

200 19 110 UV
KNB/LUB/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. April 2020

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____

Beschwerdeführer

gegen

AXA Versicherungen AG

General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur

Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 15. Januar 2019 (13.700.003/0123)



Sachverhalt:

A.

Der 1965 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seinen Arbeitgeber bei der AXA Versicherungen AG (AXA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als er gemäss Schadenmeldung UVG am 16. August 2017 mit dem Fahrrad auf einem Feldweg stürzte, wobei er sich Quetschungen an der Lunge (rechts) und am Thorax (rechts) zugezogen habe (Akten der AXA, [act II] A1). Nachdem die AXA im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen gewährt hatte, stellte sie die vorübergehenden Leistungen mit Verfügung vom 21. August 2018 (act. II A7) rückwirkend per 31. Dezember 2017 ein, woran sie auf Einsprache hin (act. II A9) mit Entscheidung vom 15. Januar 2019 (act. II A15) festhielt.

B.

Mit Eingabe vom 9. Februar 2019 hat der Versicherte Beschwerde erhoben und sinngemäss beantragt, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und ihm seien über den 31. Dezember 2017 hinaus die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen (Chiropraktik-Behandlung) zu gewähren.

In der Beschwerdeantwort hat die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde geschlossen.

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 die Verfügung vom 21. August 2018 (act. II A7) bestätigende Einspracheentscheid vom 15. Januar 2019 (act. II A15). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung in Zusammenhang mit dem Ereignis vom 16. August 2017 über den 31. Dezember 2017 hinaus.

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

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

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). 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).

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 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3). Die Anforderungen an den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs in Medizin und Recht müssen nicht immer gänzlich deckungsgleich sein. Deshalb kann es vorkommen, dass der natürliche Kausalzusammenhang aufgrund (unfall-)medizinischer Erfahrung rechtlich bejaht wird, obwohl im Einzelfall ein strikter Beweis im medizinisch-

wissenschaftlichen Sinn nicht zu erbringen ist (BGE 117 V 369 E. 3e S. 379).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

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 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 (Entscheid des BGer vom 24. September 2019, 8C_22/2019 [zur Publikation vorgesehen], E. 5.1). 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 (BGer 8C_22/2019, E. 5.1).

2.3 Die am 1. Januar 2017 in Kraft getretenen und vorliegend anwendbaren Änderungen vom 25. September 2015 des UVG (vgl. Abs. 1

der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG) und vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202; vgl. Art. 147b UVV) haben an den obigen Bestimmungen und der aufgeführten Rechtsprechung (vgl. E. 2.1 und 2.2 hiervor) materiell nichts geändert.

2.4 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (Entscheid des BGer vom 26. März 2019, 8C_824/2018, E. 3.2). Insbesondere ist der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Entscheid des BGer vom 28. Februar 2019, 8C_167/2018, E. 4.2).

3.

3.1 Dass das Ereignis vom 16. August 2017 die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllt, ist zu Recht unbestritten. Die Beschwerdegegnerin hat im Zusammenhang mit dem besagten Ereignis zunächst vorübergehende Leistungen erbracht und damit das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen – insbesondere die leistungsbegründende natürliche Unfallkausalität – anerkannt (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 1. Februar 2011, 8C_895/2010, E. 5.1). Demnach liegt die Beweislast für das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs grundsätzlich bei ihr (vgl. E. 2.2 hiervor). Umstritten ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ab dem 1. Januar 2018 für die geklagten Beschwerden im Bereich Hals-/Brustwirbelsäule (HWS, BWS) und Schulter (vgl. act. II A9 und Beschwerde).

3.2 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.2.1 Im Austrittsbericht des Spitals B. _____ vom 17. August 2017 (act. II M2), über die Hospitalisation vom 16. bis 17. August 2017, wurden eine – bei GCS 15 – contusio capitis, eine Thoraxkontusion rechts mit Lungenkontusion Unterlappen rechts, ein stumpfes Abdominaltrauma Ober-

bauch rechts, eine Beckenkontusion, eine Kontusion Schulter links, eine Handkontusion rechts, eine vasovagale Bradycardie bei Venfloneinlage (Puls bis 28/min.) diagnostiziert (S. 1). Radiologisch hätten sich keine strukturellen Traumafolgen gezeigt. Unter analgetischer Therapie und Atemtherapie mit Voldyne sei eine rasche Regredienz der Schmerzen eingetreten. Der Patient habe am 17. August 2017 in regelrechtem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. Eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % werde für sieben Tage attestiert (S. 2).

