über Brusthöhe und bei weiterhin günstigem Verlauf in drei bis vier Monaten wieder in der Lage sein werde, seine angestammte Tätigkeit ganztags auszuüben (Urk. 9/69.2). Generell sei ihm eine mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne länger dauernde Arbeiten über Brusthöhe (nackenbedingt), ohne länger dauernde Positionen in der Hocke und ohne wiederholtes Leitern- oder Treppensteigen (fussbedingt) wieder im Pensum von 100 % zumutbar (Urk. 9/69.2).

Was die aktenkundig unmittelbar nach dem Verkehrsunfall vom 29. Mai 2005 bestandene leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung anbelange, hätten im Rahmen des Klinikaufenthalts keine entsprechende Defizite mehr festgestellt werden können. Wenn sich eine leichte kognitive Beeinträchtigung auch nicht sicher ausschliessen lasse, so komme dieser gegebenenfalls hinsichtlich der Ausübung der bisherigen manuellen Tätigkeit als Plattenleger keine einschränkende Wirkung zu (Urk. 9/69.3).

Am 15. und 21. August 2006 wurde der Beschwerdeführer von der Neuropsychologin Dr. phil. J. ___ untersucht. In ihrer Beurteilung vom 14. September 2006 (Urk. 9/100) hielt diese fest, die erhobenen Befunde deuteten auf eine leichte kognitive Funktionsstörung im Bereich bi-fronto-basaler und tieferer Strukturen (Hirnstamm) hin (Urk. 9/100.9). Die - erfreulicherweise insgesamt nur leichten - kognitiven Beeinträchtigungen wirkten sich leistungsmindernd auf die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung und auf die kognitive Beweglichkeit beziehungsweise das intellektuelle Umstellungsvermögen aus. Erschwerende Faktoren seien der Alkoholabusus sowie die "ausschleichende" Zolof-Medikation (Urk. 9/100.10).

Aus rein neuropsychologischer Sicht bestehe in der Tätigkeit als Plattenleger eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von zirka 20 bis 30 %. An sich erscheine eine neuropsychologische Therapie respektive ein gezieltes Hirnleistungstraining zur Verbesserung der festgestellten Minderleistungen und auch zur allgemeinen Aktivierung als sinnvoll (Urk. 9/100.10). Da der Beschwerdeführer in seiner aktuellen Lethargie indes wenig Veränderungsbereitschaft und Motivation erkennen lasse, sei eine sozialpsychiatrische Begleitung und Strukturierung durch externe psychiatrische Dienst derzeit wohl realistischer (Urk. 9/100.10 f.).

Der Orthopädische Chirurg Dr. D. ___ stellte am 10. Oktober 2006 folgende Diagnosen (Urk. 9/103):

- Partialruptur Subscapularissehne
- Tendinopathie der langen Bizepssehne im Pulley
- Minimale Unterflächendilatation der Supraspinatussehne

Die am 10. Oktober 2006 durchgeführte arthroskopische subacromiale Bursektomie und die Acromioplastik seien angesichts der therapieresistenten Beschwerden, die aufgrund der Ergebnisse des MRI und der klinischen Befunde am ehesten zu einer Bursitis subacromialis gepasst hätten, indiziert gewesen.

Am 6. Dezember 2006 gab Dr. D. ___ an, die Restsymptomatik in der rechten Schulter sei mit einer PulleylÄsion zu erklÄren. Angesichts der schweren Akne erscheine ein weiterer operativer Eingriff derzeit allerdings als zu riskant. Ab dem 11. Dezember 2006 werde der BeschwerdefÄhrer seine Arbeit wieder im Umfang vom 25 % aufnehmen (Urk. 9/111). In der Folge fÄhrte Dr. D. ___ am 26. Februar 2007 eine offene Tenodese der langen Bizepssehne, eine Reinsertion der Supraspinatus- und der Subscapularissehne rechts sowie eine Acromioplastik nach Neer durch (vgl. Operationsbericht, Urk. 9/127).

