

SO_GERICHTE VSBES.2020.14 vom 4. Dezember 2019

SO Obergericht, 2019-12-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.14

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.14 du 4 décembre 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.14 del 4 dicembre 2019

Erwägungen

E. 4

Dezember 2019 auf das Gutachten von Dr. med. F.____ vom 28. März 2014 ab. Nachdem dieser einen operativen Eingriff in Form einer Entfernung des Marknagels an der linken Schulter empfohlen hatte, was in der Folge vom behandelnden Arzt, Dr. med. K.____, verworfen worden war, holte die Beschwerdeführerin im Jahr 2016 bei Dr. med. F.____ ein Verlaufsgutachten ein. Beide Gutachten weisen Widersprüche und Lücken auf: Im Gutachten vom 28. März 2014 erklärte Dr. med. F.____, als Masseurin könne die Beschwerdeführerin noch nicht einmal das momentane Pensum von 10 % bewältigen. Als Musiklehrerin bestehe keine Einschränkung und es sei ein Pensum von 100 % möglich. Angepasste Arbeiten (Lasten bis 5 kg, keine Überkopfarbeiten etc.) kämen ganztags und zu 100 % in Frage, wobei die Beschwerdeführerin gegenüber einer gesunden Person verlangsamt sei. Am 26. August 2014 wurde in Beantwortung von Ergänzungsfragen hingegen angegeben, als Masseurin liege die Arbeitsfähigkeit bei 30 %. Das Arbeitstempo könne nicht beurteilt werden. Was die angepassten Arbeiten angehe, so lasse sich die Notwendigkeit vermehrter Pausen nicht pauschal benennen, da dies stark von der Tätigkeit abhängt. Im Gutachten vom 14. November 2016 schliesslich hielt Dr. med. F.____ fest, seit 2014 hätten sich objektiv keine wesentlichen Änderungen ergeben. Jedoch gelangte er abweichend zu seinen früheren Stellungnahmen zum Schluss, als Masseurin sei die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsunfähig, während die Arbeit als Musiklehrerin zu 30 % in Frage komme. In einer anderen Tätigkeit lasse sich keine höhere Arbeitsfähigkeit erreichen. Wie er zu einer abweichenden Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit kam, obwohl seit der ersten Begutachtung objektiv keine veränderten Umstände vorlägen, hat der Gutachter nicht erklärt. Ebenso wurde die Integritätsentschädigung ohne weitere Begründung in den beiden Gutachten unterschiedlich beurteilt. So sind beide Gutachten in ihrer Gesamtheit nicht beweiskräftig, denn bei dieser Sachlage hinterlässt sowohl die Expertise von März 2014 wie auch diejenige von November 2016 Zweifel. Vor diesem Hintergrund drängten sich weitere Abklärungen auf, die das Versicherungsgericht in Form eines Gerichtsgutachtens getätigt hat.

5.5 Die Experten Dr. med. I.____ und med. pract. H.____ (Begutachtungsstelle G.____) gelangten in ihrem Gutachten vom

E. 5

Februar 2021 zum Schluss, die Beweglichkeit sei unfallhalber an der linken Schulter deutlich und an der rechten leicht eingeschränkt. Sie legten sowohl in den angestammten Berufen als Masseurin und Musiklehrerin als auch in jeder anderen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % fest. Auch dieses Gutachten weist verschiedene Mängel auf, die sich auch durch entsprechende Rückfragen bei den Experten nicht heilen lassen. So halten die Gutachter zum Begutachtungsauftrag fest, es gehe darum, die zum jetzigen

Zeitpunkt noch nachweisbaren Beeinträchtigungen festzustellen (A.S. 124). Dies obwohl mit dem Gutachtensauftrag ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht worden war, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2019 der Stichtag und die Situation zu diesem Zeitpunkt zu beurteilen sei. Weiter erklären die Experten, der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit bis zum Untersuchungstag lasse sich nicht mehr vollständig rekonstruieren, aktuell liege die Arbeitsunfähigkeit bei 100 % (A.S. 200). Andererseits wird gesagt, der Gesundheitszustand habe sich seit dem ersten Unfall am 15. September 2011 kontinuierlich verschlechtert (A.S. 206). Somit wird im Gutachten keine Aussage darüber getroffen, wie es am 4. Dezember 2019 um die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin stand und es lässt sich auch nicht sagen, es habe sich seit dem ersten Unfall ohnehin nichts verändert. Der Einwand der Beschwerdegegnerin, dass der Endzustand mit Fallabschluss bereits 2014 erreicht worden sei, ist in diesem Zusammenhang nicht stichhaltig bzw. wird keine gutachterliche Aussage in dieser Hinsicht getroffen. Insofern besteht in diesem Zusammenhang nach wie vor Abklärungsbedarf. Weiter ist die festgesetzte Arbeitsunfähigkeit nicht stichhaltig begründet. So soll die bisherige Tätigkeit als Musiklehrerin nicht mehr in Frage kommen, ohne dass gesagt wird, inwieweit sich diese Tätigkeit nicht mit den unfallbedingten Einschränkungen verträgt. Andererseits sollen auch alle anderen Arbeiten komplett ausgeschlossen sein. Diese Beurteilung erscheint zwar nicht schlechthin unhaltbar, es wird aber nicht erklärt, wie die Gutachter zu dieser Einschätzung gelangen, zumal auf der dominanten rechten Seite nur leichte Bewegungseinschränkungen vorliegen, wie von ihnen dargelegt wird. Vor diesem Hintergrund hätten die Experten erläutern müssen, inwiefern auch schulterschonende Verrichtungen gänzlich (also selbst in einem Teilzeitpensum) unzumutbar sind. Schliesslich gehen die Gutachter nicht auf die beiden Expertisen von Dr. med. F.____ von 2014 und 2016 ein, obwohl deren Differenzen gerade Anlass für das Gerichtsgutachten gegeben hatten. Die Beschwerdeführerin lässt diesbezüglich vorbringen, dass das Gutachten von Dr. med. F.____ vom 14. November 2016 und das Gerichtsgutachten übereinstimmen würden. Dies gilt indessen nur für die Schlussfolgerung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten. Allerdings bleibt es dabei, dass sowohl im einen wie im anderen Gutachten diese 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht schlüssig hergeleitet wird.

5.6 Aufgrund der genannten Mängel des Gutachtens der Begutachtungsstelle G.____ hat das Versicherungsgericht eine erneute Begutachtung bei Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, in Auftrag gegeben. Dieser hat das Gutachten am 20. November 2021 erstattet (A.S. 285 ff.).

5.6.1 Im Rahmen der Anamnese werden zuerst die hier fraglichen Unfallereignisse und die darauffolgenden Behandlungsmassnahmen beschrieben: Am 15. September 2011 sei die Beschwerdeführerin zu Fuss das Velo stossend von einem rückwärts ausparkierenden Auto umgefahren worden. Dabei sei sie auf die rechte Seite gestürzt. Gemäss Bericht der Unfallstation des Spitals M.____ seien eine Radiusköpfchenfraktur und der Verdacht auf eine Scaphoidfraktur rechts gestellt worden. Die Radiusköpfchenfraktur sei mit Schiene konservativ behandelt worden. Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 21. September 2011 seien neben obigen Diagnosen zusätzlich eine Handballenkontusion differentialdiagnostisch Scaphoidfraktur, eine Schulterkontusion links mit Verdacht auf Rotatorenmanschettenläsion (in der Diagnoseliste links, im Befund rechts, der Bericht sei dann offensichtlich später mit Signatur auf rechts korrigiert worden) sowie eine Thorax- und lumbale Kontusion diagnostiziert worden (A.S. 290 f.). Im Kontrollbericht vom 22.

Dezember 2011 sei ein guter Verlauf seitens der Radiusköpfchenfraktur vermerkt worden. Zu diesem Zeitpunkt hätten die Schulterschmerzen rechts im Vordergrund gestanden, eine wesentliche Pathologie im Bereich der LWS und BWS sei mittels MRI ausgeschlossen worden. Eine Scaphoidfraktur sei gemäss der Beschwerdeführerin dann auch von einem Handchirurgen ausgeschlossen worden, ein Bericht fehle allerdings in den Akten. In allen Berichten sei in der Folge nur noch von einer Handballenkontusion die Rede. Im Verlaufsbericht vom 22. Dezember 2011 habe die Beschwerdeführerin seitens des Ellbogens bis auf ein fühlbares Knacken keine Schmerzen mehr angegeben, am rechten Handgelenk seien nur noch leichte Schmerzen nach grösseren Belastungen vermerkt, ebenfalls sei die Behandlung der LWS und BWS-Kontusion abgeschlossen worden. In allen folgenden Berichten vom behandelnden Arzt Dr. med. K.____ werde ausser in einem Bericht nur noch von der rechten Schulter berichtet. Die am 28. November 2011 durchgeführte Arthro-MRI-Untersuchung der rechten Schulter im Spital M.____ habe einen subtotalen transmuralen Abriss des ventralen und mittleren Anteils der Supraspinatussehne mit Retraktion von Sehnenanteilen bis 2,7 cm gezeigt. Eine fettige Degeneration der Rotatorenmanschette habe nicht bestanden, aber eine gering- bis mässiggradige Muskelatrophie des M. supraspinatus. Im Bericht von Dr. med. K.____ vom 31. Januar 2012 habe dieser zudem über eine palpatorisch und sonografisch erkennbare transmurale Ruptur der Supraspinatussehne links berichtet. Gemäss Aussagen der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung habe sie schon ca. zwei Jahre vor dem Unfall unter gelegentlichen, erträglichen Schulterschmerzen gelitten. In der Folge werde die linke Schulter in keinem Bericht dieses Unfallereignis betreffend mehr erwähnt. Bei persistierenden Schmerzen habe sich die Beschwerdeführerin nach einigem Zögern und nach einem Gespräch mit einer Ärztin an ihrem Arbeitsplatz an der Klinik C.____ zur Operation entschieden. Der Eingriff sei am 6. März 2012 durch Dr. med. K.____ durchgeführt worden. In der Indikation erwähne dieser eine massive Retraktion der Supraspinatussehne bei knapp negativem Tangenzzeichen und eine deutliche Atrophie der Supraspinatusmuskulatur bei interstitieller Verfettung Goutallier Grad 1. Die massive Retraktion der Supraspinatussehne habe sich dann auch intraoperativ bestätigt, wobei «der Defekt mit mässiger und akzeptabler Spannung gedeckt reponiert» gewesen sei. Der weitere Verlauf sei dann durch die Diagnose und Behandlung eines Mamma-Carzinoms links erschwert worden. Die Physiotherapie habe nur noch zeitweise durchgeführt werden können. Gemäss Beschwerdeführerin hätten noch monatelang Schmerzen und ein Rehabilitationsdefizit bestanden (A.S. 291). Im Bericht von Dr. med. L.____ vom 25. Juli 2012 werde von einem erfreulichen Verlauf berichtet, die Funktion der rechten Schulter sei zu diesem Zeitpunkt allerdings nur teilweise dokumentiert. Die Arbeitsunfähigkeit als Musiklehrerin sei ab diesem Zeitpunkt als nicht mehr unfallbedingt eingeschränkt beurteilt worden. Auf dem Unfallschein bezüglich «Masseurin-Anstellung» in der Klinik C.____ sei unfallbedingt eine «Reduktion der Arbeitsunfähigkeit auf 70 % ab 26. Juli 2012, parallel 100 % Arbeitsunfähigkeit «krankheitsbedingt» attestiert worden. In der Folge seien gemäss Bericht von Dr. med. K.____ vom 8. November 2012 im Rahmen der Mehrbelastung rechts bei Behandlung des Mamma-Carzinoms links wieder vermehrt Schmerzen rechts aufgetreten, was zu weiteren physiotherapeutischen Behandlungen geführt habe. In den folgenden Berichten von Dr. med. K.____ vom 27. März, 25. Juni und 27. Dezember 2013 anlässlich der Behandlung der linken Seite werde von beidseitigen, also auch rechtsseitigen Schulterschmerzen wechselnden Ausmasses berichtet. In der Folge werde die rechte Schulter in den Berichten nicht mehr erwähnt. Die nächste Erwähnung der rechten Schulter

finde sich im Gutachten von Dr. med. F.____ vom 28. März 2014. Dort würden geringe Beschwerden der rechten Schulter mit ab und zu Knacksensationen mit Schmerzen bei Überkopfarbeiten angegeben, die allerdings wie von der Beschwerdeführerin ebenfalls erwähnt schon vor dem Unfall vorhanden gewesen seien. Die Arbeit als Musikpädagogin im Umfang von 20 ■ 30 % bis zur frühzeitigen Pensionierung mit 60 Jahren habe die Beschwerdeführerin trotz Beschwerden ausführen können. Zu den jetzigen Beschwerden am rechten Arm habe die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung berichtet, sie habe seit ca. zwei Jahren vor dem Unfall beidseitige linksbetonte Schulterschmerzen gehabt. Die rechtsseitigen Beschwerden bestünden im ventralen Schulterbereich, brennenden Charakters, ohne Ausstrahlung. Die Schmerzen bestünden tagsüber dauernd, mit Verschlimmerung und Kraftverlust bei Überkopftätigkeiten, zudem beim Einschlafen und nachts bei Lagewechseln. Dafür würden unregelmässig Schmerzmittel eingenommen, sie könne aber zeitweise Wochen bis Monate auf diese verzichten. Regelmässig reibe sie Wallwurzsalbe am Abend ein. Im rechten Ellbogen bestünden seit dem Unfall noch selten Schmerzen beim Heben von Lasten. Seit drei bis vier Jahren habe sie Schmerzen im medialen Ellbogen- und radialen distalen Vorderarmbereich bei Belastung, in Ruhe und zum Teil auch nachts (A.S. 292). Seit längerer Zeit bis heute würden bei der Beschwerdeführerin physiotherapeutische Behandlungen beider Schultern durchgeführt. Kortisoninfiltrationen in beide Schultern habe sie nie machen lassen wollen (A.S. 293).

Zum zweiten Unfallereignis am 12. Dezember 2012 wird anamnestisch festgehalten, auf dem Weg zum Kontrolltermin wegen der rechten Schulter sei die Beschwerdeführerin auf Glatteis ausgeglitten und dabei auf die linke Schulter gestürzt mit sofortigen Schmerzen in der linken Schulter. Im Spital M.____ sei eine dislozierte proximale Humerusschaftfraktur diagnostiziert worden. Am 14. Dezember 2012 habe der behandelnde Arzt Dr. med. K.____ die Fraktur mittels Expert-Nagel versorgt. Gemäss Operationsbericht sei die Supraspinatussehne «U-förmig subtotal rupturiert, eine dünne Faserschicht steht noch artikular, Inzision und Excision dieser schadhafte Stelle». Gemäss Bericht von Dr. med. K.____ vom 28. Februar 2013 habe die Beschwerdeführerin danach über deutliche Schmerzen vor allem auch nachts mit zunehmender Schwellungsneigung des linken Armes berichtet (A.S. 293). Im Bericht vom 24. April 2013 sei dann über eine deutliche Besserung der Schmerzsituation und Funktion bei zunehmender Frakturkonsolidation berichtet worden. Die Arbeit als Musikpädagogin sei ab 25. April 2013 wieder aufgenommen worden. Gemäss Bericht von Dr. med. K.____ vom 26. September 2013 habe die Beschwerdeführerin wieder über eine zunehmende Bewegungseinschränkung der linken Schulter mit Schmerzen im Ellbogen und eine kalte Hand geklagt. Der Verlauf sei durch einen Herpes zoster der Thoraxwand kompliziert worden, sodass die Physiotherapie nicht habe besucht werden können. Am 21. Januar 2014 sei gemäss Bericht von Dr. med. K.____ die Entfernung des Marknagels mit gleichzeitiger Schulterarthroskopie mit subacromialer Dekompression diskutiert und geplant worden. Im Bericht vom 6. November 2014 sei dann jedoch von einer globalen Bewegungseinschränkung als normale Residuen nach Marknagelung und Supraspinatusschaden berichtet und von einer Entfernung des Marknagels Abstand genommen worden. Der nächste Bericht von Dr. med. K.____ datiere vom 10. Mai 2017. Darin berichte die Beschwerdeführerin über ein Gefühl des Ausrenkens und beim forcierten Anheben des linken Armes nach vorne mit wieder vermehrten Schmerzen seit diesem Ereignis. Eine radiologische Kontrolle habe eine konsolidierte Fraktur ohne Implantatbruch gezeigt. Es seien die Verdachtsdiagnosen einer Tendinopathie der langen Bicepssehne und einer Supraspinatussehnenläsion gestellt worden. Aufgrund

von persistierenden Schmerzen sei am 17. August 2017 eine Sonographie der linken Schulter durchgeführt worden mit folgendem Befund: Narbige Veränderungen über der Nageleintrittsstelle am Tub. majus, DD: eingeeheilte Sehne. Keine grobe Supraspinatussehnenläsion erkennbar, keine Sehnenretraktion. Leichte Strukturalterationen der langen Bicepssehne, welche im Sulcus zentriert ist. Subscapularis- und Infraspinatussehnen unauffällig. Eine Operation mit Nagelentfernung und Schulterarthroskopie sei nochmals besprochen, aber eher nicht empfohlen worden. Zudem habe die Beschwerdeführerin zu dieser Zeit unter Chemotherapie gestanden. Am 20. August 2019 sei durch Dr. med. K. ___ die Ultraschalluntersuchung wegen persistierenden Schmerzen wiederholt worden mit folgendem Befund: Kein sicherer Hinweis für transmurale Ruptur der Supraspinatussehne bei jedoch ausgeprägten postoperativen Artefakten, somit keine sichere Beurteilung bezüglich Reruptur. Im letzten Bericht von Dr. med. K. ___ vom 24. März 2020 stelle dieser die Diagnose von chronischen Schulterschmerzen mit klinischem und sonographischem Verdacht auf Tendinopathie der langen Bicepssehne sowie Supraspinatussehnenläsion links (A.S. 294). Im Gutachten von Dr. med. F. ___ vom 28. März 2014 würden die chronischen Schulterschmerzen links bestätigt und mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das Einbringen der Humerusmarknagel durch die Rotatorenmanschette und auf das noch verbliebene Osteosynthesmaterial zurückgeführt (A.S. 294 f.). Zu den jetzigen Beschwerden am linken Arm führe die Beschwerdeführerin aus, die Schmerzen seien auf der linken Seite deutlich ausgeprägter als rechts. Diese bestünden einerseits diffus im Bereich der lateralen Halspartie und des M. Trapezius ohne Ausstrahlung in den Arm, andererseits diffus in der Schulter mit Ausstrahlung in den Oberarm. Beim Anheben des Armes über Brusthöhe träten vermehrt Schmerzen mit Kraftverlust auf. Beim nach vorne Bücken mit ausgestrecktem Arm habe sie Schnappensationen. Die Schmerzen bestünden in Ruhe. Auch links seien keine Kortisoninfiltrationen durchgeführt worden. Auf der linken Seite werde wegen dem chronischen Lymphödem ein Kompressionsschrumpf getragen. Die Beschwerdeführerin berichte zudem über eine rezidivierende Schwellung und Rötung im Bereich der Bursa olecrani. Der Alltag mit Körperpflege und Haushaltsarbeiten könne trotz Schulterschmerzen beidseits linksbetont alleine bewältigt werden. Der linke Arm werde dabei nur als Hilfsarm eingesetzt (A.S. 295).

