



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 31. August 2017 (725 17 181 / 236)

Unfallversicherung

„Aussage der ersten Stunde“; die Unfallkausalität der nachträglich geltend gemachten Schulterbeschwerden ist beweisrechtlich nicht erstellt.

_____ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin

gegen

Basler Versicherung AG, Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel,
Beschwerdegegnerin, vertreten durch Andrea Tarnutzer, Advokat,
Güterstrasse 106, Postfach 109, 4018 Basel

_____ Betreff Leistungen

A.1 Die 1968 geborene A._____ ist als Verwalterin bei der B._____ AG angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Basler Versicherung AG (nachfolgend: Basler) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 26. Oktober 2015 meldete A._____ bei der Basler, dass sie am 24. Oktober 2015 beim Waldspaziergang mit dem rechten Fuss eingeknickt sei und diesen geprellt respektive verstaucht habe. Auf Rückfrage der Basler führte A._____ am 29. Oktober 2015

präzisierend aus, dass sie auf einem Waldspaziergang mit dem rechten Fuss eingeknickt und gestürzt sei und sich den Fuss verstaucht bzw. geprellt habe. Sie habe vor dem Ereignis keinerlei Beschwerden am betroffenen Körperteil gehabt.

A.2 Im Dezember 2015 begab sich A._____ wegen Kopf- und Schulterschmerzen in medizinische Behandlung. Mit Verfügung vom 12. Dezember 2016 lehnte die Basler ihre Leistungspflicht diesbezüglich ab, da es am Kausalzusammenhang zwischen dem gemeldeten Ereignis und den geklagten Schulterbeschwerden fehle. Die dagegen von der Versicherten, vertreten durch ihre Rechtsschutzversicherung, erhobene Einsprache wurde mit Entscheid vom 12. Mai 2017 abgewiesen.

B. Hiergegen erhob A._____ am 7./8. Juni 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei der Einspracheentscheid vom 12. Mai 2017 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, über den 13. Januar 2016 hinaus die gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 24. Oktober 2015 und der traumatisch bedingten SLAP-Läsion an der linken Schulter zu erbringen sowie daraus entstehende Spätfolgen zu übernehmen. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass es sie beim Sturz am 24. Oktober 2015 überschlagen habe, was von ihrem Ehemann bezeugt werden könne. Sie habe sofort Schmerzen in der Schulter verspürt, dies jedoch erst später und bloss telefonisch bei der Beschwerdegegnerin gemeldet. Die Schmerzen seien schwer lokalisierbar gewesen, was bei der erlittenen Verletzung absolut normal sei. Erst die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung habe die Diagnose einer SLAP-Läsion ergeben. Die folgende Operation am 18. Oktober 2016 habe klar eine traumatisch bedingte Läsion gezeigt. Die Beschwerdegegnerin habe denn auch bis zum 13. Januar 2016 die Leistungen im Zusammengang mit der Schulter erbracht. Sie habe vor dem Unfall nie an Schulterbeschwerden gelitten und sei sechs Monate nach der Operation auch wieder beschwerdefrei.

C. Die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Advokat Andrea Tarnutzer-Münch, schloss in ihrer Vernehmlassung vom 3. August 2017 auf Abweisung der Beschwerde. Gemäss den Aussagen der Beschwerdeführerin der ersten Stunde sei davon auszugehen, dass anlässlich des Unfalls vom 24. Oktober 2015 lediglich der Fuss verletzt worden sei. Die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden sei nicht erstellt.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vor-

liegend befindet sich dieser in X.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 7./8. Juni 2017 ist demnach einzutreten.

2. Vorliegend ist einzig umstritten und zu prüfen, ob die Schulterbeschwerden links mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 24. Oktober 2015 zurückzuführen sind.

3.1 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. 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). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt 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 entfielen (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, wober 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Es ist vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste gewürdigt wird (BGE 126 V 360 E. 5b).

4. Vorweg ist abzuklären, von welchem Sachverhalt im vorliegenden Verfahren auszugehen ist.

4.1 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). 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 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 (RKUV 2004 Nr. U 524 S. 546 f., U 236/03 E. 3.3.4; Urteil 8C_637/2016 vom 13. Dezember 2016 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

4.2.1 Aufgrund der vorliegenden Unterlagen stellt sich der rechtserhebliche Sachverhalt wie folgt dar: In der Schadensmeldung vom 26. Oktober 2015 hielt die Beschwerdeführerin fest, dass sie am 24. Oktober 2015 beim Spazieren mit dem rechten Fuss eingeknickt sei und diesen geprellt bzw. verstaucht habe. Auf Rückfrage der Unfallversicherung führte sie am 29. Oktober 2015 präzisierend aus, dass sie mit dem rechten Fuss eingeknickt und gestürzt sei und sich den Fuss verstaucht bzw. geprellt habe. Später sagte sie gegenüber den behandelnden Ärzten aus, dass sie beim Sturz auf die linke Schulter gefallen sei (vgl. E. 6 hiernach). Beschwerdeweise machte sie schliesslich geltend, dass es sie beim Sturz am 24. Oktober 2015 überschlagen habe und sie sofort Schmerzen in der Schulter verspürt habe.

