



8C_27/2019

Urteil vom 20. August 2019

I. sozialrechtliche Abteilung

Besetzung

Bundesrichter Maillard, Präsident,
Bundesrichterin Heine, Bundesrichter Wirthlin,
Gerichtsschreiberin Betschart.

Verfahrensbeteiligte

A. _____,
vertreten durch Rechtsanwalt Marco Unternährer,
Beschwerdeführer,

gegen

SWICA Versicherungen AG,
Römerstrasse 37, 8400 Winterthur,
Beschwerdegegnerin.

Gegenstand

Unfallversicherung (Kausalzusammenhang),

Beschwerde gegen den Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Obwalden vom 18. Dezember 2018 (VB 18/003/DOM).

Sachverhalt:

A.

A.a. A. _____, geboren 1960, war bei der B. _____ AG als Plakatanschläger angestellt und über die Arbeitgeberin bei der SWICA Versicherungen AG (im Folgenden: SWICA) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 27. Mai 2015 beklebte A. _____ eine drei Meter hohe Plakatwand. Beim Herabsteigen von der Leiter verfehlte er die zweitletzte Sprosse und verletzte sich dabei am linken Knie. Die SWICA anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen in Form von Heilbehandlungen und Taggeld. Am 23. Oktober 2015 wurde A. _____ operiert; dabei wurde insbesondere eine Innenmeniskusbasisnaht angebracht. Wegen anhaltender Schmerzen erfolgte am 23. Dezember 2015 eine zweite Operation, bei der ein Teil des Meniskus entfernt wurde. Weil die Schmerzen weiter bestanden, erfolgte am 8. Juni 2016 eine dritte Operation, bei der unter anderem eine mediale Teilmeniskektomie und eine Unterschenkelvalgisationsosteotomie vorgenommen wurden. In deren Folge wurde bei A. _____ anlässlich einer Kontrolle vom 18. Oktober 2016 ein Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) diagnostiziert. Am 19. September 2016 kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis per 31. Dezember 2016.

Die SWICA holte eine Aktenbeurteilung ihres beratenden Arztes, Dr. med. C. _____, FMH Allgemein- und Unfallchirurgie, vom 27. November 2016 ein. Gestützt darauf teilte sie A. _____ mit Schreiben vom 8. Dezember 2016 mit, dass die natürliche Kausalität aufgrund des erreichten Status quo sine ab 1. März 2016 weggefallen sei. Ab diesem Zeitpunkt bestehe keine Leistungspflicht der obligatorischen Unfallversicherung mehr. A. _____ reichte mit seiner Stellungnahme Berichte der Dres. med.

D. _____, FMH Chirurgie, spez. Allgemeinchirurgie und Traumatologie, vom 5. Januar 2017 und

E. _____, FMH orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, vom 10. Januar 2017 ein. Nach Einholung einer weiteren Stellungnahme des Dr. med. C. _____ vom 18. Januar 2017

hielt die SWICA in der Verfügung vom 2. Februar 2017 an der Leistungseinstellung fest und ergänzte, dass sie die bis zum Verfügungszeitpunkt erbrachten Heilkostenleistungen nicht zurückfordern und allenfalls zu viel erbrachte Taggelder mit der Krankentaggeldversicherung verrechnen werde. Dagegen erhob A. _____ Einsprache.

A.b. Weil A. _____ rückwirkend ab 1. Juli 2016 eine IV-Rente zugesprochen worden war, stellte die SWICA mit Verfügung vom 27. April 2017 fest, dass in der Zeit vom 28. Mai 2015 bis 15. Dezember 2016 eine Überentschädigung in der Höhe von Fr. 21'986.05 entstanden sei. Die Verrechnung dieses Betrags mit der Nachzahlung der IV-Rente durch die Ausgleichskasse sei veranlasst worden. Sollte ein Härtefall gemäss Art. 51 UVV vorliegen, müsste die Kürzung allerdings überprüft werden. Auch diese Verfügung focht A. _____ mit Einsprache an.

A.c. Die SWICA vereinigte die Verfahren und wies die Einsprachen mit Entscheid vom 16. Januar 2018 ab.

B.

Mit Entscheid vom 8. Dezember 2018 hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Obwalden die dagegen erhobene Beschwerde teilweise gut und wies die Sache zur Prüfung eines Härtefalls an die SWICA zurück. Im Übrigen wies es die Beschwerde ab und bestätigte den Einspracheentscheid vom 16. Januar 2018.

C.