E. 3.2.10

Vom 17. Juli bis 10. August 2007 liess sich der BeschwerdefÄhrer stationÄr in der Klinik C. ___ behandeln. In ihrem Bericht vom 20. August 2007 (Urk. 9/153) hielten die Ärzte fest, unfallbedingt bestÄnden noch eine rechtsseitige EinschrÄnkung der Schulterbeweglichkeit sowie diskrete neuropsychologische Probleme. Äber die in frÄheren Arztberichten erwÄhnten Kopfschmerzen und die Schwindelsymptomatik habe der BeschwerdefÄhrer nicht mehr geklagt. Die im Zusammenhang mit dem im Jahr 1993 erlittenen Unfall stehende FunktionseinschrÄnkung des linken Fusses sei subjektiv seit Jahren unverÄndert geblieben (Urk. 9/153.2). An sich wÄre der BeschwerdefÄhrer in der Lage, seine Arbeit als Plattenleger - in einem ersten Schritt - wieder im Umfang von 50 % aufzunehmen, wobei insofern eine EinschrÄnkung bestehe, als das Tragen von Gewichten Äber 15 kg und das Arbeiten Äber KopfhÄhe unzumutbar seien. Der Patient ziehe indes eine Umschulung auf einen anderen Beruf vor, da er die AusÄbung der angestammten TÄtigkeit unter den genannten Bedingungen fÄr kaum realistisch halte (Urk. 9/153.2).

3.2.11 GestÄtzt auf die Ergebnisse seiner Untersuchung vom 8. Oktober 2007 und die aktenkundigen medizinischen Beurteilungen hielt der SUVA-Kreisarzt Dr. E. ___ in seinem am 9. Oktober 2007 verfassten Bericht (Urk. 9/159) fest, was die Restfolgen der im Mai 2005 erlittenen Kollision anbelange, bestÄnden bezÄglich der rechten Schulter noch eine leichte Belastungsintoleranz, ein freier Bewegungsumfang sowie leichte belastungsabhÄngige Schmerzen. Im Hinblick darauf, dass sich die Situation in den nÄchsten Jahren eher noch akzentuieren werde, kÄnne bereits jetzt eine einer mÄssigen Periarthrosis humero-scapularis (PHS) entsprechende BeeintrÄchtigung angenommen werden. Aufgrund der Ergebnisse der entsprechenden AbklÄrungen sei sodann von einer leichten neuropsychologischen StÄrung auszugehen. Äberdies bestehe im Bereich der HalswirbelsÄule (HWS) und des Nackens - bei uneingeschrÄnkter Beweglichkeit, normotoner Muskulatur bei erhaltender Trophik sowie konsolidierten undislozierten Frakturen - noch eine minimale Belastungsintoleranz bei Belastungen Äber SchulterhÄhe. Die frÄher berichtete SchallleitungsschwerhÄrigkeit habe sich zwischenzeitlich erholt; die - vorbestehende - Canalolithiasis posterior rechts mit Schwindel habe therapeutisch auf minimale Restsymptome reduziert werden kÄnnen (Urk. 9/159.6).

Eine den BeeintrÄchtigungen im Bereich der HWS, der rechten Schulter und des linken Vorfusses angemessen Rechnung tragende leichte bis mittelschwere wechselbelastende TÄtigkeit sei dem BeschwerdefÄhrer wieder vollzeitlich und mit vollschichtigem Einsatz zumutbar, wobei sich das Zumutbarkeitsprofil aufgrund des zweiten Unfalls insofern verÄndert habe, als zusÄtzliche EinschrÄnkungen insbesondere betreffend Bewegungen im rechtsseitigen

Schulter-/Nackengebiet zu beruicksichtigen gewesen seien (Urk. 9/159.7). Wahrend der aus dem Unfallereignis vom 9. August 1993 resultierende Integritatsschaden am linken Fuss unverandert mit 10 % zu beziffern sei (Urk. 9/160.1, Urk. 9/159.6), bedingten die Folgen der Kollision vom 29. Mai 2005 eine Integritatseinbusse von 30 % (rechte Schulter: 10 %; neuropsychologische Störung: 20 % [Urk. 9/160.1 f.]).

