



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 5. September 2019 (725 19 142 / 221)

Unfallversicherung

Kein Anspruch auf Leistungen mangels natürlichem Kausalzusammenhangs; Vorliegen eines Rückfalls verneint;

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Margit Campbell

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Nicolai Fullin, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A.1 A.____ arbeitete seit dem 1. Dezember 2014 bei der B.____ GmbH in C.____ als Chauffeur und war in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Gemäss Schadenmeldung UVG vom 31. August 2016 verunfallte der Versicherte am 5. August 2016. Der Sachverhalt wurde wie folgt beschrieben: "Beim Schieben der Palette kippte der Kühler und beim Stützen des Kühlers wurde er zwischen dem Kühler und dem LKW eingeklemmt". Dabei zog er sich am Rücken

links eine Prellung zu. Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Taggelder und Heilbehandlung). Nachdem der Versicherte ab dem 28. November 2016 (vgl. Seite 29 Suva-Akten) seine Arbeit wiederum vollumfänglich aufgenommen hatte, schloss sie den Fall ab.

A.2 Am 12. Februar 2018 meldete der Versicherte unter Hinweis auf Schulter- und Oberarmschmerzen rechts der Suva einen Rückfall. Diese klärte den medizinischen Sachverhalt ab und teilte A.____ mit Schreiben vom 10. April 2018 mit, dass sie keine Leistungspflicht für den gemeldeten Rückfall treffe, da die aktuellen Schulter- und Armbeschwerden rechts nicht auf den Unfall vom 5. August 2016 zurückzuführen seien. Daran hielt sie auch in ihrer Verfügung vom 26. September 2018 und dem Einspracheentscheid vom 29. März 2019 fest.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Advokat Nicolai Fullin, am 9. Mai 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, es sei der Einspracheentscheid vom 29. März 2019 aufzuheben und es sei die Suva unter o/e-Kostenfolge zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen für die ab Februar 2018 bestehenden Beschwerden an der rechten Schulter und dem rechten Oberarm zu erbringen. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Beurteilung auf unzureichende und fehlerhafte Berichte ihres Kreisarztes stütze. Am 23. Mai 2019 reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme des behandelnden Hausarztes Dr. med. D.____, FMH Allgemeine Medizin, ein.

C. In ihrer Beschwerdeantwort vom 18. Juli 2019 schloss die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die Beurteilung im angefochtenen Einspracheentscheid auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 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. Vorliegend befindet sich dieser in E.____, 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 damit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist folglich einzutreten.

1.2 Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG in Kraft getreten. Laut Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 werden jedoch Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen zugetragen haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird.

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. 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 Verdiensts. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG).

2.2 Laut Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 werden die Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; BGE 127 V 457 E. 4b, 118 V 297 E. 2d). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen).

3.1 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 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, 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).

3.2 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 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).

4.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie insbesondere der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin - ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen 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. 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).

4.2 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).

5. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

6.1 Zur Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und der Frage der natürlichen Kausalität sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte zu berücksichtigen:

6.2 In Bezug auf den Grundfall ist zunächst auf den radiologischen Bericht des Röntgeninstituts des Spitals F. ____ vom 30. August 2016 hinzuweisen. Diesem ist zu entnehmen, dass der Versicherte vor drei Wochen einen Unfall mit Einklemmung des linken Hemithorax erlitten habe. Aufgrund der vorgenommenen Computertomographie (CT) könnten Rippenfrakturen beidseits nicht nachgewiesen werden. Ebenso wenig lägen Wirbelkörperfrakturen vor. Möglicherweise sei von einem Status nach Frakturierung des Processus transversus des Lendenwirbelkörpers (LWK) 1 links (Differentialdiagnose: Übergangsanomalie) bereits etwas älter imponierend auszugehen. Es seien auch keine Fraktur im Bereich der Scapula und - soweit abgebildet - der linken Schulter sowie Weichteilverkalkungen erkennbar. Zum Ausschluss einer Rotatorenmanschettenruptur müsste mindestens eine Sonographie oder eine Magnetresonanztomographie (MRT) durchgeführt werden. Dem Bericht ist weiter zu entnehmen, dass das Mediastinum und das Lungenparenchym unauffällig seien und weder ein Pneumo- noch ein Hämatothorax noch ein Pleuraerguss oder eine Raumforderung vorliegen würden. Auch die Oberbauchorgane sowie die abgebildeten kaudalen Halsabschnitte in der Nativ-CT seien unauffällig.

