Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 28. Juni 2018 (725 17 370 / 165)

Unfallversicherung

Geringe Zweifel an einer versicherungsinternen medizinischen Einschätzung. Ein veritabler Expertenstreit unter den medizinischen Experten stellt per se einen geringen Zweifel dar. Rückweisung zur ergänzenden Abklärung der medizinischen Verhältnisse im Rahmen eines anzuordnenden externen Verwaltungsgutachtens.

Besetzung	Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiber Stephan Paukner
Parteien	**A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Jan Herrmann, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel gegen **HDI Global SE**, Niederlassung Zürich/Schweiz, Postfach, 8034 Zürich, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Martin Bürkle, Rechtsanwalt LL.M., Thouvenin Rechtsanwälte KLG, Klausstrasse 33, 8024 Zürich
Betreff	Leistungen

A. Die 1962 geborene A.____ ist seit 1. April 1989 bei der B.____ angestellt und in dieser Eigenschaft bei der HDI Global SE (HDI) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 14. August 2016 erlitt sie einen Unfall, als sie auf einem Wan-

derweg auf feuchtem Untergrund ausrutschte, stürzte und sich dabei das rechte Bein verdrehte. Die medizinische Erstbehandlung am 18. August 2016 ergab einen Verdacht auf eine mediale Meniskuläsion am rechten Knie. Das in der Folge am 22. August 2016 durchgeführte MRI zeigte einen partiell nach zentral dislozierten langstreckigen Einriss des medialen Meniskushinterhorns mit begleitenden hyalinen Knorpeldefekten Grad III / IV in der Hauptbelastungszone des medialen Femurkondylus, einen erheblichen Gelenkerguss sowie eine Baker-Zyste und fokale hyaline Knorpeldefekte Grad III der zentralen Patellarückfläche. Am 18. November 2016 führte der beratende Arzt der HDI, Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Medizin und Innere Medizin, aus, dass es sich dabei eindeutig um einen degenerativen Schaden handle. Der Ereignismechanismus sei nicht geeignet gewesen, eine unfallkausale Schädigung hervorzurufen.

B. Am 23. November 2016 wurde die Versicherte am rechten Knie operiert. Dabei wurden eine Teilmeniskektomie (TME) medial am Hinterhorn, eine TME lateral am Vorderhorn und am Korpus sowie eine Plicaresektion und eine Knorpelglättung am medialen Femurkondylus durchgeführt. Im Rahmen einer versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 1. Dezember 2016 hielt der Vertrauensarzt der HDI in der Folge daran fest, dass der Unfallmechanismus nicht geeignet gewesen sei, eine mediale Meniskus-Hinterhornläsion zu verursachen. Die Unfallkausalität sei nicht gegeben. Nachdem die HDI ihren Vertrauensarzt erneut mit einer versicherungsmedizinischen Beurteilung beauftragt hatte, hielt dieser am 8. März 2017 fest, dass trotz Überprüfung des Operationsberichts keine Veränderung des Sachverhalts festzustellen sei. Das Unfallereignis mit massiver Schwellung am rechten Knie habe aufgrund des Sturzes eine vorübergehende Verschlimmerung einer vorbestehenden femortibialen medialen Gonarthrose verursacht. Der Status quo sine sei am 22. November 2016 erreicht worden.

C. Gestützt auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes lehnte die HDI mit Verfügung vom 21. März 2017 eine über den 22. November 2016 hinausgehende Leistungspflicht mit der Begründung ab, dass die behandelten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf den erlittenen Unfall zurückzuführen seien. Eine hiergegen erhobene Einsprache wies die HDI mit Einspracheentscheid vom 4. Oktober 2017 ab.

D. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Jan Herrmann, am 3. November Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr zurückgehend auf das Unfallereignis vom 14. August 2016 die gesetzlichen Leistungen über das Einstellungsdatum vom 22. November 2016 hinaus weiterhin zuzusprechen und auszurichten. Eventualiter sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es sei durch das Gericht ein orthopädisch-traumatologisches Gutachten einzuholen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung liess sie im Wesentlichen vorbringen, dass nicht auf die versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dr. C.____ abgestellt werden könne. Es sei vielmehr dem behandelnden Operateur zu folgen, wonach die Verletzung des medialen Meniskus am rechten Kniegelenk überwiegend wahrscheinlich eine Unfallfolge des Sturzes vom 14. August 2016 darstelle. Die HDI hätte eine externe Begutachtung einleiten müssen, anstatt ihren Vertrauensarzt mit einer zweiten versicherungsmedizinischen Beurteilung zu betrauen. Auf der Basis der Einschätzungen ihres Vertrau-

ensarztes sei die HDI nicht in der Lage, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, dass der Status quo sine erreicht worden sei.

