

100 % arbeitsunfähig geschrieben vom 20. März bis 20. Mai 2002 (Urk. 9/4/2). Danach nahm er seine Arbeit wieder zu 100 % auf (Urk. 9/5 Ziff. 9).

E. 3.2

Am 14. April 2003 fand die kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Chirurgie, statt (Urk. 9/13). In seinem Bericht vom 15. April 2003 führte er aus, nach dem Unfallereignis am 17. August 2001 sei eine Kniegelenksarthroskopie links durchgeführt worden, wobei das mediale Meniskushinterhorn bei einer leichten Knorpelauffaserung und sonst intakten Knorpeloberflächen degenerative Risse aufgewiesen habe. Am 18. April 2002 sei eine Arthroskopie rechts durchgeführt worden, die einen lappenförmigen Riss am medialen Meniskushinterhorn gezeigt habe. Auch bei dieser Untersuchung habe der mediale Femurkondylus kleinflächige Knorpelauffaserungen und Ulcusbildungen gezeigt; sonst seien die Knorpeloberflächen unauffällig. Der operative und postoperative Verlauf sei gemäss den vorliegenden Akten komplikationslos gewesen. Der Beschwerdeführer klage jedoch weiterhin über mediale Kniegelenksbeschwerden, vor allem bei schwerer Arbeit. Bei der Untersuchung habe Dr. G.____ klinisch ausser einer eventuellen Bakerzyste einen normalen Befund und leichte Schonungszeichen des linken Beines gegenüber rechts gefunden. Auf den konventionellen Röntgenbildern seien keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer beginnenden Femorotibialarthrose vorhanden. Er überweise den Beschwerdeführer wegen der Genua vara der H.____ Klinik (Urk. 9/13 S. 2 unten)

E. 3.3

Am 27. Mai 2003 wurde der Beschwerdeführer in der H.____ Klinik untersucht (Urk. 9/15). In ihrem gleichentags erstellten Bericht diagnostizierten Dr. med. I.____, Chefärzt Orthopädie, und Dr. med. J.____, Assistenzarzt Orthopädie, eine beginnende Varusgonarthrose medialseitig beidseits (Urk. 9/15 S. 1). Auf Wunsch des Beschwerdeführers, der weiterhin in seinem angestammten Beruf tätig sein möchte, sei eine Indikation zur Umstellungs-Osteotomie beidseits gestellt worden. Der Beschwerdeführer habe angegeben, das linke Knie bestimme die Schmerzsymptomatik; daher sei vereinbart worden, dass zuerst das linke Knie operiert werde (Urk. 9/15 S. 2).

E. 3.4

In seinem Bericht vom 4. Februar 2004 diagnostizierte der neue Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, eine Gonarthrose beidseits und führte aus, der Zustand habe sich seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 15. April 2003 kaum verändert (Urk. 9/24 Ziff. 1-2). Ferner sei die Physiotherapie mangels Zustimmung der Beschwerdegegnerin abgebrochen worden. Weiter werde die Einholung einer zweiten Meinung im L.____ (L.____) gewünscht (Urk. 9/24 Ziff. 3).

E. 3.5

Nach Konsultation vom 9. Januar 2004 diagnostizierte Dr. M.____, Assistenzarzt, L.____, Klinik für Unfallchirurgie, Poliklinik, in einem undatierten Arztbericht eine beginnende Varusgonarthrose medialseitig beidseits. Nach einem längeren Gespräch mit dem Beschwerdeführer scheine dieser motiviert, den bevorstehenden Eingriff durchzuführen. Aufgrund der vorliegenden Berichte erscheine dieses Vorgehen als logisch. Dr. M.____ attestierte eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Urk. 9/26).

E. 3.6

Dr. K.____ fÄ¼hrte in seinem Bericht vom 2. Juli 2006 aus, nach einem lÄ¼ngeren TelefongesprÄ¼ch mit dem BeschwerdefÄ¼hrer sei er der Auffassung, dass sich der BeschwerdefÄ¼hrer mÄ¼glichst umgehend einer stationÄ¼ren Rehabilitation unterziehen sollte, um den Teufelskreis aus Belastung, Schmerz und Schonung zu unterbrechen (Urk. 9/46).