A. _____ lässt Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten führen. Er beantragt, ihm seien unter Aufhebung des angefochtenen Entscheids die ihm gesetzlich zustehenden Leistungen der Unfallversicherung zuzusprechen. Die Sache sei zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zudem ersucht er um unentgeltliche Rechtspflege.

Die SWICA und das Bundesamt für Gesundheit verzichten auf eine Vernehmlassung. Die Vorinstanz schliesst auf Beschwerdeabweisung.

A. _____ liess am 15. Juli 2019 weitere Dokumente einreichen, die den übrigen Verfahrensbeteiligten zur Kenntnis zugestellt wurden.

Erwägungen:

1.

1.1. Die Beschwerde an das Bundesgericht ist zulässig gegen Endentscheide, d.h. gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen (Art. 90 BGG) und gegen Teilentscheide, die nur einen Teil der gestellten Begehren behandeln, wenn diese unabhängig von den anderen beurteilt werden können, oder die das Verfahren nur für einen Teil der Streitgenossen und Streitgenossinnen abschliessen (Art. 91 BGG). Gegen selbständig eröffnete Vor- und Zwischenentscheide ist die Beschwerde hingegen nur zulässig, wenn sie die Zuständigkeit oder den Ausstand betreffen (Art. 92 BGG), einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Rückweisungsentscheide, mit denen eine Sache zur neuen Entscheidung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, sind Zwischenentscheide, die nur unter den genannten Voraussetzungen beim Bundesgericht angefochten werden können (**BGE 140 V 282 E.** 2 S. 284; **138 I 143 E.** 1.2 S. 148; Urteil 8C_315/2018 vom 14. August 2018 E. 1.2 in: SVR 2019 UV Nr. 8 S. 30).

1.2. Die Vorinstanz hiess die Beschwerde insofern teilweise gut, als sie die Beschwerdegegnerin anwies, bezüglich der Verrechnung der festgestellten Überentschädigung von Fr. 21'986.05 mit der Rentennachzahlung der Invalidenversicherung das Vorliegen eines Härtefalls zu prüfen. In diesem Umfang handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid, der das Verfahren nicht abschliesst (zumal der Beschwerdegegnerin ein Entscheidungsspielraum verbleibt) und aus dem dem Beschwerdeführer kein nicht wieder gutzumachender Nachteil erwächst. Allerdings gilt es zu beachten, dass der hier angefochtene Entscheid auf zwei Verfügungen unterschiedlichen Inhalts zurückgeht: einerseits betreffend die Einstellung der Versicherungsleistungen (Verfügung vom 2. Februar 2017) und andererseits zur Feststellung der Überentschädigung und Anordnung der Verrechnung (Verfügung vom 27. April 2017). Die Frage der Leistungseinstellung hat die Vorinstanz abschliessend beurteilt, somit ist hier, auch mit Blick auf die Entstehungsgeschichte des Entscheids, von einem selbstständig anfechtbaren Teilentscheid auszugehen. Auf die Beschwerde, die sich im Übrigen einzig gegen diesen Teilentscheid richtet, ist daher einzutreten. Daran ändert nichts, dass das Bestehen eines Härtefalls im Fall der Gutheissung der Beschwerde unter Umständen anders zu beurteilen wäre als bei einer Beschwerdeabweisung.

2.

2.1. Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzungen gemäss Art. 95 und 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG), doch prüft es, unter Berücksichtigung der allgemeinen Rüge- und Begründungspflicht im Beschwerdeverfahren (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG), grundsätzlich nur die geltend gemachten Vorbringen,

falls allfällige weitere rechtliche Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (**BGE 141 V 234** E. 1 S. 236; **138 I 274** E. 1.6 S. 280).

2.2. Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Militär- oder Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG).

2.3. Auch im Geltungsbereich von Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG dürfen neue Tatsachen und Beweismittel nur so weit vorgebracht werden, als erst der Entscheid der Vorinstanz dazu Anlass gibt (Art. 99 Abs. 1 BGG; unechte Noven, vgl. BGE 135 V E. 3.4 S. 199 f.). Tatsachen oder Beweismittel, welche sich auf das vorinstanzliche Prozessthema beziehen, sich jedoch erst nach dem angefochtenen Entscheid ereignet haben oder entstanden sind, können von vornherein nicht durch das angefochtene Urteil veranlasst worden sein. Diese sogenannten echten Noven sind im bundesgerichtlichen Verfahren in jedem Fall unzulässig (**BGE 139 III 120** E. 3.1.2 S. 123; **133 IV 342** E. 2.1 S. 343 f.). Der Beschwerdeführer reichte hier Fotos ein, die den Zustand seiner Beine per Ende 2018 aufzeigen sollen. Soweit diese Bilder (gemäss Datumsaufdruck auf der Rückseite) vor dem angefochtenen Entscheid entstanden sind, legt der Beschwerdeführer nicht dar, weshalb er sie nicht bereits im vorinstanzlichen Verfahren aufgelegt hat. Sie sind daher nicht zu beachten. Der erst nach dem angefochtenen Entscheid verfasste Bericht des Dr. med. E. _____ vom 27. Mai 2019 sowie die gleichzeitig vorgelegten, "aktuellen" Fotos haben als echte Noven ebenfalls unbeachtlich zu bleiben. Aus dem gleichen Grund ist auch die beantragte Zeugeneinvernahme nicht durchzuführen. Überdies ist ohnehin der Sachverhalt zu beurteilen, wie er sich bis zum massgeblichen Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 16. Januar 2016 entwickelt hat (**BGE 129 V 167** E. 1 S. 169).