E. Die HDI, vertreten durch Rechtsanwalt Martin Bürkle, schloss mit Vernehmlassung vom 22. Januar 2018 auf Abweisung der Beschwerde.

F. Mit Replik vom 15. Februar 2018 und Duplik vom 18. Februar 2018 hielten die beiden Parteien im Wesentlichen an ihren bereits zuvor dargelegten Rechtsstandpunkten fest.

Auf deren Vorbringen ist nachfolgend soweit notwendig in den Erwägungen einzugehen.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde beim örtlich wie sachlich zuständigen Gericht ist einzutreten. Strittig und zu prüfen ist, ob die HDI der Versicherten über den 22. November 2016 hinaus weiterhin Leistungen nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG) zu entrichten hat.

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Ausserdem hat die Unfallversicherung ihre Leistungen gemäss Art. Art. 6 Abs. 2 UVG unter anderem auch bei diversen Körperschädigungen wie insbesondere Meniskusrissen zu erbringen, sofern diese nicht vorwiegend auf eine Abnützung oder eine Erkrankung zurückzuführen sind. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 % des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht

als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 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 blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2014, 8C_419/2014, E. 3.2 mit Hinweisen).

3.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

4.1 Gemäss Fragebogen der HDI vom 12. November 2016 sei die Versicherte auf einer Wanderung auf steilem und feuchtem Untergrund ausgerutscht und gestürzt. Dabei habe es ihr das rechte Knie und Bein abgeknickt bzw. verdreht. Danach habe sie innen am Knie Schmerzen verspürt und das Knie sei geschwollen gewesen (Akten K1 und K4 zur Vernehmlassung der HDI).

4.2 Am 18. August 2016 berichtete der behandelnde Facharzt Dr. med. D.____, FMH orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, über die Versicherte. Anamnestisch habe sie sich anlässlich einer Bergwanderung am 14. August 2016 auf unwegsamem Gelände bei einem Sturz eine Distorsion des rechten Kniegelenks zugezogen. Es habe eine massive Schwellung am rechten Knie bestanden. Der Schmerzcharakter lasse sich als stichartig am medialen Gelenkspalt bei tiefer Beugung und Hyperextension beschreiben. Die Rotation bereite ebenfalls Schmerzen. Zu befunden seien eine ausgeglichene Beinlänge sowie eine physiologische Beinachse. Am rechten Knie habe sich ein Erguss gezeigt. Die Flexion/Extension betrage 140/0/0° jeweils mit Schmerzhaftigkeit am medialen Gelenkspalt. Die medialen Meniskuszeichen seien positiv gewesen. Die lateralen Meniskuszeichen seien negativ. Der Kapselapparat habe sich stabil gezeigt. Zu diagnostizieren sei eine mediale Meniskusläsion am rechten Knie. Es sei zunächst eine MRI-Untersuchung geplant (Akt M2 zur Vernehmlassung der HDI).

4.3 Am 22. August 2016 erhob die Radiologie der Klinik E.____ gestützt auf das MRI des rechten Knies vom 22. August 2016 einen partiell nach zentral dislozierten langstreckigen Einriss des medialen Meniskushinterhorns, begleitende hyaline Knorpeldefekte Grad III-IV in der

Hauptbelastungszone des medialen Femurkondylus, einen erheblichen Gelenkerguss sowie eine Bakerzyste und fokale hyaline Knorpeldefekte Grad III der zentralen Patellarückfläche. Das vordere und hintere Kreuzband seien intakt. Quadrizeps und Patellasehne seien regelrecht. Das mediale und laterale Kollateralband sei unauffällig (Akt M1 zur Vernehmlassung der HDI).

4.4 Am 26. August 2016 berichtete Dr. D.____ erneut über die Versicherte. Die Beschwerden seien nach wie vor identisch zur Voruntersuchung. Die Versicherte werde Ende Oktober / Anfang November einen Trekkingurlaub durchführen. Gemäss MRI bestehe eine mediale Meniskuskomplexläsion mit Radiärriss und Lappenriss am Hinterhorn mit deutlichem Erguss. Festzustellen sei eine korrespondierende Knorpelläsion am medialen Femurkondylus Grad III. Das laterale Kompartiment und die Ligamente seien intakt. Patellofemoral sei ein regelrechter Knorpelüberzug vorhanden. Eine Plica sei nicht auszumachen. In Bezug auf das weitere Prozedere hielt Dr. D.____ fest, dass eine Indikation zur Arthroskopie und zur TME am rechten Knie medial bestehe. Die Patientin wolle sich den Eingriff noch etwas überlegen, weshalb sie zur Stabilisierung und Kompression eine Genutrainbandage erhalten habe. Nach dem Trekkingurlaub sei die Wiedervorstellung zur Planung des weiteren Prozederes und eventuell zur Anmeldung der Kniearthroskopie geplant (Akt M2 zur Vernehmlassung der HDI).