3.2.2 Die Chiropraktorin Dr. C. _____ nannte im Bericht vom 5. Juni 2018 (act. II M3) als Diagnosen ein chronisches posttraumatisches cervikovertebrales und costovertebrales Schmerzsyndrom (Fahrradunfall August 2017) und ein chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom rechts mit/bei Diskushernie L4/5 und L5/S1 und aktivierter Osteochondrose L5/S1; S. 1). Der Patient leide seit dem Unfall an thorakalen und cervikalen Schmerzen, welche mittels chiropraktischer Impulstherapie und muskulärer detonisierenden Massnahmen behandelt würden. Der Verlauf sei erfreulich, die Schmerzen seien deutlich regredient, bis es letzte Woche zu einer erneuten Schmerzexacerbation der HWS gekommen sei, welche seit der letzten Behandlung aber wieder rückläufig sei. Die lumboradikulären Beschwerden hätten sich durch die Behandlung nur teilweise positiv beeinflussen lassen (S. 2).

3.2.3 Am 22. Juni 2018 berichtete Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, anlässlich der Konsultation vom 21. August 2017 habe ein Status nach Sturz auf Schulter links, eine deutlich eingeschränkte Schulterbeweglichkeit linksseitig sowie einer verminderten BWS- und HWS-Beweglichkeit vorgelegen und als Massnahme sei Analgesie verordnet worden. Bei der Konsultation vom 18. September 2017 habe eine unverändert verminderte BWS- und HWS-Beweglichkeit bestanden, vor allem nun eine ausgeprägte Cervicobrachialgie. Es sei eine Zuweisung zum Chiropraktor erfolgt. Am 8. November 2017 habe keine Konsultation stattgefunden (act. II M4).

3.2.4 Dr. med. E. _____, Facharzt für Chirurgie und beratender Arzt der AXA, hielt in der Stellungnahme vom 20. Juli 2018 (act. II M6) fest, ein Standardröntgen der rechten Hand und der linken Schulter sowie ein CT

von Schädel bis Becken seien ohne differenzierte Traumafolgen intrazerebral, intrakraniell und im gesamten Achsenskelett hätten kein Organläsionen, Pneumothorax oder Hinweise für Gefässläsionen gefunden werden können. Als Vorbefunde fänden sich anlässlich dieser Abklärungen degenerative Veränderungen der HWS, eine Osteochondrose der LWS vor allem im Segment L5/S1, Ossifikationen des Ligamentum longitudinale anterius. Er kommt zum Schluss, dass die Kontusionen als Schädelhirntrauma, Thorax, Lunge rechts, Oberbauch rechts mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 16. August 2017 stünden; es bestünden keine Läsionen am gesamten Achsenskelett nach den ausführlichen Abklärungen. Als unfallfremde Faktoren/Vorzustände bezeichnete er degenerative mehrsegmentale Veränderungen der LWS und der HWS (act. II M6 S. 1). Er nahm an, dass nach multiplen Kontusionen im vorgenannten Ausmass, der status quo (ante/sine) nach vier Monaten, d.h. per Ende 2017 erreicht sei. Alle weiteren "Massnahmen" seien aufgrund der gründlichen, zeitnahen Abklärungen nicht mehr auf unfallkausale Veränderungen zurückzuführen (act. II M6 S. 2).

3.3 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf

mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (RKUV 2001 KV 189 S. 492 E. 5b).

3.4 Der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. Januar 2019 (act. II A15) basiert in medizinischer Hinsicht massgeblich auf der Einschätzung von Dr. med. E._____. Dessen Aktenbeurteilung vom 20. Juli 2018 (act. II M6) erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor) und erbringt vollen Beweis. Dass der beratende Arzt keine eigene Untersuchung durchgeführt hat, mindert den Beweiswert nicht, denn er konnte sich aufgrund der vorhandenen Akten ein vollständiges Bild machen über Anamnese, Verlauf und gegenwärtige Situation (vgl. RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b); insbesondere lagen ihm auch die Berichte über die im Rahmen der Hospitalisation im Spital B._____ (act. II M2) zeitnah zum besagten Ereignis durchgeführten bildgebenden Abklärungen (act. II M1) vor. Zudem kann insbesondere (auch) die Kausalität im Rahmen einer ausschliesslich auf den Akten basierenden Beurteilung erörtert werden (Entscheid des BGER vom 9. November 2011, 8C_383/2011, E. 4.2). Dr. med. E._____ kommt – unter Hinweis, dass durch das Ereignis vom 16. August 2017 keine Läsionen am gesamten Achsenskelett eingetreten sind und degenerative, mehrsegmentale Veränderungen der LWS und HWS bestanden haben – zum Schluss, dass nach den multiplen unfallbedingten Kontusionen (Schädel, Thorax, Lunge, Oberbauch) der Status quo sine vel ante (vgl. dazu E. 2.2 hiervor) Ende des Jahres 2017 – d.h. nach rund viereinhalb Monaten – erreicht war (act. II M6). Dies ist nachvollziehbar und überzeugt.

