

200 18 410 UV  
GRD/BRM/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil des Einzelrichters vom 21. September 2018**

Verwaltungsrichter Grütter  
Gerichtsschreiber Braune

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**AXA Versicherungen AG**  
Generaldirektion, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winter-  
thur  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 30. April 2018 (UVGON  
12.158.311/3057)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1966 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war im Rahmen seiner Anstellung bei der B.\_\_\_\_\_ AG obligatorisch bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: AXA bzw. Beschwerdegegnerin) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert, als er am 11. April 2017 auf dem Heimweg mit dem Fahrrad stürzte und sich dabei verschiedene Verletzungen zuzog. Dieses Ereignis wurde der AXA am 12. April 2017 als Bagatellunfall gemeldet und am 11. Mai 2017 in eine normale Schadenmeldung geändert (Akten der AXA [act. II] A1, 2).

Der Unfallversicherer erbrachte in der Folge aufgrund der ihm vorliegenden ärztlichen Berichte die gesetzlichen Leistungen. Vom 27. August bis 4. September 2017 liess sich der Versicherte wegen Rückenbeschwerden stationär im Spital C.\_\_\_\_\_ behandeln (epidurale Infiltration, mangels dauerhafter Besserung anschliessende Operation; act. II M8) und hierfür mit der Begründung, es handle sich um auf den Unfall vom 11. April 2017 zurückzuführende Beschwerden, um Kostengutsprache bei der AXA nachsuchen (act. II M4).

Am 3. Oktober 2017 teilte die AXA dem Versicherten mit, dass die auch nach dem 11. Juli 2017 bestehenden Beschwerden gemäss Beurteilung des ärztlichen Dienstes der AXA nicht mehr überwiegend wahrscheinlich in einem kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis vom 11. April 2017 stünden und die Leistungen deshalb auf diesen Zeitpunkt hin eingestellt würden (act. II A4).

### **B.**

Aufgrund der Intervention des Versicherten vom 9. Oktober 2017 (act. II A5) legte die AXA die Akten ihrem beratenden Arzt, Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Spezialarzt für Allgemein- und Unfallchirurgie, Gutachter der Begutach-

tungsstelle E. \_\_\_\_\_ vor. Dieser hielt in seiner Stellungnahme vom 3. November 2017 fest, dass versicherungsmedizinisch überwiegend wahrscheinlich kein unfallkausales Korrelat mehr vorliege; hinsichtlich der Rückenkontusion sei von einem Status quo ante nach 2-3 Monaten auszugehen (act. II M10).

Gestützt darauf verfügte die AXA am 16. November 2017 die Einstellung der Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung per 11. Juli 2017 (act. II A10). Die hiergegen vom Versicherten, vertreten durch Rechtsanwalt G. \_\_\_\_\_, am 15. März 2018 erhobene Einsprache (act. II A21) wies die AXA nach Konsultation des beratenden Arztes Dr. med. F. \_\_\_\_\_, der die Einschätzung des Dr. med. D. \_\_\_\_\_ grundsätzlich bestätigte (act. II M13), mit Entscheid vom 30. April 2018 ab (act. II A23).

### **C.**

Mit Eingabe vom 28. Mai 2018 erhebt der Versicherte Beschwerde gegen diesen Einspracheentscheid und macht Leistungen auch für die Rückenbeschwerden bzw. die bis zum Abschluss der operativen und physiotherapeutischen damit verbundenen Behandlungen geltend. Zur Begründung bringt er vor, dass er zwar zum Teil wieder 100% arbeitsfähig gewesen sei, aber nicht 100% gesund. Er habe dank seines abwechslungsreichen Arbeitsplatzes voll arbeiten können, die Pausen habe er indessen wegen der Schmerzen stehend oder liegend verbracht (Sitzen sei nicht gegangen); vor dem Unfall vom 11. April 2017 sei er – auch wenn er vor einem Jahr schon einmal eine Infiltration gehabt habe – täglich 4 x 5 km mit dem Velo zur Arbeit gefahren, er sei schmerzfrei gewesen und habe alles ohne Einschränkungen machen können. Entgegen der Auffassung der AXA sei der Status quo ante erst nach der Operation vom 1. September 2017 erreicht worden.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 16. Juli 2018 beantragt die AXA im Wesentlichen unter Hinweis auf die Ausführungen im Einspracheentscheid die Abweisung der Beschwerde.