5.6.2 Der Gutachter erhebt folgende Befunde an beiden Schultern (A.S. 298): Seitengleiches Schulterrelief, leichter Schultertiefstand rechts, diffuse Schwellung des linken Armes. Reizlose Narben rechts oberhalb der Brust (St.n. Port-à-Cath-Implantation und Entfernung), Arthroskopiezugänge und lateraler Zugang, links lateraler Zugang (St.n. Deltasplit). Keine muskuläre Atrophie beidseits, insbesondere auch nicht der Supraspinatusmuskulatur. Hand-Scheitel beidseits möglich, Beweglichkeit aktiv und passiv gleich, Schmerzangabe in endphasiger Flexion rechts, beim Anheben des Armes links im Sinne des schmerzhaften Bogens, Schmerzangabe bei Absenken des Armes links, Endphasenschmerz in Aussen- und Innenrotation links, Aussenrotationskraft beidseits massiv eingeschränkt, Lift off-Test rechts negativ, links aus Schmerzgründen nicht verwertbar, Bellypress Test rechts negativ, links ebenfalls wegen Schmerzen nicht sicher interpretierbar, eher negativ, Jobe Test rechts diskret positiv, links massiv positiv, Abduktionskraft rechts mässig, links massiv eingeschränkt, Bicepszeichen rechts negativ, links positiv, rechts keine subacromiale Krepitation und mässige Druckdolenz der Supraspinatussehne, links massive subacromiale Krepitation, deutliche Druckdolenz im Bereich der Supraspinatussehne, AC-Gelenk rechts dolent, links indolent. SC-Gelenke

beidseits stabil und indolent.

Weiter werden alte sowie aktuelle Röntgenbefunde erhoben (A.S. 300 f.):

Im Rahmen der aktuellen Begutachtung wurden am 4. November 2021 ebenfalls Röntgenbilder erstellt und vom Gutachter eine Befunderhebung vorgenommen:

Ultraschall linke Schulter (A.S. 301):

Befund Radiologe: Partiailläsion der Supraspinatussehne mit umschriebenem Defekt im distalen Anteil sowie im Sehnenansatz sowie interstitieller Ausdehnung, vereinbar mit Reruptur bei Status nach Marknagelung links. Übrige Rotatorenmanschette ohne differenzierbare Läsion. Der Gutachter merkt hierzu an, in Radiologieberichten bestünden häufig Unklarheiten in der Nomenklatur von Sehnenrissen der Schulter wie in diesem Bericht, wobei der Begriff Partiailläsion fälschlicherweise für die Ausdehnung eines vollständigen Risses in der Breite verwendet werde. Korrekterweise werde der Begriff Partialruptur (bzw. -läsion) für einen Teilriss der Sehne bezüglich der Sehnendicke ohne kompletten Riss derselben verwendet. Korrekt interpretiert und formuliert bestehe eine vollständige transmurale Reruptur der Supraspinatussehne am knöchernen Ansatz des Tuberculum majus bzw. am sog. Footprint im Bereich der Nageleintrittsstelle mit interstitieller Partialruptur der retrahierten Restsehne.

MRI Schulter rechts mit IV-Kontrast (A.S. 302):

Metallartefakte bei Metallankern im ventralen Humeruskopf, hochgradige Partialruptur bzw. Ausdünnung der Supraspinatussehne bei erhaltener Kontinuität, im ventralen Bereich nicht sicher nachvollziehbar wegen Metallartefakten, dort wahrscheinlich transmurale Reruptur der Supraspinatussehne, Atrophie der Supraspinatusmuskulatur Goutallier Grad 1-2 mit positivem Tangenzzeichen, Atrophie Infraspinatusmuskulatur Goutallier Grad 1, Tendinopathie der kranialen Infraspinatussehne, Subscapularissehne intakt, AC-Gelenksarthrose. Wahrscheinlich St.n. Bicepstenodese im Sulcus mit Anker. Gegen eine wie vom Radiologen beschriebene vollständige Reruptur der Supraspinatussehne mit ausgedehntem Defekt spreche die noch recht gut erhaltene Muskelatrophie der Supraspinatusmuskulatur. Im Acromion Befund vereinbar mit einer Metastase. Dieser Befund sei mit Dr. O.____, Radiologe der Klinik [...] besprochen worden, weil der erste Radiologe den Befund übersehen habe. Der Bericht der Radiologie werde in diesem Sinne ergänzt.

5.6.3 Der Gutachter erhebt folgende Diagnosen (A.S. 303):

unfallrelevante Diagnosen

Unfall vom 15. September 2011

Unfall vom 12. Dezember 2012

Unfall vom 11. Juni 2014

nicht unfallrelevante Diagnosen

6. Das vom Versicherungsgericht eingeholte Obergutachten soll Grundlage für sämtliche hier zu beurteilenden Fragen bilden. Dementsprechend hatte der Gutachter zu beantworten, ob die angegebenen Beschwerden unfallkausal sind, ob und in welchem Umfang die Beschwerdeführerin aufgrund der unfallkausalen Beschwerden in ihrer angestammten oder einer angepassten Tätigkeit arbeitsunfähig ist, und ob die Unfälle eine

dauerhafte und erhebliche Beeinträchtigung der Integrität verursacht haben. In dieser Hinsicht ist die Beweiskraft des eingeholten Gerichtsgutachtens zu prüfen. Dabei darf von einem Gerichtsgutachten nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135V 465 E. 4.4 S. 469). Im Gegensatz zum als nicht beweiskräftig erklärten Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ wird im vorliegenden Obergutachten bereits einleitend festgehalten, dass sich weder der Gesundheitszustand noch die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vom 4. Dezember 2019 bis zur Erstellung des Gutachtens verändert hätten. Somit könnten die Befragung, die Untersuchungsergebnisse und die Beurteilung wie auch die Beantwortung des Fragenkatalogs des Gutachtens auf das Datum des Einspracheentscheids angewandt werden. Das vorliegende Gutachten äussert sich demnach zum hier relevanten Zeitpunkt.

6.1 Einleitend kann zum Gerichtsgutachten weiter festgehalten werden, dass dieses in Kenntnis der gesamten Aktenlage, nach eingehender Untersuchung der Beschwerdeführerin (inkl. Bildgebung), unter Berücksichtigung der von ihr geklagten Beschwerden und von einem auf dem entsprechenden Gebiet ausgewiesenen Facharzt erstellt wurde. In dieser Hinsicht erfüllt das Gutachten die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise zu Händen des Gerichts.

6.2 In der versicherungsmedizinischen Beurteilung wird zu Beginn noch einmal explizit darauf hingewiesen, dass unfallfremde Erkrankungen konsequent ausgeklammert würden, da sie nicht Gegenstand dieses Gutachtens seien. Inhaltlich wird mit Blick auf die erhobenen Befunde und die bestehenden Bildgebungen sodann nachvollziehbar dargelegt, dass die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen in der lateralen Halspartie links, im medialen Ellbogen und im distalen radialen Vorderarmbereich rechts Cervikalgien, einer medialen Epicondylitis humeri ulnaris und einer Tendovaginitis de Quervain entsprechen und unfallfremd seien.

Betreffend die rechte Schulter wird folgende Einschätzung abgegeben: Wie auch auf der linken Seite hätten seitens der rechten Schulter schon vor dem Unfall erträgliche, linksbetonte Schulterschmerzen ohne vorangegangenes Trauma seit zwei Jahren vor dem Unfallereignis vom 15. September 2011 bestanden. Es sei mit grosser Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass vor dem Unfallereignis vom 15. September 2011 eine Partialruptur der Supraspinatussehne vorgelegen habe. Diesbezüglich erläutert der Experte, dass eine Partialruptur eine degenerativ veränderte oder teilweise gerissene Sehne ohne vollständigen (sog. transmuralen) Riss beschreibe. Da keine Bildgebung vor dem Unfallereignis vorliegt, kann der Typ der Partialruptur vor dem Unfall nicht weiter differenziert werden. Der Gutachter geht davon aus, dass durch den Unfall vom 15. September 2011 eine Progression einer funktionell gut kompensierten, erträgliche Schmerzen verursachenden Partialruptur der Supraspinatussehne in eine vollständige Ruptur der Sehne stattgefunden habe. Diese Einschätzung begründet Dr. med. J.____ mit fehlender fettiger Degeneration bei geringer bis maximal mässiggradiger Atrophie der Supraspinatusmuskulatur ca. zwei Monate nach Trauma bzw. geringer Verfettung der Muskulatur Goutallier Grad 1, und verweist dabei auf entsprechende Berichte des behandelnden Arztes (Röntgenbericht MRI 28. November 2011, OP-Bericht Dr. med. K.____). Er erläutert weiter, dass sich ein Muskel, der zum Beispiel durch einen Sehnenriss nicht mehr beansprucht werde, abbaue, was sich in Muskelschwund und Ersatz des Muskelgewebes durch Fettgewebe äussere. Hätte vor dem Unfall am 15. September 2011 schon längere Zeit eine vollständige Ruptur vorgelegen, wäre im MRI vom 28. November 2011 mit grösster Wahrscheinlichkeit eine höhergradige

fettige Infiltration und Atrophie der Supraspinatusmuskulatur festgestellt worden. Der aktuelle Befund einer hochgradigen Partialruptur bzw. Ausdünnung der Supraspinatussehne mit wahrscheinlich transmuraler ventraler Ruptur nach Rekonstruktion im MRI vom 4. November 2021 sei stimmig mit den von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden und der klinischen Untersuchung.

Sodann nimmt Dr. med. J.____ Bezug auf den rechten Ellbogen und führt aus, die Beschwerdeführerin habe in der aktuellen Begutachtung nicht über radiale Ellbogenbeschwerden geklagt. Im Gutachten von Dr. med. F.____ vom 28. März 2014 werde ebenfalls von einer Beschwerdefreiheit seitens des rechten Ellbogens berichtet. Auch die klinische Untersuchung zeige keine Hinweise auf Schmerzen im Bereich des Radiusköpfchens. Somit könne die im Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ festgestellte Ellbogenarthrose rechts auf angefertigten Seitenbildern nicht nachvollzogen werden, wobei ap-Bilder fehlten. Zur vom Gericht gestellten Ergänzungsfrage, ob mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass die bezogen auf den Unfall vom 15. September 2011 gestellten Diagnosen in dieser Weise bereits per 4. Dezember 2019 vorgelegen hätten, mithin auch die ventrale transmurale Ruptur der Supraspinatussehne mit symptomatischer AC-Gelenksarthrose rechts dominant führte der Experte aus (A.S. 370 ff.), es sei in einer Studie von Kim et al. beobachtet worden, dass die meisten Rupturen der Rotatorenmanschette in der frühen postoperativen Phase entstünden. Zumstein et al. hätten in einer Langzeitstudie die klinischen und strukturellen Langzeitresultate nach Rotatorenmanschettenrekonstruktion beobachtet. Die Rupturrate sei von 37 % nach ca. drei Jahren auf 57 % nach ca. neun bis zehn Jahren gestiegen. Nach Heranziehen von fundierten Studien geht der Gutachter demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon aus, dass die hochgradige Partialruptur mit Verdacht auf Ruptur der ventralen Supraspinatussehne rechts nach der Rekonstruktion vom 6. März 2012 schon im frühen postoperativen Verlauf im Sinne eines «non-healing» oder während den folgenden Jahren im Sinne einer Ruptur der ausgedünnten, insuffizienten Sehne entstanden sei, also überwiegend wahrscheinlich Jahre vor dem Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2019 bzw. der MR-Untersuchung vom 4. November 2021.

Bezüglich der linken Schulter und dem Unfall vom 12. Dezember 2012 kommt der Gutachter zum einleuchtenden Schluss, dass anamnestisch bei vorbestehenden Schmerzen vor dem Unfall und aufgrund des OP-Berichtes von Dr. med. K.____ von einer Vorschädigung der Supraspinatussehne im Sinne einer Partialruptur ausgegangen werden müsse. Die diesbezüglichen Schmerzen seien erträglich gewesen und die Beschwerdeführerin habe damit gut leben können. Ob durch den Unfall vom 12. Dezember 2012 eine zusätzliche Schädigung der Supraspinatussehne erfolgt sei, könne bei fehlender MRI Untersuchung vor oder auch relativ kurz nach dem Trauma nicht beurteilt werden, dies sei aber grundsätzlich möglich. In diesem Zusammenhang verweist der Experte auf eine Studie von Fjalestad et al., die aufzeigt, dass sowohl vollständige als auch Partialrupturen der Rotatorenmanschette zusammen mit proximalen Humerusfrakturen auftreten können. Allerdings sei das untersuchte Patientenkollektiv im Durchschnitt deutlich älter und der Frakturtyp ein anderer als bei der Beschwerdeführerin, wendet Dr. med. J.____ ein. Speziell am vorliegenden Fall sei, dass technikbedingt zur Behandlung der Fraktur mittels Implantation eines Humerusmarknagels die allerdings stark vorgeschädigten, hochgradig partial rupturierten Sehnenanteile exzidiert (herausgeschnitten) und nach Implantation des Nagels wieder rekonstruiert worden seien. Der Expert Humerusnagel werde wie auch bei

der Explorandin mindestens teilweise durch den Bereich am Oberarmkopf implantiert, wo die Supraspinatussehne normalerweise inseriert sei. Auch im OP-Bericht von Dr. med. K. ___ sei vermerkt, dass der Nagel durch das Tuberculum majus implantiert worden sei. Dieser Bereich sei je nach Grösse des Individuums bei intakten Ansätzen der Nachbarsehnen relativ klein. Durch den relativ dicken Marknagel entstehe also ein relativ grosses Loch in diesem sogenannten Footprint. Die Sehne habe also nach der durchgeführten Rekonstruktion der Supraspinatussehne gar nicht mehr richtig am Knochen anheilen können, da der Defekt verbleibe und sich nicht mit Knochen auffülle, auch wenn wie bei diesem Fall der Nagel 3 mm in den Knochen versenkt worden sei. Dies habe zur im Ultraschall vom 4. November 2021 nachgewiesenen Reruptur (re-tear) geführt. Durch die Behandlung der Fraktur mittels Oberarmmarknagel sei also technikbedingt bewirkt worden, dass eine schwer vorgeschädigte, ev. auch durch das Trauma zusätzlich geschädigte Sehne auch nach Rekonstruktion gar nicht mehr oder nur teilweise an ihrem knöchernen Ansatz habe anheilen können. Eine hochgradige Partialruptur sei also quasi in eine vollständige Ruptur überführt worden. Diese Begründung erscheint stichhaltig. Weiter führt der Gutachter aus, der radiologische Befund der Reruptur bzw. das non-healing der Supraspinatussehne sei mit den von der Beschwerdeführerin beschriebenen Beschwerden und der klinischen Untersuchung absolut konsistent. Zusätzlich dürfte auch eine Bicepssehnenpathologie beim Beschwerdebild eine zusätzliche Rolle spielen, diese sei anlässlich der Frakturversorgung nicht entfernt worden. Die residuelle frozen Shoulder sei als direkte Folge der symptomatischen Reruptur aufzufassen. Klarstellend hält Dr. med. J. ___ fest, dass das durch das Mamma-Carcinom verursachte Lymphödem des linken Armes beim unfallbedingten Beschwerdebild der linken Schulter keine wesentliche Rolle spiele. Die Fraktur sei grundsätzlich in guter Stellung verheilt, es könne von einer Restitutio ad integrum bei allerdings noch liegendem Humerusmarknagel gesprochen werden. Bezüglich Fraktur liege also (ausser dem noch liegenden Marknagel, der allerdings keine wesentlichen Beschwerden verursachen dürfte) ein Status quo ante vor. Bezüglich der Reruptur der Supraspinatussehne bestehe bei der Kausalitätskette Fraktur ■ ev. zusätzliche Schädigung der Supraspinatussehne durch das Trauma ■ Versorgung der Fraktur mit Ablösung / Reinsertion der Supraspinatussehne wie oben beschrieben ■ praktisch therapieinhärenter Reruptur bzw. non-healing der Supraspinatussehne ein klarer Zusammenhang. Die im Ultraschall nachgewiesene Nicht-Einheilung (non-healing) der Sehne stehe also indirekt (durch die notwendige Behandlung der Fraktur) unfallkausal mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im natürlichen Zusammenhang mit dem Unfall vom 12. Dezember 2012.