E. 3.2.12

Die - wegen erneuter Schwindelbeschwerden - am 11. Februar 2008 konsultierten Arzte des Universitatsspitals W. ____, ORL, neurologische und psychiatrische Poliklinik, stellten in ihrem gleichentags verfassten Bericht (Urk. 3/14) nachstehende Hauptdiagnosen (Urk. 3/14 S. 1):

- Rezidivierender benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel
- aktuell: Canalolithiasis des rechten posterioren Bogenganges
- Status nach Kopf- und HWS-Trauma am 29. Mai 2005 mit/bei
- Contusio cerebri, SAB frontoparietal rechts, undislozierter C7-Bogen- und Korpusfraktur, Fraktur 1. Rippe rechts, Hammatotympanon links
- retro- und anterograder Amnesie
- posttraumatisches Kopfschmerzsyndrom mit migraniformen Exazerbationen
- chronischem zervikozephalen und zervikobrachialem Schmerzsyndrom rechts
- Wesensveränderung; Differentialdiagnose: im Rahmen einer Anpassungsstörung
- Depression
- vorbestehend

Die anamnestischen Angaben und die klinischen Befunde wiesen auf ein Rezidiv der Canalolithiasis des rechten posterioren Bogenganges hin. Nach einer einmaligen Lagerung mit modifiziertem Epleymanöver rechts hatten sich in der Kontrolllagerung kein Nystagmus und keine Drehschwindelsensationen mehr provozieren lassen (Urk. 3/14 S. 3).

E. 3.2.13

In seinem im Auftrag des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers am 13. Juni 2008 verfassten Gutachten (Urk. 9/195.11-19) hielt Dr. D. ____, im Wesentlichen fest, der Explorand habe sich beim Unfall vom 29. Mai 2005 folgende Läsionen zugezogen (Urk. 9/195.14):

- Mittelschwere Schadel-Hirn-Verletzung mit Kontusionsblutung parietal rechts und Subduralhammatom parietal rechts, Hammatotympanon links
- Fraktur des Condylus occipitalis rechts
- Schwerste HWS-Distorsions-/Rotationsverletzung mit undislozierter C7-Bogen- und Korpusfraktur
- Fraktur der Lamina C7 rechts
- Fraktur der 1. Rippe rechts

- Schulterläsion mit daraus resultierender Partialruptur der Subscapularissehne und wesentlicher Läsion im Pulley

Der Beschwerdeführer leide unter einem organischen Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma und nicht unter einer leichten neuropsychologischen Störung. Die Arbeit als Plattenleger sei ihm nicht mehr zumutbar, und auch in einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe aufgrund der diversen Einschränkungen realistisch keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr (Urk. 9/195.15 f.). Eine Umschulung falle angesichts der Schwere der durchgemachten Hirn- und HWS-Verletzung sowie des resultierenden POS ausser Betracht (Urk. 9/195.16). Da die kognitive Störung als mittelschwer zu taxieren sei, betrage der dadurch bedingte Integritätsschaden 50 %. Hinzu traten eine 10%ige Integritätseinbusse durch die Schulterverletzung sowie ein ebenfalls mit 10 % zu wertender Schaden durch die HWS-Läsion (Urk. 9/195.17). Insgesamt habe der Unfall vom 29. Mai 2005 demnach eine 70%ige Integritätseinbusse gezeitigt (Urk. 9/195.19).

E. 4

4.1 Was die beim Unfall vom 9. August 1993 erlittene linksseitige Fussverletzung angeht, geht aus den medizinischen Akten übereinstimmend hervor, dass es nach der am 31. Juli 1995 rechtskräftig verhängten Zusage einer Rente und einer Integritätsentschädigung (Urk. 8/37) zu keiner erheblichen Veränderung des Gesundheitszustands mehr kam (Urk. 9/153.2, Urk. 9/159.6, Urk. 9/160.1). Etwas Gegenteiliges machte der Beschwerdeführer denn zu Recht auch nicht geltend (Urk. 1).