## **Erwägungen:**

### **1.**

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

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Entscheid vom 30. April 2018 (act. II A23), mit welchem die Einsprache gegen die Verfügung vom 16. November 2017 (act. II A10) abgewiesen und die Einstellung der UV-Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 11. April 2017 per 11. Juli 2017 bestätigt wurde. Streitig ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen nach diesem Zeitpunkt hat.

**1.3** Der Streitwert – nach Angaben in der Beschwerde hat der Beschwerdeführer bis zur Operation und kurze Zeit danach wieder vollzeitlich gearbeitet, sodass sich der allfällige Leistungsanspruch auf Heilbehandlung (vgl. Fallpauschalen-Katalog, abrufbar unter <[www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org)> sowie Kosten für die verordnete Physiotherapie gemäss Ziff. 7301 des Physiotherapie-Tarifs, abrufbar unter <[www.zmt.ch](http://www.zmt.ch)>) und Taggelder für ca. einen Monat beschränkt – liegt jedenfalls unter Fr. 20'000.—, weshalb die Beurteilung der Streitigkeit in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

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

## **2.**

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

**2.2** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.3, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**2.3** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

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 (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

**2.4** Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine) erreicht ist (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1, 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

**2.5** 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 (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

**2.6** Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221; SVR 2017 UV Nr. 20 S. 67 E. 3.2).

### 3.

**3.1** In medizinischer Hinsicht präsentiert sich die Aktenlage wie folgt:

**3.1.1** Am 12. April 2017 stellte das Spital C.\_\_\_\_\_ anlässlich einer notfallmässigen Selbstzuweisung die Diagnose einer Flankenkontusion rechts, Ellenbogen-/Hüftkontusion links sowie Schürfwunden am Ellenbogen und Knie links. Nebendiagnostisch wurde von einer im Juni 2016 durchgeführten epiduralen Infiltration berichtet (Beilage zu act. II M12).

**3.1.2** Der nachbehandelnde Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, gab in seinem Bericht vom 16. Juni 2017 zuhanden der AXA als unfallbedingte Beschwerde/objektive Befunde Prellungen in Hüfte, Knie und Ellbogen links an; zudem erwähnte er anamnestisch Rückenschmerzen. Er bescheinigte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 8. bis am 14. Mai 2017 sowie eine solche von 50% vom 15. bis am 21. Mai 2017 und verordnete Physiotherapie (act. II M3); ab 22. Mai 2017 sei der Versicherte wieder voll arbeitsfähig (act. II M2). Am 22. August 2017 überwies Dr. med. H.\_\_\_\_\_ den Patienten aufgrund persistierender Rückenbeschwerden bei posttraumatischem LWS-Schmerz-Syndrom nach Velounfall 11. April 2017 mit noch nicht ausgeschlossener Diskushernie L4/5 links dem Spital I.\_\_\_\_\_ (act. II M12).

**3.1.3** Wegen Ende August 2017 aufgetretenen Rückenbeschwerden wurde im Rahmen einer stationären Behandlung (nach Selbstzuweisung) ein Massenprolaps L4/5 links nach rezessal und kaudal umgeschlagen diagnostiziert und im Anschluss an eine am 29. August 2017 erfolgte, nur vorübergehend lindernde, Infiltration am 1. September 2017 eine mikrochirurgische Dekompression L4/5 mit Sequestrektomie durchgeführt; am 4. September 2017 wurde der Patient in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen; eine Verlaufskontrolle am 9. Oktober 2017 ergab, dass der Patient keine Schmerzen mehr habe und schon wieder zu 100% arbeite (act. II M4-9).