Zur Arbeitsfähigkeit hält der Gutachter fest, die rein unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sei wegen des 2012 aufgetretenen Mamma-Carzinoms mit bis heute fortdauernder Behandlung lückenhaft und sehr schwierig zu rekonstruieren. Dr. med. K. ___ habe vom 15. September 2011 bis 25. Juli 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % festgelegt, ab 26. Juli 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % als Musikpädagogin und eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % als Masseurin. Vom 12. Dezember 2012 bis 24. April 2013 habe die Arbeitsunfähigkeit wiederum 100 % betragen, ab 25. April 2013 0 % als Musikpädagogin. Dr. med. F. ___ gebe im Gutachten vom 28. März 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 30 % als Musikpädagogin und von 10 % als Masseurin an. Im Gutachten vom 14. November 2016 lege er eine Arbeitsfähigkeit von 30 % als Musikpädagogin und eine Arbeitsfähigkeit von 0 % als Masseurin seit 2014 fest. Die einzige objektivierbare Auflistung der Arbeitsunfähigkeit finde sich im Brief an Prof. Dr. N. ___ vom 25. Juli 2013. Dr. med. N. ___ selber merke an,

dass die Beschwerdeführerin seit Mai 2012 aus Krankheitsgründen immer zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben gewesen sei (Mamma-Ca, Augenoperation). Man habe sich auf eine Koordination von 50 / 50 ab 1. Januar 2013 geeinigt. Insgesamt sei der Bericht von Prof. Dr. N. ___ bezüglich unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit auch nicht schlüssig. In der Konsequenz müsse die rein unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit in beiden Berufen durch den Gutachter aufgrund der Anamnese und den Angaben in den Unterlagen festgelegt werden. Für die Tätigkeit als Masseurin (60 %) gelte Folgendes: Zwischen den Unfallereignissen vom 15. September 2011 und 12. Dezember 2012 lägen ca. 15 Monate. Die Rehabilitation nach Rotatorenmanschettenrekonstruktionen dauere in der Regel sechs Monate für eine körperliche Tätigkeit. Bis zum zweiten Unfall verblieben nach Abzug der Rehabilitation ca. neun Monate mit wahrscheinlich voller Arbeitsfähigkeit als Masseurin. Nach dem Unfall vom 12. Dezember 2012 könne davon ausgegangen werden, dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit während der postoperativen Rehabilitation von sechs Monaten vorgelegen habe. Anschliessend hätten wahrscheinlich Arbeitsversuche als Masseurin stattgefunden, die jeweils wohl wegen Schmerzen an beiden Schultern linksbetont gescheitert sein dürften. Diese Arbeit sei massiv schulterbelastend. Man könne davon ausgehen, dass der in diesem Gutachten festgestellte Gesundheitsschaden an der linken Schulter schon im postoperativen Verlauf vorgelegen habe (non-healing der Supraspinatussehne). Rechts sei der genaue Zeitpunkt der jetzigen Schädigung der Sehne nicht festlegbar. Zusammenfassend sei die Tätigkeit als Masseurin also schon ab dem Unfall vom 12. Dezember 2012 aus medizinischer Sicht zu 100 % nicht mehr zumutbar gewesen, obwohl wahrscheinlich Arbeitsversuche mit Teilarbeitsfähigkeit durchgeführt worden seien. Es sei daher davon auszugehen, dass ab 12. Dezember 2012 oder spätestens im Verlauf des Jahres 2014 (letzte Angabe im Gutachten von Dr. med. F. ___) eine 100 % Arbeitsunfähigkeit bis zum Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2019 als Masseurin festzulegen sei. Für die Tätigkeit als Musiklehrerin (30 %) könne man davon ausgehen, dass die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit ab dem Unfall vom 15. September 2011 für sechs Monate 100 % betragen habe. Ab dem siebten Monat postoperativ bis zum zweiten Unfallereignis habe diese also wahrscheinlich 0 % betragen. Anschliessend sei wahrscheinlich wieder eine 100 % Arbeitsunfähigkeit in der postoperativen Phase links für ca. vier Monate gefolgt. Eine 0 % Arbeitsunfähigkeit als Musiklehrerin sei durch den behandelnden Arzt Dr. med. K. ___ ab 25. April 2013 attestiert worden. Sinnvoll sei daher eine definitive Festlegung der Arbeitsunfähigkeit in dieser Tätigkeit ab diesem Datum. Das Pensum von 30 % erkläre sich dabei sicher auch teilweise durch die massive Sehstörung und teilweise durch das Mamma-Carzinom, also nicht unfallbedingt. Berücksichtige man die rein durch die Unfälle verursachte Arbeitsunfähigkeit als Musiklehrerin, müsse eine Schätzung ab 25. April 2013 bis zum Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2019 abgegeben werden. Die Tätigkeit als Musiklehrerin Grundstufe hätte auch einer idealen Verweistätigkeit entsprochen. Es bestehe jedoch ein unfallbedingter zeitlicher Umfang bzw. eine 30%ige Einschränkung. Die Leistungsfähigkeit sei unfallbedingt zu 50 % eingeschränkt. Der Gutachter begründet dies damit, dass der linke Arm nur noch als Hilfsarm eingesetzt werden könne, wobei mit zeitlichem Fortschritt während der Arbeit vermehrt Schmerzen auftreten dürften. Während der Arbeit seien dabei gewisse Tätigkeiten während der Vorbereitung des Unterrichts (Herumschieben von Gegenständen wie das Klavier, Tragen von Lasten etc.) nicht mehr oder nur mit Fremdhilfe möglich.

In Bezug auf die vom Versicherungsgericht gestellte Ergänzungsfrage, wie im Hinblick auf die Gesamtheit aller unfallkausalen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, ein Arbeitsplatz

beschaffen sein müsste, damit die Beschwerdeführerin ihre Ressourcen optimal nutzen könnte (A.S. 332 ff.), hielt der Gutachter fest, ein solches Tätigkeitsprofil sehe folgendermassen aus:

Theoretische Arbeitstätigkeiten wären reine Kundenberatungen ohne oder nur mit kurzzeitiger Belastung beider Schultern aller Art im Stehen, Sitzen oder Gehen, kurzzeitige Instruktionen mit den Armen auf Bauch- bis max. Brusthöhe (s. Fähigkeitsprofil). Eine solche Tätigkeit wäre in einem zeitlichen Umfang von 80 % möglich, mit einer Leistungsfähigkeit von 50 %. Ebenfalls möglich wären Überwachungstätigkeiten ohne oder nur mit kurzzeitigem Armeinsatz (z.B. Überwachung in einem Museum), dies in einem zeitlichen Umfang von 80 % mit einer Leistungsfähigkeit von 60 % (Schmerzen bei hängenden Armen, vermehrt Pausen nötig). Administrative Tätigkeiten an einem PC sieht der Gutachter in einem zeitlichen Umfang von 50 % mit einer Leistungsfähigkeit von 50 % (vermehrte Pausen nötig wegen Schmerzen).

6.3 Nachdem seit dem ersten Unfallereignis über zehn Jahre vergangen sind und mehrfache Begutachtungen stattgefunden haben, sind mit dem Obergutachten von Dr. med. J.____ die sich in unfallversicherungsrechtlicher Hinsicht stellenden Fragen bezüglich Kausalität und Arbeitsfähigkeit umfassend und nachvollziehbar beantwortet. Die Beschwerdeführerin bringt gegen dieses Gutachten keine Einwände vor. Was die Beschwerdegegnerin gegen das Gutachten einwendet, vermag indessen nicht zu überzeugen. Es wird geltend gemacht, auch Dr. med. J.____ gehe in seiner Beurteilung unrichtigerweise vom Sachverhalt nach dem Einspracheentscheid aus. Weiter unterscheidet das Gutachten nicht zwischen unfallbedingten und unfallfremden Beschwerden. Bei der Arbeitsunfähigkeit würden die unfallfremden Leiden Sehschwäche und Krebs mit Lymphödem am linken Arm mitberücksichtigt. Der rechte Arm sei unfallkausal weit weniger betroffen. Die postulierten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit würden nicht näher begründet. Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. med. J.____ ausdrücklich festhält, dass unfallfremde Erkrankungen konsequent ausgeklammert würden und die Beschwerden sowohl in der linken als auch in der rechten Schulter unfallkausal seien. Seine Beurteilung lässt sich also auf den Zeitpunkt des Einspracheentscheids anwenden. Hinsichtlich der Ruptur der Rotatorenmanschette links kann gemäss Gutachten davon ausgegangen werden, dass der bei der Begutachtung festgestellte Schaden an der linken Schulter schon im postoperativen Verlauf (nach dem Eingriff vom 14. Dezember 2012) vorgelegen hat. Die Partialruptur verheilte nach dem Eingriff 2012 gar nie, was der Operationsmethode geschuldet ist (A.S. 307 f. und 312). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass der aktuelle Schaden an der linken Schulter schon im Zeitpunkt des Einspracheentscheides bestand und sich auswirkte. In Bezug auf die rechte Schulter geht der Experte mit nachvollziehbarer Begründung ebenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon aus, dass die hochgradige Partialruptur mit Verdacht auf Ruptur der ventralen Supraspinatussehne rechts nach der Rekonstruktion vom 6. März 2012 schon im frühen postoperativen Verlauf im Sinne eines «non-healing» oder während den folgenden Jahren im Sinne einer Ruptur der ausgedünnten, insuffizienten Sehne entstand, also überwiegend wahrscheinlich Jahre vor dem Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2019. Diese Einschätzungen erweisen sich als schlüssig, ebenso die daraus formulierten, rein auf die unfallbezogenen Gesichtspunkte beschränkten Tätigkeitsprofile. Es ist somit auf die Beurteilung von Dr. med. J.____ abzustellen. Demgemäss besteht zum fraglichen Zeitpunkt in der vor den Unfällen ausgeübten Tätigkeit als Masseurin eine Arbeitsunfähigkeit von 100

%, in derjenigen als Musiklehrerein eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (bezogen auf ein 100%-Pensum) bei einer Leistungsfähigkeit von 50 %, und in einer idealen Verweistätigkeit (Überwachungstätigkeiten ohne oder nur mit kurzzeitigem Armeinsatz wie zum Beispiel in einem Museum) eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei einer Leistungsfähigkeit von 60 %, also eine Arbeitsfähigkeit von 48 %.

7. Zu beurteilen ist schliesslich der Einkommensvergleich:

7.1 Bei der Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gesunde Person tatsächlich verdienen würde. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 325 E. 4.1).

Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen auf eine Vollzeittätigkeit aufgerechnet und mit CHF 87'432.00 beziffert ($\text{CHF } 87'681.00 / 0,9 = \text{CHF } 87'432.00$), was unbestritten geblieben und nicht zu beanstanden ist. Es wurden zur Berechnung die Verdienste herangezogen, die die Beschwerdeführerin in ihren vor den Unfällen ausgeübten Tätigkeiten in der Klinik C.____ (CHF 60'450.00) und bei der Stadt [...] (CHF 115'143.00) in einem 100%-Pensum erzielt hätte, und die entsprechenden Arbeitspensen wurden zueinander in ein Verhältnis gesetzt.

7.2 Für die Bestimmung des (hypothetischen) Invalideneinkommens ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass sie als Musiklehrerin zu 100 % arbeitsfähig sei, und errechnete anhand dieses Verdienstes das Invalideneinkommen. Daran kann nicht festgehalten werden, denn es besteht gemäss obigen Erwägungen (E. 6) keine 100%ige Arbeitsfähigkeit als Musiklehrerin, sondern lediglich eine solche von 35 % (50 % von 70 %). Insofern erübrigt sich auch die Frage, ob die Beschwerdeführerin als Musiklehrerin an ihrem angestammten Arbeitsplatz oder an einer anderen Stelle überhaupt in einem Pensum von 100 % hätte tätig sein können. Eine ideale Verweistätigkeit besteht in einer reinen Überwachungstätigkeit, und das zumutbare Pensum beträgt 80 % bei einer Leistungsfähigkeit von 60 %, also 48 %. Das Invalideneinkommen ist gestützt darauf anhand eines Tabellenlohns der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) zu ermitteln. Dementsprechend ist die Tabelle 2014, TA1_tirage_skill_level, Kompetenzniveau 1, Frauen, Total, anzuwenden. Das Invalideneinkommen beträgt unter Aufrechnung der Wochenstunden (41,7) somit CHF 53'793.00 gerechnet auf ein Vollzeitpensum. Beim möglichen Pensum von 48 % beträgt es CHF 25'821.00.

Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass kein höheres Invalideneinkommen resultieren würde, wenn man das Invalideneinkommen anhand der bestehenden Restarbeitsfähigkeit als Musiklehrerin im Umfang von 35 % berechnen würde. Gemäss Auskunft des Personaldienstes der Stadt [...] vom 15. September 2020 (A.S. 118 f.) sei die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Ausbildung bei Eintritt in die Lohnklasse M2 (entspricht Lohnklasse 17) eingestuft worden. Hätte sie einen Hochschulabschluss, hätte man sie in der Lohnklasse M1 (entspricht Lohnklasse 19) eingestuft. Insofern kann den Ausführungen der Beschwerdegegnerin zum anzuwendenden Kompetenzniveau nicht gefolgt werden. Diese geht davon aus, dass die Beschwerdeführerin ihren fehlenden Hochschulabschluss mit Erfahrung auszugleichen vermag. Sie ging daher davon aus, dass

bei Anwendung eines LSE-Tabellenlohns das Kompetenzniveau 3 zur Anwendung gelangen würde. Der Hochschulabschluss macht indessen zwei Lohnklassen aus, womit der Lohn mit einem Abschluss, über den die Beschwerdeführerin nicht verfügt, merklich höher ausfällt. Sie hat eine einjährige Ausbildung zur Musikgrundschullehrerin genossen. Sollte also das Invalideneinkommen anhand des Tabellenlohns 2014 TA1_tirage_skill_level, Ziff. 85 (Erziehung und Unterricht) berechnet werden, wäre nicht vom Kompetenzniveau 3, sondern vom Kompetenzniveau 2 auszugehen. Nach Aufrechnung der Wochenstunden (41,4) würde das Invalideneinkommen CHF 24'239.00 betragen und wäre damit geringer als das oben errechnete. Ginge man vom Kompetenzniveau 3 aus, würde das Invalideneinkommen CHF 28'334.00 betragen.

7.3 Praxisgemäss kann von dem anhand der LSE-Tabellenlöhne ermittelten Invalideneinkommen unter bestimmten Voraussetzungen ein leidensbedingter Abzug vorgenommen werden. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Ohne für jedes zur Anwendung gelangende Merkmal separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen, ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Der Abzug darf 25 % nicht übersteigen (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_744/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Frage, ob aufgrund der Umstände ein Abzug vom Tabellenlohn angezeigt ist oder nicht, ist eine Rechtsfrage, welche das Gericht frei zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Hat der Versicherungsträger einen Abzug gewährt, bildet dessen Bemessung dagegen eine Ermessensfrage. Bei deren Überprüfung im Rahmen der Angemessenheitskontrolle darf das Gericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen. Es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2).

Die Beschwerdegegnerin hat keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen, dies ausgehend davon, dass die Tätigkeit als Musiklehrerin Vollzeit ausgeübt werden kann. Hiervon ist, wie bereits erwähnt, nicht auszugehen. Jedoch rechtfertigt sich mit der gegebenen Ausgangslage kein leidensbedingter Abzug: Hinsichtlich allfälliger sprachlicher Schwierigkeiten oder Ausländerstatus ist kein solcher vorzunehmen. Der Beschwerdeführerin ist nur ein Teilzeitpensum zumutbar, dies wirkt sich aber nicht lohnsenkend aus (vgl. LSE Tabelle, T18 2014). Auch das Alter ist kein Kriterium: Das Merkmal «Alter» kann einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen, was aber jeweils unter Berücksichtigung aller konkreten Umstände des Einzelfalls zu prüfen ist. Dies gilt insbesondere im Bereich der Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt, wo sich ein fortgeschrittenes Alter nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss. Gerade Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt (Urteil des Bundesgerichts 9C_703/2020 vom 1. Februar 2021 E.6.3.2). Zumutbar ist vorliegend eine Tätigkeit ohne Tragen von Lasten über 2 kg oder Anheben von Lasten über 2 kg über Bauchhöhe (nur körpernah), ohne Arbeiten über maximal Brusthöhe, ohne Tätigkeiten, die

eine Aussenrotation in beiden Schultern benötigt, ohne repetitive Tätigkeiten und ohne eingeschränktes Verharren in gleicher Position. Es wird von einer idealen Verweistätigkeit im Rahmen von Überwachungstätigkeiten ausgegangen und die in einer solchen Arbeit bestehenden Einschränkungen sind bei der Formulierung des Tätigkeitsprofils allesamt mitberücksichtigt. Die Leistungsfähigkeit von 60 % im zeitlichen Rahmen von 80 % rührt daher, dass bei hängenden Armen Schmerzen bestehen und vermehrt Pausen nötig sind. Damit wird zugleich dem Umstand Rechnung getragen, dass die Arme nur kurz eingesetzt werden können, denn die Pausen erlauben sowohl die Erholung von den Schmerzen bei hängenden Armen als auch von der Belastung beim Einsatz der Arme.

7.4 Nach dem Gesagten ergibt sich bei Gegenüberstellung von Valideneinkommen (CHF 87'432.00) und Invalideneinkommen (CHF 25'821.00) ein Invaliditätsgrad von 70 %. Es besteht somit ein Rentenanspruch und die Beschwerde ist in diesem Punkt gutzuheissen.