E. 3.7

Nach der Hospitalisation vom 3. bis 9. September 2006 diagnostizierten Dr. med. N.____, Oberarzt OrthopÄ¼die, und Dr. med. O.____, Assistenzarzt OrthopÄ¼die, H.____ Klinik, in ihrem Austrittsbericht vom 9. September 2006 mediale Kniebeschwerden links mehr als rechts und einen Status nach arthroskopischer medialer TME beidseits 2002. Als Nebendiagnosen fÄ¼hrten sie einen Verdacht auf Prostata-Hyperplasie, einen Status nach Epikondylopathie links und eine HypercholesterinÄ¼mie auf (Urk. 9/43 S. 1 Mitte). Sie fÄ¼hrten weiter aus, der postoperative Verlauf sei komplikationslos mit reizlosen WundverhÄ¼ltnissen und suffizienter Schmerztherapie gewesen. Die Physiotherapie habe wÄ¼hrend der Hospitalisation wie geplant begonnen werden kÄ¼nnen. Weiter sei der BeschwerdefÄ¼hrer wÄ¼hrend drei Monaten postoperativ arbeitsunfÄ¼hig (Urk. 9/43).

E. 3.8

Nach der Konsultation vom 22. November 2006 stellte Dr. N.____ in seinem Bericht vom 22. November 2006 folgende Diagnosen (Urk. 9/47 S. 1):

- Beinschmerzen links nach Tibiavalgisationsosteotomie Open wedge am 4. September 2006 bei
- medialen Kniebeschwerden links grÄ¼sser als rechts
- Status nach arthroskopischer medialer TME beidseits 2002
- chronischem lumbovertebralem Syndrom

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. N.____ hielt fest, er sei ebenfalls der Meinung, dass der BeschwerdefÄ¼hrer einer stationÄ¼ren Rehabilitation zugefÄ¼hrt werden sollte, um die akuten Beschwerden beider Kniegelenke einerseits und die zunehmende depressive Entwicklung andererseits mÄ¼glichst rasch sowie mÄ¼glichst gÄ¼nstig zu beeinflussen (Urk. 9/47 S. 2).

E. 3.9

Vom 4. Januar bis 22. Februar 2007 hielt sich der BeschwerdefÄ¼hrer in der Rehaklinik P.____ auf. Im Austrittsbericht vom 26. Februar 2007 nannten Dr. med. Q.____, Facharzt FMH fÄ¼r Physikalische Medizin und Rehabilitation, und Dr. med. R.____, Facharzt FMH fÄ¼r OrthopÄ¼dische Chirurgie, folgende Diagnosen (Urk. 9/54 S. 1):

- Unfall vom Herbst 2001: Beim Herunterspringen von einer Baumaschine Kontusion der Knie beidseits
- 21. MÄ¼rz 2002: Kniegelenksarthroskopie links und arthroskopische Menishektomie des medialen Meniskushinterhorns links
- 18. April 2002: Arthroskopische Teilmenishektomie mediales Meniskushinterhorn Knie rechts

- leichte Anpassungsstörung

- Hypercholesterinämie

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Beurteilung führten die Ärzte aus, bei Eintritt in die Klinik habe der Beschwerdeführer über belastungs- und bewegungsverstärkte Kniebeschmerzen links geklagt. Er sei mit seiner Beinachse unzufrieden und er müsse an zwei Vorderarmstützen gehen (Urk. 9/54 S. 2 unten). Bei Austritt aus der Klinik habe sich ein reizloses linkes Knie gezeigt; es liege keine Rötung, keine Schwellung und keine Überwärmung vor. Der Beschwerdeführer habe Schmerzen im Bereich des Tibiakopfes links und des Genus valgus angegeben; die Beinlängendifferenz betrage 1.3 cm zugunsten der linken Seite. Dr. Q. ___ und Dr. R. ___ führten bezüglich der Schmerzen am rechten Knie aus, diese seien nicht auf den Unfall vom 17. August 2001 zurückzuführen (Urk. 9/54 S. 3 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weiter hielten die Ärzte fest, der Beschwerdeführer sei in der Tätigkeit als Baumaschinenmechaniker zu 100 % arbeitsunfähig seit 22. Februar 2007. In einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden, vorwiegend sitzenden Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 9/54 S. 2 oben).

