



**Fall-Nr.:** UV 2012/95  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 30.08.2019  
**Entscheiddatum:** 13.08.2013

### **Entscheid Versicherungsgericht, 13.08.2013**

**Art. 10, 16, 18, 19 UVG: Der "Fallabschluss" durfte im Zeitpunkt der Einstellung der Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen vorgenommen und der Anspruch auf eine Invalidenrente geprüft werden. Verneinung des Anspruchs auf eine Invalidenrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. August 2013, UV 2012/95).**

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber, Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 13. August 2013

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

gegen

ÖKK Kranken- und Unfallversicherung, Bahnhofstrasse 9, 7302 Landquart,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Martin Schmid, Hartbertstrasse 11, Postfach 180, 7002 Chur,

betreffend



Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ war bei der E.\_\_\_\_ als Lehrer angestellt und dadurch bei der ÖKK Kranken- und Unfallversicherung (nachfolgend: ÖKK) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 12. März 2008 beim Tennisspielen auf die rechte Schulter stürzte und sich dabei eine dislozierte Claviculafraktur des mittleren Schaftdrittels rechts zuzog (act. G 5.1/1, act. G 5.1/11). Die Fraktur wurde am 13. März 2008 im Spital B.\_\_\_\_ mittels einer Reko-Platte osteosynthetisch versorgt (act. G 5.1/10 f.). Nachfolgend kam es zu einer Wundheilungsstörung, die am 24. April 2008 ein Wunddébridement, eine Spülung sowie ein Jetlavage erforderlich machte. Der Versicherte hielt sich hierfür bis 26. April 2008 wiederum im Spital B.\_\_\_\_ auf (act. G 5.1/7 f.). Am 9. Mai 2008 musste sich der Versicherte wegen einer Nahtdehiszenz mit freiliegender Platte im medialen Wundwinkel und leicht geröteten Wundrändern erneut ins Spital B.\_\_\_\_ begeben, wo die Indikation zur Plattenentfernung mit Wunddébridement gestellt wurde. Unmittelbar präoperativ kam es zu einem Exzidationsstadium mit Sinustachycardie und Hypertonie, worauf die Operation verschoben werden musste, schliesslich jedoch am 14. Mai 2008 vorgenommen werden konnte (act. G 5.1/12 f.). Die ÖKK erbrachte für den Unfall vom 12. März 2008 Heilkosten- und Taggeldleistungen. Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung für einen Kuraufenthalt in Cademario, homöopathische Behandlungen sowie Untersuchungen im Zusammenhang mit den Herzrhythmusstörungen lehnte die ÖKK grundsätzlich ab, beteiligte sich jedoch letztlich ohne Anerkennung einer Rechtspflicht teilweise an den Kosten (act. G 5.1/14, 16, 19, 21).

A.b Ab 11. Juni 2008 befand sich der Versicherte bei Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für physikalische Medizin und Rheumaerkrankungen, in Behandlung (act. G 5.1/28), auf dessen Zuweisung am 23. Juni 2008 eine Arthro-MRI-Untersuchung des Schultergelenks und der Clavikula rechts durch Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Radiologie, MR Institut der Schulthess Klinik, erfolgte (act. G 5.1/22). Anlässlich eines Assessments