8. Schliesslich bleibt der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen.

8.1 Laut Art. 24 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn er durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird laut Art. 25 Abs. 1 UVG in Form einer Kapitalleistung gewährt (Satz 1); sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Satz 2). Art. 25 Abs. 2 UVG beauftragt den Bundesrat, die Bemessung der Entschädigung zu regeln. Gestützt darauf wurde Art. 36 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) erlassen.

8.2 Ein Integritätsschaden gilt als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (Art. 36 Abs. 1 UVV). Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 113 V 218 E. 2a S. 219) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die im Anhang 3 zur UVV genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrags des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2).

8.3 Die medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sogenannte Feinraster) erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva Nr. 57 bis 59, Tabellen 1 ■ 16, mit seitherigen Anpassungen, abrufbar unter www.suva.ch). Diese von der Verwaltung erarbeiteten Tabellen sind, soweit sie Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 116 V 156 E. 3a S. 157 mit Hinweis). Ist eine Integritätsentschädigung weder in der Skala in Anhang 3 UVV noch in den Tabellen der Suva enthalten, ist gemäss Ziff. 1 Abs. 2 Anhang 3 UVV eine Schätzung im Vergleich mit anderen Schäden vorzunehmen (BGE 113 V 218 E. 3 S. 219, 124 V 29 E. 1a-c).

8.4 Der Obergutachter Dr. med. J. ___ legt gestützt auf die SUVA-Tabelle 1 (Revision 2000) für die rechte Schulter eine Integritätsentschädigung von 10 % (gemäss Tabelle bis

30° über Horizontale beweglich) und für den linken Arm eine solche von 15 % (gemäss Tabelle bis zur Horizontalen beweglich) fest. Diese Zuteilung basiert auf seinen medizinischen Befunden und der Tabelle der Suva. Überkopfarbeiten sind mit fehlender Kraft nur für kurze Zeit möglich. Der linke Arm wird noch als Hilfsarm eingesetzt. Der Gutachter hat im Rahmen der Befunderhebung bezüglich Schultern Folgendes festgehalten: Flexion rechts 150, links 125, Schmerzangabe in endphasiger Flexion rechts, beim Anheben des Armes links im Sinne des schmerzhaften Bogens, Schmerzangabe bei Absenken des Armes links, glenohumerale Abduktion rechts 100, links 70, Abduktionskraft rechts mässig, links massiv eingeschränkt. Vor diesem Hintergrund erscheinen gestützt auf die Tabelle 1 festgelegten Integritätsentschädigungen überzeugend. Auch in diesem Punkt ist die Beschwerde gutzuheissen.

9. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass gestützt auf die obigen Erwägungen ab dem 1. November 2014 ein Anspruch auf eine Invalidenrente in Höhe von 70 % besteht. Weiter hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Diese ist, wenn wie hier mehrere klar unterscheidbare und sich gegenseitig nicht beeinflussende Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammenfallen, nach der gesamten Beeinträchtigung festzusetzen (Art. 36 Abs. 3 UVV; Max B. Berger in: Ghislaine Frésard-Fellay / Susanne Leuzinger / Kurt Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar zum UVG, Basel 2019, Art. 24 N 18). Die von Dr. med. J. ___ festgesetzten Integritätsschäden von 15 % für die linke Schulter und 10 % für die rechte Schulter sind folglich zu addieren (Berger, a.a.O.), woraus eine Integritätsentschädigung von 25 % resultiert. Die Beschwerde ist gutzuheissen.

10. Wie bereits dargelegt (vgl. E. II. 5.4 hiervor), war der Sachverhalt im Zeitpunkt des hier angefochtenen Einspracheentscheids nicht hinreichend geklärt. Die Beschwerdegegnerin wäre demnach gehalten gewesen, ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Indem sie darauf verzichtete, hat sie den Untersuchungsgrundsatz verletzt (vgl. E. 3.1 hiervor) und das Gericht musste die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des orthopädischen Gerichtsgutachtens von Dr. med. J. ___ sowie der Beantwortung von Ergänzungsfragen in der Höhe von insgesamt CHF 8'617.30 zu tragen.

11.

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Höhe der dem Beschwerdeführer auszurichtenden Parteientschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses (Art. 61 lit. g ATSG). Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat eine Kostennote zu den Akten gereicht, in welcher ein Aufwand von 32,22 Stunden zu je CHF 260.00 sowie Auslagen von CHF 278.30, und somit total eine Entschädigung von CHF 9'322.00 (inkl. Mehrwertsteuer) geltend gemacht wird. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses (insbesondere der Dauer des Verfahrens sowie der zahlreichen medizinischen Unterlagen) erscheint dieser Aufwand gerechtfertigt und die Parteientschädigung ist auf CHF 9'322.00 festzusetzen. Diese hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu bezahlen.

11.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach widerkannt:

1. Die Beschwerde wird gutgeheissen und der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 4. Dezember 2019 wird aufgehoben. Die Beschwerdeführerin hat mit Wirkung ab 1. November 2014 Anspruch auf eine Invaliden-

rente in der Höhe von 70 % sowie auf eine Integritätsentschädigung von 25 %.

2. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 9'322.00 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten des Gerichtsgutachtens von Dr. med. J. ___ vom 20. November 2021 von CHF 8'617.30 zu bezahlen.

4. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin	Der Gerichtsschreiber
Weber-Probst	Haldemann

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_663/2022 vom 30. November 2023 teilweise aufgehoben.

E. 15

September 2011, Auto gegen Fahrrad - Handballenkontusion, DD Scaphoidfraktur links - Radiusköpfchenfraktur links - Schulterkontusion links, Läsion der Rotatorenmanschetten nicht formell ausgeschlossen - Thoraxkontusion - Lumbale Kontusion Nebendiagnose - Retinopathia Pigmentosa Dr. med. K. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates im Spital M. ___, diagnostizierte am 31. Januar 2012 eine Supraspinatussehnen-Ruptur transmural rechts, einen Status nach Verkehrsunfall am 15. September 2011 mit Handballenkontusion rechts, Radiusköpfchenfraktur rechts, Kontusion BWS und LWS, Thoraxkontusion rechts mit Hämatom Mamma links, sowie klinisch und sonographisch eine Supraspinatussehnenläsion links. Am 6. März 2012 wurde eine Schulterarthroskopie rechts mit subakromialer Dekompression und lateraler Klavikularesektion, mini open Tenodesse lange Bizepssehne sowie transossäre Supraspinatussehnenrefixation, durchgeführt (Austrittsbericht vom 13. März 2012, siehe zum Ganzen medizinische Akten des Spitals M. ___). 5.3.2 Nach dem zweiten Unfallereignis vom 12. Dezember 2012 diagnostizierte Dr. med. K. ___ in seinem Austrittsbericht vom 28. Dezember 2012 (medizinische Akten des Spitals M. ___) nach dem neuntägigen Aufenthalt der Beschwerdeführerin im Spital als Hauptdiagnose eine dislozierte mehrfragmentäre proximale Humerusfraktur, eine degenerative Supraspinatusläsion links und einen Verdacht auf leichtgradige Zerrung der Adduktoren

Oberschenkel links. Am 14. Dezember 2012 erfolgte eine operative Versorgung in Form einer Osteosynthese des Humerus links mittels Expert Nagel und Supraspinatus-Verstärkung der Schulter. 5.3.3 Die damals zuständige Unfallversicherung D.____ legte den Fall Prof. Dr. med. N.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vor. Dieser berichtete am 22. August 2013 (B.____-Nr. 45 S. 23 f.): Der Heilverlauf der Humerusfraktur links sei günstig gewesen. Es bestehe eine regelrechte Konsolidation der Fraktur in normaler Zeit. Für die Wiederherstellung der Schulterfunktion sei das Vorliegen des linksseitigen Mammakarzinoms ungünstig gewesen, da eine erhebliche Störung bei der Wiedererlangung einer normalen Funktion von der Narbenbildung auch im Bereich der Axilla ausgegangen sei. Aufgrund der Humerusfraktur und des Heilverlaufes links hätte theoretisch ab 27. März 2013 eine Teilarbeitsfähigkeit von 50 % realisiert werden können. Es könnten die gleichen Tätigkeiten ausgeübt werden wie sie für die rechte Seite formuliert worden seien. In einer angepassten Tätigkeit könnten ab April 2013 diverse Arbeiten auch im angestammten Beruf ausgeübt werden inkl. Arbeiten am Patienten. Für den linken Arm sei die Prognose günstig. Prof. Dr. med. N.____ führte am 12. Dezember 2014 (B.____-Nr. 45 S. 3 f.) hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit weiter aus, die Beschwerdeführerin sei laut Anstellungsvertrag für den Musikunterricht in einer Grundschule angestellt. Die dabei anfallenden Lehrtätigkeiten erforderten nach allgemeiner Erfahrung keine Bewegungen der Arme, die das Gesichtsfeld verliessen. Mit diesem Rendement bestehe eine 100%ige Leistungsfähigkeit bei voller zeitlicher Präsenz auch im Rahmen eines 100%igen Pensums. 5.3.4 Am 28. März 2014 erstattete Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, zuhanden der Unfallversicherung D.____ ein Gutachten (B.____-Nr. 45 S. 9 ff.). Er erhob darin folgende Diagnosen: - Impingement-Symptomatik subacromial bei St n. proximaler Humerusfraktur links am 12. Dezember 2012 mit St n. Humerus-Marknagelung und Supraspinatussehnen-Verschluss am 14. Dezember 2012 - AC-Gelenksirritation bei St. n. Schulterarthroskopie mit subacromialer Dekompression, lateraler Clavicula-Resektion sowie mini open Tenodese lange Bicepssehne und transossärer Supraspinatussehnen-Refixation am 6. März 2012 rechts Nebendiagnosen - Mamma-Ca links m/b - -St. n. Port-Impiantation rechts subclaviculär - St. n. Ablatio mammae und Lymphadenektomie, St. n. Radiatio - St. n. Herpes zoster Thorax links In seiner Beurteilung führte Dr. med. F.____ aus, die Schulterbeschwerden liessen sich in der klinischen Untersuchung reproduzieren. Die Ruptur der Rotatorenmanschette stehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit dem Sturzereignis. Von der Beschwerdeführerin seien vorbestehend leichte Schultergelenksbeschwerden angegeben worden, mit dem Sturz sei es jedoch zu einer akuten Verschlechterung der Situation gekommen, was zur Operationsindikation geführt habe. Die Arthrose des AC-Gelenkes sei mir hoher Wahrscheinlichkeit vorbestehend und durch den Sturz mit zumindest teilweisem Kausalzusammenhang symptomatisch geworden. Die Restbeschwerden nach der am 12. Dezember 2012 erlittenen Fraktur stünden in Kausalzusammenhang mit dem Sturz vom 12. Dezember 2012. Die bestehende Impingement-Symptomatik beruhe mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auf dem Einbringen des Humerusmarknagels durch die Rotatorenmanschette und das noch verbliebene Osteosynthese-Material. Die rechts vorbestehende AC-Gelenksarthrose sei unfallfremd. Der Sturz vom 15. September 2011 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zur Ruptur der Rotatorenmanschette und Aktivierung der AC-Gelenksarthrose und somit zur Verschlechterung der vor dem Trauma unspezifisch beschriebenen Schulterbeschwerden geführt. Der Status quo ante bezüglich

des rechten Schultergelenkes sei nach dem operativen Eingriff noch nicht 100 % erreicht. Die Beschwerdeführerin gebe belastungsabhängige Schmerzen im AC-Gelenk an, welche vor der Operation bzw. vor dem Sturz nicht bestanden hätten. Bezüglich des linken Schultergelenkes sei der Status quo ante bei den noch bestehenden Beschwerden nicht erreicht. Eine Osteosynthesematerial-Entfernung des Marknagels im linken Humerus mit gleichzeitiger subacromialer Dekompression und Beurteilung der Rotatorenmanschette sollte zu einer Beschwerdebesserung führen. Bezüglich des rechten Schultergelenkes, bzw. des AC-Gelenkes, sei eine namhafte Besserung unwahrscheinlich. Bei den beschriebenen Beschwerden und daraus resultierender maximaler Tätigkeit von drei Stunden sei der Einsatz der Beschwerdeführerin momentan bereits auf 10 % reduziert. Eine 60%ige Teilzeitstelle bzw. ein volles Pensum sei so nicht möglich. Auch das Einhalten regelmässiger halbstündiger Pausen habe laut Beschwerdeführerin keine Schmerzlinderung erreichen können. Die zeitliche Einschränkung werde von der Beschwerdeführerin bei starker Schmerzsymptomatik mit nicht mehr ausübbarer Tätigkeit nach spätestens drei Stunden angegeben. Diese lasse sich nicht optimieren. Eine Verweistätigkeit, unter Vermeidung von Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, Überkopfarbeiten, Hantieren mit Werkzeug und Werkstücken sowie repetitiver Bewegungsabläufe im Schultergürtel sei im jetzigen Zustand zumutbar. Dies in einem Pensum von 100 %. Bezüglich des linken Schultergelenkes bestehe eine Verminderung des Arbeitstempos. Die Beschwerdeführerin habe ein Pensum von 10 % in ihrer Tätigkeit als Masseurin, selbst dieses sei nicht zu bewältigen. Bezüglich ihrer Tätigkeit als Musiklehrerin sei sie nicht eingeschränkt. Hier bestehe ein mögliches Arbeitspensum von 100 %. Ergänzend hielt Dr. med. F. ___ am 26. August 2014 sodann fest (B. ___-Nr.45 S. 5 f.), in Anbetracht der Unfallfolgen bestehe als medizinische Masseurin in leistungsmässiger Hinsicht bezüglich der rechten Schulter eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Bezüglich der linken Schulter bestehe als medizinische Masseurin in leistungsmässiger Hinsicht eine Arbeitsfähigkeit von 30 %. Die im Gutachten genannten 10 % hätten sich auf die Angaben der Beschwerdeführerin bezogen, nur noch drei Stunden wöchentlich bei einer 60 %-Stelle zu arbeiten.

5.3.5 Am 14. November 2016 erstattete Dr. med. F. ___, diesmal für die nunmehr zuständige Beschwerdegegnerin, erneut ein Gutachten (B. ___-Nr. 59). Darin legte er dar, auf der rechten Seite bestehe insgesamt eine recht gute Schulterfunktion sowohl was die Bewegung, als auch die Kraft der Rotatorenmanschette betreffe. Vom Ellenbogen her habe die Beschwerdeführerin aktuell gewisse Beschwerden im Bereiche des Epicondylus humeri ulnaris. Das Radiusköpfchen bei Status nach ehemaliger Fraktur zeige keine lokale Druckdolenz und die Pro- / Supination im Vorderarmbereich sei seitengleich. Im Bereich des linken Armes bestehe sicher ein Impingement, wobei ein Teil durch den noch in situ liegenden Marknagel bedingt sei. Sicher komme hier aber noch das Lymphödem, das in Zusammenhang mit dem Mamma-Karzinom stehe, zum Tragen. Zu diagnostizieren seien eine Radiusfraktur rechts mit konservativer Therapie (ICD-10 S52.51) und ein Rezidiv bei Mammacarcinom links (ICD-10 C50.9). Betreffend die angestammte Tätigkeit als Masseurin sei die Beschwerdeführerin unfallbedingt sicher nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig. Als Musiklehrerin sei sie nach wie vor im gleichen Pensum arbeitsfähig (aktuell elf Stunden / Woche entsprechend 30 %). Allerdings müsse hier das Rezidiv des Mammacarcinoms links mit Operation am 3. November 2016 sicher mitberücksichtigt werden und aktuell sei die Beschwerdeführerin als Musiklehrerin arbeitsunfähig, wobei dies aber krankheitsbedingt und nicht unfallbedingt sei. Im Musikunterricht sei sicher eine gewisse Beeinträchtigung bei körperlicher Tätigkeiten über der Horizontale zu sehen, wobei eine genaue

Prozentangabe bei einem 30%-Pensum schwierig anzugeben sei. Momentan spiele hier aber die krankheitsbedingte Beeinträchtigung bei Tumorrezidiv links die Hauptrolle. Als Masseurin sei die Beschwerdeführerin 100 % arbeitsunfähig seit dem Jahr 2014, als Musiklehrerin habe sie bisher immer gearbeitet in einem 30 % Pensum bis auf die aktuelle Arbeitsunfähigkeit. Die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit betreffend die frühere Tätigkeit als Masseurin sei als bleibend anzusehen, betreffend Musiklehrerin sollte unfallbedingt eine Arbeit möglich sein, krankheitsbedingt müsse hier aber der Verlauf betreffend Untersuchungen des Tumorrezidivs mit möglichen Metastasen abgewartet werden. Eine Verweistätigkeit werde nicht gesehen.