4.5 Nachdem die Klinik E.____ am 11. November 2016 bei der HDI um Kostengutsprache für eine auf den 23. November 2016 geplante Kniearthroskopie ersucht hatte, legte die Beschwerdegegnerin die medizinischen Akten am 18. November 2016 ihrem beratenden Arzt Dr. C.____ vor und ersuchte diesen um Beantwortung, ob die geplante Operation vom 23. November 2016 als kausal oder als zumindest teilkausal zum Ereignis vom 14. August 2016 zu qualifizieren sei (Akt M4 zur Vernehmlassung der HDI). In seiner Kurzbeurteilung gleichentags vom 18. November 2016 hielt Dr. C.____ fest, dass es sich eindeutig um einen degenerativen Schaden handle und der Ereignismechanismus ungeeignet gewesen sei. Die Kausalität sei nicht gegeben. Es liege ein diskrepantes Verhalten vor, da die Arthroskopie wegen des Trekkingurlaubs verschoben worden sei (Akt M3 zur Vernehmlassung der HDI).

4.6 Am 23. November 2016 wurde die Versicherte von Dr. D.____ operiert. Dieser führte eine Arthroskopie am rechten Knie, eine TME medial am Hinterhorn, eine TME lateral am Vorderhorn und am Korpus, eine Plicaresektrion und eine Knorpelglättung am medialen Femurkondylus durch. Arthroskopisch sei patellofemoral ein retropatellar intakter Knorpelüberzug zu diagnostizieren gewesen. Trochleaseitig habe sich ein Knorpelüberzug mit einer zentral liegenden, sehr schmalen Fissur Grad III und im medialen Kompartiment am Hinterhorn ein Komplexriss bis in den Korpus reichend gezeigt. Es habe überwiegend ein Radiärriss mit umgeschlagenen Lappenrissanteilen bestanden. Das Vorderhorn sei intakt gewesen. Der Knorpelüberzug femoral habe sich in der Hauptbelastungszone mit bekannter Läsion Grad III und mit delaminierten Anteilen gezeigt. Die Grösse habe ca. 15 x 25mm umfasst. Tibial sei ein Knorpelüberzug mit Chondropathie Grad II-III festzustellen gewesen. Im lateralen Kompartiment habe sich ein Radiärriss im Bereich des Korpus befunden, welcher bis ins Vorderhorn reiche. Der Knorpelüberzug femoral und tibial sei hier intakt gewesen (Akt M5 zur Vernehmlassung der HDI).

4.7 In seiner Beurteilung vom 1. Dezember 2016 hielt Dr. C.____ fest, dass es bei einer Kniedistorsion zu einer gewaltsamen Einwirkung bei fixiertem Unterschenkel gegen den gebeugten rotierenden Oberschenkel und dabei in der Regel zu einer Schädigung weiterer Kniebinnenstrukturen komme. Bei der Versicherten hätten sich indes negative Meniskuszeichen für den lateralen Meniskus sowie intakte Kapselbänder gezeigt. Dies spreche gegen eine Distorsion. Der Unfallmechanismus eines blossen Sturzes sei übrigens nicht geeignet, um eine isolierte Meniskushinterhornläsion zu verursachen, da es bei einem Sturz in der Regel zu einer Kniekontusion komme. Von einer allfälligen Prellung der Patella sei im vorliegenden Fall aber nichts berichtet worden. Unter Hinweis auf die medizinische Literatur führte Dr. C.____ weiter aus, dass Hinterhornläsionen zudem altersentsprechend typisch degenerativer Natur seien. Der behandelnde Orthopäde habe notabene bereits vier Tage nach dem fraglichen Ereignis eine normale Kniegelenksbeweglichkeit, jedoch eine Schmerzhaftigkeit am medialen Gelenkspalt erhoben. Dies sei nicht untypisch für eine degenerative Hinterhornschädigung. Wegen der der normalen Beweglichkeit sei dieser Befund aber untypisch für eine akute traumatische Meniskusläsion. Bemerkenswert sei das Verhalten der Versicherten, das überhaupt nicht zu einer behandlungsbedürftigen Traumatisierung einer Kniebinnenstruktur passe. Die beabsichtigte Arthroskopie sei zugunsten einer geplanten Trekkingreise verschoben worden. Bei einer traumatischen Meniskusläsion hätten sich freilich eine sofortige Knieblockade mit starken Schmerzen sowie ein Streck- und Beugedefizit eingestellt. Ebenfalls hätten eine ärztliche Konsultation sowie eine Arbeitsunfähigkeit resultieren müssen. Dies sei indes nicht der Fall gewesen. Die Kausalität sei somit nicht gegeben. Die Operation vom 23. November 2016 sei in Bezug auf das Ereignis vom 14. August 2016 weder kausal noch teilkausal. Der Unfallmechanismus sei nicht geeignet gewesen, eine vermutlich isolierte mediale Meniskushinterhornläsion zu verursachen. Die erste Bildgebung zeige eine eindeutig degenerativ bedingte Kniebinnenschädigung. Eine vorübergehende Verschlimmerung sei lediglich möglich (Akt M6 zur Vernehmlassung der HDI).