**3.1.4** Angesichts des für diese Behandlung, welche nach Angaben des Spitals C.\_\_\_\_\_ (auch) auf den Unfall vom April 2017 zurückzuführen sei, gestellten Gesuchs um Kostengutsprache (act. II M4) legte die AXA die medizinischen Unterlagen dem beratenden Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vor.

Dieser gelangte in seiner Stellungnahme vom 3. November 2017 zum Schluss, dass keiner der erhobenen Befunde mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 11. April 2017 zurückzuführen sei; der Status nach früher erfolgter epiduraler Infiltration im Bereich der LWS weise auf eine relevant vorbestehende Pathologie hin. Es sei von einer Rückenkontusion mit einem Status quo ante von 2-3 Monaten auszugehen (act. M10).

**3.1.5** Nach Eingang weiterer ärztlicher Berichte konsultierte die AXA den beratenden Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_. Dieser bestätigte in seinem Bericht vom 16. April 2018 die Einschätzung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ grundsätzlich, ging indessen mangels entsprechender Befunderhebung davon aus, dass – anders als von diesem angenommen – keine Rückenkontusion stattgefunden hat (act. II M13).

**3.2** Aufgrund der medizinischen Akten erstellt und unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer am 11. April 2017 einen Velounfall erlitten hat und er sich dabei verschiedene Prellungen sowie Schürfungen zugezogen hat. Diesbezüglich hat die AXA ihre Leistungspflicht anerkannt und diese per 11. Juli 2017 mangels Weiterbestehen der Unfallkausalität der noch geklagten Beschwerden eingestellt. Der Beschwerdeführer macht geltend, dass auch die in der Folge aufgetretenen Rückenbeschwerden, derentwegen er sich am 1. September 2017 einer Operation unterzogen hat, auf den genannten Unfall zurückzuführen seien und die AXA auch hierfür Leistungen zu erbringen habe.

Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden: Zunächst ist – worauf auch im Einspracheentscheid sowie in der Beschwerdeantwort zutreffend hingewiesen wird – festzuhalten, dass im Rahmen der medizinischen Untersuchungen nach dem am 11. April 2017 erlittenen Velounfall keine Befunde erhoben wurden, die auf eine Verletzung des Rückens hindeuten. Vielmehr schloss die erstbehandelnde Ärztin am Spital I.\_\_\_\_\_ eine Klopfdolenz der Wirbelsäule ausdrücklich aus (act. II M12). Es fand diesbezüglich offensichtlich auch keine Behandlung statt. Auszugehen ist deshalb davon, dass unmittelbar nach dem Unfallereignis keine Rückenbeschwerden geklagt wurden; andernfalls wären solche sicher in den medizinischen Bericht erwähnt worden. Dagegen werden Rückenbeschwerden nebendiagnos-

tisch (vgl. E. 3.1.1 hiervor) bzw. anamnestisch (vgl. E. 3.1.2 hiervor) sowie eine bereits im Juni 2016 erfolgte Infiltration erwähnt. Schon diese Tatsache spricht gegen eine Kausalität der Rückenbeschwerden mit dem Unfall vom 11. April 2017. Hinzu kommt, dass in den Arztberichten von Ende August 2017 (vgl. E. 3.12 und 3.1.3) bzw. 10 Tage vor der Eintritt ins Spital am 27. August 2017 (vgl. act. II M6) aufgetretenen Rückenschmerzen berichtet wird, diesen mithin schon aus chronologischen Gründen keine Unfallkausalität zukommen kann; hätten die Rückenschmerzen tatsächlich einen Zusammenhang mit dem vorliegend zur Diskussion stehen Unfallereignis, wären diese nach einer wesentlichen kürzeren Latenzzeit aufgetreten. Sodann weist die Beschwerdegegnerin mit Recht darauf hin, dass nach medizinischer Erfahrung traumatische Diskushernien – wie sie vorliegend Ende August 2017 im Sinne eines Massenprolapses L5/5 diagnostiziert und nach erfolgloser (nochmaliger) Infiltration operativ angegangen wurden – nur ausnahmsweise und unter ganz spezifischen – hier nicht gegebenen – Voraussetzungen angenommen werden können; auf die entsprechenden Ausführungen im Einspracheentscheid und in der Beschwerdeantwort unter Hinweis auf die höchstrichterliche Rechtsprechung hierzu kann – anstatt einer Wiederholung derselben an dieser Stelle – verwiesen werden. Dass sowohl der nachbehandelnde Dr. med. H. \_\_\_\_\_ als auch das Spital C. \_\_\_\_\_ im Rahmen der stationären Behandlung vom 27. August bis 4. September 2017 die LWS-Beschwerden in einen Zusammenhang mit dem Velounfall stellen, vermag nichts daran zu ändern, dass hinsichtlich der Rückenbeschwerden keine Unfallkausalität mit dem Sturz vom 11. April 2017 anzunehmen ist. Dies wird überdies dadurch bestätigt, dass Dr. med. H. \_\_\_\_\_ ab 22. Mai 2017 wiederum vollständige Arbeitsfähigkeit – ohne jede Einschränkung oder Vorbehalte – attestiert hat (vgl. E. 3.1.2 hiervor; act. II M2).