5.3.6 Das Versicherungsgericht hat im Beschwerdeverfahren bei der Begutachtungsstelle G.____ ein orthopädisches Gutachten eingeholt, das am 5. Februar 2021 vom med. pract. H.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, und Dr. med. I.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, erstattet wurde (A.S. 122 ff.). Folgende Diagnosen wurden gestellt: mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - St.n. subtotalem transmuralen Abriss des ventralen und mittleren Anteils der Suprapinatussehne mit Retraktion von Sehnenanteilen Schulter rechts mit St.n. Schulterarthroskopie mit subakromialer Dekompression, lateraler Klavikularesektion sowie mini open Tenodese der langen Bizepssehne und transossäre Supraspinatussehnen-Refixation März 2012 - St. n. intraartikulärer wenig dislozierter Fraktur des Radiusköpfchens und des lateralen Epicondylus humeri rechts September 2011 - St. n. dislozierter mehrfragmentärer proximaler Humerusfraktur links mit degenerativer Supraspinatussehnenläsion mit Osteosynthese des Humerus mittels Expert Nagel und Supraspinatus-Verstärkung Schulter links Dezember 2012 - St. n. Radiusfraktur rechts mit konservativer Versorgung Juni 2014 - klinisch Rhizarthrose rechts - Epicondylitis ulnaris und radialis rechts - Epicondylitis radialis links ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Mamma Karzinom mit / bei Sentinel-Biopsie Axilla links und Port-à-Cath Implantation Mai 2012 St. n. Ablatio Mammae links. Lymphadenektomie mit Axilladisektion Level 1 und 2, sowie Explantation des Port-à-Cath Oktober 2012 Bestrahlung und Chemotherapie - Mamma Karzinom Rezidiv (Rumpfwandmetastasen) mit / bei Resektion des Thoraxwandrezidivs November 2016 - Lymphoedem der linken oberen Extremität - iatrogene chemotherapie-induzierte periphere Polyneuropathie - Klaustrophobie - Osteopenie - Retinopathia pigmentosa Zusammenfassend wird angegeben, die Beschwerdeführerin leide unter Beschwerden in beiden Schulterregionen, links ausgeprägter als rechts. Die Befunderhebung zeige eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung im Bereich der Halswirbelsäule, paravertebralen Hartspann im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule mit Hyperlordosierung der Halswirbelsäule sowie einer Hyperkyphosierung der Brustwirbelsäule, schmerzhafteste Bewegungseinschränkungen der rechten Schulter mit leicht herabgesetzten Bewegungsausmassen, schmerzhafteste Bewegungseinschränkungen der linken Schulter mit deutlich herabgesetzten Bewegungsausmassen, Druckschmerzen im Bereich des Epicondylus radialis und ulnaris rechts, Druckschmerzen im Bereich des Epicondylus radialis links, Schwellung mit einer deutlichen Umfangsvermehrung der linken oberen Extremität sowie eine schmerzhafteste Bewegungseinschränkung des rechten Daumensattelgelenkes ohne herabgesetzte Bewegungsausmasse. Klinisch führend seien die Beeinträchtigungen der linken Schulterregion. Diese seien aufgrund der Schwere der damaligen Verletzungen und der daraus entstandenen und immer noch bestehenden Unfallfolgen nachvollziehbar. Ferner könne den Ausführungen der Beschwerdeführerin gefolgt werden, dass sich bedingt durch die vorherrschende Fehlbelastung Schmerzen im Ellenbogengelenk eingestellt hätten. Diese

seien als Insertionstendinopathie zu werten. Schlussendlich sei die Beschwerdeführerin schicksalhafterweise an der linken Brust an Brustkrebs erkrankt. Bedingt durch die operative Therapie und der damit verbundenen Entfernung der Lymphknoten im Bereich ihrer linken Achselregion sowie der nachfolgenden Strahlentherapie leide sie unter Lymphabflussstörungen, welche sich in Form von einer Schwellung des linken Armes äusserten. Diese Tatsache trage zusätzlich dazu bei, dass die schon ohnehin beeinträchtigte linke obere Extremität weiter eingeschränkt sei. Analog zum Verletzungsmuster der rechten Schulter, welches längst nicht so ausgeprägt gewesen sei wie dasjenige der Gegenseite, seien die vorgetragene und demonstrierte Beeinträchtigungen nachvollziehbar, jedoch in der Schwere ihrer Ausprägung weniger ausgeprägt als auf der Gegenseite. Der gemessene Bewegungsradius der rechten Schulter sei zwar leicht vermindert, jedoch noch physiologisch ausreichend. Die von der Beschwerdeführerin vorgetragene Beschwerden des rechten Ellenbogengelenkes seien ebenfalls analog zur Gegenseite Ausdruck einer Insertionstenopathie bedingt durch eine Fehl- und Überlastung. Die geschilderten Beschwerden des rechten Daumensattelgelenkes seien einer beginnenden Daumensattelgelenksarthrose geschuldet. Auf Grundlage dieser Aspekte und auf Grundlage der vorherrschenden Indizienlage in der vorliegenden Aktendokumentation könne daher geschlussfolgert werden, dass die klinisch und radiographisch nachvollziehbaren Beschwerden beider Schultern mit hoher bzw. mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Grundlage beider genannter Unfallereignisse entstanden und daher als Unfallfolgen zu werten seien. Ebenso seien die Beschwerden im Bereich der beiden Ellenbogen daraus entstanden und auf die Ereignisse zurückzuführen. Die Beschwerden des rechten Daumensattelgelenkes seien jedoch auf Grundlage einer Arthrose entstanden. Die Beschwerdeführerin sei in beiden angestammten Berufen, dem der Musiklehrerin und dem der medizinischen Masseurin, zu 100 % arbeitsunfähig. Auch für eine Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Die jeweiligen Arbeitsunfähigkeiten liessen sich im Verlauf auf Grundlage des vorliegenden Aktendossiers bis zum Untersuchungstag nicht mehr vollständig rekonstruieren, zumal unfallunabhängig die schicksalhafte Diagnose der Brustkrebserkrankung mit konsekutiven Arbeitsunfähigkeiten durch Operationen, Chemotherapie und Bestrahlungsbehandlung in den zu beurteilenden Zeitraum falle. Erfahrungsgemäss stellten sich nach derartigen Verletzungen nach einigen Jahren posttraumatische Arthrosen im Sinne von Sekundärarthrosen ein, welche in der Regel zu einer weiteren Funktionsverschlechterung führten. Hinsichtlich des linken Armes führten die als unfallkausal bewerteten Beeinträchtigungen zu einer nicht unerheblichen Bewegungseinschränkung und manifesten Minderbelastbarkeit der ehemals verletzten Extremität. Die gestörte Physiologie in der Schulterbeweglichkeit habe zu einer Insertionstendopathie (Epicondylitis) in Folge einer Über- resp. Fehlbelastung geführt. Hinsichtlich des rechten Armes führten die als unfallkausal bewerteten Beeinträchtigungen zu einer leichten Bewegungseinschränkung und zu einer Minderbelastbarkeit der ehemals verletzten Extremität. Auch hier sei es in der Schulterbeweglichkeit zu einer Insertionstendopathie in Folge einer Über- resp. Fehlbelastung gekommen. Zusätzlich habe sich eine sekundärarthrotische Veränderung im rechten Ellenbogengelenk entwickelt, welche zu einer Reduzierung der Bewegungsumfänge führe. Der Gesundheitszustand habe keinen wechselnden Verlauf gehabt. Seit dem ersten Unfallereignis im September 2011 sei es zu einer kontinuierlichen Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes gekommen, begründet durch die zwischenzeitliche Brustkrebserkrankung nach dem ersten Unfallereignis und den folgenden Unfallereignissen in den Jahren 2012 und 2014.

Entsprechende Unfallfolgen und unfallfremde Phänomene (Brustkrebserkrankung) hätten den Gesundheitszustand jeweils negativ verstärkt. 5.4 Die Beschwerdegegnerin stellte in der Verfügung vom 13. November 2019 sowie im angefochtenen Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2019 auf das Gutachten von Dr. med. F.____ vom 28. März 2014 ab. Nachdem dieser einen operativen Eingriff in Form einer Entfernung des Marknagels an der linken Schulter empfohlen hatte, was in der Folge vom behandelnden Arzt, Dr. med. K.____, verworfen worden war, holte die Beschwerdegegnerin im Jahr 2016 bei Dr. med. F.____ ein Verlaufsgutachten ein. Beide Gutachten weisen Widersprüche und Lücken auf: Im Gutachten vom 28. März 2014 erklärte Dr. med. F.____, als Masseurin könne die Beschwerdeführerin noch nicht einmal das momentane Pensum von 10 % bewältigen. Als Musiklehrerin bestehe keine Einschränkung und es sei ein Pensum von 100 % möglich. Angepasste Arbeiten (Lasten bis 5 kg, keine Überkopfarbeiten etc.) kämen ganztags und zu 100 % in Frage, wobei die Beschwerdeführerin gegenüber einer gesunden Person verlangsamt sei. Am 26. August 2014 wurde in Beantwortung von Ergänzungsfragen hingegen angegeben, als Masseurin liege die Arbeitsfähigkeit bei 30 %. Das Arbeitstempo könne nicht beurteilt werden. Was die angepassten Arbeiten angehe, so lasse sich die Notwendigkeit vermehrter Pausen nicht pauschal benennen, da dies stark von der Tätigkeit abhängt. Im Gutachten vom 14. November 2016 schliesslich hielt Dr. med. F.____ fest, seit 2014 hätten sich objektiv keine wesentlichen Änderungen ergeben. Jedoch gelangte er abweichend zu seinen früheren Stellungnahmen zum Schluss, als Masseurin sei die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsunfähig, während die Arbeit als Musiklehrerin zu 30 % in Frage komme. In einer anderen Tätigkeit lasse sich keine höhere Arbeitsfähigkeit erreichen. Wie er zu einer abweichenden Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit kam, obwohl seit der ersten Begutachtung objektiv keine veränderten Umstände vorlägen, hat der Gutachter nicht erklärt. Ebenso wurde die Integritätsentschädigung ohne weitere Begründung in den beiden Gutachten unterschiedlich beurteilt. So sind beide Gutachten in ihrer Gesamtheit nicht beweiskräftig, denn bei dieser Sachlage hinterlässt sowohl die Expertise von März 2014 wie auch diejenige von November 2016 Zweifel. Vor diesem Hintergrund drängten sich weitere Abklärungen auf, die das Versicherungsgericht in Form eines Gerichtsgutachtens getätigt hat. 5.5 Die Experten Dr. med. I.____ und med. pract. H.____ (Begutachtungsstelle G.____) gelangten in ihrem Gutachten vom 5. Februar 2021 zum Schluss, die Beweglichkeit sei unfallhalber an der linken Schulter deutlich und an der rechten leicht eingeschränkt. Sie legten sowohl in den angestammten Berufen als Masseurin und Musiklehrerin als auch in jeder anderen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % fest. Auch dieses Gutachten weist verschiedene Mängel auf, die sich auch durch entsprechende Rückfragen bei den Experten nicht heilen lassen. So halten die Gutachter zum Begutachtungsauftrag fest, es gehe darum, die zum jetzigen Zeitpunkt noch nachweisbaren Beeinträchtigungen festzustellen (A.S. 124). Dies obwohl mit dem Gutachtungsauftrag ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht worden war, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2019 der Stichtag und die Situation zu diesem Zeitpunkt zu beurteilen sei. Weiter erklären die Experten, der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit bis zum Untersuchungstag lasse sich nicht mehr vollständig rekonstruieren, aktuell liege die Arbeitsunfähigkeit bei 100 % (A.S. 200). Andererseits wird gesagt, der Gesundheitszustand habe sich seit dem ersten Unfall am 15. September 2011 kontinuierlich verschlechtert (A.S. 206). Somit wird im Gutachten keine Aussage darüber getroffen, wie es am 4. Dezember 2019 um die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin stand und es lässt sich auch nicht sagen, es habe sich seit dem ersten Unfall ohnehin nichts

verändert. Der Einwand der Beschwerdegegnerin, dass der Endzustand mit Fallabschluss bereits 2014 erreicht worden sei, ist in diesem Zusammenhang nicht stichhaltig bzw. wird keine gutachterliche Aussage in dieser Hinsicht getroffen. Insofern besteht in diesem Zusammenhang nach wie vor Abklärungsbedarf. Weiter ist die festgesetzte Arbeitsunfähigkeit nicht stichhaltig begründet. So soll die bisherige Tätigkeit als Musiklehrerin nicht mehr in Frage kommen, ohne dass gesagt wird, inwieweit sich diese Tätigkeit nicht mit den unfallbedingten Einschränkungen verträgt. Andererseits sollen auch alle anderen Arbeiten komplett ausgeschlossen sein. Diese Beurteilung erscheint zwar nicht schlechthin unhaltbar, es wird aber nicht erklärt, wie die Gutachter zu dieser Einschätzung gelangen, zumal auf der dominanten rechten Seite nur leichte Bewegungseinschränkungen vorliegen, wie von ihnen dargelegt wird. Vor diesem Hintergrund hätten die Experten erläutern müssen, inwiefern auch schulterschonende Verrichtungen gänzlich (also selbst in einem Teilzeitpensum) unzumutbar sind. Schliesslich gehen die Gutachter nicht auf die beiden Expertisen von Dr. med. F.____ von 2014 und 2016 ein, obwohl deren Differenzen gerade Anlass für das Gerichtsgutachten gegeben hatten. Die Beschwerdeführerin lässt diesbezüglich vorbringen, dass das Gutachten von Dr. med. F.____ vom 14. November 2016 und das Gerichtsgutachten übereinstimmen würden. Dies gilt indessen nur für die Schlussfolgerung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten. Allerdings bleibt es dabei, dass sowohl im einen wie im anderen Gutachten diese 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht schlüssig hergeleitet wird.

5.6 Aufgrund der genannten Mängel des Gutachtens der Begutachtungsstelle G.____ hat das Versicherungsgericht eine erneute Begutachtung bei Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, in Auftrag gegeben. Dieser hat das Gutachten am

E. 20

November 2021 erstattet (A.S. 285 ff.). 5.6.1 Im Rahmen der Anamnese werden zuerst die hier fraglichen Unfallereignisse und die darauffolgenden Behandlungsmassnahmen beschrieben: Am 15. September 2011 sei die Beschwerdeführerin zu Fuss das Velo stossend von einem rückwärts ausparkierenden Auto umgefahren worden. Dabei sei sie auf die rechte Seite gestürzt. Gemäss Bericht der Unfallstation des Spitals M.____ seien eine Radiusköpfchenfraktur und der Verdacht auf eine Scaphoidfraktur rechts gestellt worden. Die Radiusköpfchenfraktur sei mit Schiene konservativ behandelt worden. Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 21. September 2011 seien neben obigen Diagnosen zusätzlich eine Handballenkontusion differentialdiagnostisch Scaphoidfraktur, eine Schulterkontusion links mit Verdacht auf Rotatorenmanschettenläsion (in der Diagnoseliste links, im Befund rechts, der Bericht sei dann offensichtlich später mit Signatur auf rechts korrigiert worden) sowie eine Thorax- und lumbale Kontusion diagnostiziert worden (A.S. 290 f.). Im Kontrollbericht vom

E. 22

Dezember 2011 sei ein guter Verlauf seitens der Radiusköpfchenfraktur vermerkt worden. Zu diesem Zeitpunkt hätten die Schulterschmerzen rechts im Vordergrund gestanden, eine wesentliche Pathologie im Bereich der LWS und BWS sei mittels MRI ausgeschlossen worden. Eine Scaphoidfraktur sei gemäss der Beschwerdeführerin dann auch von einem Handchirurgen ausgeschlossen worden, ein Bericht fehle allerdings in den Akten. In allen Berichten sei in der Folge nur noch von einer Handballenkontusion die Rede. Im Verlaufsbericht vom 22. Dezember 2011 habe die Beschwerdeführerin seitens des Ellbogens bis auf ein fühlbares Knacken keine Schmerzen mehr angegeben, am rechten

Handgelenk seien nur noch leichte Schmerzen nach grösseren Belastungen vermerkt, ebenfalls sei die Behandlung der LWS und BWS-Kontusion abgeschlossen worden. In allen folgenden Berichten vom behandelnden Arzt Dr. med. K.____ werde ausser in einem Bericht nur noch von der rechten Schulter berichtet. Die am 28. November 2011 durchgeführte Arthro-MRI-Untersuchung der rechten Schulter im Spital M.____ habe einen subtotalen transmuralen Abriss des ventralen und mittleren Anteils der Supraspinatussehne mit Retraktion von Sehnenanteilen bis 2,7 cm gezeigt. Eine fettige Degeneration der Rotatorenmanschette habe nicht bestanden, aber eine gering- bis mässiggradige Muskelatrophie des M. supraspinatus. Im Bericht von Dr. med. K.____ vom 31. Januar 2012 habe dieser zudem über eine palpatorisch und sonografisch erkennbare transmurale Ruptur der Supraspinatussehne links berichtet. Gemäss Aussagen der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung habe sie schon ca. zwei Jahre vor dem Unfall unter gelegentlichen, erträglichen Schulterschmerzen gelitten. In der Folge werde die linke Schulter in keinem Bericht dieses Unfallereignis betreffend mehr erwähnt. Bei persistierenden Schmerzen habe sich die Beschwerdeführerin nach einigem Zögern und nach einem Gespräch mit einer Ärztin an ihrem Arbeitsplatz an der Klinik C.____ zur Operation entschieden. Der Eingriff sei am 6. März 2012 durch Dr. med. K.____ durchgeführt worden. In der Indikation erwähne dieser eine massive Retraktion der Supraspinatussehne bei knapp negativem Tangenzzeichen und eine deutliche Atrophie der Supraspinatusmuskulatur bei interstitieller Verfettung Goutallier Grad 1. Die massive Retraktion der Supraspinatussehne habe sich dann auch intraoperativ bestätigt, wobei «der Defekt mit mässiger und akzeptabler Spannung gedeckt reponiert» gewesen sei. Der weitere Verlauf sei dann durch die Diagnose und Behandlung eines Mamma-Carzinoms links erschwert worden. Die Physiotherapie habe nur noch zeitweise durchgeführt werden können. Gemäss Beschwerdeführerin hätten noch monatelang Schmerzen und ein Rehabilitationsdefizit bestanden (A.S. 291). Im Bericht von Dr. med. L.____ vom 25. Juli 2012 werde von einem erfreulichen Verlauf berichtet, die Funktion der rechten Schulter sei zu diesem Zeitpunkt allerdings nur teilweise dokumentiert. Die Arbeitsunfähigkeit als Musiklehrerin sei ab diesem Zeitpunkt als nicht mehr unfallbedingt eingeschränkt beurteilt worden. Auf dem Unfallschein bezüglich «Masseurin-Anstellung» in der Klinik C.____ sei unfallbedingt eine «Reduktion der Arbeitsunfähigkeit auf 70 % ab 26. Juli 2012, parallel 100 % Arbeitsunfähigkeit «krankheitsbedingt» attestiert worden. In der Folge seien gemäss Bericht von Dr. med. K.____ vom 8. November 2012 im Rahmen der Mehrbelastung rechts bei Behandlung des Mamma-Carzinoms links wieder vermehrt Schmerzen rechts aufgetreten, was zu weiteren physiotherapeutischen Behandlungen geführt habe. In den folgenden Berichten von Dr. med. K.____ vom 27. März, 25. Juni und 27. Dezember 2013 anlässlich der Behandlung der linken Seite werde von beidseitigen, also auch rechtsseitigen Schulterschmerzen wechselnden Ausmasses berichtet. In der Folge werde die rechte Schulter in den Berichten nicht mehr erwähnt. Die nächste Erwähnung der rechten Schulter finde sich im Gutachten von Dr. med. F.____ vom 28. März 2014. Dort würden geringe Beschwerden der rechten Schulter mit ab und zu Knacksensationen mit Schmerzen bei Überkopfarbeiten angegeben, die allerdings wie von der Beschwerdeführerin ebenfalls erwähnt schon vor dem Unfall vorhanden gewesen seien. Die Arbeit als Musikpädagogin im Umfang von 20 – 30 % bis zur frühzeitigen Pensionierung mit 60 Jahren habe die Beschwerdeführerin trotz Beschwerden ausführen können. Zu den jetzigen Beschwerden am rechten Arm habe die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung berichtet, sie habe seit ca. zwei Jahren vor dem Unfall beidseitige linksbetonte Schulterschmerzen