4.8 Am 13. Januar 2017 berichtete der behandelnde Operateur Dr. D.____, dass der Sturz mit plötzlich einschiessenden Schmerzen und Schwellung sowie der MRI-Befund und der Operationsbefund eines Komplexrisses am medialen Hinterhorn mit Radiärrissen und nicht degenerativen Horizontalrissen zeigen würden. Die Verletzung des medialen Meniskus am rechten Kniegelenk stelle eine überwiegend wahrscheinlich Unfallfolge des Sturzes vom 14. August 2016 dar (Akt M8 zur Vernehmlassung der HDI).

4.9 In seiner erneuten versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 8. März 2017 hielt Dr. C.____ unter Hinweis auf diverse medizinische Literaturstellen fest, dass die Beurteilung von Dr. D.____, wonach das Vorliegen von Radiär-, jedoch nicht von Horizontalrissen überwiegend wahrscheinlich für eine Unfallfolge spreche, nicht ohne Weiteres nachvollzogen werden könne, da sie der medizinischen Lehre widerspreche. Aus der Rissform könne nicht abgelesen werden, ob es sich um eine degenerative oder traumatische Ursache handle. Anhaltspunkt für ein Trauma könne sein, wenn ein Knieerguss blutig sei. Die Versicherte habe zwar gemäss MRI-Bericht vom 22. März 2016 einen erheblichen Erguss aufgewiesen. Ob dieser Erguss blutig gewesen sei, sei jedoch unbekannt. Die zulässige Schlussfolgerung sei, wonach man aufgrund der Lehrbuchliteratur wisse, dass die Form des Risses, das Einklemmungsphänomen und selbst ein blutig tingierter Erguss die traumatische Entstehen vor allem dann nicht belegen

würden, wenn nicht zumindest zusätzliche Bandverletzungen vorlägen. Eine diagnostisch wegweisende Begleitverletzung dieser Art habe nicht vorgelegen. Notabene habe der behandelnde Orthopäde ausserdem nicht in seine Kausalitätsüberlegungen miteinbezogen, dass sowohl der MRI-Untersuchungsbericht als auch der diagnostische Rundgang Hinweise für eine erhebliche Knorpeldegeneration im lateralen Kompartiment gezeigt hätten. Aufgrund des Operationsberichts könne festgestellt werden, dass Risse im Hinterhornbereich des medialen Meniskus und im lateralen Meniskus vorgelegen hätten. Zudem habe bereits eine massive Knorpelläsion in der Hauptbelastungszone auf der femoralen Seite im medialen Kompartiment und eine weniger massive Knorpelschädigung auf der tibialen Seite als Hinweis für eine vorbestehende erhebliche Degeneration bestanden. Somit sei bei neuen Informationen zum Sachverhalt im Vergleich zur Stellungnahme vom 1. Dezember 2016 davon auszugehen, dass der Sturz mit der nachfolgend festgestellten, fraglich erheblichen Schwellung mit Schmerzen zu einer vorübergehenden Verschlimmerung einer vorbestehenden medialen femorotibialen Gonarthrose geführt habe. Der Sturz habe nicht zu einem sofortigen, massiven Funktionsverlust geführt, wie dies bei traumatisch isolierten Meniskusrupturen von der Literatur gefordert werde. Somit gelte weiterhin, dass die Meniskusläsion selbst, unabhängig von ihrer Rissform, eindeutig degenerativer Natur sei, auch wenn diese Meniskusläsion im Vorzustand klinisch stumm gewesen wäre. Gleiches gelte auch für die Radiärrisse am lateralen Meniskus und die mediale femorotibiale Knorpelschädigung. Somit bestehe für die Kniebeschwerden rechts lediglich eine Teilkausalität des Ereignisses im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung. Der Status quo sine sei am 22. November 2016, d.h. innert ca. drei Monaten erreicht worden. Danach sei die unfallfremde vorbestehende Kniegelenkdegeneration für das Beschwerdebild verantwortlich. Die Tatsache, dass die Versicherte selbst angegeben habe, die Arthroskopie zugunsten einer Trekkingtour aufschieben zu wollen, weise zusätzlich darauf hin, dass es keinen, den traumatischen Meniskusriss kennzeichnenden, sofortigen erheblichen und länger andauernden Funktionsverlust gegeben habe. An der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 1. Dezember 2016 könne nicht festgehalten werden. Bei der neuerlichen Prüfung der Sachlage sei es mit Blick auf den Operationsbericht von Dr. D.____ zu einer Änderung des Sachverhalts gekommen. Nunmehr gelte, dass das Ereignis eine vorübergehende Verschlimmerung einer vorbestehenden femorotibialen medialen Gonarthrose verursacht habe. Freilich sei das Schadensbild am Hinterhorn des Innenmeniskus ebenso eindeutig degenerativ wie der femorotibiale Knorpelschaden und die vereinzelten Risse am lateralen Meniskus. Unabhängig davon, ob sie vormalig klinisch stumm gewesen sein mag, handle es sich um eine unfallfremde degenerative Kniegelenkserkrankung mit eigenständigem Beschwerdebild. Somit sei der Status quo sine per 22. November 2016 erreicht worden (Akt M9 zur Vernehmlassung der HDI).