E. 3.10

In seinem Bericht vom 13. September 2007 zur gleichentags durchgeführten kreisärztlichen Untersuchung (Urk. 9/69) führte Dr. D. ___ aus, die Untersuchung und die Diagnose wärden - wie die wiederholten Konsultationen in der H. ___ Klinik gezeigt hätten - keine Erklärungsmöglichkeit der ausgeprägten Schmerzhaftigkeit des linken Kniegelenks, welche für den Beschwerdeführer im Vordergrund stehe, geben (Urk. 9/69 S. 3 f.). Das rechte Knie sei völlig reizlos und in der Bewegung nicht eingeschränkt. Weiter hielt Dr. D. ___ fest, bei der guten Kniegelenkbeweglichkeit sei seiner Ansicht nach lediglich noch eine medizinische Trainingstherapie zum Kraftaufbau der Oberschenkelmuskulatur indiziert. Unabhängig von den noch durchzuführenden therapeutischen Massnahmen beziehungsweise einer fortzusetzenden Schmerzmedikation sehe er gegenwärtig keine wesentlichen Beeinflussungsmöglichkeit mehr. Ein Beinlängenausgleich in Form einer Schuhsohlenerhöhung sollte regelmässig durchgeführt werden. Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass die Schmerzen auch unter Einnahme von Medikamenten unerträglich seien. Dies sei ein Hinweis darauf, dass das Schmerzerleben möglicherweise durch die gegenwärtig vorhandene Depression beeinflusst werde. Bezüglich Arbeitsfähigkeit schliesse er sich der Einschätzung vom 26. Februar 2007 der Rehaklinik P. ___ an.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Frage der Integritätsentschädigung hielt Dr. D. ___ fest, gestützt auf die aktuellen Röntgenaufnahmen bestehe am linken Knie lediglich eine beginnende femorotibiale Arthrose. Beim rechten Knie seien nahezu keine oder nur die geringfügigsten degenerativen Veränderungen nachweisbar. Bei der arthroskopischen Menispektomie des medialen Meniskushinterhorns links am 21. März 2002 hätten sich bereits erhebliche degenerative Veränderungen ergeben. Diesbezüglich sei von einem degenerativen Vorzustand auszugehen. Insgesamt liege keine unfallbedingte, erhebliche und bleibende Schädigung der Integrität vor und daher sei keine Integritätsentschädigung zu leisten (Urk. 9/69 S. 4).

E. 3.11

Gemäss E.____-Gutachten vom 6. April 2009 (Urk. 16) war der Beschwerdeführer am 5. und am 29. Januar 2009 internistisch, orthopädisch, rheumatologisch und psychiatrisch untersucht worden (S. 1). Aufgrund der zusammenfassenden interdisziplinären Beurteilung der Untersuchungsergebnisse stellten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 39):

- Gonalgien beidseits, bestehend seit Herbst 2001
- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen sowie bei einer Fehlhaltung und bei einer muskulären Dysbalance, bestehend seit Herbst 2006
- rezidivierendes, belastungsabhängiges, zervikobrachiales und zervikozephalales Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen sowie bei einer Streckhaltung und bei einer muskulären Dysbalance, bestehend seit Herbst 2006
- Dysthymia, bestehend seit Herbst 2006

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie folgende Diagnosen (S. 39 f.):

- somatoforme Schmerzstörung mit multilokulärem Schmerzsyndrom bei einer myofaszialen Komponente, sich entwickelnd seit Herbst 2006
- rezidivierende Magenschmerzen unter NSAR, therapiert mit Nexum
- anamnestisch beginnende Prostatahyperplasie
- anamnestisch Hypercholesterinämie

