



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 1. Februar 2018 (725 17 322 / 37)

Unfallversicherung

Unfallähnliche Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG / Die gesetzliche Vermutung kann anhand vorliegender medizinischer Berichte nicht widerlegt werden / Rückweisung zur erneuten Abklärung

_____ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin i.V. Anna Studinger

_____ Parteien A.____, Beschwerdeführer

gegen

Elips Versicherungen AG, Landstrasse 40, 9495 Triesen, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Martin Bürkle, Rechtsanwalt LL.M., Thouvenin Rechtsanwälte KLG, Klausstrasse 33, 8024 Zürich

_____ Betreff Leistungen

A. Der 1969 geborene A.____ arbeitet seit dem 1. Januar 2013 im B.____ als Pflegehelfer SRK. Gestützt auf dieses Arbeitsverhältnis ist er bei der Elips Versicherungen AG (Elips) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 4. März 2017 konnte A.____ reflexartig den Sturz einer Bewohnerin verhindern, was ihm einen Stich in den Rücken und ins Knie versetzte. Am 8. März 2017 suchte er seine Hausärztin auf. Sie diagnosti-

zierte einen Meniskusriss medial sowie eine Knorpelläsion retropatellär am linken Knie als Status nach einer Kontusion/Distorsion.

Mit Verfügung vom 2. Juni 2017 lehnte es die Elips ab, für die Heilkosten aufzukommen. Ihre beratende Ärztin sei zum Schluss gekommen, dass ein Zusammenhang zwischen dem Ereignis und den Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich sei. Die Beschwerden seien vorwiegend degenerativ bedingt.

Die von A.____ und der EGK-Gesundheitskasse erhobenen Einsprachen wies die Elips mit Entscheid vom 28. August 2017 ab. Der Einspracheentscheid wurde im Wesentlichen damit begründet, dass es im vorliegenden Fall an der Voraussetzung der Ungewöhnlichkeit fehle und daher kein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG vorläge. Zudem seien die Kniebeschwerden vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen.

B. Am 24. September 2017 erhob A.____ Einsprache (recte Beschwerde) beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er begründete seine Beschwerde unter anderem damit, dass die Elips nicht auf seine Argumente – die klar gegen eine degenerative und krankhafte Ursächlichkeit sprechen würden – eingegangen sei. Zudem widerspräche er der Elips entschieden, soweit sie dem Unfall den Unfallcharakter abzuschreiben versuche.

C. Am 13. Dezember 2017 reichte die Elips, vertreten durch Rechtsanwalt Martin Bürkle, die Vernehmlassung ein. Die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 6. April 2016 – worauf sich der Einspracheentscheid stützt – sei stichhaltig und überzeugend. Beim Beschwerdeführer würden eine Chondrokalzinose, d.h. eine Stoffwechselerkrankung mit Gelenkbeteiligung und diverse degenerative Veränderungen vorliegen. Das Leiden am Knie sei vorwiegend, d.h. zu mehr als 50 %, auf diese Veränderungen zurückzuführen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Auf die frist- und formgerecht beim örtlich wie sachlich zuständigen Gericht erhobene Beschwerde des Versicherten vom 24. September 2017 ist einzutreten.

2.1 Gemäss 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. 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.

2.2 Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Bein-

trächtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Der äussere Faktor ist das zentrale Begriffscharakteristikum eines jeden Unfallereignisses; er ist Gegenstück zur – den Krankheitsbegriff konstituierenden – inneren Ursache (BGE 134 V 72 E. 4.1.1). Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet.

2.3 Seit 1. Januar 2017 ist das revidierte UVG in Kraft. Gemäss dem überarbeiteten Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei den folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: a. Knochenbrüche; b. Verrenkungen von Gelenken; c. Meniskusrisse; d. Muskelrisse; e. Muskelzerrungen; f. Sehnenrisse; g. Bandläsionen; h. Trommelfellverletzungen. Bei den aufgelisteten Körperschädigungen wird davon ausgegangen, dass eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Diese neue Regelung stellt auf Gesetzesstufe eine Vermutung auf, wonach der Unfallversicherer den Schadenfall bei erfüllter Listendiagnose übernehmen muss, sofern er keinen Befreiungsbeweis vorlegen kann (SZS 2017 S. 26, 33). Die Widerlegung gelingt ihm, indem er den Nachweis erbringt, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Auf das Kriterium des äusseren Faktors wird explizit verzichtet (Zusatzbotschaft vom 19. September 2014 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [Unfallversicherung und Unfallverhütung; Organisation und Nebentätigkeiten der Suva], BBl 2014 7922). Zur Definition des Begriffs "vorwiegend" ist auf die Rechtsprechung zu den Berufskrankheiten nach Art. 9 Abs. 1 UVG zurückzugreifen (vgl. auch KILIAN RITLER, Die unfallähnliche Körperschädigung [UKS], in: Kieser/Landolt, Unfall? Novembertagung 2015 zum Sozialversicherungsrecht, 2016, S. 115 ff.). Danach ist eine vorwiegende Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten nur gegeben, wenn diese mehr als alle anderen mitbeteiligten Ursachen wiegen, folglich mehr als 50 % ausmachen (vgl. BGE 119 V 200 E. 2a mit Hinweisen). Diesen Nachweis muss der Unfallversicherer mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erbringen (SZS 2017 S. 26, 34).