3.

3.1. Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz Bundesrecht verletzte, indem sie die von der Beschwerdegegnerin angeordnete Leistungseinstellung per 1. März 2016 schützte. Im Zentrum steht dabei die Frage, ob die weiterhin geklagten Beschwerden, insbesondere das Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) im linken Bein, Unfallfolgen darstellen, m.a.W. ob sie kausal auf das Unfallereignis vom 27. Mai 2015 zurückzuführen sind.

3.2. Das kantonale Gericht legte die hier massgebenden rechtlichen Grundlagen zutreffend dar. Dies betrifft die Ausführungen zu den Voraussetzungen des Anspruchs auf Versicherungsleistungen (Art. 4 ATSG; Art. 6 Abs. 1 UVG), insbesondere zum Erfordernis eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs (**BGE 129 V 177** E. 3 S. 181 ff.) und zu den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an ärztliche Berichte (**BGE 134 V 231** E. 5.1 S. 232; **125 V 351** E. 3a S. 352), speziell bei versicherungsinternen Ärzten (**BGE 135 V 465** E. 4.4 S. 469) sowie bei Aktengutachten (Urteil 8C_780/2016 vom 24. März 2017 E. 6.1). Darauf wird verwiesen.

3.3. Zu ergänzen ist einerseits Folgendes: Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteile 8C_93/2019 vom 23. August 2019 E. 2.2; 8C_354/2007 vom 4. August 2008 E. 2.2 mit Hinweisen, in: SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9; vgl. auch 8C_901/2009 vom 14. Juni 2010 E. 3.2 mit Hinweisen, in: SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12).

Andererseits ist darauf hinzuweisen, dass der obligatorische Unfallversicherer seine Leistungen gemäss Art. 6 Abs. 3 UVG auch für Schädigungen zu erbringen hat, die dem Verunfallten bei einer Heilbehandlung (Art. 10 UVG) zugefügt werden. Ferner bestimmt Art. 10 UVV, dass der Versicherer seine Leistungen auch für Körperschädigungen erbringt, welche der Versicherte durch von ihm angeordnete oder sonst wie notwendig gewordene medizinische Abklärungsmassnahmen erleidet. Diese Haftung erstreckt sich auch auf Gesundheitsschädigungen, die auf Behandlungsmassnahmen im Anschluss an einen Unfall zurückzuführen sind. Es muss weder ein Behandlungsfehler vorliegen noch der Unfallbegriff erfüllt noch ein Kunstfehler oder auch nur objektiv eine Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht gegeben sein. Der Unfallversicherer hat aber nur für Schädigungen aufzukommen, die in einem natürlichen und adäquat kausalen Zusammenhang mit den durch den versicherten Unfall erfolgten Heilbehandlungen und medizinischen Abklärungsuntersuchungen stehen (**BGE 128 V 169** E. 1c S. 172 mit Hinweisen; Urteile 8C_433/2008 vom 11. März 2009 E. 2.2, in: SVR 2009 UV Nr. 45 S. 158; 8C_510/2007 vom 3. Oktober 2008 E. 4.2 in: SVR 2009 UV Nr. 9 S. 35).

4.

4.1. Die Vorinstanz verneinte die Kausalität der nach Ende Februar 2016 geklagten Beschwerden hauptsächlich gestützt auf die Aktenbeurteilung des Dr. med. C. _____ vom 27. November 2016 und seine ergänzende Aktenbeurteilung vom 18. Januar 2017, denen sie Beweiswert zusprach.

