

# **BL\_GERICHTE 725 19 278/257 vom 16. September 2021**

BL Gerichte, 2021-09-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_725\\_19\\_278\\_257](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_19_278_257)

FR: BL\_GERICHTE 725 19 278/257 du 16 septembre 2021

IT: BL\_GERICHTE 725 19 278/257 del 16 settembre 2021

## **Regeste**

Leistungen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in X.\_\_\_\_ (BL), weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde der Versicherten vom 29. August 2019 ist demnach einzutreten. 2.1 Die Beschwerdeführerin macht in formeller Hinsicht geltend, die Vorinstanz habe den Anspruch auf rechtliches Gehör bzw. die Begründungspflicht verletzt, namentlich sei sie in ihrem Einspracheentscheid auf ihren Einwand, dem beratenden Arzt fehle die fachärztliche Qualifikation zur Beurteilung der medizinischen Sachlage, nicht eingegangen. 2.2 Der Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 gebietet, dass die Behörde die Vorbringen der betroffenen Person auch tatsächlich hört, prüft und in der Entscheidungsfindung berücksichtigt. Daraus folgt die Verpflichtung der Behörde, ihren Entscheid zu begründen (BGE 139 V 496 E. 5.1). Dabei ist es nicht erforderlich, dass sie sich mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass sich die betroffene Person über die Tragweite des Entscheides Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann. In diesem Sinn müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihr Entscheid stützt (BGE 138 IV 81 E. 2.2). 2.3 Die Vorinstanz hat die dargelegten Grundsätze eingehalten. Aus dem Einspracheentscheid ist ersichtlich, auf welche medizinischen Unterlagen sich die Beschwerdegegnerin stützte und dass sie den

Fall als Rückfall behandelte. Indem sie die Berichte von Dr. D.\_\_\_\_ als beweiskräftig ansah, brachte sie klar zum Ausdruck, dass sie ihn als qualifiziert einstufte. Eine Verletzung der Begründungspflicht liegt somit nicht vor. Zudem hat Dr. D.\_\_\_\_ im weiteren Verfahren am 22. November 2018 zur Frage seiner fachärztlichen Qualifikation Stellung genommen. Als Facharzt für Prävention und Gesundheitswesen mit einem Master in Public Health in Epidemiology verfügt Dr. D.\_\_\_\_ über die fachärztliche Kompetenz, die medizinische Sachlage zu beurteilen. Da im Rahmen des weiteren Schriftenwechsels diesbezüglich keine Einwände erhoben worden sind, kann davon ausgegangen werden, dass - selbst wenn von einem Mangel ausgegangen würde - dieser als geheilt zu gelten hätte.

### **E. 3**

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufs-unfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

### **E. 4**

Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG 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. In diesem Zusammenhang erfüllt der Biss der Zecke sämtliche Merkmale des Unfallbegriffs. Dabei ist nicht entscheidend, ob sich die versicherte Person an einen Zeckenstich erinnern kann. Massgebend ist, ob aufgrund der fachärztlichen Stellungnahmen darauf geschlossen werden kann, dass im Zeitpunkt der vorhandenen Versicherungsdeckung überwiegend wahrscheinlich von einem Zeckenstich auszugehen ist, der die Gesundheitsschädigung bewirkt hat (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Januar 2006, U 208/05, E. 5.3). Der erfolgte Kontakt mit dem Borreliose-Erreger kann mit serologischen Untersuchungen belegt werden; indessen genügen diese nicht für den Schluss auf eine daraus entstandene Lyme-Borreliose. Deren Diagnose - gleich welchem Stadiums - setzt ein entsprechendes klinisches Beschwerdebild und den Ausschluss von Differenzialdiagnosen voraus, wobei je nach Krankheitsstadium ein pathologischer laborchemischer Test die Wahrscheinlichkeit der Diagnose erhöhen kann. Ebenso hilfreich können bei rückblickender Einschätzung der Verlauf und die Ergebnisse einer Therapie sein (Urteil des Bundesgerichts vom 9. Juni 2011, 8C\_695/2010, E. 5). 5.1 Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht nur, wenn die Gesundheitsbeschwerden die natürliche und adäquate Folge des Unfallereignisses sind. 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. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer

gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigt (Urteil des Bundesgerichts vom 17. August 2016, 8C\_307/2016, E. 5.3 mit Hinweis auf BGE 138 V 218 E. 6). Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Status quo sine vel ante (Zustand ohne oder vor Unfall) die Unfallversicherung. Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsprozess in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess geltenden Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2016, 8C\_263/2016, E. 4.2 mit vielen Hinweisen). 5.2 Weiter muss zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. 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). Bei Beschwerden als direkte Folgen eines zeckenstichbedingten Leidens kommt grundsätzlich die allgemeine Adäquanzformel zur Anwendung (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juni 2015, 8C\_208/2015, E. 3 mit Hinweisen). Falls aber bei Beschwerdebildern im Zusammenhang mit einer Lyme-Borreliose psychische Beschwerden sekundäre Folgen der Erkrankung sind, so sind die organisch nicht objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen nach der Rechtsprechung für eine psychische Fehlentwicklung nach Unfall zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts vom 9. Juni 2011, 8C\_695/2010, E. 3 mit Hinweisen).

## **E. 6**

Unbestritten ist, dass die Versicherte von einer Zecke gebissen worden ist und mit Borrelien infiziert wurde. Insbesondere ergaben serologische Labortests einen Kontakt mit *Borrelia burgdorferi*. Streitig ist hingegen, ob daraus das Krankheitsbild chronische Borreliose, Lyme-Borreliose oder Post-Treatment Lyme Disease Syndrome entstanden ist, das kausal für die ab 2017 geltend gemachten Beschwerden ist.

### **E. 6.1**

Zur Beurteilung medizinischer Sachverhalte ist das Gericht auf ärztliches Fachwissen angewiesen (BGE 132 V 93 E. 4). Es hat die medizinischen Unterlagen sodann nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige

Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

## **E. 6.2**

Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Dagegen sind bei Entscheiden gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (BGE 135 V 465 E. 4.7). 7.1 Am 26. September 2017 stellte sich die Beschwerdeführerin bei Dr. E.\_\_\_\_ vor. Er diagnostizierte eine chronische Borreliose gestützt auf die serologischen Werte nach Kontrolle im Referenzlabor, wonach sich das Vollbild einer bereits länger bestehenden Borrelieninfektion mit sehr ausgeprägtem Bandenmuster gezeigt habe. Er fasste zusammen, dass seit etwa 8 Jahren immer wieder Schübe mit Grippegefühl, Gliederschmerzen und Arthralgien an verschiedenen Gelenken auftraten. Betroffen seien Handwurzel, Finger, Knie, Ellbogen und die Halswirbelsäule. Bei dieser Konstellation sei nur eine intravenöse Therapie mit Cefotaxim zielführend (vgl. Bericht vom 29. September 2017). 7.2 Bei Verdacht auf Neuroborreliose veranlasste Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_, Infektiologe, eine Lumbalpunktion, welche am 14. November 2017 durchgeführt wurde. Aus dem Untersuchungsbericht von Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 3. Januar 2018 geht hervor, dass die Versicherte seit der festgestellten Wanderröte im Jahr 2014 rezidivierend krank sei mit grippeähnlichen Symptomen, insbesondere Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Augendruck, Gliederschmerzen und Fieberschüben. Vor allem leide sie unter einer ständigen Müdigkeit sowie kognitiven Einschränkungen. Seit Juni 2016 sei sie 100% arbeitsunfähig. Im September 2017 sei die Versicherte positiv auf Borrelien getestet und eine Therapie mit Cefotaxim 3 x 2 g intravenös täglich empfohlen worden. Die Lumbalpunktion habe nun einen unauffälligen Befund gezeigt. Weder laborchemisch noch klinisch gebe es einen Hinweis auf eine Neuroborreliose (vgl. auch Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Neurologie, vom 30. November 2017). Es liege ein unklares neurologisches