4.2 Bei der Beurteilung der Auswirkungen des Unfalls vom 29. Mai 2005 auf die Arbeitsfähigkeit und die Integrität des Beschwerdeführers stützte sich die SUVA im Wesentlichen auf die Einschätzung ihres Kreisarztes Dr. E. (Berichte vom 8. und 9. Oktober 2007 [Urk. 9/159, Urk. 9/160]) ab. Dass es sich dabei lediglich um eine - unbeachtliche - Behauptung ohne Beweiskraft handle, kann entgegen den entsprechenden Ausführungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 9 f.) nicht gesagt werden. Vielmehr hat die - wiederholt bestätigte - Rechtsprechung Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen wie etwa kreisärztlichen Abschlussuntersuchungsberichten stets Beweiswert zuerkannt, wenngleich ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt (BGE 125 V 351 Erw. 3a, 122 V 157 Erw. 1c). Auch lässt ein Anstellungsverhältnis der medizinischen Fachperson zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 125 V 351 Erw. 3b/ee). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (zum Ganzen das zur Veröffentlichung bestimmte Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, mit zahlreichen Hinweisen).

E. 4.3

4.3.1 Dr. E. ging davon aus, dass der Beschwerdeführer insofern in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei, als er lediglich - dies indes im Pensum von 100 % - noch in der Lage sei, einer den Beeinträchtigungen im Bereich der HWS, der rechten

Schulter und des linken Fusses angepassten Tätigkeits nachzugehen (Urk. 9/159.7). Diese Einschätzung vermag nicht nur angesichts der Ergebnisse der eingehenden Untersuchung durch Dr. E.____ (Urk. 9/159.3-5), sondern auch unter Berücksichtigung der weiteren medizinischen Akten zu überzeugen.

So brachte der Hausarzt med. pract. H.____ bereits im September 2005 zum Ausdruck, dass aufgrund der erhobenen Befunde mit dem baldigen Wiederreichen der 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit zu rechnen sei (Urk. 9/30, Urk. 9/31). Von der vollzeitlichen Zumutbarkeit einer geeigneten Tätigkeit gingen in der Folge - nach im Rahmen der rund zweimonatigen stationären Behandlung erfolgten, eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; Urk. 9/69.15 f.) einschliessenden fundierten Abklärungen - am 10. Februar 2006 auch die Ärzte der Rehaklinik B.____ aus (Urk. 9/69.2). Was die von der Neuropsychologin Dr. phil. J.____ daraufhin am 14. September 2006 attestierte - angesichts einerseits der nur leichten kognitiven Funktionsstörungen und andererseits der manuellen Tätigkeit als Plattenleger nicht ohne Weiteres nachvollziehbare - 20 bis 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit betrifft, ging Dr. phil. J.____ davon aus, dass sich hinsichtlich der aus neuropsychologischer Sicht bestehenden Defizite noch eine Besserung erzielen lasse (Urk. 9/100.10). Eine derartige positive Entwicklung trat denn in der Folge offenbar auch ein, erwähnten die Ärzte der Klinik C.____, die im Rahmen der knapp vierwöchigen stationären Behandlung im Juli/August 2007 auch eine neuropsychologische Abklärung durchgeführt hatten (Urk. 9/153.5 f.), doch - wie zuvor schon die Ärzte der Rehaklinik B.____ (Urk. 9/69.3) - lediglich noch diskrete neuropsychologische Probleme. Dabei brachten sie einerseits auch zum Ausdruck, dass sie die (vom Beschwerdeführer gewünschte) Umschulung auf eine andere berufliche Tätigkeit als durchaus realistisch erachteten und diesem andererseits - nach einer Einstiegsphase mit einem 50%-Pensum - auch die Tätigkeit als Plattenleger (allerdings ohne Tragen von Lasten über 15 kg und ohne Arbeiten über Kopfhöhe) wieder vollzeitlich für zumutbar hielten (Urk. 9/153.2).