Anlässlich der Untersuchungstermine vom 5. und 29. Januar 2009 habe der Beschwerdeführer vordergründig über Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates geklagt. Den Hauptschmerz habe er im Bereich des linken Kniegelenks lokalisiert, weniger ausgeprägt habe er über Schmerzen im rechten Knie, im lumbalen und zervikalen Rückenbereich sowie über beginnende Schmerzen in den Ellbogenbereichen und Handgelenken beidseits geklagt. Eine Graduierung des Schmerzausmasses gemäss VAS-Skala habe der Beschwerdeführer nicht angeben können. Sowohl bei der orthopädischen als auch bei der rheumatologischen Untersuchung hätten sich bei ihm ein Schonhinken links sowie eine beidseitige Quadricepsatrophie linksbetont gezeigt (S. 42 oben). Aufgrund der erneut im Spital Interlaken angefertigten Röntgenbilder habe das postoperative Resultat von den fachspezifischen Teilgutachten mit einer optimalen Korrektur verzeichnet werden können; Anhaltspunkte für eine Rückkorrektur beständen keine (S. 42 Mitte). Weiter führten die Gutachter aus, es hätten sich keine wesentlichen segmentalen Funktionsstörungen, insbesondere keine Blockierung der HWS und keine Haltungsinsuffizienz gefunden. Auf der Höhe der LWS habe sich eine diffuse Kopf- und Berührungsdolenz der Processi spinosi wie auch der paraspinalen Muskulatur gezeigt. Die Beweglichkeitsprüfung sei bei zusätzlicher Selbstlimitierung durch den Beschwerdeführer um zirka die Hälfte eingeschränkt gewesen (S. 42 unten).

Bei der Prüfung des Neurostatus seien keinerlei neurologische Defizite nachweisbar gewesen und Hinweise auf eine Radikulopathie oder eine Myelonaaffektion beständen ebenfalls nicht (S. 42 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ferner sei bei allen Untersuchungen des Bewegungsapparates des Beschwerdeführers ein deutliches Missverhältnis zwischen den von ihm appellativ geäusserten stärksten Schmerzen und den klinischen und radiologischen Befunde aufgefallen. Es bestehe somit der dringende Verdacht auf das Vorliegen einer Schmerzverarbeitungsstörung. Therapeutisch könne gemäss den fachspezifischen Teilgutachten eine Verbesserung sowohl der Schmerzen als auch der Muskelatrophien und dementsprechend sekundären Instabilitäten des Bewegungsapparates durch eine intensive aktive wie auch passive Physiotherapie erzielt werden (S. 43 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus psychiatrischer Sicht liege eine Dysthymia vor. Als Hauptsymptome dieser psychiatrischen Erkrankung würden sich beim Beschwerdeführer eine dysthyme ängstliche Stimmung, eine Stimmungs labilität mit Wutausbrüchen, eine Däunhätigkeit, ein ruminatives Denken sowie eine Veränderung von Schlaf und Energie bei persistierenden chronischen Schmerzen vorliegen. Aufgrund der fehlenden Korrelation von subjektivem Schmerzempfinden und objektiven Untersuchungsbefunden könne auch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gestellt werden (S. 43 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, die in den Teilgutachten genannten prozentualen Leistungseinschränkungen kumulierten sich nicht, sondern seien lediglich fachspezifisch zu interpretieren. Somit sei die im psychiatrischen Teilgutachten gewertete Leistungseinschränkung von 20 % und die im rheumatologischen Teilgutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % in der aus orthopädischer Sicht interpretierten Arbeitsunfähigkeit enthalten. In der angestammten Tätigkeit als Baumaschinenmechaniker sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit habe ab September 2006 bis Ende März 2007 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Spätestens ab April 2007 sei der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu mindestens 60 % arbeitsfähig; dabei bestehe keine zusätzliche Leistungseinschränkung (S. 43 unten).

4.

4.1 Ä Ä Ä Ä Vorweg ist zu präfen, ob die diagnostizierte depressive Entwicklung eine adäquate Folge des Unfalls vom 17. August 2001 ist. Dabei ist die Frage der Adäquanz gemäss der mit BGE 115 V 133 begründeten Praxis zu präfen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Hinblick auf die Adäquanzprüfung ist zuerst die Schwere des Unfallereignisses zu würdigen.