4.2. Dr. med. C. _____ ging vom Ablauf gemäss Unfallmeldung vom 15. Juni 2015 aus und schloss auf ein Bagatelltrauma, das nicht geeignet gewesen sei, eine mediale Meniskusläsion zu verursachen. So habe sich im ersten MRI vom 9. Juni 2015 kein Meniskusriss, sondern lediglich ein Knochenmarködem am Tibiakopf gezeigt. Diese Veränderung sei wahrscheinlich eher durch Überlastung als durch das Trauma bedingt gewesen. Im zweiten MRI vom 2. September 2015 sei dieses Ödem praktisch vollständig ausgeheilt und der Status quo ante damit eigentlich erreicht gewesen. Trotzdem sei in der Folge bei anhaltender Beschwerdesymptomatik eine Arthroskopie des linken Kniegelenks durchgeführt worden, bei der eine gewisse Instabilität des Innenmeniskus zur Darstellung gekommen sei, nicht hingegen eine gesicherte durchgehende Rissbildung. Weder die erste Operation mit Refixation des medialen Meniskus noch die zweite Arthroskopie mit Teilresektion des medialen Meniskus hätten zu einer Verbesserung der Beschwerdesymptomatik geführt. Demzufolge sei es unwahrscheinlich, dass die Beschwerden auf die Meniskusinstabilität zurückzuführen seien. Vielmehr sei davon auszugehen, dass der Status quo sine spätestens Ende Februar 2016 erreicht gewesen sei. Die spätere Symptomatik und insbesondere die später durchgeführte, dritte Operation (Valgisationsosteotomie), von der der Patient ebenfalls nicht profitiert habe, könnten nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 27. Mai 2015 zurückgeführt werden. Worauf die aktuellen Beschwerden des Patienten zurückzuführen seien, sei unklar; in Frage komme die unterdessen eingetretene Gonarthrose oder allenfalls ein CRPS. Im Rahmen des Unfalls sei es höchstens zu einer vorübergehenden, aber nicht richtungweisenden Verschlimmerung eines Vorzustands, möglicherweise im Rahmen einer beginnenden medialen Gonarthrose und einem möglicherweise kontusionsbedingten Ödem im medialen Tibiakopf gekommen.

5.

5.1. Der Beschwerdeführer beanstandet zunächst, Dr. med. C. _____ sei von einem tatsachenwidrigen Unfallhergang ausgegangen, insbesondere bezüglich des Zeitpunkts, in dem die Schmerzen eingesetzt hätten. Indem die Vorinstanz dies bestätigt habe, habe sie die Beweismaxime der "Aussage der ersten Stunde" falsch angewendet. Zutreffend seien vielmehr seine eigenen Schilderungen des Unfallgeschehens, wonach er sofort starke Schmerzen verspürt habe.

5.2. Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht gilt, soweit das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (**BGE 126 V 353 E. 5b S. 360**). Bei sich widersprechenden Angaben der versicherten Person über den Unfallhergang ist auf die Beweismaxime hinzuweisen, wonach die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Wenn die versicherte Person ihre Darstellung im Laufe der Zeit wechselt, kommt den Angaben, die sie kurz nach dem Unfall gemacht hat, meistens grösseres Gewicht zu als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers (**BGE 121 V 45 E. 2a S. 47** mit Hinweisen). Der Grundsatz, wonach die ersten Aussagen nach einem schädigenden Ereignis in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, stellt eine im Rahmen der freien Beweiswürdigung zu berücksichtigende Entscheidungshilfe dar. Sie kann nur zur Anwendung gelangen, wenn von zusätzlichen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile U 236/03 vom 19. Mai 2004 E. 3.3.4 in: RKUV 2004 Nr. U 524 S. 546 f.; 8C_325/2017 vom 26. Oktober 2017 E. 4.2.1 in: SVR 2018 UV Nr. 16 S. 54).

5.3. In den Akten finden sich folgende Beschreibungen des Ablaufs des Unfallereignisses:

5.3.1. Gemäss Unfallmeldung vom 15. Juni 2015 stieg der Versicherte nach dem Kleben eines Plakats von der Leiter, verfehlte die zweitletzte Stufe und stiess sich das Knie an der Leiter. Er habe ein Knacksen im Knie gespürt, da er jedoch keine Schmerzen verspürt habe, habe er weiter gearbeitet. Als das Knie in der Folge jedoch immer stärker angeschwollen sei und zu schmerzen begonnen habe, habe er seinen Hausarzt aufgesucht.

5.3.2. Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. F. _____, FMH Allgemeinmedizin, den der Beschwerdeführer am 5. Juni 2015 aufsuchte, hielt im Arztzeugnis UVG vom 27. August 2015 zum Unfallhergang stichwortartig fest: "beim Plakatmontieren Leiter runtergestiegen ausgerutscht Knie verdreht. Schmerzen, Schwellung Knie li".