Das am 16. August 2017 (Unfalltag) erstellte Trauma-CT Schädel bis Becken offenbarte keine differenzierbaren Traumafolgen intrazerebral, intrakraniell sowie des gesamten Achsenskeletts. Es konnten weder differenzierbare Frakturen noch eine Luxation oder Subluxation der Facettengelenke auf sämtlichen Ebenen noch ein Nachweis eines spinalen Hämatoms

festgestellt werden. Die Wirbelkörperhöhen sowie die Bandscheibenabstände waren allseits erhalten. Die zervikalen Weichteile waren unauffällig. Es wurde einzig eine Streckhaltung der HWS und degenerative Veränderungen des atlantoaxialen Bandapparates sowie der dorsalen Randleiste C3-C6 festgestellt (act. II M1). Gemäss Austrittsbericht des Spitals B._____ vom 17. August 2017 präsentierte der klinische Befund keine Druckdolenz an der HWS; diese war frei beweglich (act. II M2 S. 1). Hinsichtlich der oberen Extremität links wurde einzig eine Druckdolenz über der Spina Scapula (Schulterblatt) beschrieben; über dem proximalen Humerus, AC-Gelenk und Clavicula zeigte sich keine Druckdolenz. Die beiden oberen Extremitäten wurden in allen Ebenen als frei beweglich beschrieben (act. II M2 S. 2). Sodann ergab die radiologische Untersuchung der Schulter links vom 17. August 2017 – also einen Tag nach dem Ereignis – eine reguläre Konfiguration des Glenoids, des proximalen Humerus und des AC-Gelenks; Frakturen wurden verneint (act. II M1). Mit der Beschwerdegegnerin ist damit festzuhalten, dass unmittelbar nach dem Ereignis vom 16. August 2017 echtzeitlich keine Hinweise auf ausgewiesene strukturelle Traumafolgen und Bewegungseinschränkungen im Bereich der HWS/Schulter bzw. der ganzen Wirbelsäule dokumentiert sind. Es war dem Beschwerdeführer denn auch möglich, im Anschluss an den Sturz noch mit dem Fahrrad nach Hause zu fahren und zu duschen (act. II M2 S. 1). Ebenso wenig kann unter diesen Umständen von einer richtunggebenden Verschlimmerung ausgegangen werden, sondern höchstens von einer vorübergehenden Aktivierung der im Trauma-CT vom 16. August 2017 beschriebenen vorbestehenden degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule (act. II M1).

Die Berichte der Chiropraktorin und von Dr. D._____ (act. II M3, act. II M4) vermögen an der überzeugenden Einschätzung von Dr. med. E._____ nichts zu ändern, nennen sie doch keine Aspekte, die vom beratenden Arzt unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Hinzu kommt, dass der Zeitpunkt der Leistungseinstellung auch unter Berücksichtigung der im Bereich des Unfallversicherungsrechts massgebenden medizinischen Erfahrungstatsache nicht zu beanstanden ist, wonach das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach

drei bis vier Monaten erwartet werden kann, wogegen eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss (SVR 2009 UV Nr. 1 S. 2 E. 2.3.1 und 2.3.2). Eine entsprechende Verschlimmerung ist, wie bereits ausgeführt, bildgebend nicht ausgewiesen. Soweit der Beschwerdeführer schliesslich vorbringt, dass vor dem Velounfall keine der aufgeführten Körperteile (Brust- und Halswirbel sowie Schulter) Schmerzen verursacht hätten und keine Bewegungseinschränkungen vorhanden gewesen seien (Beschwerde S. 2), ist darauf hinzuweisen, dass gemäss der höchstgerichtlichen Rechtsprechung die Formel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend ist (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2016 UV Nr. 24 S. 78 E. 7.2). Mithin bestehen keine auch nur geringen Zweifel an der Aktenbeurteilung des beratenden Arztes, womit gestützt darauf ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 16. August 2017 und den über den 31. Dezember 2017 hinaus geklagten Beschwerde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen ist.

3.5 Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 31. Dezember 2017 eingestellt und den Anspruch auf weitere Leistungen verneint. Damit ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. Januar 2019 (act. II A15) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 Verfahrenskosten sind in Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit. a ATSG keine zu erheben.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht weder für den unterliegenden Beschwerdeführer noch für die obsiegende Beschwerdegegnerin ein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG; BGE 126 V 143 E. 4a S. 150).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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