4.10 Gemäss Schreiben von Dr. D.____ vom 24. April 2017 ändere die Einschätzung von Dr. C.____ vom 8. März 2017 nichts an der eigenen Beurteilung vom 13. Januar 2017. Entgegen der Beurteilung von Dr. C.____ liege keine Änderung des Sachverhalts vor. Die Knorpeldefekte am medialen Femurkondylus, welche im MRI-Befund als hyaline Knorpeldefekte Grad III bis IV in der Hauptbelastungszone des medialen Femurkondylus beschrieben worden seien, entsprächen nicht einer medialen Gonarthrose. Sie seien hyaline Knorpeldefekte. Wie im Operationsbericht vom 23. November 2016 beschrieben, handle es sich um einen Defekt, der bis Grad III reiche und delaminierte Anteile aufweise. Insbesondere diese delaminierten Anteile

würden für eine traumatische und durch den Meniskusriss verursachte Knorpelschädigung sprechen. Auch die intraoperative Bilddokumentation zeige deutlich, wie der dislozierte Lappenanteil des komplexen Meniskusrisses direkten Kontakt zur delaminierten Knorpelfläche aufweise. Die Verletzung des medialen Meniskus am rechten Kniegelenk sei überwiegend wahrscheinlich eine Unfallfolge des Sturzes vom 14. August 2016. Eine Schädigung des hyalinen Knorpels sei nicht automatisch eine Gonarthrose. Es bestehe die Vermutung, dass Dr. C.____ diese beiden Begriffe synonym verwende (Akt M10 zur Vernehmlassung der HDI).