4.2 Ä Ä Ä Ä Am 17. August 2006 sprang der Beschwerdeführer von einer Baumaschine und zog sich dabei eine Kontusion beider Kniegelenke zu. Im weiteren Verlauf wurde eine Läsion des medialen Meniskus an beiden Kniegelenken festgestellt (Urk. 9/1 Ziff. 6, Urk. 9/5 Ziff. 5, Urk. 9/54 S. 2 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) hat in BGE 115 V 139 Erw. 6a einen gewöhnlichen Sturz und ein Ausrutschen als Beispiele für ein leichtes Unfallereignis aufgeführt. Leichte Unfälle wurden auch angenommen bei einem Treppensturz auf das Gesäss mit initial einem Verdacht auf Handgelenksbruch und später festgestelltem Steissbeinbruch (Urteil des EVG in Sachen S. vom 19. Dezember 2001, U 91/01), bei einem Ausgleiten beim Tragen einer Motorsäge auf abschüssigem Gelände im Wald (Urteil des EVG in Sachen S. vom 7. April 2005, U

221/04), bei einem Sturz auf einer Eisfläche mit Kopfanprall (Urteil des EVG in Sachen E. vom 25. Februar 2003, U 78/02), bei einem Sturz bei Eisregen mit Schenkelhalsbruch (Urteil des EVG in Sachen R. vom 2. Dezember 2002, U 145/02), bei einem Sturz beim Hinuntersteigen von einer Baumaschine (Urteil des EVG in Sachen M. vom 17. Oktober 2000, U 18/00) sowie bei einem Schlag eines 600 Kilogramm schweren Betonblocks an den rechten Oberarm während Betonfräsarbeiten (Urteil des EVG in Sachen S. vom 15. Oktober 2001, U 5/01 + U 7/01).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mittelschwere Unfälle im Grenzbereich zu den leichten Unfällen wurden angenommen, bei einem schweren Sturz auf den Rücken (BGE 123 V 141 Erw. 3d), bei einem Ausgleiten beim Hinuntersteigen von einer Böschung mit anschliessendem heftigem Aufschlagen mit dem Rücken auf einem Betonstück am Boden (BGE 115 V 144 Erw. 11a-b), bei einem Sturz von einem 1,2 Meter hohen Gerüst mit einer Calcaneusfraktur (RKUV 1998 Nr. U 307 S. 449), bei einem Sturz in einen Lichtschacht mit Kontusion der rechten Hüfte und Distorsion des rechten Knies und beim Sturz auf einer schneeglatten Unterlage mit Läsion der Supraspinatussehne an der linken Schulter (Urteil des EVG in Sachen D. vom 5. August 2003, U 232/02) sowie beim Sturz an einem steinigem Flussufer hangabwärts auf den Rücken ohne schwere Verletzungen (Urteil des EVG in Sachen P. vom 15. November 2004, U 173/03).

4.3 Ä Ä Ä Ä Vor dem Hintergrund der aufgezeigten, gefestigten Praxis hat die Beschwerdeführerin das Unfallereignis vom 17. August 2001 zu Recht als leichtes eingestuft (Urk. 2 S. 3 oben).

4.4 Ä Ä Ä Ä Ein leichter Unfall ist nach der Rechtsprechung des EVG in der Regel nicht geeignet, einen psychischen Gesundheitsschaden auszulösen (vgl. Erw. 1.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zwar kann auch ein leichter Unfall die adäquate Ursache einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit sein, erforderlich ist allerdings, dass die unmittelbaren Unfallfolgen geeignet sind, psychische Störungen hervorzurufen. Zudem müssen die bei Unfällen mittleren Grades herangezogenen Kriterien kumuliert oder in besonderer Schwere auftreten (Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zürich Basel Genf 2003, S. 54 f., mit Hinweisen). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass sich eine Meniskusläsion aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung nicht als Ursache für eine psychische Fehlentwicklung, wie sie beim Beschwerdeführer eingetreten ist, eignet.

4.5 Ä Ä Ä Ä Auch wenn der Unfall eine depressive Entwicklung hervorzurufen vermöchte, wären die bei Unfällen mittleren Grades für eine Adäquanzprüfung besonderen Umstände wie beispielsweise ein verzögerter Heilungsverlauf, eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit oder Komplikationen durch eine besondere Art der erlittenen Verletzungen (vgl. RKUV 1998 Nr. U 297 S. 243 ff.) vorliegend nicht erstellt.