In casu ist von einer Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG auszugehen, da beim Versicherten ein Meniskusriss vorliegt. Es ist somit am Unfallversicherer den Nachweis zu erbringen, dass der Meniskusriss überwiegend wahrscheinlich zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist.

3. Zur Feststellung der medizinischen Verhältnisse ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen angewiesen, die ihr von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 157 E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c 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 davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Be-

weismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist es dem Sozialversicherungsgericht demnach nicht verwehrt, gestützt ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen zu entscheiden. Wie das Bundesgericht präzisiert hat, sind in solchen Fällen jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (Urteil des Bundesgerichts, I. sozialrechtliche Abteilung, vom 27. Juli 2009, 8C_113/2009, E. 3.2 mit Verweisen).

4. Der Angelegenheit liegen folgende relevante Unterlagen zu Grunde:

4.1 Gemäss der "Sunetmeldung" vom 13. März 2017 habe der Versicherte am 4. März 2017 durch seine schnelle Reaktion den Sturz einer Bewohnerin verhindert, was ihm jedoch einen Stich in den Rücken und in das Knie versetze. Als Schädigung ist eine Verdrehung/Verstauchung des linken Knies aufgeführt.

4.2 Am 15. März 2017 fand eine MRT im Imamed Radiologie Nordwest statt. Frau Dr. med. D.____, FMH Radiologie, hielt gleichentags Folgendes fest: Beim medialen Kompartiment sei eine Hyperintensität an der Unterfläche des Meniskushinterhornes, vereinbar mit einem kleinen horizontalen Einriss, sichtbar. Der Knorpelbelag sei unauffällig mit diskreter Chondrokalzinose. Das laterale Kollateralband sei intakt und die ossären Strukturen unauffällig. Interkondylär zeige sich ein intaktes vorderes und hinteres Kreuzband, eine ödematöse Imbibierung der capsuloligamentären Strukturen dorsal, wenig Gelenkerguss, kein freier Gelenkkörper sowie kein Nachweis einer Baker-Zyste. Das vordere Kreuzband zeige kleine intraligamentäre ganglionartige Veränderungen. Das laterale Kompartiment weise einen intakten lateralen Meniskus auf, keinen Nachweis einer Knorpelläsion bei diskreter Chondrokalzinose tibial, ein intaktes laterales Kollateralband, eine unauffällige Popliteussehne sowie eine ganglionartige Flüssigkeitskolektion im distalen Anteil der Popliteussehne auf Höhe des proximalen Tibiofibulargelenkes. Femoropatellär finde sich eine intakte Quadrizeps- und Patellarsehne, fissurartige Knorpelläsionen, maximal 50 % der Knorpeldicke betreffend retropatellär medial und zentral (Outerbridge 2) sowie ein unauffälliger Knorpelbelag trochleär.

4.3 Mit dem Versicherungsformular "Unfallhergang" schilderte der Versicherte am 20. März 2017 das Ereignis. Eine Bewohnerin habe am Rollator das Gleichgewicht verloren und sei umgekippt. Reflexartig habe er sie – da er noch einen Arm unter ihrem gehabt habe – vom Sturz bewahren können. Das Auffangen habe ihm einen Schlag durch die angespannte Musku-

latur versetzt. Zunächst sei ein Muskelschmerz an der Lendenwirbelsäule spürbar gewesen. Ab dem Abend sei es zu Missempfindungen, dann steigend zu einem Schmerz und zu einer Schwellung am linken Knie gekommen.

4.4 Am 20. März 2017 berichtete Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, von der Erstbehandlung des Versicherten, welche am 8. März 2017 stattfand. Sie berichtete von lumbalen Schmerzen und Knieschmerzen links bei Status nach Kontusion/Distorsion und diagnostizierte einen Meniskusriss medial sowie eine Knorpelläsion retropatellar am Knie.