6.3 Dr. D. ____ diagnostizierte am 3. September 2016 eine starke Prellung des Hemithorax links. Der Beschwerdeführer leide an massiven Druckdolenzen über dem linken lateralen Hemithorax und es sei ihm nicht möglich, den Arm über die Horizontale zu heben. Aufgrund der durchgeführten bildgebenden Untersuchungen des Thorax bestünden aber keine Frakturen.

6.4 Im Zusammenhang mit der Rückfallmeldung vom 13. Februar 2018 diagnostizierte Dr. D.____ am 15. Februar 2018 eine Aggravation bei Schulter-Armsyndrom rechts. Der Beschwerdeführer sei seit dem 7. Februar 2018 zu 100 % arbeitsunfähig.

6.5 Gemäss dem radiologischen Bericht des Röntgeninstituts der Klinik G.____ (MRT des Schultergelenks rechts) vom 22. Februar 2018 bestünde beim Beschwerdeführer ein Verdacht auf ein umschriebenes subacromiales Impingement mit Zeichen einer moderaten Bursitis subdeltoidale und eine leichte, eng umschriebene Sehnenirregularität der Supraspinatussehne betreffend die bursale Oberfläche.

6.6 Am 8. März 2018 berichtete Dr. med. H.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Institut I.____, dass der Beschwerdeführer im August 2016 einen Unfall mit Rippenfraktur erlitten habe, als er durch eine Palette auf dem Boden eingeklemmt worden sei. Seitdem leide er auch an rechtsseitigen Schulterschmerzen mit Analgetikabedürftigkeit und seit sechs Monaten an Rückenschmerzen. Dr. H.____ ging bezüglich der rechten Schulter von einer SLAP-Läsion und betreffend die Beschwerden in der Lendenwirbelsäule (LWS) am ehesten von einer lumbalen Diskushernie aus.

6.7 Dr. med. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie, Institut I.____, bestätigte am 15. März 2018 eine SLAP-Läsion und eine bursaseitige Läsion der Supraspinatussehne. Betreffend die LWS zeige sich eine Diskusprotrusion LWK 5/SWK1, welche je nach Position ursächlich sein könne für die Schmerzausstrahlung sowie die Kribbelparästhesien im rechten Bein ohne sensorische Ausfälle.

6.8 Gemäss Operationsbericht von Dr. H.____ vom 20. Juni 2018 sei beim Beschwerdeführer eine diagnostische Schulterarthroskopie rechts, eine subakromiale Dekompression (SAD), eine Acromioplastik, eine mini-open subpectorale Bicepstenodese bei traumatischer SLAP-II-Läsion durchgeführt worden.

6.9 Der Suva-Kreisarzt med. pract. K.____, Facharzt Chirurgie, führte in seiner Beurteilung vom 7. August 2018 aus, dass der Versicherte sich echtzeitlich am 5. August 2016 mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine Einklemmung des linken Hemithorax und der linken Schulter/des linken Arms (Quetschtrauma) zugezogen habe. Aus diesem Grund seien die 18 Monate später diagnostizierten und sogar operierten Schulterbeschwerden rechts als Unfallfolge des Ereignisses vom 5. August 2016 medizinisch nicht nachvollziehbar. Ausserdem würden bei einer frischen traumatischen Schulterläsion bzw. SLAP-Läsion sofortige starke Schmerzen auftreten. Zudem seien Schwellungen und Hämatome zu erwarten, welche in der Regel eine zeitnahe Arztkonsultation mit Abklärung/Behandlung erfordern würden. Im vorliegenden Fall habe die Erstkonsultation aber erst fast 3 Wochen nach dem Unfallereignis stattgefunden. Nach primärer radiologischer Abklärung mittels konventionell radiologischer Diagnostik vom 24. August 2016 sowie Thorax-CT vom 30. August 2016 seien keine strukturellen Läsionen linksseitig nachgewiesen worden. Wegen rechtsseitigen Schulterschmerzen habe er sich erst 18 Monate nach dem Unfall bei seinem Hausarzt vorgestellt. Wie dem radiologischen Bericht vom 22. Februar 2018 zu