5.3.3. Dr. med. E. _____ sprach in seinen Berichten stets von einem Sturz von der Leiter mit Verdrehen des linken Knies am 27. Mai 2015 und seither bestehenden stechenden Knieschmerzen auf der Innenseite (z.B. Bericht vom 21. Oktober 2015, Operationsberichte vom 23. Oktober, 23. Dezember 2015 und 8. Juni 2016). In seiner Stellungnahme zum Aktengutachten des Dr. med. C. _____ verneinte er ein

Bagatelltrauma. Ihm sei der Unfallhergang anders geschildert worden. Auch sei der Leitersturz weit anders als eine Bagatelle dokumentiert.

5.3.4. Anlässlich einer Besprechung mit der Care Managerin der Versicherung vom 16. Dezember 2015 führte der Beschwerdeführer aus, er habe sich beim Heruntersteigen von der Leiter das linke Knie verdreht. Er habe starke Schmerzen verspürt, trotzdem habe er weiter gearbeitet und während einer Woche Ponstan eingenommen. Weil die Schmerzen nicht mehr auszuhalten gewesen seien, habe er am 5. Juni 2015 seinen Hausarzt aufgesucht.

5.3.5. In einem Schreiben von Februar 2017, das der des Lesens und Schreibens unkundige Beschwerdeführer mithilfe seiner Ehegattin verfasst hatte, schilderte er den Hergang erneut und hielt unter anderem fest, er sei auf der zweitletzten Sprosse ausgerutscht. Das Bein sei nach vorne geschossen. Er habe das Knie an der Sprosse angeschlagen, und gleichzeitig habe sich das Bein verdreht. Er habe einen Knacks gehört und "höllische Schmerzen" gehabt. Weil sie viel Arbeit gehabt hätten und unter Stress gestanden seien, habe er weiter gearbeitet, am Mittag aber Schmerzmittel nehmen müssen, um den Nachmittag "zu überstehen".

5.4. Ob der Beschwerdeführer beim Herabsteigen von der Leiter ausgerutscht oder gestürzt ist, muss nicht näher geprüft werden. Denn vorliegend ist entscheidend (und umstritten), wann die Schmerzen einsetzen. Gemäss der Unfallmeldung soll dies jedenfalls nicht sofort geschehen sein, so dass er vorerst weitergearbeitet habe (zu welchem - späteren - Zeitpunkt die Schmerzen erstmals auftraten, geht aus dieser Meldung allerdings nicht hervor). Dem Bericht von Februar 2017, wonach er unmittelbar nach dem Ereignis "höllische" Schmerzen verspürt habe, kann insofern nicht gefolgt werden, als der Beschwerdeführer diese dramatische und detailreiche Darstellung erst erstellen liess, nachdem die Versicherung ihre ablehnende Haltung mit Brief vom 8. Dezember 2016 mitgeteilt hatte. Mithin lässt sich nicht ausschliessen, dass dabei versicherungsrechtliche Überlegungen bereits eine Rolle gespielt haben. Immerhin stimmt der Bericht in den Grundzügen mit den früheren Aussagen des Beschwerdeführers gegenüber der Care Managerin überein. Namentlich erwähnte er auch dort eine Verdrehung des Knies beim Herabsteigen von der Leiter, das anschliessende Auftreten von starken Schmerzen sowie die Einnahme von Ponstan, die das Fortsetzen der Arbeitstätigkeit erst ermöglicht habe. Sodann gilt es zu beachten, dass der Beschwerdeführer hier den Geschehensablauf zum ersten Mal mit eigenen Worten einer Mitarbeiterin der Versicherung darlegte, während die Unfallmeldung von einer Sachbearbeiterin der Arbeitgeberin verfasst worden war. Auch hatte er anlässlich dieser Besprechung aufgrund des vorangegangenen Verhaltens der Versicherung noch keinen Anlass, an deren Leistungsbereitschaft zu zweifeln, was seine Darstellung als unbefangen erscheinen lässt. Auch aus der Aussage des Gutachters Dr. med. C. _____, wonach bei einer medialen Meniskusläsion unmittelbar nach dem Ereignis eine erhebliche lokale Schmerzsymptomatik hätte bestehen müssen, lässt sich nichts anderes ableiten. Denn der Gutachter erachtete eine sofortige Arbeitsunfähigkeit nur als wahrscheinlich, nicht aber (wie die Vorinstanz festhält) als sicher, und setzte sich im Übrigen nicht mit der geltend gemachten Einnahme von starken Schmerzmitteln auseinander. Zwar trifft es zu, dass der Beschwerdeführer erst neun Tage nach dem Vorfall seinen Hausarzt aufsuchte. Er begründet dies zum einen wiederum mit der Schmerzmedikation. Zum andern sei ihm eine Arbeit zugewiesen worden, bei der er nicht mehr auf Leitern habe steigen müssen. Auch habe er bereits damals befürchtet, seine Anstellung zu verlieren und wegen seines faktischen Analphabetismus, seiner Dyskalkulie, des Fehlens jeglicher Ausbildung und seines fortgeschrittenen Alters keine neue Anstellung mehr zu finden. Wie es sich damit verhält, muss nicht untersucht werden. Denn jedenfalls erscheint das Zuwarten von neun Tagen auch mit Blick auf das von der Vorinstanz angeführte Urteil 8C_196/2017 vom 18. Juli 2017 (wo der erste Arztbesuch über einen Monat nach dem Unfall stattfand; s. E. 4.3 des Urteils), nicht als übermässig lang. In Abweichung von der Vorinstanz ist somit die Darstellung des Beschwerdeführers gegenüber der Care Managerin der Versicherung als unbefangene Aussage der ersten Stunde massgebend.