## St.Galler Gerichte

vom 23. Juli 2008 teilte der Versicherte der ÖKK mit, dass er ab dem neuen Schuljahr voraussichtlich wieder 100% arbeiten werde. Er sei lediglich im Sportunterricht durch seine Verletzung eingeschränkt. Gefährlich seien dabei vor allem die Spontanreaktionen. Zum Glück sei er Linkshänder (act. G 5.1/17). Am 18. August 2008 erstattete Dr. C.\_\_\_\_ einen ärztlichen Zwischenbericht UVG (act. G 5.1/28). Am 2. September 2008 musste beim Versicherten eine Hämorrhoidalvenenthrombose exzidiert werden. Der behandelnde Arzt, Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt Gastroenterologie FMH, begründete einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen der Hämorrhoidalvenenthrombose und dem Unfall vom 12. März 2008 bzw. der nachfolgenden Antibiotikatherapie (act. G 5.1/39). Nach Rücksprache mit ihrem vertrauensärztlichen Dienst lehnte jedoch die ÖKK die Übernahme der Behandlungskosten der Hämorrhoidalvenenthrombose ab (act. G 5.1/41). Am 3. Oktober 2008 wurde der Versicherte wegen eines verbliebenen subjektiven Spannungsgefühls im Bereich der rechten Clavicula Dr. med. G.\_\_\_\_, Orthopädie, Schulthess Klinik, zur Untersuchung zugewiesen (act. G 5.1/44). Am 18. Mai 2009 folgte eine weitere Konsultation bei Dr. G.\_\_\_\_ wegen eines mittlerweile als "Schraubstockgefühl" der rechten Schulter beschriebenen Befindens (act. G 5.1/54). Nachdem der Versicherte der ÖKK am 4. Dezember 2009 gemeldet hatte, dass sich sein Zustand in den letzten Wochen immer mehr verschlimmert habe (act. G 5.1/52), fand im Januar 2010 eine Untersuchung durch Dr. med. H.\_\_\_\_, Medizinisches Zentrum I.\_\_\_\_, statt. Am 21. Januar 2010 reichte Dr. H.\_\_\_\_ einen medizinischen Bericht, zusammen mit einem im Kantonsspital Graubünden erhobenen Szintigraphiebefund vom 18. Januar 2010, ein (act. G 5.1/55 f.) Am 27. Mai 2010 erfolgte eine weitere Konsultation bei Dr. G.\_\_\_\_ sowie eine MRI-Untersuchung des Schultergürtels rechts durch Dr. D.\_\_\_\_ (act. G 5.1/58). Am 21. Juni 2010 fand ausserdem eine Beurteilung durch Dr. med. J.\_\_\_\_, Manuelle Medizin und interventionelle Rheumatologie an der Schulthess Klinik, statt, der eine Neural- und Triggerpunkttherapie empfahl (act. G 5.1/59). Gestützt auf eine ausführliche Befragung und Untersuchung des Versicherten schloss sich der Vertrauensarzt der ÖKK, Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, FA Sportmedizin, FA Interventionelle Schmerztherapie, in seinem Bericht vom 5. August 2010 diesem Therapieverschlagn an (act. G 5.1/60). Die durch L.\_\_\_\_, Therapeut der Klinik Valens, durchgeführte Therapie wurde jedoch nach 4 Sitzungen wegen Wirkungslosigkeit abgeschlossen (act. G



## St.Galler Gerichte

5.1/63). Nach einer weiteren Konsultation bei Dr. G.\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2010 (act. G 5.1/64) folgte am 24. November 2010 nochmals eine Untersuchung durch Dr. K.\_\_\_\_. Im Untersuchungsbericht vom 29. November 2010 sah dieser den Zeitpunkt für eine Bestimmung des Integritätsschadens als gekommen. Es sei weder mit einer wesentlichen Verbesserung noch mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustands zu rechnen. Nachdem die Triggerpunktbehandlung erfolglos geblieben sei, wäre als Therapiemöglichkeit höchstens noch eine Akupunkturbehandlung sinnvoll (act. G 5.1/65).

A.c Mit Verfügung vom 5. Januar 2011 sprach die ÖKK dem Versicherten eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Integritätseinbusse von 10% zu (act. G 5.1/66). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

A.d Mit Schreiben vom 19. Dezember 2011 teilte die ÖKK dem Versicherten mit, dass der Status quo sine nach der von Dr. K.\_\_\_\_ vorgeschlagenen Akupunktur-Behandlungsserie erreicht sein sollte. Es werde angenommen, dass die Behandlungsserie stattgefunden habe, womit der Fall abgeschlossen werde (act. G 5.1/77). Mit E-Mail vom 20. Februar 2012 äusserte sich der Versicherte zum angekündigten Fallabschluss (act. G 5.1/80).

A.e Mit Verfügung vom 14. Mai 2012 eröffnete die ÖKK dem damaligen Rechtsvertreter des Versicherten, Rechtsanwalt lic. iur. R. Hochreutener, St. Gallen, dass sämtliche Versicherungsleistungen per Ende Januar 2011 eingestellt würden (act. G 5.1/79).

A.f Nachdem sich der Versicherte am 11. Juni sowie 2. Juli 2012 zur verfügten Leistungseinstellung geäussert (act. G 5.1/80, 82) und Rechtsanwalt Hochreutener der ÖKK am 19. Juli 2012 mitgeteilt hatte, dass sein Mandat seit Mitte Juni 2012 erloschen sei (act. G 5.1/85), verfügte die ÖKK die Leistungseinstellung per 1. Februar 2011 am 13. August 2012 nochmals gegenüber dem Versicherten (act. G 5.1/90).