entnehmen sei, seien aufgrund des gleichentags durchgeführten MRI keine Hinweise für strukturelle Läsionen, sondern ein Impingementsyndrom ersichtlich. In Bezug auf die Ausführungen von Dr. H.____ vom 8. März 2018, wonach sich der Beschwerdeführer im Rahmen des Arbeitsunfalls vom 5. August 2016 Rippenfrakturen zugezogen habe, hielt der Kreisarzt fest, dass diese Aussage im Kontext des radiologischen Berichts vom 30. August 2016 bezüglich Thorax-CT sowie nach eigener Beurteilung der CT-Bilder widersprüchlich und medizinisch nicht nachvollziehbar sei. Anhand der zeitnahen, fachärztlichen klinischen und radiologischen Berichte sowie dem bildgebenden Material bezüglich dem Ereignis vom 5. August 2016 seien strukturelle, objektivierbare Unfallfolgen im Bereich der linken Schulter sowie dem linken Thorax mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen und es sei davon auszugehen, dass die Kontusionsfolgen innerhalb von 4 bis 6 Wochen vollständig abgeheilt seien. Die vom Versicherten im Februar 2018 geäusserten Beschwerden in der rechten Schulter sowie die am 20. Juni 2018 durchgeführte operative Sanierung derselben liessen sich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch ein krankheitsbedingtes Schulterimpingement-Syndrom erklären.

6.10 Im vorliegenden Verfahren reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. D.____ vom 23. Mai 2019 ein. Der behandelnde Arzt hielt darin unter anderem fest, dass Dr. H.____, ein erfahrener Schulterchirurg, intra- wie perioperativ von traumatischen Beschwerden gesprochen habe. Es sei daher nicht relevant, was der Kreisarzt dazu in seinem Aktenbericht äussere. Weiter sei der Beschwerdeführer wegen diversen Leiden bei ihm in Behandlung, weshalb die Aussage, dass er sich erst 18 Monate nach dem Unfall in der Praxis gemeldet habe, nicht zutrefte.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte ihren Entscheid auf die Einschätzungen ihres Kreisarztes pract. med. K.____ vom 7. August 2018. Sie ging demzufolge davon aus, dass die im Februar 2018 gemeldeten Beschwerden an der rechten Schulter nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 5. August 2016 zurückgeführt werden könnten.

7.2 Wie in Erwägung 4.2 hiavor ausgeführt, sind rechtsprechungsgemäss an versicherungsinterne Beurteilungen, wie dem Bericht des Kreisarztes pract. med. K.____ strenge Anforderungen zu stellen und bereits bei geringen Zweifeln an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Anders als der Beschwerdeführer und der behandelnde Hausarzt Dr. D.____ ausführen, bestehen vorliegend keine auch nur geringen Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung. Der Kreisarzt begründet nachvollziehbar und ausführlich, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zwischen den im Februar 2018 gemeldeten Schulterschmerzen rechts und dem Unfall vom August 2016 kein natürlicher Zusammenhang besteht. Er stützte sich bei seiner Beurteilung auf sämtliche Vorakten. Er hielt insbesondere unter Hinweis auf die bildgebend sowie anlässlich der Erstkonsultation Ende August 2016 erhobenen Befunde nachvollziehbar und überzeugend fest, dass das Ereignis vom 5. August 2016 zu keiner unfallbedingten strukturellen Läsion, sondern höchstens zu einem Quetschtrauma mit Kontusionen an der linken Schulter und des linken Arms sowie des linken Hemithorax geführt hat. In den Akten finden sich zeitnah keine abweichenden medizinischen Beurteilungen, die derjenigen des Kreisarztes in begründeter Weise entgegenstehen würden. Die Beschwerdegegnerin durfte unter diesen Umständen auf die einleuchtende Beurteilung des Kreisarztes abstellen.

