

S2 11 9

**URTEIL VOM 30. JANUAR 2012**

**Kantonsgericht Wallis  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

Es wirken mit: Kantonsrichter/in Dr. Lionel Seeberger, Präsident, Eve-Marie Dayer-Schmid, Thomas Brunner

**In Sachen**

X \_\_\_\_\_, Beschwerdeführer

**gegen**

Y \_\_\_\_\_, Beschwerdegegnerin

(Kausalität)

## Sachverhalt

**A.** Der am xxxxx geborene X\_\_\_\_\_ ist über seinen Arbeitgeber bei der Y\_\_\_\_\_ obligatorisch unfallversichert. Am 27. Juli 2009 wurde er auf dem Velo im Stadtverkehr von einem Lastwagen „seitwärts“ angefahren und dabei weggeschleudert, was zu einer Verletzung des linken Handgelenks führte. Am 25. August 2009 stellte Dr. A\_\_\_\_\_ die Diagnose: Kontusionen der Schulter rechts und des Handgelenks links sowie ein Zahndefekt 2. Modular unten links. Trotz der verordneten Physiotherapie klagte X\_\_\_\_\_ anschliessend über Spannungen im Nacken- und Schulterbereich rechts und verspürte beim Hängenlassen des rechten Arms ein Kribbeln. Infolge anhaltender Beschwerden überwies Dr. A\_\_\_\_\_ X\_\_\_\_\_ schliesslich an Dr. B\_\_\_\_\_, welcher die Diagnose HWS-Syndrom mit Diskushernien HWK5/HWK6 und HWK3/HWK4 sowie akute linksseitige Lumbalgie stellte. Am 26. Januar 2011 wurde in der Klinik C\_\_\_\_\_ in D\_\_\_\_\_ eine Diskushernienoperation C5/C6 durchgeführt.

**B.** Mit Verfügung vom 29. Oktober 2010 teilte die Y\_\_\_\_\_ X\_\_\_\_\_ mit, die gesetzlichen Versicherungsleistungen seien aufgrund des Heilverlaufes erbracht worden, da die heute bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur seien. Der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall eingestellte hätte (Status quo sine), sei gemäss medizinischer Beurteilung spätestens ein Jahr nach dem Unfall erreicht, weshalb sie die Versicherungsleistungen per 31. Oktober 2010 einstellten. Dagegen erhob X\_\_\_\_\_ am 26. November 2010 Einsprache, welche er nach Zustellung der ärztlichen Beurteilung durch die Y\_\_\_\_\_ am 16. Dezember 2010 mit Schreiben vom 21. Dezember 2010 ergänzte.

Mit Entscheid vom 11. Januar 2011 wies die Y\_\_\_\_\_ die Einsprache ab. Sie verwies dabei auf die ärztliche Beurteilung vom 13. Dezember 2010 und stellte zusammenfassend fest, dass bezüglich der Schulterbeschwerden ein Status quo sine anzunehmen sei und die Nackenbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallkausal einzustufen seien.

**C.** Hiergegen reichte X\_\_\_\_\_ am 7. Februar 2011 (Poststempel) Beschwerde bei der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts ein. Er beantragte sinngemäss die Aufhebung des Einspracheentscheides. Die Begründung seiner Beschwerde stützte er auf den Operationsbericht von Dr. E\_\_\_\_\_ vom 26. Januar 2011, welcher klar aufzeige, dass sein Schadensbild eindeutig auf einen Unfall und nicht auf Abnutzung zurückzuführen sei. Mit Beschwerdeantwort vom 7. März 2011 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheides. Am 8. April 2011 hinterlegte der Beschwerdeführer eine abschliessende Replik und hielt an den Begehren fest. Demgegenüber verzichtete die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 18. April 2011 auf eine Duplik.

Auf die Vorbringen wird, soweit entscheiderelevant, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

### **Erwägungen**

**1.** Das Kantonsgericht hat die Prozessvoraussetzungen wie die Partei- und die Prozessfähigkeit, die Zulässigkeit des Rechtsweges, die Zuständigkeit der angerufenen Instanz, das Rechtsschutzinteresse sowie die formrichtige und rechtzeitige Rechtsvorkehr von Amtes wegen zu prüfen (BGE 131 V 202 E. 1, 130 V 514 E. 1 und 126 V 30).