4.11 In der Folge holte die Beschwerdegegnerin eine erneute versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung ihres beratenden Arztes Dr. C.____ ein. In seiner Stellungnahme vom 21. Juni 2017 gelangte dieser zum Ergebnis, dass die von Dr. D.____ nachgereichte intraoperative Fotographie-Serie das Vorhandensein eines zerfransten Meniskusanteils und einen ausgedehnten Knorpelschaden am Femurkondylus, nicht aber die Ursache dieses Schädigungsbilds belegen würde. Eine traumatische Knorpelläsion am Femurkondylus entstehe vorwiegend durch ein heftiges Anpralltrauma. Es sei auch darum schwerlich nachvollziehbar, dass ein dislozierter, zerfranster Meniskusanteil derart tiefe Knorpelverletzungen bis hin zur teilweise vorliegenden Knorpelglatze akut verursacht haben soll. Selbst wenn es so wäre, ändere dies nichts daran, dass die betreffende Meniskusläsion eindeutig degenerativer Ursache sei. Bereits in früheren Stellungnahmen sei mit Blick auf die orthopädische Lehrbuchliteratur dargelegt worden, dass aus Risslage und Rissform mit Ausnahme der fast immer degenerativ bedingten Hinterhornläsionen nichts über deren Ursache abgeleitet werden könne. Das Schreiben von Dr. D.____ enthalte nichts Neues von Relevanz. Der Knorpeldefekt im Ausmass Grad III bis IV sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch einen traumatisch dislozierten zerfransten Anteil des medialen Meniskus erklärbar. Vielmehr handle es sich offensichtlich um eine vorbestehende mediale Gonarthrose, welche durch das Ereignis aktiviert worden sei. Ein externes medizinisches Gutachten sei überflüssig, da die Aktenlage vollkommen ausreichend sei. An der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 1. Dezember 2016 und vor allem an den Schlussfolgerungen in der Stellungnahme vom 8. März 2017 werde festgehalten.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid bei der Würdigung des medizinischen Sachverhalts auf die Stellungnahmen ihres beratenden Arztes Dr. C.____. Es sei, so das Fazit der Beschwerdegegnerin, davon auszugehen, dass diese versicherungsmedizinischen Stellungnahmen nachvollziehbar und gut begründet seien. Das Unfallereignis vom 14. August 2016 sei geeignet gewesen, lediglich eine teilkausale, kurzfristige und vorübergehende Verschlimmerung eines unfallfremden Vorzustands zu bewirken. Die Begrenzung der Leistungspflicht per 22. November 2016 sei deshalb korrekt. In ihrer Vernehmlassung hält die Beschwerdegegnerin an dieser Auffassung fest. Dr. D.____ setze sich inhaltlich nicht mit den Beurteilungen von Dr. C.____ auseinander. Die Versicherte vertritt demgegenüber den Standpunkt, dass bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts nicht auf die erwähnten Stellungnahmen von Dr. C.____ abgestellt werden könne. Dieser habe zunächst die Kausalität verneint, dann aber nach Einsicht in den Operationsbericht vom 23. November 2016 zumindest eine vorübergehende Verschlimmerung einer vorbestehenden medialen und femorotibialen Gonarthrose durch das Unfallereignis vom 14. August 2016 anerkannt. Zumal die Stellungnahmen von Dr. C.____ lediglich auf einer Aktenbeurteilung beruhen würden, sei vielmehr

auf die Befunde des behandelnden Operateurs abzustellen. Dieser halte fest, dass die Verletzung des medialen Meniskus eine überwiegend wahrscheinliche Unfallfolge des Sturzes vom 14. August 2016 sei.

5.2 Wie erwähnt sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 3.2 hiervor und die dortigen Rechtsprechungshinweise). Solche Zweifel an der Schlüssigkeit der Kausalitätsbeurteilung des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin liegen hier vor. Sie ergeben sich zunächst aus dem Widerspruch der Kurzbeurteilung von Dr. C.____ vom 18. November 2016 und dessen versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 1. Dezember 2016 einerseits und der Unfallschilderung der Versicherten andererseits. Es mag zwar zutreffen, dass der Unfallmechanismus eines blossen Sturzes erfahrungsgemäss nicht geeignet ist, eine isolierte Meniskushinterhornläsion zu verursachen (Akten M3 und M6 zur Vernehmlassung der HDI). Entgegen der von der Beschwerdegegnerin zitierten Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts vom 2. März 2017, 8C_81/2017, E. 5.3) ist im vorliegenden Fall gemäss dem unbestrittenen und mehrfach dokumentierten Unfallhergang indessen davon auszugehen, dass sich die Versicherte bei ihrem Sturz vom 14. August 2016 das rechte Knie abgeknickt und verdreht hat (Akten K1 und K4 zur Vernehmlassung der HDI). War der fragliche Unfallmechanismus mit anderen Worten sehr wohl mit einer belasteten Rotationsbewegung verbunden, ist die Einschätzung von Dr. C.____ mithin in Frage zu stellen, wonach die Kausalität unter anderem deshalb nicht gegeben sei, weil der Unfallmechanismus eines blossen Sturzes nicht geeignet gewesen sei, eine isolierte Meniskusläsion zu verursachen (Akt M6 zur Vernehmlassung der HDI). Das Gegenteil ist hier der Fall. Insofern erweist sich auch der Hinweis der Beschwerdegegnerin auf die von ihr erwähnte Rechtsprechung des Bundesgerichts (Ziffer 29 der Vernehmlassung der HDI) nicht als einschlägig. Weil zeitnah zum Unfall jedenfalls die medialen Meniskuszeichen positiv ausgefallen waren, vermag daran auch nichts zu ändern, dass sich bei der Versicherten intakte Kapselbänder im rechten Knie gezeigt hatten (Akt M6 zur Vernehmlassung der HDI). Dr. C.____ geht ebenfalls davon aus, dass es bei einer Kniedistorsion lediglich in der Regel zu einer Schädigung weiterer Kniebinnenstrukturen komme (Akt M6 zur Vernehmlassung der HDI). Damit kann gerade nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass negative Meniskuszeichen im lateralen Meniskus gegen eine erlittene Distorsion sprechen würden. Diese These widerspricht sodann nicht nur dem dargelegten Unfallgeschehen, sondern erweist sich auch angesichts des in der Folge operativ erhobenen und bis ins Vorderhorn reichenden erhobenen Radiärrisses im lateralen Kompartiment als unzutreffend (Akten M5 und M9 zur Vernehmlassung der HDI). Ob und wieweit eine radiäre- oder horizontale Rissform für eine überwiegend wahrscheinliche Unfallursache spricht, ist zwischen den beiden medizinischen Experten schliesslich höchst umstritten. Während Dr. C.____ mit Verweis auf die medizinische Literatur die Auffassung vertritt, dass aus der Rissform nicht abgelesen werden könne, ob es sich um eine degenerative oder traumatische Ursache handelt, vertritt Dr. D.____ gestützt auf die operativen Befunde vom 23. November 2016 die gegenteilige Meinung. Eine für diese oder jene Genese sprechende, überwiegende Wahrscheinlichkeit kann bei dieser Aktenlage nicht ausgemacht werden. Daran kann der letztlich theoretische Verweis von Dr. C.____ auf die