B.

Die gegen diese Verfügung vom Versicherten am 12. September 2012 erhobene Einsprache (act. G 5.1/97) wies die ÖKK mit Einspracheentscheid vom 23. Oktober



2012 ab (act. G 5.1/101). Der Krankenversicherer hatte eine vorsorglich erhobene Einsprache (act. G 5.1/96) wieder zurückgezogen (act. G 5.1/100).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2012 erhob der Versicherte mit Eingabe vom 19. November 2012 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, der Entscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen über den 30. Januar 2011 hinaus auszurichten (Heilungskostenleistungen und Taggelder, eventualiter Invalidenrente). Eventualiter sei der Entscheid aufzuheben und eine weitere Untersuchung anzuordnen (act. G 1).

C.b In der Beschwerdeantwort vom 7. Januar 2013 beantragte Rechtsanwalt lic. iur. M. Schmid, Chur, für die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (act. G 5).

C.c Mit Replik vom 18. Mai 2013 bestätigte der Beschwerdeführer seinen Standpunkt (act. G 13). Mit Schreiben vom 29. Mai 2013 verzichtete der Rechtsvertreter der Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Duplik (act. G 15).

C.d Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen näher eingegangen.

Erwägungen:

1.

Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Unfallversicherer ist demnach nur für Gesundheitsschäden leistungspflichtig, die natürlich- und adäquatkausal mit dem versicherten Unfallereignis



zusammenhängen. Ursachen im Sinn des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten gedacht werden kann. Als adäquate Ursache eines Erfolgs hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein begünstigt erscheint (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 ff.; A. Rumo-Jungo/A. Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Während es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Richter, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (PVG 1984 Nr. 82, 174; BGE 123 III 112 E. 3a). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen spielt jedoch die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 127 V 103 E. 5b/bb).

2.

2.1 Die Arthro-MRI-Untersuchung des Schultergelenks und der Clavicula rechts vom 23. Juni 2008 zeigte laut Bericht von Dr. D. \_\_\_ vom 24. Juni 2008 eine intakte Rotatorenmanschette, eine Tendinopathie der Supraspinatussehne mit begleitender Bursitis subacromialis-subdeltaidea, eine Kapselschrumpfung caudal, eine leichte AC-Aktivierung und eine deutliche Deformierung der Clavicula rechts bei Zustand nach osteosynthetisch versorgter Claviculafraktur, jedoch keinen Nachweis einer Osteomyelitis (act. G 5.1/22). Dr. C. \_\_\_ vermerkte im ärztlichen Zwischenbericht UVG vom 18. August 2008 einen Status nach stark dislozierter Claviculafraktur im mittleren Schaftdrittel rechts nach Sturz beim Tennis auf die rechte Schulter am 12. März 2008 mit operativer Reposition und Plattenosteosynthese, eine Wundheilungsstörung mit Infekt, ein Débridement und eine Jetlavage am 24. April 2008 sowie - nach einem erneuten Durchbruch der Haut mit Infekt und praktisch freiliegender Platte - eine Entfernung der Platte am 14. Mai 2008. Der Beschwerdeführer sei heute praktisch schmerzfrei. Es würde jedoch eine persistierende Deformation im Bereich der Fraktur sowie eine persistierende leichte Einschränkung der Innenrotation sowie der Abduktion