4.6 Ä Ä Ä Ä Da es damit an einem adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und des psychischen Zustandes fehlt, ist der Einspracheentscheid der SUVA vom 14. August 2008 (Urk. 2) in Bezug auf das psychische Leiden nicht zu beanstanden.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

5.1 Ä Ä Ä Ä Es ist unbestritten, dass sich der Beschwerdeführer am 17. August 2001 eine Kontusion beider Kniegelenke zuzog. Im weiteren Verlauf wurde eine Läsion des medialen Meniskus an beiden Kniegelenken festgestellt.

5.2. Vorweg ist festzuhalten, dass der medizinische Verlauf und die damit zusammenhängenden Evaluationen durch Fachärzte von einer umfassenden und sorgfältigen medizinischen Abklärung der Beschwerdegegnerin zeugen. Alle vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden wurden, zum Teil mehrmals, eingehend abgeklärt und beurteilt. Damit steht fest, dass die medizinischen Akten ein genügend klares Bild bezüglich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ergeben, so dass auf die Durchführung weiterer Abklärungen verzichtet werden kann.

5.3. In Würdigung der medizinischen Akten ist festzuhalten, dass die den Beschwerdeführer behandelnden Ärzte im Wesentlichen von denselben Krankheitsbildern ausgehen. Aus den medizinischen Beurteilungen geht übereinstimmend hervor, dass es dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar ist, seine angestammte Tätigkeit als Baumaschinenmechaniker auszuüben.

5.4. Zur Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit äußerten sich Dr. Q. und Dr. R., Dr. D. und die Ärzte der E.. Dr. Q. und Dr. R. hielten fest, der Beschwerdeführer sei in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden, vorwiegend sitzenden Arbeit zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 9/54 S. 2 oben). Weiter führten sie in ihrer Beurteilung aus, dass zum Zeitpunkt des Austritts aus der Rehaklinik P. das linke Knie des Beschwerdeführers reizlos gewesen sei; es habe keine Rötung, keine Schwellung und keine Überwärmung bestanden (Urk. 9/54 S. 3 Mitte).

Dr. D. führte aus, er schliesse sich bezüglich Arbeitsfähigkeit der Einschätzung von Dr. Q. und Dr. R. an (Urk. 9/69 S. 4). Nach der Untersuchung des Beschwerdeführers und aufgrund der Diagnose Knie - wie bereits nach mehreren Konsultationen in der H. Klinik - die ausgeprägte Schmerzhaftigkeit des linken Kniegelenks nicht erklärt werden (Urk. 9/69 S. 3 f.). Das rechte Knie sei völlig reizlos und in der Bewegung nicht eingeschränkt. Unabhängig von den noch durchzuführenden therapeutischen Massnahmen beziehungsweise einer fortzusetzenden Schmerzmedikation sehe Dr. D. keine wesentlichen Beeinflussungsmöglichkeiten mehr. Der Beschwerdeführer habe angegeben, die Schmerzen seien auch unter Einnahme von Medikamenten unerträglich. Dies sei ein Hinweis darauf, dass das Schmerzerleben möglicherweise auf die gegenwärtig vorhandene Depression zurückzuführen sei (Urk. 9/69 S. 4).

Die Ärzte des E.-Gutachtens hielten fest, der Beschwerdeführer sei in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu mindestens 60 % arbeitsfähig (Urk. 16 S. 43 unten). In Übereinstimmung mit der Beurteilung von Dr. D. hielten sie fest, nach der Untersuchung des Bewegungsapparates des Beschwerdeführers sei ein deutliches Missverhältnis zwischen dem Schmerzempfinden des Beschwerdeführers und klinischen und radiologischen Befunden gegeben. Es bestehe somit der dringende Verdacht einer Schmerzverarbeitungsstörung (Urk. 16 S. 43 oben). Die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ist, wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Duplik vom 2. Juli 2009 zu Recht ausführte, darauf zurückzuführen, dass die Gutachter bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ebenfalls unfallfremde Beschwerden berücksichtigt haben (vgl. Urk. 16 S. 39, Urk. 19 S. 2 Ziff. 2.b). Damit kann auf die Einschätzung der Gutachter im E.-Gutachten nicht abgestellt werden.

5.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gestützt auf die Berichte von Dr. Q. und Dr. R. sowie Dr. D., welche im Übrigen die nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vorausgesetzten Kriterien (vgl. Erw. 1.5) erfüllen, in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden, vorwiegend sitzenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist (Urk. 9/54 S. 2 oben, Urk. 9/69 Mitte).