4.5 Am 6. April 2017 nahm Dr. C.____, der beratende Arzt der Elips, eine versicherungsmedizinische Beurteilung vor. Ein Kausalzusammenhang sei, zumal die Beschwerden im linken Knie erst Stunden später aufgetreten seien, möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich. Das Schädigungsbild, welches der MRI-Bericht des linken Knies zeige, passe nicht zu dem geschilderten Ereignismechanismus. Zudem widerspräche die spätere ärztliche Darstellung, es habe eine Kniedistorsion stattgefunden, der Ereignisschilderung des Versicherten. Gemäss dem radiologischen Befund sei beim medialen Kompartiment eine Hyperintensität an der Unterfläche des Meniskushinterhornes, vereinbar mit einem kleinen horizontalen Einriss, gegeben. Der Knorpelbelag sei unauffällig mit diskreter Chondrokalzinose. Das laterale Kollateralband sei intakt und die ossären Strukturen unauffällig. Dieser Zustand sei eindeutig degenerativ bzw. krankhaft (Chondrokalzinose). Das laterale Kollateralband sei intakt und die ossären Strukturen unauffällig. Interkondylär zeige sich ein intaktes vorderes und hinteres Kreuzband, eine ödematöse Imbibierung der capsuloligamentären Strukturen dorsal, wenig Gelenkerguss, kein freier Gelenkkörper sowie kein Nachweis einer Baker-Zyste. Dieser radiologische Befund zeige ein eindeutig degenerativ verändertes vorderes Kreuzband mit Reizerguss auf. Das vordere Kreuzband zeige kleine intraligamentäre ganglionartige Veränderungen. Das laterale Kompartiment weise einen intakten lateralen Meniskus auf, keinen Nachweis einer Knorpelläsion bei diskreter Chondrokalzinose tibial, ein intaktes laterales Kollateralband, eine unauffällige Popliteusehne sowie eine ganglionartige Flüssigkeitskollektion im distalen Anteil der Popliteusehne auf Höhe des proximalen Tibiofibulargelenkes. Diese Feststellung weise auf eine krankhafte Veränderung durch Chondrokalzinose und auf einen Reizzustand hin. Femoropatellär finde sich eine intakte Quadrizeps- und Patellarsehne, fissurartige Knorpelläsionen, maximal 50 % der Knorpeldicke betreffend retropatellär medial und zentral (Outerbridge 2) sowie ein unauffälliger Knorpelbelag trochleär. Damit zeige sich femoropatellär eine krankhafte Veränderung durch beginnende retropatelläre und femorale Arthrose. Der Versicherte habe eine Stoffwechselerkrankung mit Gelenkbeteiligung (Chondrokalzinose), sowie diverse degenerative Veränderungen. Das Leiden am Knie sei vorwiegend – zu mehr als 50 % – darauf zurückzuführen.

4.6 Dr. E.____ bestätigte mit Schreiben vom 18. April 2017, dass der Versicherte vor dem aktuellen Ereignis noch unter keinen Kniebeschwerden gelitten habe und auch (aktenanamnestisch) in den letzten zehn Jahre keine Konsultation deshalb erfolgt sei. Dass der Patient erst nach Abklingen der Rückenschmerzen – ein paar Stunden verzögert – Schmerzen im Bereich des Knies wahrgenommen habe, heisse nicht, dass diese nicht durch das gleiche Ereignis ausgelöst worden seien. Schmerzreize könnten sich, bis der stärkere abgeklungen sei, überdecken. Eine Ergussbildung baue sich posttraumatisch jeweils innert Tagen auf. Im MRI liessen

sich zudem im Bereich des Meniskusrisses keine Hinweise auf eine degenerative Veränderung finden (keine Knorpelläsion im lateralen/medialen Kompartiment, keine Degeneration des Knorpels). Aufgrund des Unfallmechanismus, der im MRI gestellten Diagnosen und der Erklärung des Symptomblaufes liesse sich aus ihrer Sicht ein Kausalzusammenhang finden.

4.7 Am 1. Juni 2017 nahm Dr. med. F.____, FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, als beratende Ärztin der Versicherung Stellung. Sie wies darauf hin, dass die vom Versicherten zusätzlich zur Verfügung gestellten Arztberichte keine neuen versicherungsmedizinisch relevanten Aspekte gegenüber der Beurteilung von Dr. C.____ vom 6. April 2017 ergeben würden. Die versicherungsmedizinische Beurteilung sei korrekt und ausführlich begründet. Sie empfehle am Entscheid festzuhalten.