in 90° und Aussenrotation bestehen. Im rechten Schultergelenk würden ausserdem ein knackendes Geräusch bei Abduktion sowie verminderte muskuläre Verhältnisse persistieren. Der Beschwerdeführer sei allerdings Linkshänder (act. G 5.1/28). Die röntgenologische Untersuchung durch Dr. G.\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2008 zeigte eine durchgebaute Fraktur ohne wesentliche Verkürzung. Im gleichentags erstellten Untersuchungsbericht hielt er fest, dass die Dellenbildung im Bereich des proximalen Musculus pectoralis durch narbige Veränderungen bei ventraler Plattenlage und Status nach Infektsituation verursacht sei. Die Beschwerden in Form des geklagten Spannungsgefühls dürften vorwiegend weichteilbedingt sein (act. G 5.1/44). In seinem Bericht vom 18. Mai 2009 vermerkte Dr. G.\_\_\_\_ ein weiterhin störendes "Schraubstockgefühl" der rechten Schulter, lokalisiert unter der Clavicula, und erachtete diese immer noch störenden Restbeschwerden aufgrund der klinischen Untersuchung erneut als klar weichteil-/narbenbedingt (act. G 5.1/54). Gegenüber Dr. H.\_\_\_\_ klagte der Beschwerdeführer laut Untersuchungsbericht vom 21. Januar 2010 wiederum über ein chronisches Druckgefühl "wie ein Schraubstock" im Bereich der Clavicula. Die Beschwerden seien eher zunehmend, vor allem bei Rotation der Schulter. Auch sei das nächtliche Liegen auf der rechten Schulter stark schmerzhaft. Die neurologischen Befunde an den oberen Extremitäten waren symmetrisch normal. Ebenso zeigte sich eine freie Schulterbeweglichkeit und ein scapulothorakaler Rhythmus. Die Clavicula selbst war jedoch deutlich druckempfindlich. Gestützt auf den Szintigraphiebefund vom 18. Januar 2010 sah Dr. H.\_\_\_\_ die Ursache des persistierenden Schmerzzustandes in einer möglichen chronischen, niedrig aktiven Osteomyelitis (act. G 5.1/55). Im Rahmen der MRI-Untersuchung des rechten Schultergürtels vom 27. Mai 2010 konnten sowohl ein entzündlicher Weichteilprozess als auch eine Osteomyelitis der Clavicula ausgeschlossen werden, womit die aufgeworfene Frage bezüglich der Letzteren beantwortet war. Hingegen förderte die MRI-Untersuchung postoperative Veränderungen mit narbigem, partiellem Abriss des kaum atrophien und nicht retrahierten Pectoralis major Muskels an der lateralen Clavicula zutage. Dr. G.\_\_\_\_ vermerkte im Untersuchungsbericht vom 27. Mai 2010 eine normale Trophik des Pectoralismuskels und wiederholte seine Beurteilung, wonach die Beschwerden des Beschwerdeführers einer Narbenproblematik im Bereich der ehemaligen Operationsnarben entsprechen würden (act. G 5.1/58). Die Untersuchung durch Dr. J.\_\_\_\_ vom 21. Juni 2010 zeigte einen diffusen Weichteildruckschmerz sowie



diverse Myogelosen und Triggerpunkte der periclavikulären Muskulatur, insbesondere des Musculus subclavius sowie des noch zu palpierenden pectoralen Muskels (act. G 5.1/59). Dr. K.\_\_\_\_ stellte entsprechend in seinem Abklärungsbericht vom 5. August 2010 die Diagnose sekundärer Myogelosen und Tendomyosen sowie Triggerpunkte periclavikulär rechts und im Bereich der Scapulalevatoren. Betreffend Kausalzusammenhang zwischen Unfallereignis und jetzigen Beschwerden hielt der Vertrauensarzt fest, dass der Kausalzusammenhang sicher im Zusammenhang mit der primären Defektheilung und jetzigen Deformation der entsprechenden Weichteilstrukturen zu sehen sei (act. G 5.1/60).

2.2 Angesichts der vorgenannten, einhelligen medizinischen Akten hat die Beschwerdegegnerin zu Recht anerkannt, dass beim Beschwerdeführer infolge seiner Verletzung der rechten Clavicula vom 12. März 2008 über das Datum der Leistungseinstellung (31. Januar 2011) hinaus gewisse organische Restfolgen - eine Deformation von Weichteilstrukturen; narbiger, partieller Abriss des Musculus pectoralis major an der lateralen Clavicula - bestehen, und die Kausalität der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden im Bereich der rechten Clavicula - insbesondere das von ihm beschriebene "Spannungs- bzw. Schraubstockgefühl", aber auch eine gewisse Einschränkung der Beweglichkeit im rechten Schultergelenk - zu den Unfallrestfolgen nicht in Frage gestellt. Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 5. Januar 2011 eine Integritätsentschädigung aufgrund einer Integritätseinbusse von 10% zugesprochen (act. G 5.1/66).

3.

3.1 Strittig ist hingegen zunächst, ob per 31. Januar 2011 der sogenannte "Fallabschluss" vorgenommen werden durfte, d.h. die Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen ab diesem Zeitpunkt eingestellt werden durften und der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu prüfen war (vgl. A. Rumo-Jungo/A. Holzer, a.a.O., S. 143).