Zustandsbild vor und differenzialdiagnostisch eine Somatisierungsstörung. 7.3 Die Befunde der Lumbalpunktion übermittelte die Versicherte Dr. E.\_\_\_\_ zur Beurteilung. Am 17. Januar 2018 führte er aus, dass nach wie vor das Bild einer chronischen Borreliose gegeben sei. Es sei zu unterscheiden zwischen einer Neuroborreliose im eigentlichen Sinn, bei der auch das Zentralnervensystem beteiligt sei, und einer chronischen Borreliose, ohne Beteiligung des Nervensystems. Es sei grundsätzlich so, dass Neuroborreliosen nur innerhalb eines Jahres nach Infektionsbeginn aufträten. Wenn diese Phase überstanden sei, gebe es keine Neuroborreliose mehr. Die chronische Borreliose verursache in der Regel Beschwerden am Bewegungsapparat, aber keine neurologischen Ausfälle. Eine Therapie der chronischen Borreliose sei problemlos möglich. 7.4 Nach Ausschluss einer Neuroborreliose hielt Dr. D.\_\_\_\_ mit Kurzbericht vom 1. Mai 2018 fest, dass in Bezug auf das unklare neurologische und kardiologische Zustandsbild differenzialdiagnostisch von einer Somatisierungsstörung und einem Burnout auszugehen sei. 7.5 Mit Bericht vom 14. Juni 2018 äusserte sich Dr. I.\_\_\_\_ zur Kausalität. Seit dem Zeckenbiss im Jahr 2014 leide die Versicherte unter Beschwerden, die dem Bild einer nicht behandelten Borreliose entsprächen. Eine Neuroborreliose sei inzwischen zwar ausgeschlossen worden, es lägen jedoch weiterhin positive Blutergebnisse vor. Nach Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ leide die Versicherte zweifellos an einer chronischen Borreliose. Da die Erkrankung im Frühstadium nicht suffizient behandelt worden sei, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die jetzt vorhandene chronische Borreliose im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 20. April 2014 zu sehen. 7.6 Die Versicherte bat Dr. E.\_\_\_\_ um eine erneute Kontrolle der Serologie, da die empfohlene Cefotaximtherapie nicht habe organisiert werden können. Mit Bericht vom 8. Mai 2018 bestätigte er die Diagnose einer chronischen Borreliose. Es finde sich praktisch ein identisches Bild wie bei den Vorbefunden. 7.7 Am 16. Oktober 2018 berichtete Dr. I.\_\_\_\_ über den rheumatologischen Verlauf. Er diagnostizierte unter anderem ein chronisches, schweres, generalisiertes Schmerzsyndrom mit chronischer Erschöpfung und verminderter Belastbarkeit bei «chronischem Post-Lyme-Syndrome» bei Status nach Zeckenbiss im April 2014 sowie mit «chronischem Post-HWS-Distorsionssyndrom» bei Status nach 3 HWS-Distorsionen mit anhaltenden Symptomen wie Übelkeit, Schwindel, verstärkt bei Inklinaton und Reklination der HWS, Reizdarmsyndrom mit Verdauungsstörungen, Diarrhoe, Meteorismus, Bauchkrämpfen und Histaminintoleranz. Bereits seit 2009 leide die Versicherte an rezidivierenden Gliederschmerzen und Erschöpfungszuständen, welche zyklisch aufträten. Seit dem Zeckenbiss im Jahr 2014 sei es zu einer verstärkten Beschwerdesymptomatik mit Gliederschmerzen, zervikocephalen Schmerzen, panvertebralen Schmerzen und neuropsychologischen Defiziten gekommen. 7.8 Am 2. Mai 2018 sowie am 6. Juni 2018 fanden neuropsychologische und medizinische Untersuchungen in der G.\_\_\_\_ statt mit anschliessender Diagnosekonferenz am 20. Juni 2018. Als Diagnosen wurden im Bericht vom 30. Oktober 2018 eine leichte Aufmerksamkeitsstörung bei schwerer Fatigue-Symptomatik unklarer Ätiologie sowie eine normochrome, normozytäre Anämie gestellt. Die Versicherte habe erstmals 2009 unter Erschöpfung gelitten und sei für 6 Wochen aufgrund eines Burnout-Syndroms ambulant psychologisch behandelt worden. In den darauffolgenden Jahren hätten sich die Erschöpfungszustände zyklisch wiederholt (alle 4 bis 6 Wochen für 1-2 Tage grippeartige Symptome mit Gliederschmerzen) und im Verlauf zugenommen. Ausserdem hätten Abklärungen 2017/18 Hinweise für eine Infektion mit Borrelien ergeben. In der umfassenden neuropsychologischen Untersuchung seien mittelschwere Minderleistungen in Teilbereichen der Aufmerksamkeit festgestellt worden. Vereinzelt liessen sich auch

Defizite im Bereich der exekutiven Funktionen objektivieren, wobei diese möglicherweise bedingt durch die verminderten Aufmerksamkeitsleistungen seien. Subjektiv stehe eine ständige Müdigkeit/Erschöpfung im Sinne einer schweren Fatigue-Symptomatik im Vordergrund, deren Ursache letztlich unklar bleibe. Es lägen aber verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren vor. Ob die Entität einer chronischen Borreliose bestehe, werde unter Experten kontrovers diskutiert. Nach umfangreichem Akten- und Literaturstudium erscheine es als nicht unwahrscheinlich, dass eine chronische Infektion mit Borrelien einen Teil der Beschwerden der Versicherten erklären könnte. Erschwerend hinzu komme sicher eine psychiatrische Problematik.