4.3.2 Die - in klarem Widerspruch zu sämtlichen weiteren Arztberichten stehende -Einschätzung des Orthopädischen Chirurgen Dr. D.____ vom 13. Juni 2008 (Urk. 9/195.11-19) vermag schon deshalb nicht zu überzeugen, weil dieser die von ihm attestierte rund 70%ige beziehungsweise vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit (Urk. 9/195.16) in erster Linie mit den von ihm - in erster Linie gestützt auf die Akten - gestellten, lediglich partiell in sein Fachgebiet fallenden und sich mit den Ergebnissen der entsprechenden spezialärztlichen Untersuchungen teilweise kaum vereinbaren lassenden Diagnosen und nicht mit tatsächlich bestehenden funktionellen Defiziten begründete.

Nach dem Gesagten ging die SUVA zu Recht davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer seinen aus den beiden Unfällen vom 9. August 1993 und vom 29. Mai 2005 resultierenden Leiden angemessen Rechnung tragenden Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig sei. Angesichts der erfolgten fundierten medizinischen Abklärungen und den - abgesehen von der Einschätzung von Dr. D.____ vom 13. Juni 2007 (Urk. 9/195.11-19), auf die aus den dargelegten Gründen nicht abgestellt werden kann - im Wesentlichen übereinstimmenden, keine Zweifel offenlassenden ärztlichen Beurteilungen erbringt sich die Einholung eines interdisziplinären Gutachtens (Urk. 1 S. 2), und auch für eine - zweite (vgl. Urk. 9/69.15 f.) - Evaluation der funktionellen

Leistungsfähigkeit (Urk. 1 S. 12) besteht kein Anlass. Nicht ersichtlich ist in diesem Zusammenhang, inwiefern im Umstand, dass die SUVA, die dem Beschwerdeführer am 24. April 2007 eine erneute, eine weitere EFL umfassende stationäre Behandlung in der Rehaklinik B. ___ angeboten (Urk. 9/129.1), in der Folge indes - entsprechend dem Wunsch des Beschwerdeführers, von italienischsprachigen Ärzten und Therapeuten betreut zu werden (Urk. 9/139.1) - Kostengutsprache für die Hospitalisation in der Klinik C. ___ geleistet hatte, ohne noch eine EFL zu veranlassen, eine Verletzung von Art. 9 und Art. 29 Abs. 1 BV sowie von Art. 6 Abs. 1 EMRK zu sehen sei (Urk. 1 S. 11 f.).

4.4. Gemäss den entsprechenden Angaben der Z. ___ vom 24. Oktober 2007 (Urk. 9/164.1) hätte der Beschwerdeführer bei guter Gesundheit im Jahr 2008 ein Einkommen von Fr. 73'280.-- erzielt. Ausführungen dazu, ob und gegebenenfalls inwieweit die vom Beschwerdeführer an den von der SUVA ausgewählten DAP-Profilen (Urk. 9/197) geäußerte Kritik (Urk. 1 S. 16) berechtigt ist, erübrigen sich vorliegend, da - wie die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend machte (Urk. 7 S. 8) und im Folgenden aufzuzeigen ist - die Ermittlung des Invalideneinkommens gestützt auf die statistischen Tabellen ohne im Ergebnis zu keinem anderen Rentenanspruch führte.

Ausgehend vom standardisierten monatlichen Bruttolohn (Zentralwert) für Männer bei Ausübung einfacher und repetitiver Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) im Jahr 2006 von Fr. 4'732.-- bei einer Arbeitszeit von 40 Stunden wöchentlich (vgl. Bundesamt für Statistik [Hrsg.], Schweizerische Lohnstrukturerhebung, Die Löhne 2006 im Überblick, Neuenburg 2008, S. 25 Tabelle TA1) und unter Berücksichtigung der im Jahr 2008 betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,6 Stunden (vgl. Die Volkswirtschaft 1/2/2010, S. 94 Tabelle B9.2) sowie der Entwicklung der Nominallohne der Männer (2007: 1,6 %, 2008: 2,2 % [vgl. "Entwicklung der Nominallohne, der Konsumentenpreise und der Reallohne, 1976-2008", Bundesamt für Statistik Schweizerischer Lohnindex, Landesindex der Konsumentenpreise; abrufbar unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/03/04/blank/data/02.html>) ergibt sich für das Jahr 2008 ein Einkommen von Fr. 5'110.-- pro Monat respektive ein Jahreseinkommen von Fr. 61'320.--. Angesichts des Umstands, dass der - im Jahr 2008 erst vierzigjährige - Beschwerdeführer noch vollzeitlich und ohne erhobenen Pausenbedarf in der Lage ist, einer leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit ohne Rotationsbewegungen im Oberkörper und Hals-/Nackenbereich, ohne kraftvolle Zug-, Stoss- und Drehbewegungen mit dem rechten Arm und dem linken Bein, ohne repetitives Leiternsteigen, ohne Gerüstarbeiten, ohne Gehen ausschliesslich auf unebenem Untergrund, ohne Schläge und Vibrationen sowie ohne bodennahe, kniende und kauende Positionen nachzugehen (Urk. 9/159.7), erscheint ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn im Umfang von 15 % als angemessen. Aus dem Vergleich des - folglich mit Fr. 52'122.-- zu beziffernden - Invalideneinkommens mit dem Validenlohn von Fr. 73'280.-- resultiert ein Invaliditätsgrad von rund (vgl. BGE 130 V 121) 29 %.

