

200 16 1158 UV
GRD/LUB/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. Juli 2017

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch B. _____ AG
Beschwerdeführer

gegen

SWICA Versicherungen AG
Rechtsdienst UVG, Römerstrasse 37, 8401 Winterthur
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 26. Oktober 2016
(9930/0019.03160.14.0)



Sachverhalt:

A.

Der 1954 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seinen Arbeitgeber bei der Swica Versicherungen AG (Swica bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er gemäss Kundenbesuchsbericht am 28. November 2011 wie auch am 15. Mai 2013 in Spanien stolperte, auf die linke Seite stürzte und danach Schmerzen in der linken Schulter verspürte (Akten der Swica, [act. II] 5, 12). Im Zusammenhang mit diesen Ereignissen erbrachte die Swica zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (act. II 22 f.). Mit Verfügung vom 5. Januar 2016 (act. II 73) stellte sie diese vorübergehenden Leistungen per 22. Mai 2015 ein. Während der zuständige Krankenversicherer die dagegen erhobene Einsprache mit Schreiben vom 5. Februar 2016 (act. II 78) wieder zurückzog, wies die Swica jene des Versicherten (act. II 76, 79, 80) mit Entscheid vom 26. Oktober 2016 (act. II 81) ab.

B.

Mit Eingabe vom 28. November 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch die B. _____ AG, Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 26. Oktober 2016 sei aufzuheben und es seien ihm in Bestätigung des über das Datum vom 22. Mai 2015 hinaus fortbestehenden Leistungsanspruchs die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen auszurichten.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 28. Dezember 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 26. Oktober 2016 (act. II 81). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit den Ereignissen vom 28. November 2011 sowie 15. Mai 2013 und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen zu Recht per 22. Mai 2015 einstellte und weitere Versicherungsleistungen verneinte.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu be-

finden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.2.2 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die 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 (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1, 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

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 gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

3.

3.1 Unbestritten ist, dass die Ereignisse vom 28. November 2011 und 15. Mai 2013 (act. II 12) die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition erfüllen und danach unfallkausale Beschwerden aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch zunächst Versicherungsleistungen erbracht (act. II 22 f.) und damit das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen – insbesondere die leistungsbegründende natürliche Unfallkausalität – anerkannt (vgl. Entscheid des Bun-

desgerichts vom 1. Februar 2011, 8C_895/2010, E. 5.1). Demnach liegt die Beweislast für das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs bei ihr (vgl. E. 2.2.2 hiervor).

3.2 Den Akten lassen sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.2.1 Am 23. Mai 2013 wurde eine Arthro-MRI-Untersuchung an der linken Schulter durchgeführt. In der Beurteilung führte Dr. med. C. _____, Facharzt für Radiologie, aus, es liege eine mittelschwere, aktuell aktivierte AC-Arthrose mit beginnendem subacromialem Impingement und konsekutiver deutlicher Tendinopathie der Supraspinatussehne sowie eine beginnende Atrophie des M. supraspinatus vor. Weiter bestehe eine diskrete Bursitis subacromialis (act. II 58, S. 2).

3.2.2 Im Operationsbericht vom 27. Juni 2013 (act. II 20, S. 15 ff.) diagnostizierte Dr. med. D. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, an der Schulter links ein subacromiales Impingement mit Tendinose der Supraspinatussehne, Partialruptur der Unterfläche, AC-Gelenksarthrose, deutlicher Tendinopathie der Supraspinatussehne sowie Atrophie des Muskels des M. supraspinatus und eine AC-Arthrose. Dr. med. D. _____ führte eine Schulterarthroskopie mit Bursakopie, subacromiale Dekompression, Resektion des lateralen Claviculaendes und der kaudalen Fläche der verbleibenden lateralen Clavicula aus.

3.2.3 Ein weiteres Arthro-MRI der linken Schulter vom 20. Februar 2014 (act. II 32, S. 3) zeigte eine schwere Tendinose mit Ausdünnung der Supraspinatussehne, eine Tendinose der langen Bicepssehne, einen unauffälligen postoperativen Zustand des AC-Gelenks und eine Bursitis.