3.2 Die Heilbehandlung (Art. 10 UVG) zählt wie das Taggeld (Art. 16 f. UVG) zu den vorübergehenden Leistungen (BGE 133 V 63 f. E. 6.6 mit Hinweisen). Es kann dem



ersten Kapitel des UVG nicht entnommen werden, bis zu welchem Zeitpunkt diese beiden Leistungen durch den Unfallversicherer zu erbringen sind. Der massgebende Zeitpunkt ergibt sich indessen aus Art. 19 UVG, der in Abs. 1 erstem Satz zunächst festhält, dass der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Gemäss Satz 2 von Abs. 1 fallen mit dem Rentenbeginn die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (vgl. auch Art. 16 Abs. 2 zweiter Satz UVG, wo dies für den Taggeldanspruch nochmals statuiert wird). Rechtsprechungsgemäss hat der Versicherer die Heilbehandlung und das Taggeld nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (vgl. BGE 134 V 113 f. E. 4.1 mit Hinweisen).

3.3 Ob im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Januar 2011 von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung der somatischen Unfallfolgen im Bereich der rechten Schulter des Beschwerdeführers zu erwarten war, bestimmt sich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist (BGE 134 V 115 E. 4.3 mit Hinweisen). Die Verwendung des Begriffs "namhaft" verdeutlicht, dass es für eine weiterdauernde Übernahme der Behandlungskosten nicht genügt, dass eine Therapie lediglich eine unbedeutende Besserung erhoffen lässt oder dass für eine namhafte Besserung nur eine weit entfernte Möglichkeit besteht (A. Maurer, Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 274). Von einer namhaften Besserung des Gesundheitszustands, wie sie der Anspruch auf Heilbehandlung voraussetzt, kann auch dann nicht gesprochen werden, wenn eine therapeutische Massnahme mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur die sich aus dem stationären Gesundheitsschaden ergebenden Beschwerden für eine begrenzte Zeit zu lindern vermag (RKUV 2005 Nr. U 557 S. 388). Der Abschluss des Falls durch die Unfallversicherung im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG bedingt keine vollständige Schmerzfreiheit bzw. nicht, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum



Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich/  
Basel/Genf 2003, S. 145; Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008,  
8C\_467/2008,  
E. 5.2.2.2).

3.4 Zur Frage "Therapie" hielt Dr. C.\_\_\_\_ in seinem ärztlichen Zwischenbericht UVG vom 18. August 2008 fest, dass gegenwärtig keine Behandlungen durchgeführt würden. Es werde jedoch insbesondere mit einer langsam aufbauenden MTT (medizinischen Trainingstherapie) zur weiteren Festigung des ganzen Schultergürtels begonnen (act. G 5.1/28). Dr. G.\_\_\_\_ hielt es in seinem Bericht vom 18. Mai 2009 in Anbetracht der immer noch störenden, weichteil-/narbenbedingten Restbeschwerden für angebracht, den weiteren Verlauf nochmals ein Jahr zu beobachten. In dieser Zeit sei zu prüfen, ob sich die Narbe weiter Richtung Elastizität verändere. Die operativen Möglichkeiten seien sicherlich limitiert. Zwischenzeitlich sei allenfalls eine Behandlung von muskulären Verspannungen angezeigt (act. G 5.1/54). Dr. H.\_\_\_\_ bejahte in seinem Bericht vom 21. Januar 2010 das Vorliegen noch behandlungsbedürftiger Unfallfolgen. Ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden könne, müsse aufgrund einer Verlaufskontrolle in ca. 5 Monaten beurteilt werden. Aktuell sei keine gezielte Therapie vorgesehen (act. G 5.1/55). Nachdem die MRI-Untersuchung des rechten Schultergürtels vom 27. Mai 2010 durch Dr. D.\_\_\_\_ postoperative Veränderungen mit narbigem, partiellem Abriss des kaum atrophien und nicht retrahierten Musculus pectoralis major an der lateralen Clavicula gezeigt hatte, hielt Dr. G.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 27. Mai 2010 fest, dass bei einer völligen konservativen Therapie-Resistenz allenfalls eine Reinsertion des Pectoralis-Muskels in Betracht komme, wobei das zu erwartende Resultat etwas unsicher zu beurteilen sei. Aus seiner Sicht kämen auch alternative Massnahmen, inklusive Osteopathie, in Betracht. Bei einer Therapie-Resistenz wäre dann eine nochmalige Kontrolle in seiner Sprechstunde vorgesehen. Als nächstes sei nun die Kontrolle und Beurteilung durch Dr. J.\_\_\_\_ beabsichtigt (act. G 5.1/58). Dr. J.\_\_\_\_ plante sodann aufgrund seines Untersuchungsergebnisses vom 21. Juni 2010 einen Versuch, die Beschwerden mittels Kombination von Neural- und Triggerpunkttherapie positiv zu beeinflussen (act. G 5.1/59). Dr. K.\_\_\_\_ stellte sich am 5. August 2010 hinter diesen Therapievorschlag (act. G 5.1/7). Die durch L.\_\_\_\_ durchgeführte Triggerpunktbehandlung wurde jedoch nach 4 Sitzungen wegen Wirkungslosigkeit