medizinische Literatur nichts ändern. Dabei handelt es sich lediglich um Erfahrungswerte genereller Natur, die den Wegfall jeglicher unfallkausaler Ursachen bezogen auf konkret vorliegende Verhältnisse nicht belegen können. Anders zu entscheiden würde bedeuten, eine einzelfallbezogene Abklärung der medizinischen Verhältnisse ausschliesslich gestützt auf medizinische Notorietäten ihres Gehalts zu entleeren. Dies aber widerspräche letztlich sowohl Art. 43 ATSG als auch dem in Art. 61 lit. c statuierten Prinzip der freien Beweiswürdigung.

5.3 Weiter ist zu berücksichtigen, dass Dr. C.____ die Auffassung vertritt, bei einer traumatischen Meniskusläsion hätten sich eine sofortige Knieblockade mit starken Schmerzen und ein Streck- und Beugedefizit einstellen müssen. Obschon bei der Versicherten die Flexion und Extension schon früh wieder vorhanden war, sprechen immerhin just die den Akten zufolge plötzlich einschiessenden Schmerzen sehr wohl für eine mindestens teilkausale Ursache traumatischer Genese der am 23. November 2016 operativ sanierten Verhältnisse im rechten Knie der Versicherten (Akten M1 und 8 zur Vernehmlassung der HDI). Für eine traumatische Genese spricht aber auch der erhobene Knieerguss, der gemäss Dr. C.____ mindestens Anhaltspunkt für ein Trauma sein könne (Akt M9 zur Vernehmlassung der HDI). Zumal aufgrund der vorliegenden Unterlagen ungeklärt geblieben ist, ob dieser Erguss zu einer Einblutung geführt hat oder nicht, lässt sich ausserdem auch in diesem Zusammenhang nicht entscheiden, ob weiterhin eine Unfallkausalität gegeben ist oder nicht. Daran können die in der Folge zwischen Dr. C.____ und dem behandelnden Operateur Dr. D.____ dargelegten Beurteilungen nichts ändern. Diese widersprechen sich diametral und stellen einen veritablen Expertenstreit betreffend orthopädische Verletzungsmechanismen und ihrer Folgen dar. Derartige Diskrepanzen in den medizinischen Akten begründen per se geringe Zweifel an einer versicherungsinternen Aktenbeurteilung des Unfallversicherers. Vorab ist dabei zu beachten, dass der Einschätzung des Internisten Dr. C.____ aus grundsätzlichen Überlegungen weniger Gewicht zukommt als jener des behandelnden und operierenden Orthopäden. Dies gilt im vorliegenden Fall in Bezug auf die Beurteilungen von Dr. C.____ umso mehr, weil diese in sich widersprüchlich ausgefallen sind: Nachdem der beratende Arzt der HDI anfänglich noch jegliche Unfallkausalität negiert hat (Akten M3 und M6 zur Vernehmlassung der HDI), hat er in seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 8. März 2017 eine Teilkausalität des Ereignisses im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung anerkannt. Seine Kehrtwende begründet er soweit nachvollziehbar mit den erst nachträglich vorgelegten, operativen Befunden, wie sie anlässlich des Eingriffs vom 23. November 2016 erhoben worden waren. Seiner Beurteilung aber, dass entgegen der Auffassung des behandelnden Operateurs jegliche (Teil-)Kausalität ein Tag vor dem im Zentrum stehenden operativen Eingriff vom 23. November 2016 weggefallen sein soll, mutet nicht nur etwas Zufälliges an, sondern diese entbehrt insbesondere einer nachvollziehbaren Begründung. Dies lässt weitere, zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit der versicherungsinternen Beurteilung aufkommen. Es ist daran zu erinnern, dass die Beweislast für das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung einmal anerkannter, unfallbedingter Ursachen bei der Beschwerdegegnerin liegt. Mit Blick auf die in zeitlicher Hinsicht nur vage Formulierung von Dr. C.____, wonach der Status quo sine nach zirka drei Monaten wieder erreicht worden sei, vermag die HDI jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, dass just ab dem 23. November 2016 eine ausschliesslich noch unfallfremde vorbestehende Kniegelenksdegeneration für das geklagte Beschwerdebild verantwortlich war und ist. Der Umstand,