3.2.4 Im Operationsbericht vom 5. Juni 2014 (act. II 1, S. 9) über eine weitere Schulterarthroskopie links mit Refixation Subscapularis, Bicipstenodese (IF-Schraube) und Zuggurtungsnaht der Supraspinatussehne nannte Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als Diagnose ein Schmerzsyndrom der linken Schulter nach Acromioplastik und AC-Resektion bei Partiaalläsion Subscapularis, Tendinose der langen Bicepssehne, schwerer Tendinose Supra-/Infraspinatus.

3.2.5 Med. prakt. F. _____ vermerkte im Arztbericht vom 31. Juli 2014 (act. II 1, S. 12 – 15) als Ursache der Arbeitsunfähigkeit Krankheit und hielt als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Schulter-Arm-Syndrom links (chronisch seit 2011) und einen St. n. Schulteroperation vom 27. Juni 2013 und 5. Juni 2014 fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie ein Schmerzsyndrom der linken Schulter nach Acromioplastik und AC-Resektion, Schulterarthroskopie links mit Refixation Subscapularis am 5. Juni 2014 (S. 12).

3.2.6 In der Expertise vom 3. Dezember 2014 (act. II 21) führte Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, als Diagnosen einen St. n. Schultertrauma links vom 28. November 2011 mit seither persistierenden Schmerzen und Ausstrahlung nach distal sowie leichter Kraftverminderung ohne Arbeitsunfähigkeit (Verdacht auf Impingement und Partialisierung des Supraspinatus), einen St. n. erneutem Schultertrauma links vom 15. Mai 2013 mit Tendinopathie der Supraspinatussehne, Muskelatrophie und konsekutiver erheblicher Kraftverminderung sowie aktiver AC-Arthrose, Impingement und Bursitis subacromialis/subdeltoidea, einen St. n. arthroskopischer subacromialer Dekompression nach Resektion des lateralen Clavicula-Endes und der caudalen Fläche der verbliebenen Restclavicula vom 27. Juni 2013, einen St. n. Refixation des Subscapularis wegen Längsruptur nach Zuggurtungsnaht des Supraspinatus wegen schwerer bursaseitiger Tendinose und Ausdünnung mit Übergreifen auf den Infraspinatus und nach Tenodese der langen Bicepssehne vom 5. Juni 2014 und eine persistierende verminderte Belastbarkeit des linken Armes zu Folge leichter bis mässiger Bewegungseinschränkung, Tendopathie des Supraspinatus, des Subscapularis und des Coracobrachialis wie auch des kurzen Biceps und Kraftverminderung ohne Insuffizienz der Rotatorenmanschette auf (S 13 f.). Die Tendinopathien, die Bewegungseinschränkung der linken Schulter und die Kraftverminderung im linken Arm könnten vollumfänglich objektiviert werden. Es könne noch mit einer namhaften Besserung der Schmerzen, der Schulterfunktion und der Kraftverminderung gerechnet werden. Um dies zu erreichen schlage er physiotherapeutische Massnahmen, ein tägliches Heimprogramm und eine medikamentöse Behandlung vor (S. 15). Bereits nach dem ersten Unfall vom 28. November 2011 sei es zu den bekannten mehrfach geschilderten Beschwerden am linken Arm

gekommen, welche zunächst keiner weitergehenden Behandlungen bedurft hätten. Erst der Unfall vom 15. Mai 2013 habe Beschwerden verursacht, welche eine Abklärung mit konsekutiver ärztlicher Behandlung benötigt habe. Dieser Unfall sei eine überwiegend wahrscheinliche Ursache der Gesundheitsschädigung (S. 17).