6.

6.1. Der Beschwerdeführer beanstandet sodann die Schlussfolgerung des Dr. med. C. _____ und der Vorinstanz, wonach der Unfall zu einer lediglich vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes gekommen und der Status quo sine mit Ausheilung des Knochenmarködems per Ende September 2015, spätestens per Februar 2016 erreicht worden sei. Einerseits sei durch den Bericht des Dr. med. D. _____ widerlegt, dass überhaupt ein krankhafter Vorzustand ursächlich für die Operationen gewesen sei. Andererseits zeigten die Ausführungen des Dr. med. E. _____, dass bildgebend ein Innenmeniskusbasisriss vorgelegen habe, der zum operativen Vorgehen Anlass gegeben habe.

6.2.

6.2.1. Dr. med. D. _____, der den Beschwerdeführer am 29. Dezember 2016 untersucht hatte, hielt in seiner Stellungnahme vom 5. Januar 2017 im Wesentlichen fest, dass in den beiden MRI-Aufnahmen degenerative Veränderungen explizit verneint worden seien. Dies werde durch die Operationsberichte und Bilddokumentationen vom 23. Oktober und 23. Dezember 2015 unterstützt. Somit sei von einem vorgängig gesunden, nicht degenerativ veränderten Kniegelenk auszugehen. Dies werde zudem durch die Aussage des Patienten bestätigt, dass er vor dem Unfall absolut beschwerdefrei gewesen sei. Zwar seien hier viele medizinische Fragen noch nicht geklärt (worauf auch der Gutachter hinweise), doch sei das heutige

klinische Zustandsbild als komplizierter Verlauf der drei unfallbedingt durchgeführten Operationen anzusehen.

6.2.2. Die Vorinstanz setzte sich mit dieser Stellungnahme inhaltlich nicht auseinander, sondern beschränkte sich darauf, ihr jeglichen Beweiswert abzusprechen, weil sie nicht in Kenntnis der vollständigen Akten ergangen sei. Ihr kann jedoch nicht gefolgt werden. Zwar vermögen Berichte behandelnder Ärzte den materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss **BGE 125 V 351** E. 3a S. 352 oftmals nicht zu genügen, weil sich die behandelnden Ärzte in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben und ihre Berichte keine objektive Beurteilung des Gesundheitszustands bezwecken, die einen Entscheid über Versicherungsansprüche ermöglichen würde (**BGE 135 V 465** E. 4.5 S. 470). Dennoch können solche Berichte geeignet sein, die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen (vgl. **BGE 135 V 465** E. 4.6 S. 471). In diesem Fall hat das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (**BGE 135 V 465** E. 4.6 S. 471 und E. 4.4 i.f. S. 470).