4.2.2 Die zuletzt genannten Schilderungen des Unfalls der Versicherten gegenüber den behandelnden Ärzten resp. in der Beschwerde vom 7./8. Juni 2017, welche von den zeitnahen Schilderungen abweichen bzw. diese mit dem Hinweis ergänzen, dass es sie beim Sturz überschlagen habe und sie sofort Schmerzen in der Schulter verspürt habe, sind mit Zurückhaltung

zu würdigen. Sie könnten bewusst oder unbewusst von nachträglichen versicherungsrechtlichen Überlegungen beeinflusst bzw. geprägt sein. Da es sich um derart augenfällige Umstände handelt, ist davon auszugehen, dass sie von der Versicherten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits in der Unfallmeldung vom 26. Oktober 2015 erwähnt worden wären, hätten sie tatsächlich eine Rolle gespielt. Gestützt auf die dargelegte Rechtsprechung zu den "Aussagen der ersten Stunde" ist somit auf die Schilderung des Ereignisses vom 24. Oktober 2015 in der Unfallmeldung vom 26. Oktober 2015 resp. in der ergänzenden Unfallbeschreibung vom 29. Oktober 2015 abzustellen. Demnach hat sich die Versicherte am 24. Oktober 2015 (einzig) den rechten Fuss verletzt. Diese Angaben haben vorliegend umso mehr Gewicht, als sie von der Versicherten selbst unterzeichnet wurden, so dass Missverständnisse bei der Formulierung auszuschliessen sind. Der erst im Nachhinein deutlich dramatischer und letztlich abweichend geschilderte Unfallhergang steht auch in Kontrast zum Umstand, dass die Versicherte erst über einen Monat nach dem Ereignis erstmals wegen Schulterbeschwerden einen Arzt aufsuchte. Nach dem Gesagten ist der in der Unfallmeldung vom 26. Oktober 2015 resp. in der ergänzenden Unfallbeschreibung vom 29. Oktober 2015 dargelegte Unfallhergang massgebend. Vor diesem Hintergrund kann in antizipierender Beweiswürdigung (BGE 137 V 64 E. 5.2; 136 I 229 E. 5.3) darauf verzichtet werden, den Ehemann der Versicherten als Zeugen zum Ereignis vom 24. Oktober 2015 persönlich zu befragen.

5.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 23 1 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. 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, 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 (BGE 125 V 351 E. 3a). 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

5.2 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 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 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 Gerichtsgut-

achten. 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 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

6. Im vorliegenden Verfahren sind im Wesentlichen folgende Arztberichte zu berücksichtigen:

6.1 Bei Verdacht auf ein AC-Gelenktrauma wurde die Versicherte zur bildgebenden Diagnostik in der Abklärungsstelle C.____, untersucht. Im Bericht vom 13. Januar 2016 hielt PD Dr. med. D.____, FMH Radiologie, fest, dass die MR-Arthrographie des Schultergelenks links einen unauffälligen Befund zeige. Namentlich bestünde ein intakter labroligamentärer Komplex und ein regelrechter Verlauf der langen Bizepssehne mit intakter labraler Insertion; Tendinosezeichen lägen nicht vor.

6.2 Im Operationsbericht vom 18. Oktober 2016 diagnostizierte Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine Verletzung des Bizeps longus-Sehnenansatzes im Sinne einer SLAP-Läsion an der linken Schulter. Anamnestisch habe die Versicherte seit knapp einem Jahr Beschwerden in der linken Schulter. Sie sei damals auf die linke Schulter gefallen. Intraoperativ bestünde eine intakte lange Bizepssehne. Sie sei aber proximal ausgewalzt und entzündlich verändert. Weiter zeige sich eine Läsion des kranialen Labrums an der Bizepsinsertion (SLAP Grad II). Deshalb sei eine Tenodese mit Miniopen und Mitekanker im Sulcus bicipitalis durchgeführt worden. Der Knorpelüberzug an Glenoid und Humerus sei bis auf eine zentrale Chondropathie Grad II-III unauffällig. Das vordere Labrum und die Supraspinatussehne seien intakt und die Subscapularissehne sei fest verankert.

6.3 Im Austrittsbericht der F.____AG vom 21. Oktober 2016 bestätigte Dr. E.____ die bekannten Diagnosen. Weiter führte er aus, dass eine deutliche Einschränkung in der Abduktion und in der Aussenrotation bestünde. Die Versicherte verspüre die Schmerzen immer im Bereich des Sulcus bicipitalis zentral vorne und zum Teil ins Gelenk hineinziehend. Teilweise seien die Beschwerden auch ausstrahlend in den Oberarm nach distal vorhanden.