3.2.7 Am 12. Januar 2015 erfolgte eine erneute Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter. In deren Beurteilung erwähnte Dr. med. H. _____, Facharzt für Nuklearmedizin und Radiologie, neu einen St. n. Bicepssehnenentodese und unauffällige Anker. Es läge nach Rotatorenmanschettennaht (RMN) eine stationär ausgedehnte, jedoch reizlose Darstellung der Supraspinatussehne vor. Postoperativ lasse sich das mittlere glenohumerales Ligament nicht mehr darstellen. Bei St. n. AC-Resektion bestehe ein reizloses AC-Gelenk. Es zeige sich eine leichte bis mässige fettige Degeneration der Muskulatur der Rotatorenmanschette (Goutallier Grad 1 bis 2; act. II 29, S. 3).

3.2.8 Dr. med. E. _____ diagnostizierte am 13. Januar 2015 (act. II 29, S. 2) unklare residuelle Schmerzen bei St. n. arthroskopischer Refixation, Bicipstenodese und Zuggurtungsnaht der Supraspinatussehne (5. Juni 2014). Das zwischenzeitlich durchgeführte Arthro-MRI zeige einen schönen Befund mit korrekt liegenden Implantaten und gut eingehheilten Sehnen; es gäbe keinen Hinweis für die Ursache der Beschwerden. Einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit sollte nichts im Wege stehen.

3.2.9 Im Gutachten vom 22. Mai 2015 (act. II 37) hielt Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, als Diagnosen Restbeschwerden bei St. n. arthroskopischer subacromialer Dekompression sowie Resektion der lateralen Clavicula vom 27. Juni 2013 und einen St. n. Refixation des Subscapularis wegen Längsruptur und Zuggurtungsnaht des Supraspinatus sowie Tenodese der langen Bicepssehne vom 5. Juni 2014 fest. Der Patient habe zwei Schultertraumen im Abstand von zwei Jahren erlitten. Nach dem ersten Trauma 2011 habe er den Arzt nicht aufgesucht und weiter gearbeitet. Nach dem zweiten Trauma vom 15. Mai 2013 sei bereits acht Tage später ein Arthro-MRI der linken Schulter durchgeführt worden. Es hätten sich in diesem MRI keine frischen oder älteren traumatischen ossären Läsionen, insbesondere keine bone bruise gefunden. Es

hätten sich eine geringe aktivierte Arthrose im AC-Gelenk, eine Tendinopathie der Supraspinatussehne sowie eine beginnende Atrophie des Musculus supraspinatus und eine diskrete Bursitis subacromialis gezeigt. Der Patient sei in der Folge zwei Mal operiert worden, ohne dass die Beschwerden anhaltend gebessert hätten (S. 6). Die klinischen Befunde und das MRI seien nicht kohärent mit den vom Patienten geschilderten Beschwerden. Aus orthopädischer Sicht sei er zu 100 % arbeitsfähig. In den klinischen Tests präsentiere der Patient nur eine leicht eingeschränkte Schulterfunktion bezüglich Beweglichkeit. Er habe eine gute Kraft, sei schmerzfrei und sei nicht ermüdbar (S. 7). Mit einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands könne nicht gerechnet werden. Die Unfälle seien möglicherweise Initiator des gesamten Geschehens gewesen; sie seien eine mögliche Mitursache bzw. der Beginn der Krankheitsproblematik (S. 8). Der Patient sei normal arbeitsfähig. Er weise eine nahezu vollständige Schulterfunktion auf. Die Beschwerden könnten nicht objektiviert werden. Die objektiven Befunde, die radiologischen und szintigraphischen Untersuchungen zeigten keine Pathologie und es sei deshalb auch keine Integritätsentschädigung geschuldet (S. 9).

3.2.10 In der Beurteilung über eine erneute Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter vom 4. August 2015 (act. II 58, S. 3) führte Dr. med. C. _____ aus, der kernspintomografische Befund werde dominiert durch eine Arthrofibrose mit Verdickung des Ligamentum glenohumerale inferius. Soweit aufgrund der Suszeptibilitätsartefakte subacromial beurteilbar, zeige sich eine längerstreckige Tendinose der distalen intraartikulären Supraspinatussehne. Es lägen weder höhergradige Teilrupturen noch eine Bursitis subdeltoidea oder subcoracoidea vor.