abgeschlossen. Der Therapeut klärte den Beschwerdeführer über die Chronifizierung von Schmerzen auf und bat auch Dr. K.\_\_\_\_ nochmals um eine solche Information. Er habe dem Beschwerdeführer geraten, das Beschwerdebild zu akzeptieren und nicht immer nach der Ursache zu suchen. Eventuell könne man überlegen, ob eine Osteopathie-Behandlung einen Durchbruch bringen könnte (act. G 5.1/63). In seinem Bericht vom 25. Oktober 2010 wiederholte Dr. G.\_\_\_\_, dass bei einem abgelösten Pars clavicularis des Pectoralis major lediglich ein Refixationsversuch angeboten werden könne, wobei über das Outcome keinerlei Angaben gemacht werden könnten. Der Beschwerdeführer habe bereits mehrere Meinungen gehört und viele Ärzte hätten ihm geraten, sich von einer erneuten Operation eher zu distanzieren. Momentan könne er sich nicht für ein weiteres Vorgehen entschliessen. Er, der Beschwerdeführer, werde sich im Bedarfsfall erneut mit ihm - Dr. G.\_\_\_\_ - in Verbindung setzen (act. G 5.1/64). Dr. K.\_\_\_\_ hielt sodann am 29. November 2010 fest, dass als Therapiemöglichkeit - nachdem die Triggerpunktbehandlung nicht von Erfolg gekrönt gewesen sei - höchstens eine Akupunkturbehandlung im Bereich der schmerzhaften Stelle des Musculus pectoralis major pars clavicularis und auch pars intermedias sinnvoll sei (act. G 5.1/65). Am 25. Januar 2011 teilte der Beschwerdeführer Dr. K.\_\_\_\_ mit, dass er sich nicht mehr mit Akupunktur behandeln lassen wolle (act. G 5.1/70). Die Beschwerdegegnerin hielt in einem Schreiben vom 19. Dezember 2011 an den damaligen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers fest, dass nach der - wie anzunehmen sei - durchgeführten Akupunktur-Behandlungsserie der Status quo erreicht sein sollte und der Fall somit abgeschlossen werde (act. G 5.1/77). Laut der dem damaligen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eröffneten Verfügung vom 14. Mai 2012 hatten jedoch keine Akupunkturbehandlungen stattgefunden (act. G 5.1/79).

3.5 Der in Erwägung 3.4 geschilderte Sachverhalt spricht klar dafür, dass von den Unfallfolgen her zu Recht per 30. Januar 2011 von einem Behandlungsabschluss in dem in Erwägung 3.3 erwähnten Sinn ausgegangen werden durfte. So wurden ab diesem Zeitpunkt keine weiteren Therapien zur Aufrechterhaltung des Erreichten oder zur Schmerzlinderung mehr durchgeführt oder geplant, und waren schon gar keine therapeutischen Massnahmen mehr vorgesehen, welche zu einer Heilung der Beschwerdeursachen hätten führen können. Die Therapiemöglichkeiten waren offensichtlich ausgeschöpft. Dr. G.\_\_\_\_ zog nur "allenfalls" eine Reinsertion des Pectoralis-Muskels in Betracht und beurteilte das dadurch zu erwartende Resultat als



etwas unsicher (act. 58). Die fragliche Operation wurde jedenfalls letztlich nicht als wirksame und erfolgversprechende Therapiemassnahme angesehen und auch nicht von anderen Ärzten diskutiert. Auch Therapeut L.\_\_\_\_ sprach in seinem Bericht vom 4. Oktober 2010 entsprechend der dargelegten medizinischen Sachlage von einer Chronifizierung von Schmerzen (act. G 5.1/63), womit gerade ein beständiger, einer Heilbehandlung schwer zugänglicher Gesundheitszustand beschrieben wird. Die Beschwerdegegnerin hat demnach zu Recht per 31. Januar 2011 den Fallabschluss vorgenommen bzw. die Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen eingestellt.