dass Dr. C.____ in seiner Stellungnahme vom 8. März 2017 erst aufgrund der am 23. November 2016 erhobenen Operationsbefunde von seiner ersten Aktenbeurteilung vom 1. Dezember 2016 abgewichen ist, spricht – nicht zuletzt aufgrund der zwischen den medizinischen Experten vorherrschenden Meinungsverschiedenheit in Bezug auf das Vorliegen einer medialen Gonarthrose – jedenfalls nicht dafür. Daran ändert nichts, dass die Versicherte den operativen Eingriff zunächst zu Gunsten eines Trekking-Urlaubs verschoben hat. Zum einen ist ungeklärt geblieben, ob und in welchem Umfang mit dieser Reise tatsächlich eine das verletzte Knie betreffende Belastung verbunden war (Replik, Ziffer 6). Bei der vorliegenden Aktenlage ist deshalb generell in Frage zu stellen, ob es richtig gewesen ist, die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts einzig gestützt auf die Akten, d.h. ohne eine persönliche Untersuchung der Versicherten, vornehmen zu lassen. Wie es sich damit verhält, braucht indessen nicht abschliessend beantwortet zu werden, da nach dem Gesagten so oder anders Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin eingeholten und als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilungen bestehen. Ob sich der erlittene Unfall vom 14. August 2016 nicht als richtungsweisend ausgewirkt hat, und ob der Status quo sine noch vor der Einstellung der Versicherungsleistungen per 23. November 2016 erreicht war, lässt sich bei dieser Sachlage nicht beantworten.

5.4 Zusammenfassend besteht ein Defizit bei der Ermittlung des relevanten medizinischen Sachverhalts, welcher einer abschliessenden Beurteilung der streitigen Kausalitätsfrage entgegensteht. Bei dieser Sachlage hat es die Beschwerdegegnerin unterlassen, im Rahmen der ihr obliegenden Untersuchungspflicht ergänzende Abklärungen im Rahmen eines unabhängigen Gutachtens im Sinne von Art. 44 ATSG, einzuholen. Der angefochtene Einspracheentscheid ist somit aufzuheben und es sind weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst die nötigen Abklärungen vorzunehmen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. BGE 137 V 263 E. 4.4.1 ff.). Da die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt unvollständig abgeklärt hat und es nicht die Aufgabe des kantonalen Gerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin auch unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird die Unfallkausalität der bei der Versicherten über den 22. November 2016 hinaus bestehenden Beschwerden und - falls ein natürlicher Kausalzusammenhang bejaht wird - die Frage des Erreichens des medizinischen Endzustands durch ein *versicherungsexternes* Gutachten abklären zu lassen haben. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Aktenergänzung wird sie in der Folge über den Leistungsanspruch der Versicherten erneut zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

6.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

6.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist der Beschwerdeführerin deshalb eine angemessene Parteientschädigung zuzusprechen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 15. Februar 2018 einen Zeitaufwand von 9 ¾ Stunden sowie Auslagen in der Höhe von Fr. 94.60 geltend gemacht. Der zeitliche Aufwand ist umfangmässig nicht zu beanstanden und die entsprechenden Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.— zu entschädigen. Hinsichtlich der Kopiaturen ist allerdings zu berücksichtigen, dass gemäss § 15 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 (TO) neben dem Honorar ein Auslagenersatz von lediglich Fr. 1.50 pro Seite berechnet werden darf. Der Beschwerdeführerin ist demnach für das vorliegenden Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2‘817.55 (9 ¾ Stunden à Fr. 250.— und Auslagen von Fr. 214.60 zuzüglich 8% bzw. 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

7.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie 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). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

7.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 4. Oktober 2017 aufgehoben und die Angelegenheit wird zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2‘817.55 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.