3.2.11 Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erwähnte im Operationsbericht vom 10. November 2015 (act. II 60, S. 2) als Diagnosen eine arthroskopische Voroperation mit RM-Refix, SAS und SAD links, Glenoidaldefekt Grad III, Humeral Grad I, SLAP ohne Instabilität links, eine subtotale Rotatorenmanschettenläsion mit Retraktion, Fäden-Impingement, Schulterhochstand, subacromiales Impingement, ACG-Arthrose, Omarthrose (ICD-10 M75.4, M19.01, M75.2, M75.3, M75.5, M75.1). Dr. med. J. _____ führte eine

Re-Schulterarthroskopie, Synovektomie und SLAP Skinking mit VAPR links, glenoidales Knorpelshaving, Acromioplastik mit subacromialer Dekompression, laterale Clavicularesektion, partielle Exzision des AC-Gelenks, offene Entfernung eines luxierten Ankers, Exzision subacromial Fadengranulom, Rotatorenmanschettenrekonstruktion mit Titananker im Humerus links durch.

In der Stellungnahme vom 23. November 2015 (act. II 61, S. 2) führte Dr. med. J. _____ aus, die Schulterbeschwerden und die Indikation zur Operation vom 10. November 2015 ständen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in direktem Zusammenhang mit dem Unfall vom 28. November 2011. Das Schultergelenk weise eine Läsion (Verletzung) der linken Rotatorenmanschette sowie einen Knorpelschaden am Labrum des Schultergelenks (glenohumeral) auf. Diesbezüglich sei der Patient im 2013 und 2014 bereits chirurgisch behandelt worden. In der Zeit vor dem Unfallereignis sei er nicht behandelt worden und es hätten keine Schultergelenksbeschwerden vorgelegen. Während der Operation vom 10. November 2015 hätten sich die Läsionen und intraartikulären Befunde, die mit hoher Wahrscheinlichkeit mit dem Unfallereignis kausal zusammenhängen würden, bestätigt. Die Befunde, Beschwerden und Komplikationen einer luxierten Ankerschraube würden darauf hinweisen, dass die Indikation für eine erneute Operation nicht eine mögliche Mitursache, sondern primär kausal als Folge der Unfälle angesehen werden sollten (S. 2). Er gehe von einer Rekonvaleszenzzeit von drei bis sechs Monaten aus (S. 3).

3.2.12 In der Ergänzung zum Gutachten vom 11. Dezember 2015 (act. II 72) hielt Dr. med. I. _____ fest, bereits acht Tage nach dem Unfall seien MR-tomografisch keine relevanten Verletzungen im Bereich der Schulter gefunden worden. Die Operationsindikation für die erste Operation (vom 27. Juni 2013) seien zunehmende Bewegungseinschränkungen und Schmerzen gewesen. Die Indikation für die zweite Operation (vom 5. Juni 2014) seien persistierende Schmerzen und die Indikation für die dritte Operation (vom 10. November 2015) seien weiterhin persistierende Schmerzen gewesen, wobei bei praktisch normalem MRI nach den vorangehenden Operationen jetzt eine Operation durchgeführt worden sei, die nichts mit dem Erstereignis zu tun gehabt habe. Es seien Dinge operiert worden, die

im MRI nicht annähernd hätten dargestellt werden können. Es sei beschrieben worden, dass eine AC-Resektion durchgeführt worden sei, ob schon diese bereits vor zwei Jahren durchgeführt und im MRI als vollständig normaler St. n. AC-Gelenksresektion dargestellt worden sei. Es seien keine Rupturen der Rotatorenmanschette beschrieben worden. Es fände sich kein luxierter Anker. Ebenfalls habe sich im durchgeführten Szintigramm vom Mai 2015 keine pathologische Anreicherung gezeigt (S. 3).