**a)** Gemäss Art. 56 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann gegen Einspracheentscheide innert einer Frist von 30 Tagen nach deren Eröffnung Beschwerde bei einem vom Kanton bestellten Versicherungsgericht eingereicht werden (Art. 57 ATSG und Art. 60 ATSG). Die am 7. Februar 2011 eingereichte Beschwerde erfolge daher fristgerecht.

**b)** Die versicherte Person hat ihren Wohnsitz in F\_\_\_\_\_, mithin im Kanton Wallis. Der Streitgegenstand ist sozialversicherungsrechtlicher Natur. Die sachliche und örtliche Zuständigkeit der angerufenen Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts ist somit gegeben (Art. 3 des Gesetzes über die Rechtspflege vom 11. Februar 2009 [RPfIG; SGS/VS 173.1], Art. 58 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 1 Abs. 2 des Verfahrensreglements vom 2. Oktober 2001 [RVG; SGS/VS 173.400] und Art. 81bis des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren und die Verwaltungsrechtspflege vom 6. Oktober 1976 [VVRG; SGS/VS 172.6]). Der Beschwerdeführer ist als versicherte Person von der Verfügung bzw. dem Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin berührt (Art. 59 ATSG) und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung. Er ist somit zur Beschwerde legitimiert. Auf die fristgerecht eingereichte und den formalen Anforderungen entsprechende Beschwerde kann eingetreten werden.

**2.** Streitig und zu prüfen ist, ob der obligatorische Unfallversicherer aus dem versicherten Ereignis vom 27. Juli 2009 auch über den 31. Oktober 2010 hinaus leistungspflichtig ist.

**3. a)** Nach dem Unfallversicherungsgesetz sind grundsätzlich Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Dem Berufsausfall gleichgestellt werden Berufskrankheiten (Art. 6 Abs. 1 und Art. 9 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper. Das Ereignis muss dabei die Ursache einer gesundheitlichen Störung sein. Somit ist ein Kausalzusammenhang erforderlich.

**b)** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist. Es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (Urteil des Bundesgerichts 4A\_444/2010 vom 22. März 2011 E. 2.1; BGE 129 V 181 E. 3.1; 121 V 329 E. 2a; 119 V 337 E. 1; 118 V 289 E. 1b mit Hinweisen; RKUV 2000 Nr. U 377 S. 185 E. 4a).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_1016/2011 vom 31. Mai 2011 E. 1.2; BGE 129 V 177 E. 3.1; 119 V 338 E. 1; 118 V 289 E. 1b mit Hinweisen). Für die Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. der Richter bisweilen auf Angaben ärztlicher Experten angewiesen (BGE 118 V 290 E. 1b).

**c)** Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges 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 Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (Urteil des Bundesgerichts 8C\_579/2011 vom 10. März 2011 E. 5.2.1; BGE 134 V 109 ff; 109 V 152; 107 V 176 f. mit Hinweisen).

Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht somit für Unfallfolgen, die entweder alleinige Folgen des Unfalls sind, oder für Verschlimmerungen eines Vorzustandes, die nachgewiesenermassen durch adäquate Unfallfolgen bedingt sind. Hier ist zu unterscheiden zwischen einer vorübergehenden Verschlimmerung (mit Erreichen des Status quo ante), einer dauernden Verschlimmerung und der richtungsgebenden Verschlimmerung. Letztere ist dann gegeben, wenn ein unfallunabhängiges Leiden durch den Unfall früher zur Entwicklung gebracht wird, in seinem zeitlichen Ablauf beschleunigt oder erst in ein bleibend schmerzhaftes Stadium gebracht wird. Schwierigkeiten bereitet die Beurteilung, wenn es sich beim Vorzustand um ein progredientes Leiden handelt, das auch ohne Unfallereignis mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit mit der Zeit mehr Beschwerden verursacht hätte und wenn die Beobachtungszeit lang ist. Dann kann der Status quo ante nicht mehr erreicht werden.

Deshalb schätzt man in diesen Fällen den Status quo sine, einen hypothetischen Zustand, in dem sich der Patient aufgrund des ehemaligen Vorzustandes und des wahrscheinlichen, seither zu erwartenden Verlaufes befinden würde (Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden in der schweizerischen Unfallversicherung, Bern/Stuttgart 1990, S. 16). Wird durch den Unfall somit ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft nach dem Gesagten zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_68/2011 vom 29. April 2011 E. 6.4; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b).

**d)** Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts 8C\_79/2011 vom 9. März 2011 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76 E. 4b). Der Unfallversicherer hat nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist an sich unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_126/2008 vom 11. November 2008 E. 2.3).