gehabt. Die rechtsseitigen Beschwerden beständen im ventralen Schulterbereich, brennenden Charakters, ohne Ausstrahlung. Die Schmerzen beständen tagsüber dauernd, mit Verschlimmerung und Kraftverlust bei Überkopftätigkeiten, zudem beim Einschlafen und nachts bei Lagewechseln. Dafür würden unregelmässig Schmerzmittel eingenommen, sie könne aber zeitweise Wochen bis Monate auf diese verzichten. Regelmässig reibe sie Wallwurzsalbe am Abend ein. Im rechten Ellbogen beständen seit dem Unfall noch selten Schmerzen beim Heben von Lasten. Seit drei bis vier Jahren habe sie Schmerzen im medialen Ellbogen- und radialen distalen Vorderarmbereich bei Belastung, in Ruhe und zum Teil auch nachts (A.S. 292). Seit längerer Zeit bis heute würden bei der Beschwerdeführerin physiotherapeutische Behandlungen beider Schultern durchgeführt. Kortisoninfiltrationen in beide Schultern habe sie nie machen lassen wollen (A.S. 293). Zum zweiten Unfallereignis am 12. Dezember 2012 wird anamnestisch festgehalten, auf dem Weg zum Kontrolltermin wegen der rechten Schulter sei die Beschwerdeführerin auf Glatteis ausgeglitten und dabei auf die linke Schulter gestürzt mit sofortigen Schmerzen in der linken Schulter. Im Spital M.____ sei eine dislozierte proximale Humerusschaftfraktur diagnostiziert worden. Am 14. Dezember 2012 habe der behandelnde Arzt Dr. med. K.____ die Fraktur mittels Expert-Nagel versorgt. Gemäss Operationsbericht sei die Supraspinatussehne «U-förmig subtotal rupturiert, eine dünne Faserschicht steht noch articular, Inzision und Excision dieser schadhafte Stelle». Gemäss Bericht von Dr. med. K.____ vom 28. Februar 2013 habe die Beschwerdeführerin danach über deutliche Schmerzen vor allem auch nachts mit zunehmender Schwellungsneigung des linken Armes berichtet (A.S. 293). Im Bericht vom 24. April 2013 sei dann über eine deutliche Besserung der Schmerzsituation und Funktion bei zunehmender Frakturkonsolidation berichtet worden. Die Arbeit als Musikpädagogin sei ab 25. April 2013 wieder aufgenommen worden. Gemäss Bericht von Dr. med. K.____ vom 26. September 2013 habe die Beschwerdeführerin wieder über eine zunehmende Bewegungseinschränkung der linken Schulter mit Schmerzen im Ellbogen und eine kalte Hand geklagt. Der Verlauf sei durch einen Herpes zoster der Thoraxwand kompliziert worden, sodass die Physiotherapie nicht habe besucht werden können. Am 21. Januar 2014 sei gemäss Bericht von Dr. med. K.____ die Entfernung des Marknagels mit gleichzeitiger Schulterarthroskopie mit subacromialer Dekompression diskutiert und geplant worden. Im Bericht vom 6. November 2014 sei dann jedoch von einer globalen Bewegungseinschränkung als normale Residuen nach Marknagelung und Supraspinatusschaden berichtet und von einer Entfernung des Marknagels Abstand genommen worden. Der nächste Bericht von Dr. med. K.____ datiere vom 10. Mai 2017. Darin berichte die Beschwerdeführerin über ein Gefühl des Ausrenkens und beim forcierten Anheben des linken Armes nach vorne mit wieder vermehrten Schmerzen seit diesem Ereignis. Eine radiologische Kontrolle habe eine konsolidierte Fraktur ohne Implantatbruch gezeigt. Es seien die Verdachtsdiagnosen einer Tendinopathie der langen Bicepssehne und einer Supraspinatussehnenläsion gestellt worden. Aufgrund von persistierenden Schmerzen sei am 17. August 2017 eine Sonographie der linken Schulter durchgeführt worden mit folgendem Befund: Narbige Veränderungen über der Nageleintrittsstelle am Tub. majus, DD: eingehheilte Sehne. Keine grobe Supraspinatussehnenläsion erkennbar, keine Sehnenretraktion. Leichte Strukturalterationen der langen Bicepssehne, welche im Sulcus zentriert ist. Subscapularis- und Infraspinatussehnen unauffällig. Eine Operation mit Nagelentfernung und Schulterarthroskopie sei nochmals besprochen, aber eher nicht empfohlen worden. Zudem habe die Beschwerdeführerin zu dieser Zeit unter Chemotherapie gestanden. Am 20.

August 2019 sei durch Dr. med. K.____ die Ultraschalluntersuchung wegen persistierenden Schmerzen wiederholt worden mit folgendem Befund: Kein sicherer Hinweis für transmurale Ruptur der Supraspinatussehne bei jedoch ausgeprägten postoperativen Artefakten, somit keine sichere Beurteilung bezüglich Reruptur. Im letzten Bericht von Dr. med. K.____ vom 24. März 2020 stelle dieser die Diagnose von chronischen Schulterschmerzen mit klinischem und sonographischem Verdacht auf Tendinopathie der langen Bicepssehne sowie Supraspinatussehnenläsion links (A.S. 294). Im Gutachten von Dr. med. F.____ vom 28. März 2014 würden die chronischen Schulterschmerzen links bestätigt und mit hoher Wahrscheinlichkeit auf das Einbringen der Humerusmarknagel durch die Rotatorenmanschette und auf das noch verbliebene Osteosynthesmaterial zurückgeführt (A.S. 294 f.). Zu den jetzigen Beschwerden am linken Arm führe die Beschwerdeführerin aus, die Schmerzen seien auf der linken Seite deutlich ausgeprägter als rechts. Diese bestünden einerseits diffus im Bereich der lateralen Halspartie und des M. Trapezius ohne Ausstrahlung in den Arm, andererseits diffus in der Schulter mit Ausstrahlung in den Oberarm. Beim Anheben des Armes über Brusthöhe träten vermehrt Schmerzen mit Kraftverlust auf. Beim nach vorne Bücken mit ausgestrecktem Arm habe sie Schnappensationen. Die Schmerzen bestünden in Ruhe. Auch links seien keine Kortisoninfiltrationen durchgeführt worden. Auf der linken Seite werde wegen dem chronischen Lymphödem ein Kompressionsschrumpf getragen. Die Beschwerdeführerin berichte zudem über eine rezidivierende Schwellung und Rötung im Bereich der Bursa olecrani. Der Alltag mit Körperpflege und Haushaltsarbeiten könne trotz Schulterschmerzen beidseits linksbetont alleine bewältigt werden. Der linke Arm werde dabei nur als Hilfsarm eingesetzt (A.S. 295).

5.6.2 Der Gutachter erhebt folgende Befunde an beiden Schultern (A.S. 298): Seitengleiches Schulterrelief, leichter Schultertiefstand rechts, diffuse Schwellung des linken Armes. Reizlose Narben rechts oberhalb der Brust (St.n. Port-à-Cath-Implantation und Entfernung), Arthroskopiezugänge und lateraler Zugang, links lateraler Zugang (St.n. Deltasplit). Keine muskuläre Atrophie beidseits, insbesondere auch nicht der Supraspinatusmuskulatur. Hand-Scheitel beidseits möglich, Beweglichkeit aktiv und passiv gleich, Schmerzangabe in endphasiger Flexion rechts, beim Anheben des Armes links im Sinne des schmerzhaften Bogens, Schmerzangabe bei Absenken des Armes links, Endphasenschmerz in Aussen- und Innenrotation links, Aussenrotationskraft beidseits massiv eingeschränkt, Lift off-Test rechts negativ, links aus Schmerzgründen nicht verwertbar, Bellypress Test rechts negativ, links ebenfalls wegen Schmerzen nicht sicher interpretierbar, eher negativ, Jobe Test rechts diskret positiv, links massiv positiv, Abduktionskraft rechts mässig, links massiv eingeschränkt, Bicepszeichen rechts negativ, links positiv, rechts keine subacromiale Krepitation und mässige Druckdolenz der Supraspinatussehne, links massive subacromiale Krepitation, deutliche Druckdolenz im Bereich der Supraspinatussehne, AC-Gelenk rechts dolent, links indolent. SC-Gelenke beidseits stabil und indolent. Weiter werden alte sowie aktuelle Röntgenbefunde erhoben (A.S. 300 f.): - 15. September 2011, rechte Schulter ap/Neer: Keine Fraktur zentriertes Glenohumeralgelenk, keine Arthrose - 15. September 2011, rechter Ellbogen: Intraartikuläre Fraktur Radiusköpfchen Typ Mason 1-2 - 19. Oktober 2011, rechter Ellbogen: Fraktur Radiusköpfchen mit wahrscheinlich leichter Stufe im Gelenk konsolidiert - 28. November 2011: Gemäss Röntgenbericht subtotaler transmuraler Abriss des ventralen und mittleren Anteils der Supraspinatussehne mit Retraktion von Sehnenanteilen um bis zu 2,7cm. Keine fettige Degeneration der Rotatorenmanschette, es zeige sich jedoch eine gering- bis maximal mässiggradige Muskelatrophie des M.

Supraspinatus. Teres minor Sehne, Infraspinatussehne und Subscapularissehne mit altersentsprechend unauffälliger intakter Insertion. Keine Hinweise auf Rotatorenintervallläsion - 15. September / 21. September / 22. September 2011, Handgelenk / Scaphoid rechts und CT-Untersuchung: Keine Fraktur sichtbar, keine scapholunäre Dissoziation - 12. Dezember 2012, Röntgenbilder und CT-Untersuchung linker Arm / Schulter: Dislozierte, proximale Humerusschaftfraktur links, keine glenohumerale Arthrose, zentrierter Humeruskopf - 17. Dezember 2012, Röntgenbilder linker Arm in 2 Ebenen: Fraktur versorgt mit proximal und distal verriegeltem intramedullären Humerusnagel, gute Frakturstellung. - 10. Januar / 25. Februar / 22. April / 24. Juni 2013, Verlaufsrontgenbilder linker Arm mit guter Frakturstellung ohne Implantatbruch - 20. Januar 2014: Linker Arm mit in guter Stellung konsolidierter proximaler Humerusfraktur - 10. Mai 2017/ 14. August 2019, Verlaufsrontgen linker Oberarm: Diskrete Lysezone um den ganz proximalen Anteil des Nagels, Eintrittspunkt des Nagels teils durch den Footprint, teils durch Kalotte kranial, zentriertes Glenohumeralgelenk, keine Arthrose - 11. Juni 2014, konventionelle Röntgenbilder rechtes Handgelenk ap / seitl.: Distale extraartikuläre Radiusfraktur loco classico mit leichter dorsaler Impaktion - 8. Juli 2014 / 2. August 2014, Verlaufsrontgenbilder Handgelenk rechts, Fraktur konsolidiert, diskret vermehrte Dorsalkippung des distalen Fragments -

E. 27

November 2020, rechte Schulter ap / Neer: Osteoporose, zentriertes Glenohumeralgelenk ohne Arthrose, Metallanker im Humeruskopf, linker Oberarm in zwei Ebenen: zentriertes Glenohumeralgelenk ohne Arthrose, intramedullärer Nagel in Situ, Fraktur in guter Stellung konsolidiert. Ellbogen beidseits lateral (ap nicht vorhanden): Nicht optimal zentrierte Aufnahmen, soweit beurteilbar unveränderte Stellung der Radiusköpfchenfraktur, konsolidiert, wahrscheinlich mit intraartikulärer Stufe. Soweit auf den suboptimalen Bildern beurteilbar keine Ellbogenarthrose. Keine ap-Aufnahme vorhanden Handgelenks- bzw. Handaufnahmen: Soweit auf diesen Aufnahmen beurteilbar keine wesentliche Verkürzung des Radius rechts, keine Unregelmäßigkeiten im DRUJ. Allerdings fehlende seitliche Zielaufnahmen der Handgelenke Im Rahmen der aktuellen Begutachtung wurden am 4. November 2021 ebenfalls Röntgenbilder erstellt und vom Gutachter eine Befunderhebung vorgenommen: Ultraschall linke Schulter (A.S. 301): Befund Radiologe: Partiailläsion der Supraspinatussehne mit umschriebenem Defekt im distalen Anteil sowie im Sehnenansatz sowie interstitieller Ausdehnung, vereinbar mit Reruptur bei Status nach Marknagelung links. Übrige Rotatorenmanschette ohne differenzierbare Läsion. Der Gutachter merkt hierzu an, in Radiologieberichten bestünden häufig Unklarheiten in der Nomenklatur von Sehnenrissen der Schulter wie in diesem Bericht, wobei der Begriff Partiailläsion fälschlicherweise für die Ausdehnung eines vollständigen Risses in der Breite verwendet werde. Korrekterweise werde der Begriff Partialruptur (bzw. -läsion) für einen Teilriss der Sehne bezüglich der Sehndicke ohne kompletten Riss derselben verwendet. Korrekt interpretiert und formuliert bestehe eine vollständige transmurale Reruptur der Supraspinatussehne am knöchernen Ansatz des Tuberculum majus bzw. am sog. Footprint im Bereich der Nageleintrittsstelle mit interstitieller Partialruptur der retrahierten Restsehne. MRI Schulter rechts mit IV-Kontrast (A.S. 302): Metallartefakte bei Metallankern im ventralen Humeruskopf, hochgradige Partialruptur bzw. Ausdünnung der Supraspinatussehne bei erhaltener Kontinuität, im ventralen Bereich nicht sicher nachvollziehbar wegen Metallartefakten, dort wahrscheinlich transmurale Reruptur der Supraspinatussehne, Atrophie der Supraspinatusmuskulatur Goutallier Grad 1-2 mit

positivem Tangenzzeichen, Atrophie Infraspinatusmuskulatur Goutaliler Grad 1, Tendinopathie der kranialen Infraspinatussehne, Subscapularissehne intakt, AC-Gelenksarthrose. Wahrscheinlich St.n. Bicepstenodese im Sulcus mit Anker. Gegen eine wie vom Radiologen beschriebene vollständige Reruptur der Supraspinatussehne mit ausgedehntem Defekt spreche die noch recht gut erhaltene Muskeltrophik der Supraspinatusmuskulatur. Im Acromion Befund vereinbar mit einer Metastase. Dieser Befund sei mit Dr. O. ____, Radiologe der Klinik [...] besprochen worden, weil der erste Radiologe den Befund übersehen habe. Der Bericht der Radiologie werde in diesem Sinne ergänzt.