3.2.13 Am 30. April 2016 berichtete Dr. med. J. _____, es hätten eine Labrumläsion (SLAP) und Knorpelläsionen innerhalb des Schultergelenks (glenohumeral) vorgelegen. Das AC-Gelenk sei nicht vollständig reseziert gewesen und der Rest vom Discus sei noch vorhanden gewesen. Die Biceps- und Subscapularissehne seien partiell lädiert und die Supraspinatussehne der Rotatorenmanschette am Humeruskopf abgerissen gewesen. Letztere Sehne sei durch eine offene Operation mittels eines Titanankers zufriedenstellend refixiert worden. Am Wichtigsten erscheine ihm das positive postoperative Ergebnis. Vor der Operation vom 10. November 2015 habe sich ein Schmerzstatus gezeigt, der weder für den Patienten noch für die Hausärztin akzeptabel gewesen sei (act. II 79, S. 2 f.).

3.3 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 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, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete

Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2016 IV Nr. 2 S. 5 E. 4.1).

3.4 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid (act. II 81) massgeblich auf das Gutachten von Dr. med. I. _____ vom 22. Mai 2015 (act. II 37) inkl. Ergänzung vom 11. Dezember 2015 (act. II 72). Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, sind in Kenntnis der wesentlichen Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden; insbesondere hatte der Gutachter in seinem ergänzenden Bericht (act. II 72) auch eingehend und einleuchtend Stellung zu der anders lautenden ärztlichen Einschätzung von Dr. med. J. _____ genommen. Die Ausführungen in seiner gutachterlichen Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind überzeugend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Dr. med. I. _____ kam in seiner Beurteilung vom 22. Mai 2015 zum Schluss, dass die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden nicht auf ein orthopädisches Problem zurückzuführen sind, dieser in einem normalen 100 % Arbeitspensum voll arbeitsfähig ist und aus orthopädischer Sicht keine Einschränkungen bestehen (act. II 37, S. 6 f., Ziff. 8). Diese Einschätzung bestätigte er am 11. Dezember 2015 in seiner Gutachtenser-gänzung (act. II 72).

3.5 In seiner Beschwerde beruft sich der Beschwerdeführer hauptsächlich auf die Expertise von Dr. med. G. _____ (act. II 21) und die verschiedenen Berichte des behandelnden Arztes Dr. med. J. _____ (act. II 60, S. 2; act. II 61, S. 2; act. II 79, S. 2 ff.). Diese Berichte vermögen an der gutachterlichen Beurteilung von Dr. med. I. _____ nichts zu ändern.

Die Beschwerdegegnerin hat die Versicherungsleistungen per 22. Mai 2015 eingestellt (act. II 73, 81). Die Expertise von Dr. med. G. _____ datiert vom 3. Dezember 2014 (act. II 21, S. 1 f.), worin er insbesondere basierend auf seiner klinischen Untersuchung vom 26. November 2014 eine gute

Prognose stellte. Er ging aufgrund der beiden operativen Eingriffen von einem Behandlungsabschluss spätestens per Juni 2015 und einer möglichen vorherigen Arbeitsaufnahme aus (act. 21, S. 14, Ziff. 5.1 f.). Eine über diesen Zeitpunkt hinaus bestehende bzw. sich auswirkende unfallbedingte Gesundheitsschädigung erwähnte er nicht, sondern schloss vielmehr die Entwicklung einer unfallbedingten Arthrose und das Eintreten eines Integritätsschadens aus (act. 21, S. 14). Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin den Kausalzusammenhang grundsätzlich anerkennt, dessen Bestand jedoch zeitlich begrenzt hat. Der Verweis auf die Expertise von Dr. med. G. _____, welcher ausführte, bereits seit dem Unfall vom 28. November 2011 verspüre der Beschwerdeführer Schmerzen bzw. erst der Unfall vom 15. Mai 2013 habe Symptome verursacht, die eine Behandlung notwendig gemacht hätten, greift damit zum vornherein ins Leere. Abgesehen davon, taugt die Formel „post hoc, ergo propter hoc“, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3), für den Nachweis einer zeitlich unbefristeten unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ohnehin nicht. Dasselbe gilt im Zusammenhang mit der Angabe von Dr. med. J. _____ in seiner Stellungnahme vom 23. November 2015, wonach der Beschwerdeführer in der Zeit vor dem Unfallereignis nicht behandelt worden sei und keine Schultergelenksbeschwerden vorgelegen hätten (act. II 61, S. 2).