6.4 Die versicherungsmedizinisch beratende Ärztin Dr. med. G.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, führte in ihrer Stellungnahme an die Beschwerdegegnerin vom 6. Dezember 2016 aus, dass in der Arthro-MRT des linken Schultergelenks vom 13. Januar 2016 kein konstruktives Organkorrelat einer unfallbedingten Läsion zu objektivieren sei und die intra-operativ beschriebene SLAP II Läsion nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das postulierte Ereignis zurückzuführen sei. Zudem werde in der Schadenmeldung vom 26. Oktober 2015 keine allfällige Verletzung des linken Schultergelenks erwähnt, sondern lediglich eine „Verstauchung/Prellung“ des rechten Fusses. Der erst im Verlauf angegebene Sturz auf die linke Schulter mit dem Mechanismus einer Schulterprellung/Direktanprall sei nicht geeignet,

eine SLAP-Läsion zu verursachen. Unter der theoretischen Annahme, dass sich die Versicherte anlässlich des Ereignisses vom 24. Oktober 2015 tatsächlich eine linksseitige Schulterkontusion zugezogen hätte, wäre der diesbezügliche Status quo sine vel ante spätestens fünf Wochen nach dem Ereignis erreicht.

6.5 Am 23. Dezember 2016 diagnostizierte Dr. E.____ einen Status nach Arthroskopie und Débridement des Labrums der linken Schulter und eine Mini open-Bizepstendinose mittels Mitek-Anker bei traumatisch bedingter Verletzung des Bizeps longus-Sehnenansatzes im Sinne einer SLAP-Läsion. Der SLAP-Riss sei beim Sturz am 24. Oktober 2015 entstanden. Arthroskopisch zeige sich eine klar traumatisch bedingte Rissbildung im Bereich des Ankers der Bizepssehne. Seines Erachtens seien die Bilder, welche im Januar 2016 durchgeführt worden seien, bereits mit einer klaren Situation im Sinne einer SLAP-Läsion gekennzeichnet. Dass diese durch den Radiologen nicht als solche beschrieben worden seien, sei erstaunlich.

6.6 Am 9. Mai 2017 betonte Dr. E.____, dass es sich um eine reine SLAP-Läsion handle, die durch den Unfall bedingt sei. Die zeitliche Symptomatik zeige ebenfalls die Kausalität zum Unfall.

7.1 Aus dem Sachverhalt, von welchem aufgrund der Beweiswürdigung auszugehen ist (vgl. Ziff. 4.2.2 hiervor), ergibt sich, dass beim Sturz am 24. Oktober 2015 keine Traumatisierung der linken Schulter stattgefunden hat. Damit ist die Schlussfolgerung von Dr. G.____, wonach ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 24. Oktober 2015 und den erst später geltend gemachten Schulterbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sei, einleuchtend und nachvollziehbar. Daran ändert auch nichts, dass es sich bei Dr. G.____ um eine Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin handelt. Die Berichte versicherungsinterner Ärzte sind soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (vgl. Ziff. 5.2 hiervor). Solche Zweifel liegen nicht vor und werden auch von der Beschwerdeführerin nicht substantiiert geltend gemacht. Vielmehr stimmt ihre Beurteilung mit der zeitnah zum Unfallereignis durchgeführten bildgebenden Untersuchung vom 13. Januar 2016 insofern überein, als die MR-Arthrographie des Schultergelenks links einen unauffälligen Schulterbefund links zeigte. Insgesamt entspricht die Beurteilung der beratenden Ärztin Dr. G.____ den Anforderungen der Rechtsprechung (vgl. E. 5.2 hiervor), weshalb darauf abgestellt werden kann.

7.2 Daran ändern auch die Ausführungen in der Beschwerde nichts. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin kann der Beurteilung des behandelnden Arztes Dr. E.____ in Bezug auf die Kausalität der Schulterbeschwerden schon deshalb nicht gefolgt werden, weil er von einem nicht massgeblichen Sachverhalt (Sturz auf die linke Schulter; vgl. E. 6.2 hiervor) ausging. Selbst wenn die Beschwerdegegnerin – wie die Beschwerdeführerin geltend macht – bis zum 13. Januar 2016 Leistungen im Zusammenhang mit den Schulterbeschwerden erbracht haben sollte, ändert dies nichts an der Tatsache, dass die Unfallkausalität der nachträglich geltend gemachten Schulterbeschwerden beweisrechtlich nicht erstellt ist.

7.3 Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die ab Dezember 2015 geklagten Schulterbeschwerden links abgelehnt hat. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 12. Mai 2017 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

8. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen (Art. 61 lit. g ATSG).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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