7.3 Daran ändern auch die Ausführungen in der Beschwerde nichts. Soweit der Beschwerdeführer mit Blick auf die Angaben der behandelnden Dres. H.____ und J.____ von einer traumatischen SLAP-Läsion rechts ausgeht, kann ihm nicht gefolgt werden. Zunächst ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die Bezeichnung traumatisch oder posttraumatisch im medizinischen Sprachgebrauch zwar häufig gleichbedeutend mit "unfallkausal" verwendet wird. Einzig daraus kann aber nicht zwingend auf eine natürlich kausale Ursache geschlossen werden, denn nach üblichem, allgemein geläufigem Sprachverständnis wird der Ausdruck "post" oft mit der zeitlichen Abfolge - unter Ausschluss des Verhältnisses von Ursache und Wirkung - in Verbindung gebracht. (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2014, 8C_524/2014, E. 4.3.3). Mit der Beschwerdegegnerin ist vorliegend davon auszugehen, dass die Bezeichnung "traumatisch" sich vorliegend nur auf die zeitliche Abfolge bezieht. Diese Auffassung wird in Bezug auf die Beschwerden in der rechten Schulter vom Kreisarzt unter Berücksichtigung der echtzeitlichen, den Grundfall betreffenden Berichte denn auch überzeugend dargelegt. In der Unfallmeldung vom 31. August 2016 wird eine Verletzung im Rücken links erwähnt. Dem radiologischen Bericht des Röntgeninstituts des Spitals F.____ vom 30. August 2016 ist eine Einklemmung des linken Hemithorax zu entnehmen. Aufgrund des vorgenommenen CT konnten zudem Rippenfrakturen beidseits nicht nachgewiesen werden. Ebenfalls sei keine Fraktur im Bereich der Scapula und - soweit abgebildet - der linken Schulter nachweisbar. Dr. D.____ bestätigte am 3. September 2016 eine starke Prellung des Hemithorax links. Der Beschwerdeführer leide an massiven Druckdolenz über dem linken lateralen Hemithorax und es sei ihm nicht möglich, den Arm über die Horizontale zu heben. Unter Bezugnahme auf diese echtzeitlichen Einschätzungen sind die Angaben im Bericht von Dr. H.____ vom 8. März 2018 nicht nachvollziehbar. So trifft es nachweislich nicht zu, dass der Beschwerdeführer im August 2016 einen Unfall mit Rippenfraktur erlitten hat. Weiter leuchtet es nicht ein, weshalb die festgestellte SLAP-Läsion rechts auf diesen Unfall zurückzuführen sein soll. Da Dr. H.____ diese Auffassung nicht begründet, vermag seine Beurteilung keine Zweifel an den Ausführungen von pract. med. K.____ zu verursachen. Auch die von Dr. D.____ in seinem Bericht vom 23. Mai 2019 geäusserten Bedenken an der Beweistauglichkeit des kreisärztlichen Berichts ändern daran nichts, handelt es sich dabei doch lediglich um unbehelfliche Anmerkungen, welche vorliegend nicht gehört werden können. Insbesondere vermögen sie die vom Beschwerdeführer behaupteten Brückensymptome, welche seit dem Unfall vom 5. August 2016 ununterbrochen bestanden hätten, nicht zu belegen. Dr. D.____ hielt diesbezüglich in seinem Bericht lediglich fest, dass der Beschwerdeführer wegen diversen Leiden regelmässig bei ihm in Kontrolle sei. Aus dieser Formulierung lassen sich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Brückensymptome ableiten. Zudem steht weiter fest, dass Dr. D.____ der Beschwerdegegnerin seit Dezember 2016 keine Rechnungen mehr betreffend den Grundfall eingereicht hat. Daraus kann geschlossen werden, dass er ab diesem Zeitpunkt nicht mehr von einer Behandlungsbedürftigkeit der im August 2016 erlittenen Verletzungen ausging.

7.4 Insgesamt ergibt sich aus den vorliegenden medizinischen Akten zusammenfassend nichts, was geeignet wäre, den Beweiswert der kreisärztlichen Beurteilung, wonach die im Februar 2018 geltend gemachten Beschwerden an der rechten Schulter nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 5. August 2016 zurückzuführen sind, in Zweifel zu

ziehen. Unter diesen Umständen steht auch fest, dass die im Februar 2018 gemeldeten Beschwerden in der rechten Schulter nicht als Rückfall im Sinne von Art. 11 UVV (vgl. oben E. 2.2) zum Grundfall verstanden werden können, weshalb sich diesbezüglich weitere Ausführungen erübrigen.

8. Die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 29. März 2019 erweist sich aufgrund der vorstehenden Erwägungen als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

9. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Ein Anspruch auf eine Entschädigung der Parteikosten besteht beim vorliegenden Verfahrensausgang nicht (vgl. Art. 61 lit g ATSG e contrario).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

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