4.

4.1 Zu prüfen bleibt damit, ob die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2012 zu Recht davon ausging, der Beschwerdeführer sei vollständig arbeitsfähig, und gestützt darauf einen Anspruch auf eine Invalidenrente verneint hat.

4.2 Invalidität (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG) ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das der Beschwerdeführer nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das er erzielen könnte, wenn er nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die Arbeitsfähigkeitsschätzung und die Umschreibung der noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten. Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in



einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4).

4.3 Der Beschwerdeführer arbeitet unbestrittenermassen seit Juni 2008 wieder zu 100% in seiner angestammten Tätigkeit als Lehrer (act. G 5.1/17, 43), wendet indessen beschwerdeweise ein, in Wirklichkeit nicht 100% arbeitsfähig gewesen zu sein. Er habe die Arbeit in der Schule einfach gemacht, habe sich durchgebissen und gelitten. Er habe mit Beeinträchtigungen gelebt und gewisse Arbeiten - im Sportunterricht, aber auch im Fachunterricht - nicht ausgeübt, wodurch die Qualität des Unterrichts beeinträchtigt gewesen sei (act. G 1). Laut eigenen Angaben unterrichtet der Beschwerdeführer zu 50% in der M.\_\_\_\_ - davon 3 Lektionen als Sportlehrer -, und ist in den übrigen 50% in der Schuladministration/Praxisbegleitung/Teamarbeit tätig (act. G 5.1/80, 97). In einer E-Mail vom 28. Januar 2011 an Dr. K.\_\_\_\_ beschreibt der Beschwerdeführer, dass bei längerem Schreiben an die Tafel Schmerzen im Arm und in der Schulter auftreten würden, was ihm das Weiterschreiben unmöglich mache. Teilweise würden auch beim Putzen der Tafel heftige Schmerzen auftreten (act. G 5.1/70). In einer E-Mail vom 8. August 2012 an die Beschwerdegegnerin wiederholte der Beschwerdeführer diese - angesichts der Unfallrestfolgen - an sich plausiblen Einschränkungen (act. G 5.1/87). Zumindest das Putzen der Tafeln muss sich jedoch im Schulunterricht organisatorisch durch Einbezug der Schüler und Schülerinnen kompensieren lassen. Was das Schreiben betrifft, ist sodann festzuhalten, dass der Beschwerdeführer primär Linkshänder ist (vgl. act. G 5.1/17, 60) und die von ihm angesprochenen Tätigkeiten in der Regel mit der Gebrauchshand bzw. dominanten linken Hand ausgeübt werden - oder zumindest ausgeübt werden könnten, auch wenn der Beschwerdeführer auf die rechte Hand umgeschult wurde. Insgesamt ist mithin nicht ersichtlich, inwiefern er durch die unfallkausalen Restfolgen in der rechten Schulter eingeschränkt ist. Entsprechend erklärte er selbst gegenüber der Beschwerdegegnerin anlässlich des Assessments vom 23. Juli 2008, ab dem neuen Schuljahr voraussichtlich wieder 100% zu arbeiten und lediglich im Sportunterricht