5.6.3 Der Gutachter erhebt folgende Diagnosen (A.S. 303): unfallrelevante Diagnosen Unfall vom 15. September 2011 - aktuell mässig symptomatische, hochgradige Partialruptur bzw. Ausdünnung mit Verdacht auf ventrale transmurale Reruptur der Supraspinatussehne mit symptomatischer AC-Gelenksarthrose rechts dominant, ICD-10 S43.4 - St.n. Schulterarthroskopie mit subacromialer Dekompression und lateraler Clavicularesektion, mini-open Tenodese lange Bicepssehne sowie transossäre Supraspinatussehnenrefixation rechts am 6. März 2012, ICD-10 S43.4 - St.n. intraartikulärer, wenig dislozierter Radiusköpfchenfraktur (Typ Mason M I-II) rechts, konservative Therapie, ICD-10 S52.11 - St.n. Handballenkontusion rechts, ICD-10 S60.2 - St.n. Thorax- und Lumbalkontusion rechts, ICD-10 S20.2 Unfall vom 12. Dezember 2012 - Symptomatische Reruptur der Supraspinatussehne bei residueller frozen shoulder links, ICD-10 M75.1, M75.0 - St.n. Osteosynthese einer proximalen Humerusschaftfraktur links (Expert Humerusnagel Firma Synthes) mit Supraspinatussehnenrekonstruktion links am 14. Dezember 2012, ICD-10 S42.3 Unfall vom 11. Juni 2014 - St.n. extraartikulärer loco classico Radiusfraktur rechts, konservative Therapie, ICD-10 S52.50 nicht unfallrelevante Diagnosen - Cervikalgien, ICD-10 M53.9 - Tendovaginitis de Quervain rechts, ICD-10 M65.4 - Epicondylitis humeri ulnaris rechts, ICD-10 M77.0 - Bouchard Arthrose Dig. 2-4 rechts, ICD-10 M19.0 - rez. Bursitis olecrani links, ICD-10 M70.2 - St.n. Mamma-Ca links Erstdiagnose 2012, ICD-10 C50.9 - chronisches Lymphödem linker Arm, ICD-10 I89.0 - St.n. Ablatio mammae und Axilladisektion links 16. Oktober 2012 - St.n. adjuvanter Chemo- und Strahlentherapie links - St.n. Portimplantation und Entfernung rechts - St.n. lokalem Brustwandrezidiv des Mamma-Ca 2016, St.n. Resektion und Bestrahlung- aktuell endokrine Therapie des Mamma-Ca - Retinitis pigmentosa seit Geburt, ICD-10 H57.9 - Stn. Cataracta nuclearis beidseits Operation 2013, St.n. YAG-Kapsulotomie, ICD-10 H57.9

6. Das vom Versicherungsgericht eingeholte Obergutachten soll Grundlage für sämtliche hier zu beurteilenden Fragen bilden. Dementsprechend hatte der Gutachter zu beantworten, ob die angegebenen Beschwerden unfallkausal sind, ob und in welchem Umfang die Beschwerdeführerin aufgrund der unfallkausalen Beschwerden in ihrer angestammten oder einer angepassten Tätigkeit arbeitsunfähig ist, und ob die Unfälle eine dauerhafte und erhebliche Beeinträchtigung der Integrität verursacht haben. In dieser Hinsicht ist die Beweiskraft des eingeholten Gerichtsgutachtens zu prüfen. Dabei darf von einem Gerichtsgutachten nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Im Gegensatz zum als nicht beweiskräftig erklärten Gutachten der Begutachtungsstelle G. ____, wird im vorliegenden Obergutachten bereits einleitend festgehalten, dass sich weder der Gesundheitszustand noch die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vom 4. Dezember 2019 bis zur Erstellung des Gutachtens verändert hätten. Somit könnten die Befragung, die Untersuchungsergebnisse und die Beurteilung wie auch die Beantwortung des Fragenkatalogs des Gutachtens auf das Datum des Einspracheentscheids angewandt werden. Das vorliegende Gutachten äussert sich demnach

zum hier relevanten Zeitpunkt. 6.1 Einleitend kann zum Gerichtsgutachten weiter festgehalten werden, dass dieses in Kenntnis der gesamten Aktenlage, nach eingehender Untersuchung der Beschwerdeführerin (inkl. Bildgebung), unter Berücksichtigung der von ihr geklagten Beschwerden und von einem auf dem entsprechenden Gebiet ausgewiesenen Facharzt erstellt wurde. In dieser Hinsicht erfüllt das Gutachten die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise zu Händen des Gerichts. 6.2 In der versicherungsmedizinischen Beurteilung wird zu Beginn noch einmal explizit darauf hingewiesen, dass unfallfremde Erkrankungen konsequent ausgeklammert würden, da sie nicht Gegenstand dieses Gutachtens seien. Inhaltlich wird mit Blick auf die erhobenen Befunde und die bestehenden Bildgebungen sodann nachvollziehbar dargelegt, dass die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen in der lateralen Halspartie links, im medialen Ellbogen und im distalen radialen Vorderarmbereich rechts Cervikalgien, einer medialen Epicondylitis humeri ulnaris und einer Tendovaginitis de Quervain entsprächen und unfallfremd seien. Betreffend die rechte Schulter wird folgende Einschätzung abgegeben: Wie auch auf der linken Seite hätten seitens der rechten Schulter schon vor dem Unfall erträgliche, linksbetonte Schulterschmerzen ohne vorangegangenes Trauma seit zwei Jahren vor dem Unfallereignis vom 15. September 2011 bestanden. Es sei mit grosser Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass vor dem Unfallereignis vom 15. September 2011 eine Partialruptur der Supraspinatussehne vorgelegen habe. Diesbezüglich erläutert der Experte, dass eine Partialruptur eine degenerativ veränderte oder teilweise gerissene Sehne ohne vollständigen (sog. transmuralen) Riss beschreibe. Da keine Bildgebung vor dem Unfallereignis vorliegt, kann der Typ der Partialruptur vor dem Unfall nicht weiter differenziert werden. Der Gutachter geht davon aus, dass durch den Unfall vom 15. September 2011 eine Progression einer funktionell gut kompensierten, erträgliche Schmerzen verursachenden Partialruptur der Supraspinatussehne in eine vollständige Ruptur der Sehne stattgefunden habe. Diese Einschätzung begründet Dr. med. J.____ mit fehlender fettiger Degeneration bei geringer bis maximal mässiggradiger Atrophie der Supraspinatusmuskulatur ca. zwei Monate nach Trauma bzw. geringer Verfettung der Muskulatur Goutallier Grad 1, und verweist dabei auf entsprechende Berichte des behandelnden Arztes (Röntgenbericht MRI 28. November 2011, OP-Bericht Dr. med. K.____). Er erläutert weiter, dass sich ein Muskel, der zum Beispiel durch einen Sehnenriss nicht mehr beansprucht werde, abbaue, was sich in Muskelschwund und Ersatz des Muskelgewebes durch Fettgewebe äussere. Hätte vor dem Unfall am 15. September 2011 schon längere Zeit eine vollständige Ruptur vorgelegen, wäre im MRI vom 28. November 2011 mit grösster Wahrscheinlichkeit eine höhergradige fettige Infiltration und Atrophie der Supraspinatusmuskulatur festgestellt worden. Der aktuelle Befund einer hochgradigen Partialruptur bzw. Ausdünnung der Supraspinatussehne mit wahrscheinlich transmuraler ventraler Ruptur nach Rekonstruktion im MRI vom 4. November 2021 sei stimmig mit den von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden und der klinischen Untersuchung. Sodann nimmt Dr. med. J.____ Bezug auf den rechten Ellbogen und führt aus, die Beschwerdeführerin habe in der aktuellen Begutachtung nicht über radiale Ellbogenbeschwerden geklagt. Im Gutachten von Dr. med. F.____ vom 28. März 2014 werde ebenfalls von einer Beschwerdefreiheit seitens des rechten Ellbogens berichtet. Auch die klinische Untersuchung zeige keine Hinweise auf Schmerzen im Bereich des Radiusköpfchens. Somit könne die im Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ festgestellte Ellbogenarthrose rechts auf angefertigten Seitenbildern nicht nachvollzogen werden, wobei ap-Bilder fehlten. Zur vom Gericht gestellten Ergänzungsfrage, ob mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass die

bezogen auf den Unfall vom 15. September 2011 gestellten Diagnosen in dieser Weise bereits per 4. Dezember 2019 vorgelegen hätten, mithin auch die ventrale transmurale Reruptur der Supraspinatussehne mit symptomatischer AC-Gelenksarthrose rechts dominant führte der Experte aus (A.S. 370 ff.), es sei in einer Studie von Kim et al. beobachtet worden, dass die meisten Rerupturen der Rotatorenmanschette in der frühen postoperativen Phase entstünden. Zumstein et al. hätten in einer Langzeitstudie die klinischen und strukturellen Langzeitergebnisse nach Rotatorenmanschettenrekonstruktion beobachtet. Die Rerupturrate sei von 37 % nach ca. drei Jahren auf 57 % nach ca. neun bis zehn Jahren gestiegen. Nach Heranziehen von fundierten Studien geht der Gutachter demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon aus, dass die hochgradige Partialruptur mit Verdacht auf Reruptur der ventralen Supraspinatussehne rechts nach der Rekonstruktion vom 6. März 2012 schon im frühen postoperativen Verlauf im Sinne eines «non-healing» oder während den folgenden Jahren im Sinne einer Reruptur der ausgedünnten, insuffizienten Sehne entstanden sei, also überwiegend wahrscheinlich Jahre vor dem Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2019 bzw. der MR-Untersuchung vom 4. November 2021. Bezüglich der linken Schulter und dem Unfall vom 12. Dezember 2012 kommt der Gutachter zum einleuchtenden Schluss, dass anamnestisch bei vorbestehenden Schmerzen vor dem Unfall und aufgrund des OP-Berichtes von Dr. med. K.____ von einer Vorschädigung der Supraspinatussehne im Sinne einer Partialruptur ausgegangen werden müsse. Die diesbezüglichen Schmerzen seien erträglich gewesen und die Beschwerdeführerin habe damit gut leben können. Ob durch den Unfall vom 12. Dezember 2012 eine zusätzliche Schädigung der Supraspinatussehne erfolgt sei, könne bei fehlender MRI Untersuchung vor oder auch relativ kurz nach dem Trauma nicht beurteilt werden, dies sei aber grundsätzlich möglich. In diesem Zusammenhang verweist der Experte auf eine Studie von Fjalestad et al., die aufzeigt, dass sowohl vollständige als auch Partialrupturen der Rotatorenmanschette zusammen mit proximalen Humerusfrakturen auftreten können. Allerdings sei das untersuchte Patientenkollektiv im Durchschnitt deutlich älter und der Frakturtyp ein anderer als bei der Beschwerdeführerin, wendet Dr. med. J.____ ein. Speziell am vorliegenden Fall sei, dass technikbedingt zur Behandlung der Fraktur mittels Implantation eines Humerusmarknagels die allerdings stark vorgeschädigten, hochgradig partial rupturierten Sehnenanteile exzidiert (herausgeschnitten) und nach Implantation des Nagels wieder rekonstruiert worden seien. Der Expert Humerusnagel werde wie auch bei der Explorandin mindestens teilweise durch den Bereich am Oberarmkopf implantiert, wo die Supraspinatussehne normalerweise inseriert sei. Auch im OP-Bericht von Dr. med. K.____ sei vermerkt, dass der Nagel durch das Tuberculum majus implantiert worden sei. Dieser Bereich sei je nach Grösse des Individuums bei intakten Ansätzen der Nachbarsehnen relativ klein. Durch den relativ dicken Marknagel entstehe also ein relativ grosses Loch in diesem sogenannten Footprint. Die Sehne habe also nach der durchgeführten Rekonstruktion der Supraspinatussehne gar nicht mehr richtig am Knochen anheilen können, da der Defekt verbleibe und sich nicht mit Knochen auffülle, auch wenn wie bei diesem Fall der Nagel 3 mm in den Knochen versenkt worden sei. Dies habe zur im Ultraschall vom 4. November 2021 nachgewiesenen Reruptur (retear) geführt. Durch die Behandlung der Fraktur mittels Oberarmmarknagel sei also technikbedingt bewirkt worden, dass eine schwer vorgeschädigte, ev. auch durch das Trauma zusätzlich geschädigte Sehne auch nach Rekonstruktion gar nicht mehr oder nur teilweise an ihrem knöchernen Ansatz habe anheilen können. Eine hochgradige Partialruptur sei also quasi in eine vollständige Ruptur überführt worden. Diese Begründung erscheint stichhaltig. Weiter führt der

Gutachter aus, der radiologische Befund der Reruptur bzw. das non-healing der Supraspinatussehne sei mit den von der Beschwerdeführerin beschriebenen Beschwerden und der klinischen Untersuchung absolut konsistent. Zusätzlich dürfte auch eine Bicepssehnenpathologie beim Beschwerdebild eine zusätzliche Rolle spielen, diese sei anlässlich der Frakturversorgung nicht entfernt worden. Die residuelle frozen Shoulder sei als direkte Folge der symptomatischen Reruptur aufzufassen. Klarstellend hält Dr. med. J.____ fest, dass das durch das Mamma-Carcinom verursachte Lymphödem des linken Armes beim unfallbedingtem Beschwerdebild der linken Schulter keine wesentliche Rolle spiele. Die Fraktur sei grundsätzlich in guter Stellung verheilt, es könne von einer Restitutio ad integrum bei allerdings noch liegendem Humerusmarknagel gesprochen werden. Bezüglich Fraktur liege also (ausser dem noch liegenden Marknagel, der allerdings keine wesentlichen Beschwerden verursachen dürfte) ein Status quo ante vor. Bezüglich der Reruptur der Supraspinatussehne bestehe bei der Kausalitätskette Fraktur – ev. zusätzliche Schädigung der Supraspinatussehne durch das Trauma – Versorgung der Fraktur mit Ablösung / Reinsertion der Supraspinatussehne wie oben beschrieben – praktisch therapieinhärenter Reruptur bzw. non-healing der Supraspinatussehne ein klarer Zusammenhang. Die im Ultraschall nachgewiesene Nicht-Einheilung (non-healing) der Sehne stehe also indirekt (durch die notwendige Behandlung der Fraktur) unfallkausal mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im natürlichen Zusammenhang mit dem Unfall vom 12. Dezember 2012. Zur Arbeitsfähigkeit hält der Gutachter fest, die rein unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sei wegen des 2012 aufgetretenen Mamma-Carzinoms mit bis heute fortdauernder Behandlung lückenhaft und sehr schwierig zu rekonstruieren. Dr. med. K.____ habe vom 15. September 2011 bis 25. Juli 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % festgelegt, ab 26. Juli 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % als Musikpädagogin und eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % als Masseurin. Vom 12. Dezember 2012 bis 24. April 2013 habe die Arbeitsunfähigkeit wiederum 100 % betragen, ab 25. April 2013 0 % als Musikpädagogin. Dr. med. F.____ gebe im Gutachten vom 28. März 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 30 % als Musikpädagogin und von 10 % als Masseurin an. Im Gutachten vom 14. November 2016 lege er eine Arbeitsfähigkeit von 30 % als Musikpädagogin und eine Arbeitsfähigkeit von 0 % als Masseurin seit 2014 fest. Die einzige objektivierbare Auflistung der Arbeitsunfähigkeit finde sich im Brief an Prof. Dr. N.____ vom 25. Juli 2013. Dr. med. N.____ selber merke an, dass die Beschwerdeführerin seit Mai 2012 aus Krankheitsgründen immer zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben gewesen sei (Mamma-Ca, Augenoperation). Man habe sich auf eine Koordination von 50 / 50 ab 1. Januar 2013 geeinigt. Insgesamt sei der Bericht von Prof. Dr. N.____ bezüglich unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit auch nicht schlüssig. In der Konsequenz müsse die rein unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit in beiden Berufen durch den Gutachter aufgrund der Anamnese und den Angaben in den Unterlagen festgelegt werden. Für die Tätigkeit als Masseurin (60 %) gelte Folgendes: Zwischen den Unfallereignissen vom 15. September 2011 und 12. Dezember 2012 lägen ca. 15 Monate. Die Rehabilitation nach Rotatorenmanschettenrekonstruktionen dauere in der Regel sechs Monate für eine körperliche Tätigkeit. Bis zum zweiten Unfall verblieben nach Abzug der Rehabilitation ca. neun Monate mit wahrscheinlich voller Arbeitsfähigkeit als Masseurin. Nach dem Unfall vom 12. Dezember 2012 könne davon ausgegangen werden, dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit während der postoperativen Rehabilitation von sechs Monaten vorgelegen habe. Anschliessend hätten wahrscheinlich Arbeitsversuche als Masseurin stattgefunden, die jeweils wohl wegen Schmerzen an beiden Schultern linksbetont

gescheitert sein dürften. Diese Arbeit sei massiv schulterbelastend. Man könne davon ausgehen, dass der in diesem Gutachten festgestellte Gesundheitsschaden an der linken Schulter schon im postoperativen Verlauf vorgelegen habe (non-healing der Supraspinatussehne). Rechts sei der genaue Zeitpunkt der jetzigen Schädigung der Sehne nicht festlegbar. Zusammenfassend sei die Tätigkeit als Masseurin also schon ab dem Unfall vom 12. Dezember 2012 aus medizinischer Sicht zu 100 % nicht mehr zumutbar gewesen, obwohl wahrscheinlich Arbeitsversuche mit Teilarbeitsfähigkeit durchgeführt worden seien. Es sei daher davon auszugehen, dass ab 12. Dezember 2012 oder spätestens im Verlauf des Jahres 2014 (letzte Angabe im Gutachten von Dr. med. F.____) eine 100 % Arbeitsunfähigkeit bis zum Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2019 als Masseurin festzulegen sei. Für die Tätigkeit als Musiklehrerin (30 %) könne man davon ausgehen, dass die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit ab dem Unfall vom 15. September 2011 für sechs Monate 100 % betragen habe. Ab dem siebten Monat postoperativ bis zum zweiten Unfallereignis habe diese also wahrscheinlich 0 % betragen. Anschliessend sei wahrscheinlich wieder eine 100 % Arbeitsunfähigkeit in der postoperativen Phase links für ca. vier Monate gefolgt. Eine 0 % Arbeitsunfähigkeit als Musiklehrerin sei durch den behandelnden Arzt Dr. med. K.____ ab 25. April 2013 attestiert worden. Sinnvoll sei daher eine definitive Festlegung der Arbeitsunfähigkeit in dieser Tätigkeit ab diesem Datum. Das Pensum von 30 % erkläre sich dabei sicher auch teilweise durch die massive Sehstörung und teilweise durch das Mamma-Carzinom, also nicht unfallbedingt. Berücksichtige man die rein durch die Unfälle verursachte Arbeitsunfähigkeit als Musiklehrerin, müsse eine Schätzung ab 25. April 2013 bis zum Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2019 abgegeben werden. Die Tätigkeit als Musiklehrerin Grundstufe hätte auch einer idealen Verweistätigkeit entsprochen. Es bestehe jedoch ein unfallbedingter zeitlicher Umfang bzw. eine 30%ige Einschränkung. Die Leistungsfähigkeit sei unfallbedingt zu 50 % eingeschränkt. Der Gutachter begründet dies damit, dass der linke Arm nur noch als Hilfsarm eingesetzt werden könne, wobei mit zeitlichem Fortschritt während der Arbeit vermehrt Schmerzen auftreten dürften. Während der Arbeit seien dabei gewisse Tätigkeiten während der Vorbereitung des Unterrichts (Herumschieben von Gegenständen wie das Klavier, Tragen von Lasten etc.) nicht mehr oder nur mit Fremdhilfe möglich. In Bezug auf die vom Versicherungsgericht gestellte Ergänzungsfrage, wie im Hinblick auf die Gesamtheit aller unfallkausalen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, ein Arbeitsplatz beschaffen sein müsste, damit die Beschwerdeführerin ihre Ressourcen optimal nutzen könnte (A.S. 332 ff.), hielt der Gutachter fest, ein solches Tätigkeitsprofil sehe folgendermassen aus: - kein Tragen von Lasten über 2 kg - kein Anheben von Lasten über 2 kg über Bauchhöhe, nur körpernah - keine Arbeiten über maximal Brusthöhe - keine Tätigkeiten, die eine Aussenrotation in beiden Schultern benötige - keine repetitiven Tätigkeiten - eingeschränktes Verharren in gleicher Position, z.B. vor einem PC (Ruheschmerzen in beiden Schultern linksbetont verursachend) Theoretische Arbeitstätigkeiten wären reine Kundenberatungen ohne oder nur mit kurzzeitiger Belastung beider Schultern aller Art im Stehen, Sitzen oder Gehen, kurzzeitige Instruktionen mit den Armen auf Bauch- bis max. Brusthöhe (s. Fähigkeitsprofil). Eine solche Tätigkeit wäre in einem zeitlichen Umfang von 80 % möglich, mit einer Leistungsfähigkeit von 50 %. Ebenfalls möglich wären Überwachungstätigkeiten ohne oder nur mit kurzzeitigem Armeinsatz (z.B. Überwachung in einem Museum), dies in einem zeitlichen Umfang von 80 % mit einer Leistungsfähigkeit von 60 % (Schmerzen bei hängenden Armen, vermehrt Pausen nötig). Administrative Tätigkeiten an einem PC sieht der Gutachter in einem