**e)** Nach der Rechtsprechung kann eine Diskushernie bloss dann als weitgehend unfallbedingt betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen. Vorausgesetzt wird weiter, dass die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (Urteile des Bundesgerichts U 3/06 vom 6. September 2006 E. 1.2; U 332/03 vom 3. Januar 2005 mit Hinweisen). Ein Unfall ist nur in Ausnahmefällen geeignet, eine Bandscheibenverletzung hervorzurufen, zumal eine gesunde Bandscheibe derart widerstandsfähig ist, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen, als dass die Bandscheibe verletzt würde (vgl. das bereits zitierte Urteil vom 3. Januar 2005, U 332/03 mit Hinweis auf Günter G. Mollowitz [Herausgeber], Der Unfallmann, Berlin/Heidelberg 1993, S. 165). Im medizinischen Versuch konnte die isolierte Verletzung einer Bandscheibe durch einen Unfall lediglich bei rein axialer Belastung der Wirbelsäule, nicht aber bei

Rotations-, Hyperextensions- oder Hyperflexionsbewegungen herbeigeführt werden (Mollowitz, a.a.O., S. 165).

Bezüglich der Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens gelten dieselben Kriterien, was dazu führt, dass eine Unfallkausalität nur ausnahmsweise und insbesondere nur dann in Frage kommt, wenn der Unfall auch geeignet gewesen wäre, eine gesunde Bandscheibe zu verletzen.

**4.** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, vom wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei sich widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_412/2011 vom 14. Juli 2011 E. 3.1.2; BGE 134 V 231 E. 5.1; RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 f.). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a; 122 V 160f E. 1c mit weiteren Hinweisen).

**5. a)** In casu stützt sich die Y\_\_\_\_\_ bei ihrem Entscheid vorwiegend auf die Beurteilung der Kreisärztin Dr. G\_\_\_\_\_ ab. Diese vertritt in ihrer Stellungnahme vom 23. Dezember 2010 unter Hinweis auf ihre ärztliche Beurteilung vom 13. Dezember 2010 die Ansicht, dass betreffend den von X\_\_\_\_\_ geklagten Schulterbeschwerden ein Status quo sine anzunehmen ist und im Weiteren die geklagten Nackenbeschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallkausal einzustufen sind. In der Beschwerdeantwort führte die Beschwerdegegnerin bezüglich der Nackenbeschwerden weiter aus, dass eine relevante unfallbedingte Verschlimmerung vorbestehender und/oder degenerativen Wirbelsäuleschäden, insbesondere Diskushernien, nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nur bewiesen wäre, wenn eine richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen worden wäre und sich von der altersüblichen Progression abheben würde. Überdies setze die Annahme einer Unfallkausalität weiter voraus, dass die Symptome unmittelbar nach dem Unfall auftreten würden. Die Tatsache, dass das zervikoradikuläre Schmerzsyndrom beim Beschwerdeführer erst

vier Monate nach dem Unfall aufgetreten sei, stelle einen Grund dar, dass die zervikale Diskushernien und damit korrelierende myeloradikuläre Schmerzsyndrom keine wahrscheinlichen Unfallfolgen darstellten. Zudem gäbe es laut MRI der HWS vom 4. Mai 2010 keinerlei Anzeichen für eine unfallbedingte Schädigung der HWS, namentlich keine Frakturzeichen, dafür aber diverse Hinweise für ein krankhaftes und/oder degeneratives Geschehen, weshalb ein rechtserheblicher Zusammenhang zwischen den HWS-Beschwerden und dem Unfall vom 27. Juli 2009 ohne weiteres zu verneinen sei. An diesem Ergebnis ändere auch der Operationsbericht vom 26. Januar 2011 sowie der Bericht vom Dr. H \_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2010 nichts, da sich weder im einen noch im andern eine einleuchtende und nachvollziehbare medizinische Begründung finde, weshalb in casu die Diskushernie entgegen der medizinischen Erfahrung und trotz des zeitlichen Abstandes zum Unfall vom 27. Juli 2009 unfallbedingt sein solle. Bezüglich Schulterbeschwerden führte die Beschwerdegegnerin aus, dass diese auf die unfallfremden, krankhaft bzw. degenerativ bedingten Nackenschmerzen zurückzuführen seien, weshalb sich diesbezügliche Weiterungen erübrigten.