Sodann hat Dr. med. I. _____ in seiner Gutachtensergänzung vom 11. Dezember 2015 (act. II 72) zu den weiteren Angaben des behandelnden und operierenden Arztes eingehend Stellung genommen und einleuchtend dargelegt, dass die Schulteroperation vom 10. November 2015 nicht auf die beiden Sturzereignisse zurückzuführen ist. Gestützt auf das bereits acht Tage nach dem Unfall vom 15. Mai 2013 durchgeführte Arthro-MRI – wo der Radiologe keine frischen oder älteren traumatischen ossären Läsionen, insbesondere auch ein unauffälliges, teils hämatopoetisches Knochenmark ohne bone bruise bzw. Ostitis beschrieb (act. II 58 S. 2) – hält er zutreffend fest, dass keine relevanten Verletzungen im Bereich der linken Schulter festgestellt werden konnten. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers liess Dr. med. I. _____ in seiner Beurteilung das Arthro-MRI

vom 4. August 2015 (act. II 58, S. 3) nicht unberücksichtigt (Beschwerde S. 4 Ziff. 5). Vielmehr wies er gerade darauf hin, dass die Angaben von Dr. med. J. _____ mit dem Befund dieser bildgebenden Abklärung nicht im Einklang stehen, da darin sowohl höhergradige Teilrupturen, eine Bursitis als auch eine Omarthrose ausgeschlossen wurden (act. II 72, S. 2, Ziff. 3). Nichts zu seinen Gunsten kann der Beschwerdeführer mit seinem Vorbringen ableiten, dass die Aussagekraft eines MRI-Bildes eines Schultergelenks eingeschränkt sei und den Bildern während einer Arthroskopie eindeutig unterlegen seien (Beschwerde S. 4, Ziff. 5). Bei Schulterverletzungen stellt das MRI eine (anerkannte) Möglichkeit apparativer Diagnostik dar (vgl. Entscheid des BGer vom 2. Dezember 2011, 8C_632/2011, E. 4).

Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass die Hausärztin med. prakt. F. _____ die Beschwerden des Beschwerdeführers auf chronische Krankheit zurückführte (act. II 1, S. 2 und 8). In der Krankentaggeldversicherung wurde ebenfalls Krankheit angegeben (act. II 9). Dieselbe Ursache findet sich auf den diversen Rückforderungsbelegen von med. prakt. F. _____ und der Dres. med. Kienholz und E. _____ aus den Jahren 2013 bis 2015 (act. II 28, S. 2 f.; act. II 50, S. 5 ff.). Selbst Dr. med. J. _____ gab am 7. September 2015 gegenüber der Invalidenversicherung an, dass für ihn die Unfallkausalität unklar ist (act. II 61, S. 2 und 7), und im ärztlichen Zeugnis vom 22. Oktober 2015 vermerkte er alsdann, der Beschwerdeführer stehe wegen Krankheit in seiner Behandlung (act. II 56, S. 2). Unter diesen Umständen hat die Beschwerdegegnerin den Nachweis des anspruchsaufhebenden Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs gestützt auf das schlüssige Gutachten von Dr. med. I. _____ zu Recht als erbracht beurteilt. Die Beschwerdegegnerin ist über das Begutachtungsdatum vom 22. Mai 2015 hinaus mangels natürlicher Kausalität nicht mehr leistungspflichtig. Dass sie das Taggeld erst per 30. Juni 2015 terminierte (act. II 73, S. 2), wirkt sich zugunsten des Beschwerdeführers aus und ist nicht zu beanstanden.

3.6 Nach dem Gesagten steht fest, dass spätestens am 22. Mai 2015 keine unfallkausalen Beschwerden mehr bestanden, womit die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen zu Recht per dato terminierte und einen Anspruch auf weitere Unfallversicherungsleistungen verneinte.

Die gegen den Einspracheentscheid vom 26. Oktober 2016 (act. II 81) erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ AG z.H. des Beschwerdeführers
 - SWICA Versicherungen AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öf-

fentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.