Soweit Dr. med. H. \_\_\_\_\_ und das Spital C. \_\_\_\_\_ die Rückenbeschwerden im Nachhinein als unfallbedingt qualifizieren, argumentieren sie – wie auch sinngemäss der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde – mit der Formel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist; diese Beweisregel ist nach konstanter Rechtsprechung für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheit-

lichen Schädigung indessen nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3). Auf die genannten Berichte ist somit nicht abzustellen.

Dass die AXA ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit den geklagten Rückenbeschwerden verneint, bedeutet indessen entgegen der offenbaren Auffassung des Beschwerdeführers nicht, diese halte ihn nach Abschluss der Behandlung der unfallbedingten Verletzungen als vollständig gesund. Die Rückenproblematik ist medizinisch dokumentiert und wurde von der AXA auch nie in Frage gestellt. Beim angefochtenen Entscheid geht es einzig um die Ausscheidung, welcher Versicherungsträger für welche Leiden aufzukommen hat. Ob der Unfallversicherer oder der Krankenversicherer leistungspflichtig ist, wird durch die einschlägigen gesetzlichen Grundlagen und die dazu entwickelte Rechtsprechung unter Berücksichtigung der Doktrin definiert. Wie oben ausgeführt, ist vorliegend ein kausaler Zusammenhang des – zwischenzeitlich erfolgreich operativ sanierten – Rückenleidens mit dem Velounfall vom 11. April 2017 nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt; vielmehr steht nach den medizinischen Akten und insbesondere dem schlüssigen Bericht des beratenden Arztes der AXA, Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 16. April 2018 (act. II M13) fest, dass die auf einen Massenprolaps zurückgehenden Rückenbeschwerden degenerativer Natur sind und bereits vor dem genannten Unfall bestanden sowie durch diesen nicht weiter tangiert wurden.

Soweit im angefochtenen Einspracheentscheid festgehalten wird, die Leistungen wären bereits zu einem früheren Zeitpunkt als dem 11. Juli 2017 nicht mehr zu Lasten der AXA gegangen, erübrigen sich weitere Ausführungen hierzu, nachdem die Beschwerdegegnerin auf eine Rückforderung allfällig zu viel ausbezahlter Leistungen ausdrücklich verzichtet.

**3.3** Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 11. Juli 2017 eingestellt; der angefochtene Einspracheentscheid vom 30. April 2018 (act. II A23) ist mithin nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist dementsprechend abzuweisen.

**4.**

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

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Als Sozialversicherungsträger hat die AXA auch im Falle des Obsiegens keinen Anspruch auf eine Parteikostenentschädigung (Art. 104 Abs. 2 VRPG).

**Demnach entscheidet der Einzelrichter:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - A. \_\_\_\_\_
  - AXA Versicherungen AG
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.