6.2.3. Zwar vermag der knappe Bericht des Dr. med. D. _____ keine Kausalität des Unfallgeschehens für die heutigen gesundheitlichen Beschwerden zu begründen. Nicht überzubewerten ist sodann der Hinweis auf die Beschwerdefreiheit vor dem Unfall, gilt es doch stets zu bedenken, dass allein das Auftreten von Beschwerden nach einem Unfallereignis gemäss der unzulässigen Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" (vgl. **BGE 136 V 395** E. 6.5 S. 402) für den Nachweis einer Unfallkausalität nicht genügt. Allerdings erwähnte selbst Dr. med. C. _____ in der ergänzenden Aktenbeurteilung vom 18. Januar 2017, dass sich in der Arthroskopie vom 23. Oktober 2015, also fast fünf Monate nach dem Unfallereignis, offensichtlich keine Knorpelveränderungen im medialen Gelenkkompartiment ergeben hätten. Erst in der Arthroskopie vom 23. Dezember 2015 und im MRI vom 13. Mai 2016 hätten sich erhebliche Knorpelveränderungen gezeigt (was nach so kurzer Zeit aber nicht allein durch die Teilmeniskektomie zu erklären sei). Dass die Operationen unfallbedingt gewesen wären, verneinte er jedoch weiterhin und ergänzte, dass die anhaltende unbefriedigende Situation ätiologisch unklar sei. Immerhin bestehen damit wenigstens gewisse Anhaltspunkte, die am Bestehen eines degenerativen Vorzustands zweifeln lassen.

6.3.

6.3.1. Dr. med. E. _____ legte in seinem Bericht vom 10. Januar 2017 dar, dass die Aktenbeurteilung des Dr. med. C. _____ den vom Radiologen verpassten langstreckigen Innenmeniskusbandriss im MRI vom 2. September 2015 unterschlage, obwohl er (Dr. med. E. _____) in seiner Krankengeschichte vom 21. Oktober 2015 darauf hingewiesen habe. Er beweihe diesen Riss im Rahmen der üblichen Bilddokumentation der Arthroskopie v.a. mit dem Bild rechts in der ersten Zeile (luxierbarer Meniskusabschnitt mit losgelöster Basis). Retrospektiv sei der komplette Riss im MRI einfach zu erkennen; das entscheidende Bild finde sich in der Krankengeschichte bei der ersten Konsultation vom 13. Oktober 2015. Weiter sei die Rissform eindeutig auf ein traumatisches Ereignis zurückzuführen, nicht auf Degeneration.

6.3.2. Im ergänzenden Aktengutachten vom 18. Januar 2017 teilte Dr. med. C. _____ die Ansicht nicht, wonach man den Riss am Innenmeniskus im zweiten MRI erkenne. Auch werde im Operationsbericht vom 23. Oktober 2015 kein durchgehender Riss beschrieben, einen solchen hätte man anlässlich der Arthroskopie zweifelsfrei feststellen können. Es gilt allerdings zu beachten, dass der Verdacht auf einen Meniskusbasisriss den Ausschlag für die Operation vom 23. Oktober 2015 gegeben hatte. In der Arthroskopie wurde zwar kein durchgehender Riss im Sinn eines Korbhenkelrisses, jedoch eine auffällige Hypermobilität des Meniskus festgestellt und mittels einer Naht fixiert. Auch legen die erst ab 23. Dezember 2015 festgestellten Knorpelveränderungen ein unfallkausales Geschehen nahe, wenn sie es (mit Blick auf die Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc", s. vorne E. 6.2.3) auch nicht zu belegen vermöchten. Somit ergeben sich auch aus dem Bericht des Dr. med. E. _____ Indizien, die Zweifel an den Einschätzungen des versicherungsinternen Gutachters zu wecken vermögen.

6.4.

6.4.1. Der Beschwerdeführer wirft der Beschwerdegegnerin ferner vor, sie habe nicht hinreichend abgeklärt, ob tatsächlich ein CRPS vorliege. Damit habe sie ihre Untersuchungspflicht verletzt (Art. 43 ATSG). Immerhin habe auch Dr. med. C. _____ festgehalten, dass die persistierende Symptomatik aktuell diagnostisch nicht geklärt sei. Die Vorinstanz hatte ein CRPS verneint mit der Begründung, dass gemäss der Einschätzung des Gutachters lediglich der Verdacht auf ein CRPS bestehe und sich auch die Dres. med. D. _____ und E. _____ hinsichtlich dieser Diagnose nicht festgelegt hätten. Auch bestünden keine Anhaltspunkte dafür, dass der Versicherte innerhalb der von der Rechtsprechung geforderten Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall an typischen Symptomen für ein CRPS gelitten hätte.