4.5. In Bezug auf den durch den Unfall vom 29. Mai 2005 entstandenen Integritätsschaden erkannten Dr. E. ___ und Dr. D. ___ übereinstimmend, dass die Beeinträchtigung im Bereich der rechten Schulter - entsprechend einer mässigen PHS (vgl. SUVA-Tabelle 1) - eine Integritätseinbusse von 10 % bedeute (Urk. 9/160.1, Urk. 9/195.17). Nicht zu beanstanden ist angesichts der - entgegen den Ausführungen des Orthopädischen Chirurgen Dr. D. ___ (Urk. 9/195.17), die sich weder auf selbst erhobene

entsprechende Befunde noch auf eine Grundlage in den weiteren medizinischen Akten zu stützen vermögen - nicht als mittelschwer, sondern als leicht zu taxierenden (vgl. Bericht Dr. phil. J. ___ vom 14. September 2006 [Urk. 9/100], Bericht Klinik C. ___ vom 20. August 2007 [Urk. 9/153], Austrittsbericht Rehaklinik B. ___ vom 10. Februar 2006 [Urk. 9/69.3], Bericht Dr. E. ___ vom 9. Oktober 2007 [Urk. 9/160.2]) neuropsychologischen Störung auch, dass die SUVA die Entschädigung hierfür auf 10 % festsetzte (vgl. SUVA-Tabelle 8 Ziff.4; Urk. 2). Schliesslich gelangte Dr. E. ___ mit der überzeugenden Begründung, dass die verbleibende Funktionseinschränkung im Bereich der HWS mit der im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 8. Oktober 2007 (Urk. 9/159) festgestellten lediglich leichten Belastungsintoleranz bei konsolidierten Frakturen und voller Beweglichkeit (Urk. 160.2) nicht erheblich genug sei, um einen entschädigungspflichtigen Integritätsschaden darzustellen (vgl. hierzu SUVA-Tabelle 7), zu Recht zum Schluss, dass sich die anlässlich der Kollision vom 29. Mai 2005 zugezogenen Verletzungen - zusätzlich zur am 9. August 1993 erlittenen Schädigung - bewirkte Integritätseinbusse auf 30 % belaufe.

4.6. Der Einspracheentscheid der SUVA vom 18. November 2008 (Urk. 2) erweist sich demnach - jedenfalls im Ergebnis - sowohl hinsichtlich der Höhe des Renten- als auch des Integritätsschadensentschädigungsanspruchs als rechtens.

5. Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Gutachterskosten (vgl. Urk. 1 S. 2) fallen unter den Begriff der Parteikosten im Sinne von Art. 61 lit. g ATSG. Da der Beschwerdeführer in diesem Verfahren unterliegt, hat er - unabhängig davon, ob die medizinischen Angaben in Bezug auf dieses Verfahren sachdienlich und beachtlich waren - keinen Anspruch auf Ersatz dieser Kosten (vgl. BGE 115 V 62 Erw. 5c). Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen davon (Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Art. 61 lit. g Rz 118) liegen nicht vor.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. iur. Roger Peter

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf

- Bundesamt für Gesundheit

4. 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

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

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