4.8 Mit Schreiben vom 21. Juni 2017 teilte Dr. med. G.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, H.____ AG, mit, dass es sich bei dem vorhandenen Meniskusschaden klar um einen Unfallschaden nach Verdrehtrauma vom 4. März 2017 handle.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der Verfügung vom 2. Juni 2017 sowie im Einspracheentscheid vom 28. August 2017 auf den Standpunkt, dass das Leiden des Beschwerdeführers am Knie vorwiegend, das heisse zu mehr als 50 %, auf die Chondrokalzinose (Stoffwechselerkrankung) sowie auf diverse degenerative Veränderungen zurückzuführen sei. Dabei stützte sie sich auf die ihrer Meinung nach einleuchtenden und in ihren Schlussfolgerungen detailliert, nachvollziehbar und schlüssig begründeten Beurteilungen von Dr. C.____ und Dr. F.____. Zudem würde das Schädigungsbild (MRI vom 15. März 2017) nicht zum geschilderten Ereignismechanismus passen. Die spätere ärztliche Darstellung, wonach eine Kniedistorsion stattgefunden habe, widerspreche der ursprünglichen Ereignisschilderung des Beschwerdeführers.

5.2 Der Auffassung der Beschwerdegegnerin kann nicht gefolgt werden. Dr. C.____ hielt zwar in seinem Bericht fest, dass die jeweiligen bildgebenden Befunde eindeutig degenerativ bzw. krankhaft begründet seien. Er zitierte jeweils aus dem MRI-Bericht und führte anschliessend auf, ob die Ursache dafür degenerativ bzw. krankhaft sei. Diesen Aussagen liegt aber keine Erklärung zu Grunde, insbesondere legt er nicht dar, inwiefern gestützt auf die diskreten Befunde von einer "eindeutigen" degenerativen bzw. krankhaften Ursache auszugehen ist. Die weitere Begründung, dass das vom Versicherten ursprünglich geschilderte Ereignis den späteren ärztlichen Darstellungen widersprechen würde, überzeugt nicht. Die Ereignisschilderung des Beschwerdeführers steht in keinem Widerspruch zu einer Kniedistorsion. Seine Ausführungen beinhalten zwar nicht explizit, dass eine Verdrehung des Knies stattgefunden habe, aber schliessen auch nicht aus, dass eine Distorsion hätte vorgefallen sein können. Zudem ist für eine Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG der Unfallhergang von untergeordneter Bedeutung. Dr. F.____ lag der Bericht von Dr. E.____ vom 18. April 2017 vor, in dem Dr. E.____ unter anderem erklärte, wie es zu den verzögerten Knieschmerzen gekommen sei und dass sich im Bereich des Meniskusrisses keine Hinweise auf eine degenerative Veränderung finden würden. Dr. F.____ setzte sich damit nicht auseinander, obwohl die Beurteilung von Dr. E.____

Fragen bezüglich der Zuverlässigkeit der Beurteilung von Dr. C.____ aufwirft und eine vertiefte Auseinandersetzung geboten gewesen wäre. Stattdessen bestätigte Dr. F.____ lediglich die Aussagen von Dr. C.____, ohne aber ihrerseits eine Begründung für dessen Feststellungen zu liefern. Anhand der versicherungsmedizinischen Berichte werden die medizinischen Zusammenhänge nicht einleuchtend dargelegt. Dass die Kniebeschwerden überwiegend wahrscheinlich über 50 % auf den degenerativen und krankhaften Vorzustand zurückzuführen sind, kann damit nicht zuverlässig begründet werden (vgl. hiervor E. 2.3).

5.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass vorliegend Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin eingeholten und als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilungen von Dr. C.____ und Dr. F.____ bestehen. Nach dem oben Gesagten (vgl. auch E. 3 hiervor) kann bei diesem Beweisergebnis nicht auf die betreffenden versicherungsinternen Beurteilungen abgestellt werden. Da die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren nicht ausreichend beweiskräftig sind, wird die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt abklären zu lassen und die Kausalität neu zu beurteilen haben.

5.4 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist die Beschwerde gutzuheissen und der Einspracheentscheid vom 28. August 2017 aufzuheben. Die Beschwerdegegnerin ist gehalten, erneute Abklärungen vorzunehmen und anschliessend erneut zu verfügen.

6. Abschliessend ist über die Kosten zu befinden. Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Der Beschwerdeführer ist zwar obsiegende Partei, da er jedoch nicht vertreten ist, entfällt ein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten im Sinne der genannten Bestimmung. Die ausserordentlichen Kosten des Verfahrens sind demnach wettzuschlagen.

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 materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 477 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 **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 28. August 2017 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Elips Versicherungen AG zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>