zeitlichen Umfang von 50 % mit einer Leistungsfähigkeit von 50 % (vermehrte Pausen nötig wegen Schmerzen). 6.3 Nachdem seit dem ersten Unfallereignis über zehn Jahre vergangen sind und mehrfache Begutachtungen stattgefunden haben, sind mit dem Obergutachten von Dr. med. J.____ die sich in unfallversicherungsrechtlicher Hinsicht stellenden Fragen bezüglich Kausalität und Arbeitsfähigkeit umfassend und nachvollziehbar beantwortet. Die Beschwerdeführerin bringt gegen dieses Gutachten keine Einwände vor. Was die Beschwerdegegnerin gegen das Gutachten einwendet, vermag indessen nicht zu überzeugen. Es wird geltend gemacht, auch Dr. med. J.____ gehe in seiner Beurteilung unrichtigerweise vom Sachverhalt nach dem Einspracheentscheid aus. Weiter unterscheide das Gutachten nicht zwischen unfallbedingten und unfallfremden Beschwerden. Bei der Arbeitsunfähigkeit würden die unfallfremden Leiden Sehschwäche und Krebs mit Lymphödem am linken Arm mitberücksichtigt. Der rechte Arm sei unfallkausal weit weniger betroffen. Die postulierten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit würden nicht näher begründet. Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. med. J.____ ausdrücklich festhält, dass unfallfremde Erkrankungen konsequent ausgeklammert würden und die Beschwerden sowohl in der linken als auch in der rechten Schulter unfallkausal seien. Seine Beurteilung lässt sich also auf den Zeitpunkt des Einspracheentscheids anwenden. Hinsichtlich der Ruptur der Rotatorenmanschette links kann gemäss Gutachten davon ausgegangen werden, dass der bei der Begutachtung festgestellte Schaden an der linken Schulter schon im postoperativen Verlauf (nach dem Eingriff vom 14. Dezember 2012) vorgelegen hat. Die Partialruptur verheilte nach dem Eingriff 2012 gar nie, was der Operationsmethode geschuldet ist (A.S. 307 f. und 312). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass der aktuelle Schaden an der linken Schulter schon im Zeitpunkt des Einspracheentscheides bestand und sich auswirkte. In Bezug auf die rechte Schulter geht der Experte mit nachvollziehbarer Begründung ebenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon aus, dass die hochgradige Partialruptur mit Verdacht auf Ruptur der ventralen Supraspinatussehne rechts nach der Rekonstruktion vom 6. März 2012 schon im frühen postoperativen Verlauf im Sinne eines «non-healing» oder während den folgenden Jahren im Sinne einer Ruptur der ausgedünnten, insuffizienten Sehne entstand, also überwiegend wahrscheinlich Jahre vor dem Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2019. Diese Einschätzungen erweisen sich als schlüssig, ebenso die daraus formulierten, rein auf die unfallbezogenen Gesichtspunkte beschränkten Tätigkeitsprofile. Es ist somit auf die Beurteilung von Dr. med. J.____ abzustellen. Demgemäss besteht zum fraglichen Zeitpunkt in der vor den Unfällen ausgeübten Tätigkeit als Masseurin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, in derjenigen als Musiklehrerin eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (bezogen auf ein 100%-Pensum) bei einer Leistungsfähigkeit von 50 %, und in einer idealen Verweistätigkeit (Überwachungstätigkeiten ohne oder nur mit kurzzeitigem Armeinsatz wie zum Beispiel in einem Museum) eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei einer Leistungsfähigkeit von 60 %, also eine Arbeitsfähigkeit von 48 %. 7. Zu beurteilen ist schliesslich der Einkommensvergleich: 7.1 Bei der Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gesunde Person tatsächlich verdienen würde. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 325 E. 4.1). Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen auf eine Vollzeittätigkeit aufgerechnet und mit CHF 87'432.00 beziffert

(CHF 87'681.00 / 0,9 = CHF 87'432.00), was unbestritten geblieben und nicht zu beanstanden ist. Es wurden zur Berechnung die Verdienste herangezogen, die die Beschwerdeführerin in ihren vor den Unfällen ausgeübten Tätigkeiten in der Klinik C.____ (CHF 60'450.00) und bei der Stadt [...] (CHF 115'143.00) in einem 100%-Pensum erzielt hätte, und die entsprechenden Arbeitspensen wurden zueinander in ein Verhältnis gesetzt.

7.2 Für die Bestimmung des (hypothetischen) Invalideneinkommens ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass sie als Musiklehrerin zu 100 % arbeitsfähig sei, und errechnete anhand dieses Verdienstes das Invalideneinkommen. Daran kann nicht festgehalten werden, denn es besteht gemäss obigen Erwägungen (E. 6) keine 100%ige Arbeitsfähigkeit als Musiklehrerin, sondern lediglich eine solche von 35 % (50 % von 70 %). Insofern erübrigt sich auch die Frage, ob die Beschwerdeführerin als Musiklehrerin an ihrem angestammten Arbeitsplatz oder an einer anderen Stelle überhaupt in einem Pensum von 100 % hätte tätig sein können. Eine ideale Verweistätigkeit besteht in einer reinen Überwachungstätigkeit, und das zumutbare Pensum beträgt 80 % bei einer Leistungsfähigkeit von 60 %, also 48 %. Das Invalideneinkommen ist gestützt darauf anhand eines Tabellenlohns der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) zu ermitteln. Dementsprechend ist die Tabelle 2014, TA1_tirage_skill_level, Kompetenzniveau 1, Frauen, Total, anzuwenden. Das Invalideneinkommen beträgt unter Aufrechnung der Wochenstunden (41,7) somit CHF 53'793.00 gerechnet auf ein Vollzeitpensum. Beim möglichen Pensum von 48 % beträgt es CHF 25'821.00. Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass kein höheres Invalideneinkommen resultieren würde, wenn man das Invalideneinkommen anhand der bestehenden Restarbeitsfähigkeit als Musiklehrerin im Umfang von 35 % berechnen würde. Gemäss Auskunft des Personaldienstes der Stadt [...] vom 15. September 2020 (A.S. 118 f.) sei die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Ausbildung bei Eintritt in die Lohnklasse M2 (entspricht Lohnklasse 17) eingestuft worden. Hätte sie einen Hochschulabschluss, hätte man sie in der Lohnklasse M1 (entspricht Lohnklasse 19) eingestuft. Insofern kann den Ausführungen der Beschwerdegegnerin zum anzuwendenden Kompetenzniveau nicht gefolgt werden. Diese geht davon aus, dass die Beschwerdeführerin ihren fehlenden Hochschulabschluss mit Erfahrung auszugleichen vermag. Sie ging daher davon aus, dass bei Anwendung eines LSE-Tabellenlohns das Kompetenzniveau 3 zur Anwendung gelangen würde. Der Hochschulabschluss macht indessen zwei Lohnklassen aus, womit der Lohn mit einem Abschluss, über den die Beschwerdeführerin nicht verfügt, merklich höher ausfällt. Sie hat eine einjährige Ausbildung zur Musikgrundschullehrerin genossen. Sollte also das Invalideneinkommen anhand des Tabellenlohns 2014 TA1_tirage_skill_level, Ziff. 85 (Erziehung und Unterricht) berechnet werden, wäre nicht vom Kompetenzniveau 3, sondern vom Kompetenzniveau 2 auszugehen. Nach Aufrechnung der Wochenstunden (41,4) würde das Invalideneinkommen CHF 24'239.00 betragen und wäre damit geringer als das oben errechnete. Ginge man vom Kompetenzniveau 3 aus, würde das Invalideneinkommen CHF 28'334.00 betragen.

7.3 Praxisgemäss kann von dem anhand der LSE-Tabellenlöhne ermittelten Invalideneinkommen unter bestimmten Voraussetzungen ein leidensbedingter Abzug vorgenommen werden. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Ohne für jedes zur

Anwendung gelangende Merkmal separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen, ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Der Abzug darf 25 % nicht übersteigen (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_744/2017 vom 14. Mai 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Frage, ob aufgrund der Umstände ein Abzug vom Tabellenlohn angezeigt ist oder nicht, ist eine Rechtsfrage, welche das Gericht frei zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Hat der Versicherungsträger einen Abzug gewährt, bildet dessen Bemessung dagegen eine Ermessensfrage. Bei deren Überprüfung im Rahmen der Angemessenheitskontrolle darf das Gericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen. Es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2). Die Beschwerdegegnerin hat keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen, dies ausgehend davon, dass die Tätigkeit als Musiklehrerin Vollzeit ausgeübt werden kann. Hiervon ist, wie bereits erwähnt, nicht auszugehen. Jedoch rechtfertigt sich mit der gegebenen Ausgangslage kein leidensbedingter Abzug: Hinsichtlich allfälliger sprachlicher Schwierigkeiten oder Ausländerstatus ist kein solcher vorzunehmen. Der Beschwerdeführerin ist nur ein Teilzeitpensum zumutbar, dies wirkt sich aber nicht lohnsenkend aus (vgl. LSE Tabelle, T18 2014). Auch das Alter ist kein Kriterium: Das Merkmal «Alter» kann einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen, was aber jeweils unter Berücksichtigung aller konkreten Umstände des Einzelfalls zu prüfen ist. Dies gilt insbesondere im Bereich der Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt, wo sich ein fortgeschrittenes Alter nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss. Gerade Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt (Urteil des Bundesgerichts 9C_703/2020 vom 1. Februar 2021 E.6.3.2). Zumutbar ist vorliegend eine Tätigkeit ohne Tragen von Lasten über 2 kg oder Anheben von Lasten über 2 kg über Bauchhöhe (nur körpernah), ohne Arbeiten über maximal Brusthöhe, ohne Tätigkeiten, die eine Aussenrotation in beiden Schultern benötigt, ohne repetitive Tätigkeiten und ohne eingeschränktes Verharren in gleicher Position. Es wird von einer idealen Verweistätigkeit im Rahmen von Überwachungstätigkeiten ausgegangen und die in einer solchen Arbeit bestehenden Einschränkungen sind bei der Formulierung des Tätigkeitsprofils allesamt mitberücksichtigt. Die Leistungsfähigkeit von 60 % im zeitlichen Rahmen von 80 % rührt daher, dass bei hängenden Armen Schmerzen bestehen und vermehrt Pausen nötig sind. Damit wird zugleich dem Umstand Rechnung getragen, dass die Arme nur kurz eingesetzt werden können, denn die Pausen erlauben sowohl die Erholung von den Schmerzen bei hängenden Armen als auch von der Belastung beim Einsatz der Arme.

7.4 Nach dem Gesagten ergibt sich bei Gegenüberstellung von Valideneinkommen (CHF 87'432.00) und Invalideneinkommen (CHF 25'821.00) ein Invaliditätsgrad von 70 %. Es besteht somit ein Rentenanspruch und die Beschwerde ist in diesem Punkt gutzuheissen.

8. Schliesslich bleibt der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung zu prüfen.

8.1 Laut Art. 24 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn er durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird laut Art. 25 Abs. 1 UVG in Form einer Kapitalleistung gewährt (Satz 1); sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Satz 2). Art. 25 Abs. 2 UVG beauftragt den Bundesrat, die Bemessung der Entschädigung zu regeln. Gestützt darauf wurde Art. 36 der Verordnung

über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) erlassen. 8.2 Ein Integritätsschaden gilt als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird (Art. 36 Abs. 1 UVV). Gemäss Art. 36 Abs. 2 UVV gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Darin hat der Bundesrat in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 113 V 218 E. 2a S. 219) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Für die im Anhang 3 zur UVV genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrags des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). 8.3 Die medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sogenannte Feinraaster) erarbeitet (Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der Suva Nr. 57 bis 59, Tabellen 1 – 16, mit seitherigen Anpassungen, abrufbar unter www.suva.ch). Diese von der Verwaltung erarbeiteten Tabellen sind, soweit sie Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 116 V 156 E. 3a S. 157 mit Hinweis). Ist eine Integritätsentschädigung weder in der Skala in Anhang 3 UVV noch in den Tabellen der Suva enthalten, ist gemäss Ziff. 1 Abs. 2 Anhang 3 UVV eine Schätzung im Vergleich mit anderen Schäden vorzunehmen (BGE 113 V 218 E. 3 S. 219, 124 V 29 E. 1a-c). 8.4 Der Obergutachter Dr. med. J. ___ legt gestützt auf die SUVA-Tabelle 1 (Revision 2000) für die rechte Schulter eine Integritätsentschädigung von 10 % (gemäss Tabelle bis 30° über Horizontale beweglich) und für den linken Arm eine solche von 15 % (gemäss Tabelle bis zur Horizontalen beweglich) fest. Diese Zuteilung basiert auf seinen medizinischen Befunden und der Tabelle der Suva. Überkopfarbeiten sind mit fehlender Kraft nur für kurze Zeit möglich. Der linke Arm wird noch als Hilfsarm eingesetzt. Der Gutachter hat im Rahmen der Befunderhebung bezüglich Schultern Folgendes festgehalten: Flexion rechts 150, links 125, Schmerzangabe in endphasiger Flexion rechts, beim Anheben des Armes links im Sinne des schmerzhaften Bogens, Schmerzangabe bei Absenken des Armes links, glenohumerale Abduktion rechts 100, links 70, Abduktionskraft rechts mässig, links massiv eingeschränkt. Vor diesem Hintergrund erscheinen gestützt auf die Tabelle 1 festgelegten Integritätsentschädigungen überzeugend. Auch in diesem Punkt ist die Beschwerde gutzuheissen. 9. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass gestützt auf die obigen Erwägungen ab dem 1. November 2014 ein Anspruch auf eine Invalidenrente in Höhe von 70 % besteht. Weiter hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Diese ist, wenn wie hier mehrere klar unterscheidbare und sich gegenseitig nicht beeinflussende Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammenfallen, nach der gesamten Beeinträchtigung festzusetzen (Art. 36 Abs. 3 UVV; Max B. Berger in: Ghislaine Frésard-Fellay / Susanne Leuzinger / Kurt Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar zum UVG, Basel 2019, Art. 24 N 18). Die von Dr. med. J. ___ festgesetzten Integritätsschäden von 15 % für die linke Schulter und 10 % für die rechte Schulter sind folglich zu addieren (Berger, a.a.O.), woraus eine Integritätsentschädigung von 25 % resultiert. Die Beschwerde ist gutzuheissen. 10. Wie bereits dargelegt (vgl. E. II. 5.4 hiervor), war der Sachverhalt im Zeitpunkt des hier angefochtenen Einspracheentscheids nicht hinreichend geklärt. Die Beschwerdegegnerin wäre demnach gehalten gewesen,

ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Indem sie darauf verzichtete, hat sie den Untersuchungsgrundsatz verletzt (vgl. E. 3.1 hiervor) und das Gericht musste die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des orthopädischen Gerichtsgutachtens von Dr. med. J. ___ sowie der Beantwortung von Ergänzungsfragen in der Höhe von insgesamt CHF 8'617.30 zu tragen.

11. 11.1 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Höhe der dem Beschwerdeführer auszurichtenden Parteientschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses (Art. 61 lit. g ATSG). Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat eine Kostennote zu den Akten gereicht, in welcher ein Aufwand von 32,22 Stunden zu je CHF 260.00 sowie Auslagen von CHF 278.30, und somit total eine Entschädigung von CHF 9'322.00 (inkl. Mehrwertsteuer) geltend gemacht wird. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses (insbesondere der Dauer des Verfahrens sowie der zahlreichen medizinischen Unterlagen) erscheint dieser Aufwand gerechtfertigt und die Parteientschädigung ist auf CHF 9'322.00 festzusetzen. Diese hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu bezahlen. 11.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.