durch die Verletzung eingeschränkt zu sein (act. G 5.1/17), und machte in der E-Mail vom 8. August 2012 einzig geltend, er wolle vom Turn- und Schwimmunterricht befreit werden (act. G 5.1/87). Eine Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf die Unterrichtstätigkeit ausserhalb der Sportstunden sowie die Schuladministration/Praxisbegleitung/ Teamarbeit kann mithin nicht angenommen werden. Aus praktischer Sicht bzw. angesichts der unbestrittenen Schmerzen im Bereich der rechten Schulter, der eingeschränkten Schulterbeweglichkeit sowie der Unmöglichkeit bruske Bewegungen auszuführen (vgl. act. G 5.1/58) erscheinen sodann auch die Erklärungen des Beschwerdeführers betreffend Einschränkungen im Sportunterricht nachvollziehbar. Wie gesagt, erklärte er bereits anlässlich des Assessments vom 23. Juli 2008, dass er ab dem neuen Jahr voraussichtlich 100% arbeiten werde, im Sportunterricht aber durch die Verletzung eingeschränkt sei. In der E-Mail an Dr. K.\_\_\_\_ vom 25. Januar 2011 schilderte der Beschwerdeführer, dass er im Turnunterricht viele Übungen nicht mehr vorzeigen und auch nicht mehr mitturnen könne, was jedoch pädagogisch notwendig wäre (act. G 5.1/70). In einer E-Mail vom 11. Juni 2012 fügte er an, dass er bei der Ausübung von Turnübungen durch die Schüler und Schülerinnen weder planmässig noch unerwartet Hilfestellung leisten könne, was den Sportunterricht gefährlich mache (act. G 5.1/80). Wenn Dr. C.\_\_\_\_ somit in seinem ärztlichen Zwischenbericht UVG vom 18. August 2008 feststellte, dass seit Behandlungsbeginn (11. Juni 2008) keine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in seinem Beruf als Lehrer bestehe (act. G 5.1/28), dürfte sich diese Aussage auf die tatsächliche Situation der 100%-igen Arbeitsaufnahme bezogen haben. Dr. G.\_\_\_\_ hielt demgegenüber in seinem Bericht vom 27. Mai 2010 fest, dass der Beschwerdeführer aufgrund des Befundes als Sportlehrer/ gymnastischer Turnlehrer wegen des Sicherheitsrisikos, insbesondere auch für Hilfeleistungen, arbeitsunfähig sei; vorderhand während 3 Monaten, voraussichtlich jedoch auch länger (act. G 5.1/58). Nachdem Unfallrestfolgen in der rechten Schulter unbestrittenermassen vorliegen, sich die Schultersituation laut medizinischen Akten seit dem vorgenannten Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ trotz durchgeführter Therapien nicht gebessert hat und die nachfolgenden ärztlichen Beurteilungen keine Arbeitsfähigkeitsschätzung enthalten, lässt sich eine Arbeitsunfähigkeit als Sportlehrer nicht ohne weiteres in Abrede stellen. In welchem Umfang der Beschwerdeführer hinsichtlich seiner angestammten Tätigkeit als Sportlehrer eingeschränkt bzw. eine



Herabsetzung des Arbeitsfähigkeitsgrads dadurch begründet ist, kann jedoch - wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen - offen bleiben.

4.4 Der Beschwerdeführer ist an der M.\_\_\_\_ lediglich zu einem kleinen Pensum von 10% (3 Unterrichtslektionen wöchentlich im Verhältnis zu einem vollen Wochenpensum von 30 Lektionen [vgl. act. G 5.1/80]) als Sportlehrer tätig, d.h. er unterrichtet vorwiegend andere Fächer. Hinsichtlich seiner Lehrertätigkeit in diesen anderen Fächern sowie seinem 50%-Pensum in der Schuladministration/Praxisbegleitung/Teamarbeit kann, wie in Erwägung 4.3 erwogen, davon ausgegangen werden, dass schulterbedingt keine Arbeitsunfähigkeit besteht. Insofern lässt sich diese angestammte, nach wie vor zumutbare Tätigkeit, leidensangepasst auf 100% ausdehnen bzw. die Unterrichtstätigkeit durch eine Unterrichtstätigkeit in anderen Fächern ersetzen. Bei langer Dauer ist denn auch die Arbeitsfähigkeit in dem noch zumutbaren Arbeitsbereich zu berücksichtigen (vgl. Art. 6 Satz 2 ATSG). Unerheblich ist, ob der Beschwerdeführer das Pensum an seiner Schule ohne Sportunterricht auf 100% aufstocken kann, da auf den hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt abzustellen ist und dieser jedenfalls eine adaptierte 100%-Stelle beinhaltet (vgl. dazu U. Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2009, Art. 16 N 24).

4.5 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 129 V 475 E. 4.2.1). Der Beschwerdeführer verwertet seine Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit in der Schulgemeinde Niederbüren, wie bereits erwähnt, grösstenteils als Lehrer in Nicht-Sport-Fächern sowie in anderen Funktionen. Der tatsächlich erzielte Verdienst in diesen zumutbaren Tätigkeiten stellt eine verlässliche Grundlage für die Bestimmung des Invalideneinkommens dar und es ist davon auszugehen, dass die Verlagerung vom Fach Sport auf andere Fächer keine Auswirkungen auf die Lohnhöhe hat. Nachdem der Lohn als Lehrer (50%-Pensum) und in der Tätigkeit in der Schuladministration/Praxisbegleitung/Teamarbeit (50%-Pensum) auch die Grundlage



der Ermittlung des Valideneinkommens bildet, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Aus der Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen resultiert kein rentenbegründender Invaliditätsgrad bzw. der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von 0%, weshalb die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht abgelehnt hat.

5.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 23. Oktober 2012 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.