Der Beschwerdeführer hielt dem entgegen, dass durch den Unfall am 27. Juli 2009, neben andern nicht strittigen Unfallschäden, auch die Diskushernie C5/6 rechts traumatisiert worden sei, was zu nicht genau lokalisierbaren Schulterschmerzen und Gefühlstörungen im Arm rechts und im Bein rechts geführt habe. Die Beschwerden unter/am Schulterblatt, welche durch irritierte Nerven an der HWS „vorgetäuscht“ worden seien, habe er seit dem Unfall manchmal mehr und manchmal weniger gespürt. Zudem habe er nie an Nackenschmerzen gelitten, die „diffusen Schulterblattschmerzen“ hätten nach einiger Zeit aber zu Verspannungen der Muskulatur im Nacken-/ Halsbereich geführt, was jeweils durch die Physiotherapie habe gelindert werden können. Es sei daher logisch, dass diese Verspannungen erst einige Zeit nach dem Unfall aufgetreten seien. Nachdem ihm mit Operation vom 26. Januar 2011 eine traumatisierte Diskushernie C5/6 entfernt worden sei, seien nun alle Beschwerden verschwunden und das Schadensbild sei gemäss Operationsbericht vom 26. Januar 2011 eindeutig auf einen Unfall und nicht auf Abnützung zurückzuführen, weshalb die Beschwerdegegnerin auch für die nach dem 31. Oktober 2010 durchgeführten Behandlungen leistungspflichtig sei.

**b)** Über den Hergang des Unfalls vom 27. Juli 2009 lässt sich den Akten entnehmen, dass der Beschwerdeführer während Auslandferien auf dem Velo im Stadtverkehr von einem Lastwagen „seitwärts“ angefahren und weggeschleudert wurde. Dabei zog er sich Kontusionen an der rechten Schulter und am linken Handgelenk sowie einen Zahnschaden zu. Am 4. August 2009 wurde der Unfall der Y \_\_\_\_\_ gemeldet. Am 7. August 2009 erstellte der erstbehandelnde Arzt, Dr. I \_\_\_\_\_ (Zahnarzt), einen Kostenvoranschlag zur Behandlung des erlittenen Zahnschadens. Am 25. August 2009 hielt der nachbehandelnde Arzt, Dr. A \_\_\_\_\_ (Facharzt für innere Medizin) im ärztlichen Zwischenbericht fest, dass es nach dem Velounfall langsam, aber stetig zu einer Verbesserung der Beschwerden kam. Es persistierten jedoch noch bewegungsabhängige Schulterschmerzen rechts. Trotz der vom behandelnden Arzt am 28. August 2009 verordneten Physiotherapie wurde im

ärztlichen Zwischenbericht vom 9. Dezember 2009 festgehalten, dass der Beschwerdeführer noch immer über Verspannungen im Nacken- und Schulterbereich rechts klagt. Nachdem am 25. Januar 2010 ein orthopädisches Konsilium bei Dr. J. \_\_\_\_\_ erfolgt war, wurde am 3. Februar 2010 eine MRI-Untersuchung des rechten Schultergelenkes sowie am 12. Februar 2010 eine neurologische Untersuchung bei Dr. H. \_\_\_\_\_ organisiert. Bei der Nachkontrolle am 22. Februar 2010 wurde eine konservative Weiterbehandlung vorgeschlagen. Nach Überweisung des Beschwerdeführers an Dr. B. \_\_\_\_\_ wurde am 4. Mai 2010 eine MRI-Untersuchung der HWS durchgeführt, bei der man ein HWS-Syndrom mit Diskushernien HWK5/ HWK6 sowie HWK3/HWK4 und eine akute linksseitige Lumbalgie feststellte. Der Beschwerdeführer ist daraufhin am 25. Mai 2010 an Dr. K. \_\_\_\_\_ verwiesen worden, welcher bei der Untersuchung am 24. August 2010 noch einmal eine Serie Physiotherapie speziell für die HWS verordnete, was jedoch zu keiner Linderung der Beschwerden führte. In der Folge wurde von Dr. K. \_\_\_\_\_ am 15. September 2010, von Dr. E. \_\_\_\_\_ am 12. Oktober 2010 und von Dr. H. \_\_\_\_\_ am 15. Oktober 2010 eine Operation vorgeschlagen, welche am 26. Januar 2011 erfolgreich durchgeführt wurde.