6. 6.1 6.2 6.3

6.1 Die Beschwerdegegnerin stellte im angefochtenen Entscheid auf ein Valideneinkommen von Fr. 63'700.-- ab (vgl. Urk. 2 S. 6 Erw. 4). Die Berechnung des Valideneinkommens ist unbestritten geblieben (Urk. 1 S. 11 Ziff. 46.1) und nicht zu beanstanden.

6.2 Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschadens zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt, ist das 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 nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder DAP-Zahlen herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1).

6.3 Die Beschwerdegegnerin hat der Festsetzung des Invalideneinkommens gemäss der Verfügung vom 29. November 2007 (Urk. 9/91) und dem Einspracheentscheid vom 14. August 2008 (Urk. 2) fünf DAP-Profile zu Grunde gelegt. Bei den fünf ausgewiesenen Arbeitsplätzen handelt es sich um körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, nämlich als Betriebsmitarbeiter in der Industrie (zweimal), Leiter, Kontrolleur, Montagemitarbeiter (Urk. 9/88), die dem durch Dr. Q. und Dr. R. sowie Dr. D. ermittelten Zumutbarkeitsprofil entsprechen (vgl. Erw. 5.4). Die Dokumentation beinhaltet fünf konkrete Arbeitsplätze, wobei für jede Stelle ein Tätigkeitsbeschreibung und Angaben über den Durchschnitts- sowie den Höchst- und Tiefstlohn angegeben sind. Die Dokumentation genügt damit den von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen (vgl. BGE 129 V 480 Erw. 4.2.2), weshalb auf das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invalideneinkommen von Fr. 52'818.-- abzustellen ist. Damit erweist sich die Zusprache einer Rente ab 1. Februar 2008 basierend auf einem Invaliditätsgrad von 17 % als rechtens.

E. 4

Es sei von Amtes wegen, nach Vorliegen des beantragten Gutachtens, die Berentung des Beschwerdeführers neu zu verfahren.

E. 5

Es sei im Rahmen des einzuholenden medizinischen Gutachtens das Vorliegen eines Integritätsschadens abzuklären und gegebenenfalls dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung zuzusprechen.

E. 6

Es sei dem Versicherten in der Person der unterzeichneten Rechtsanwältin gestützt auf ATSG 37 IV die unentgeltliche Verbeiständung zu gewähren.

E. 7

7.1. Zu prüfen bleibt der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung für die Folgen des Unfalls vom 17. August 2001. Während die Beschwerdegegnerin davon ausging, dass durch den Unfall vom 17. August 2001 keine einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung begründende Integritätseinbusse resultiere (Urk. 2 S. 6 f., Erw. 5), bringt der Beschwerdeführer vor, dass er eine Integritätseinbusse erlitten habe (Urk. 1 S. 12 Ziff. 47).

7.2. Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG). Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

7.3. Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 32 Erw. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 Prozent nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die vorübergehende Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 Prozent des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

7.4. Die Medizinische Abteilung der SUVA hat in Weiterentwicklung der bundesrechtlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinraster) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtsätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den «Regelfall» gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 Erw. 1c, 116 V 157 Erw. 3a).

7.5. Die Schwere des Integritätsschadens wird nach dem medizinischen Befund beurteilt. Die Beurteilung der Integritätseinbusse obliegt den ärztlichen Sachverständigen. Dem Gericht ist es nicht möglich, die Beurteilung aufgrund der aktenkundigen Diagnosen selber vorzunehmen, da die Ausschöpfung des in den Tabellen offengelassenen Bemessungsspielraums entsprechende Fachkenntnisse voraussetzt (RKUV 1998 Nr. U 296 S. 235 E. 2d; Urteile des EVG i.S. vom 28. Mai 2008, 8C_505/2007, E. 3.2, i.S. A. vom 23. April 2007, U 121/06, E. 4.2, i.S. R. vom 13. Januar 2002, U 191/00, E. 2c).