6.4.2. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist für die Annahme eines CRPS nicht erforderlich, dass die Diagnose innerhalb von sechs bis acht Monaten nach dem Unfall gestellt worden sein muss, um sie als unfallbedingt anzusehen. Entscheidend ist, dass anhand rechtzeitig erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb der Latenzzeit von sechs

bis acht Wochen nach dem Unfall zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten (Urteile 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.2; 8C_384/2009 vom 5. Januar 2010 E. 4.1.1 und 4.2.2, in: SVR 2010 UV Nr. 18 S. 69). Eine Kausalität kann auch bejaht werden, wenn das CRPS Folge einer unfallkausalen Operation ist (vgl. Urteil 8C_629/2013 vom 29. Januar 2014 E. 4). Vorliegend wurde das CRPS erstmals am 18. Oktober 2016 diagnostiziert. Sowohl die Dres. med. E. _____ und F. _____ als auch der Versicherte berichteten im Anschluss an die Operation vom 8. Juni 2016 bereits ab Ende Juli 2016 über verschiedene typische Symptome des CRPS wie starke Schmerzen, Überwärmung, Schwellungen oder ungenügende Beinkontrolle mit objektivierbarer Sturzgefahr. Da die ersten Anzeichen eines CRPS somit innert sechs bis acht Wochen nach der dritten Operation dokumentiert sind, lässt sich die Unfallkausalität dieser Gesundheitsstörung jedenfalls dann nicht ausschliessen, wenn auch die Kausalität der dritten Operation zu bejahen ist.

6.5. Zusammenfassend ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan, dass die heute geklagten Beschwerden nicht mehr auf das Unfallereignis zurückgeführt werden können. Wenn Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweismässig sind, besteht Anspruch auf ein Gerichtsgutachten (**BGE 137 V 2010** E. 4.4.1.5 S. 265; Urteil 8C_93/2019 vom 23. August 2019 E. 4.3). Um zu beurteilen, ob der Vorfall vom 27. Mai 2015 zumindest eine Teilursache für die über den 1. März 2016 hinaus noch bestehende Gesundheitsschädigung gesetzt hatte, ist eine sorgfältige Prüfung durch einen unabhängigen medizinischen Sachverständigen notwendig. Die Sache wird daher an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit sie nach Einholung eines Gerichtsgutachtens über die Beschwerde neu befinde.

7.

Schliesslich beantragt der Beschwerdeführer sinngemäss, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm die Kosten für die Privatgutachten der Dres. med. D. _____ und E. _____ zurückzuerstatten. Denn sie habe den medizinischen Sachverhalt ungenügend abgeklärt und damit den Anlass für die Einholung dieser Stellungnahmen gesetzt. Nach der Rechtsprechung sind unter dem Titel Parteientschädigung auch die notwendigen Kosten privat eingeholter Gutachten zu vergüten, soweit die Parteiexpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war (Art. 45 Abs. 1 ATSG; **BGE 115 V 62** E. 5c S. 63). Vorliegend hätten diese Berichte bei bundesrechtskonformer Beweismässigkeit zu einem vom angefochtenen Entscheid abweichenden Resultat führen müssen. Daher bilden die Kosten der Privatgutachten Bestandteil des Parteientschädigungsanspruchs im kantonalen Gerichtsverfahren (**BGE 115 V 62**; vgl. auch Urteil 9C_671/2015 vom 3. Mai 2016 E. 5 mit weiterem Hinweis). Der Umstand, dass die Abklärungsbedürftigkeit letztinstanzlich und nicht durch das kantonale Gericht festgestellt worden ist, ändert nichts daran, dass der Unfallversicherer rechtsprechungsgemäss die Kosten der zusätzlichen Beweismassnahmen zu tragen hat (Urteile 8C_159/2014 vom 26. August 2015 E. 5.2.2; vgl. Urteil 9C_671/2015 vom 3. Mai 2016 E. 5).

8.

Die Rückweisung der Sache an den Versicherungsträger oder an das vorinstanzliche Gericht zu erneuter Abklärung (mit noch offenem Ausgang) gilt für die Auferlegung der Gerichtskosten und der Parteientschädigung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers (Art. 66 Abs. 1, Art. 68 Abs. 2 BGG; **BGE 132 V 215** E. 6.1 S. 235; Urteil 8C_304/2018 vom 6. Juli 2018 E. 4.3.1). Daher hat die Beschwerdegegnerin die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG) und dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zu bezahlen (Art. 68 Abs. 2 BGG). Das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege wird dadurch gegenstandslos.

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird gutgeheissen. Der Entscheid des Verwaltungsgerichts des Kantons Obwalden vom 18. Dezember 2018 wird aufgehoben. Die Sache wird zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer für das bundesgerichtliche Verfahren mit Fr. 2'800.- zu entschädigen.

4.

Dieses Urteil wird den Parteien, dem Verwaltungsgericht des Kantons Obwalden und dem Bundesamt für Gesundheit schriftlich mitgeteilt.

Luzern, 20. August 2019

Im Namen der I. sozialrechtlichen Abteilung
des Schweizerischen Bundesgerichts

Der Präsident: Maillard

Die Gerichtsschreiberin: Betschart