**c)** Der Unfall von X. \_\_\_\_\_ war nicht besonders schwer (er wurde denn auch nur als Bagatellunfall gemeldet) und führte weder zu einer sofortigen noch zu einer späteren Arbeitsunfähigkeit, was sich bei einem tatsächlich durch Unfall verursachten Bandscheibenvorfall nicht hätte vermeiden lassen. Die im Regelfall akut auftretenden heftigen Beschwerden bei einer Diskushernie hätten unweigerlich Anlass zu einem umgehenden Arztbesuch und einer medikamentösen Behandlung gegeben. Aufgrund der Akten steht jedoch fest, dass der Beschwerdeführer als erstbehandelnder Arzt einen Zahnarzt aufsuchte. Die primäre Behandlung des Zahndefektes deutet darauf hin, dass die übrigen Verletzungen in diesem Zeitpunkt keine akuten Beschwerden hervorriefen, was vom nachbehandelnden Arzt im ärztlichen Zwischenbericht vom 27. August 2009 auch bestätigt wurde. Somit sind die vom Bundesgericht aufgestellten Kriterien einer unfallkausalen Diskushernie offensichtlich nicht erfüllt.

**d)** Selbst wenn ein durch den Unfall ausgelöster Beschwerdeschub vorgelegen hätte, stellte sich die Frage, wie lange ein solcher andauern kann. Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass ein solcher Schub im günstigsten Fall nach Stunden oder Tagen, manchmal aber erst nach Wochen oder Monaten spontan abklingen kann, ist auch diesbezüglich auf eine fachärztliche, objektive Meinung abzustellen. Dazu hat Dr. G. \_\_\_\_\_ am 22. September 2010 und 13. Dezember 2010 unmissverständlich aus ärztlicher Sicht festgehalten, dass die aktuellen Schulterbeschwerden mehr als ein Jahr nach dem Ereignis nicht mehr als unfallbedingt zu betrachten seien. Das Kantonsgericht macht sich diese medizinische Beurteilung zu eigen. Der vom Unfallversicherer auf den 31. Oktober 2010 festgesetzte Zeitpunkt des Erreichens des Status quo sine ist nachvollziehbar. Denn nach dem derzeitigen Wissensstand ist eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monate, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteile des Bundesgerichts 8C\_972/2010 vom 19. April 2011 E. 4.3; 8C\_416/2010 vom



29. November 2010 E. 3.3). Da sich der Unfall im vorliegenden Fall am 27. Juli 2009 ereignete, ist die Terminierung sämtlicher Versicherungsleistungen per 31. Oktober 2010, mithin 15 Monate nach dem Ereignis, rechtens. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, ist nicht stichhaltig. Selbst der Operationsbericht vom 26. Januar 2011 belegt einzig, dass rechtsseitig ein Narbenkonvolut mit zerrissenem Anulus fibrosus vorlag, nicht jedoch dessen Bezug zum Unfall vom 27. Juli 2009. Soweit die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_416/2010 vom 29. November 2010 E. 3.3; 8C\_816/2009 vom 21. Mai 2010 E. 4.3). In der Regel ist zu erwarten, dass dieses in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom nach sechs bis neun Monaten abgeschlossen und damit der Status quo sine erreicht sein wird. Die über dieses Datum, wie vom Beschwerdeführer behauptet, hinausgehenden Beschwerden sind damit in jedem Falle nicht mehr kausal auf das Unfallereignis vom 27. Juli 2009 zurückzuführen. Der Beschwerdegegnerin ist daher beizupflichten, wonach ein rechtserheblicher Zusammenhang zwischen den HWS-Beschwerden und dem Unfall vom 27. Juli 2009 - spätestens ab dem 31. Oktober 2010 - zu verneinen ist.

Wie bereits in E. 3 d) dargelegt, ist es unerheblich, welche Ursachen ein geklagtes Leiden hat. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben. Dies trifft in casu spätestens per 31. Oktober 2010 zu.

6. Nach dem Gesagten erweist sich der Entscheid der Y\_\_\_\_\_ als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Den im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde obsiegenden Behörde oder mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation darf in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen werden. In Anwendung dieser Bestimmung hat das Eidgenössische Versicherungsgericht der Y\_\_\_\_\_ und den privaten UVG-Versicherern sowie - von Sonderfällen abgesehen - den Krankenkassen keine Parteientschädigungen zugesprochen, weil sie als Organisationen mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben zu qualifizieren sind (BGE 123 V 309 E. 10 mit Hinweisen). Das Verfahren ist, von hier nicht massgebenden Ausnahmen abgesehen, kostenlos (Art. 61 ATSG).

### **Demnach wird beschlossen und erkannt**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Kosten erhoben noch Parteientschädigung ausgerichtet.

Sitten, 30. Januar 2012