7.6. Der Bericht von Dr. D. ___ vom 13. September 2007 (Urk. 9/69) erfüllt auch in Bezug auf die Beurteilung des Integritätsschadens die nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vorausgesetzten Kriterien und vermag auch inhaltlich zu überzeugen. Darin hielt Dr. D. ___ fest, nach aktuell vorliegender Röntgendiagnostik sei lediglich eine beginnende femorotibiale Arthrose feststellbar. Bezüglich des rechten Knies führte er aus, es seien nahezu keine oder nur die geringfügigsten degenerativen Veränderungen nachweisbar. Bezüglich der Schmerzen im rechten Knie hielten auch Dr. Q. ___ und Dr. R. ___ fest, dass diese Beschwerden nicht auf den Unfall zurückzuführen seien. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass es bei der Bemessung des Integritätsschaden um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität geht, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1 mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 191/00 vom 14. Januar 2002, E. 2a). Daher kann das subjektive Schmerzempfinden des Beschwerdeführers, welches in einem deutlichen Missverhältnis zu den klinischen und radiologischen Befunde steht (vgl. Urk. 16 S. 43 oben), nicht berücksichtigt werden.

7.7. Daher liegt vorliegend lediglich eine unfallbedingte leichte Arthrose am rechten Knie vor, welche keinen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung rechtfertigt (vgl. Tabelle 5, Integritätsschaden bei Arthrosen).

7.8. Damit erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. August 2008 als rechters, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

8.1. Bezüglich der Eingabe des Beschwerdeführers vom 11. Februar 2010 (Urk. 26) ist festzuhalten, dass gemäss der ständigen Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts der angefochtene Entscheid die Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 129 V 256 Erw. 1, 129 V 169 Erw. 1, je mit weiteren Hinweisen). Eine allfällige Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes des Beschwerdeführers nach Erlass des Einspracheentscheides vom 14. August 2008 ist für die Beurteilung des vorliegenden Falles somit unerheblich. Eine Veränderung des Sachverhaltes nach Erlass des strittigen Entscheides kann grundsätzlich nur im Rahmen eines neuen Verfahrens überprüft werden. Deshalb hat sich das Gericht auf diejenigen Tatsachen zu stützen, welche im Zeitpunkt des angefochtenen Entscheides vorhanden waren.

8.2. Ferner ergibt sich aus der Mitteilung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 17. September 2009 nicht, ob bei der beruflichen Abklärung in der Abklärungs- und Eingliederungsstätte Appisberg in Männedorf vom 16. November 2009 bis 15. Februar 2010 (Urk. 27) nur unfallkausale Folgen oder auch unfallfremde Faktoren mitberücksichtigt werden.

9.1.1.1.1.1.1

9.1.1.1.1.1.1 Mit Verfügung vom 7. November 2009 wurde das Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsvertretung gutgeheissen (Urk. 10).

1.1.1.1.1.1.1 Mit Honorarnote vom 11. Februar 2008 machte die Rechtsverteilerin des Beschwerdeführerin einen Aufwand von 18.92 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 345.90 zuzüglich Mehrwertsteuer) geltend (Urk. 25).

9.2.1.1.1.1.1 Nach Massgabe von Art. 9 der Verordnung über die sozialversicherungsgerichtlichen Gebühren, Kosten und Entschädigungen in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 der Verordnung ist ein unnötiger Aufwand des Rechtsbeistandes nicht zu ersetzen.

Ein Aufwand von annähernd 19 Stunden kann nicht mehr als dem Schwierigkeitsgrad des vorliegenden Falles und der Bedeutung der Streitsache angemessen beurteilt und somit nicht vollumfänglich zu Lasten der Gerichtskasse entschädigt werden.

1.1.1.1.1.1.1 In Würdigung aller Umstände ist ein Aufwand von maximal 11 Stunden als gerechtfertigt zu erachten, womit die Rechtsverteilerin beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) mit Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist.

Das Gericht erkennt:

1.1.1.1.1.1.1 Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.1.1.1.1.1.1 Das Verfahren ist kostenlos.

3.1.1.1.1.1.1 Die unentgeltliche Rechtsverteilerin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Maria-Luisa Fuentes, Käsnacht ZH, wird mit Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

4.1.1.1.1.1.1 Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Maria-Luisa Fuentes

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

5.1.1.1.1.1.1 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).

1.1.1.1.1.1.1 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.