7.9 Die von der Beschwerdegegnerin auf Veranlassung von Dr. D.\_\_\_\_ eingeholten Sprechstundeneinträge der Hausärztin von 2009 bis 2014 ergaben keine Hinweise auf eine Borreliose. Diese Frage habe sich damals aber auch nicht gestellt, sondern erst im Jahr 2017 nach positiven Blutwerten. Rückwirkend sei der Auslöser mit dem Ereignis an Ostern 2014, welches in den Einträgen vom 10. Juni 2014 und 8. Juli 2014 thematisiert worden sei, in Verbindung gebracht worden (vgl. Berichte vom 22. November 2018, 27. November 2018 und 4. Dezember 2018).

8.1 Im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlichen Verfahrens wurde bei der asim eine umfassende, polydisziplinäre Abklärung des Gesundheitszustandes der Versicherten in den Disziplinen Allgemeinmedizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie, Neuropsychologie, Handchirurgie und Infektiologie in Auftrag gegeben (vgl. Gutachten vom 9. Juli 2020). Im infektiologischen Teilgutachten vom 23. Januar 2020 konnten Dr. med. M.\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei ein Verdacht auf ein Erythema migrans 2014. Die von der Versicherten geschilderten multiplen Beschwerden mit ausgeprägter Erschöpfungs- und Ermüdungssymptomatik könnten in Bezug auf eine Borreliose - wenn überhaupt - nur im Rahmen einer Neuroborreliose erklärt werden. Eine solche sei mittels Lumbalpunktion vom 14. November 2017 jedoch ausgeschlossen worden. Ferner sei die Entität einer chronischen Borreliose, die in verschiedenen Arztberichten erwähnt werde, wissenschaftlich nicht anerkannt und sie werde von keiner wissenschaftlich/schulmedizinisch orientierten Fachgesellschaft in ihre Guidelines übernommen. Im Zeitpunkt der Exploration am 23. Januar 2020 habe eine aktive Borrelienerkrankung als Ursache der von der Versicherten geschilderten Beschwerden mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden können. Als weitere Differenzialdiagnose müsse ein Post-Treatment Lyme Disease Syndrome diskutiert werden. Diese Entität sei wissenschaftlich ebenfalls nicht unumstritten, das Krankheitsbild sei jedoch von den neurologischen Fachgesellschaften in die massgebenden Guidelines aufgenommen worden. Die Diagnosekriterien beinhalteten eine klinisch und laborchemisch dokumentierte Lyme-Borreliose. Laborchemisch zeige sich vorliegend in den aktuellen serologischen Untersuchungen ein Befund, der vereinbar sei mit einem Status nach einer Lyme-Borreliose. Klinisch stütze sich die Diagnose einer durchgemachten Lyme-Borreliose einzig auf die anamnestischen Angaben der Explorandin, die sich wiederum auf die Beschreibungen von Bekannten stützen. Ein weiterer Diagnosepunkt sei eine erfolgreich abgeschlossene, stadiengerechte Antibiotikatherapie mit Verbesserung oder Stabilisierung der objektiven Symptome der Lyme-Borreliose. Tatsächlich sei die Versicherte erst 2017 für 2 Wochen mit Doxycyclin behandelt worden. Die Therapie habe zu keiner Besserung der Symptome geführt, was wiederum gegen Borrelien verursachte Beschwerden spreche. Ein weiteres Kriterium seien unspezifische Symptome wie Fatigue, generalisierte Muskelschmerzen oder kognitive Einschränkungen, die innerhalb von 6 Monaten nach

Diagnose der Lyme-Borreliose auftraten und über 6 Monate nach Abschluss der Behandlung andauerten. Vorliegend dauerten die Beschwerden an. Bestanden die unklaren Beschwerdebilder jedoch schon vor der Borrelienerkrankung, gelte dies als klares Ausschlusskriterium eines Post-Treatment Lyme Disease Syndromes. Gemäss den Ausführungen der Versicherten habe sie schon vor dem Zeckenbiss im Jahr 2014 an ähnlichen Beschwerden gelitten, welche alle paar Wochen für einige Tage aufgetreten seien. Damit sei aber bereits ein Ausschlusskriterium erfüllt. Ferner gälten auch Alternativdiagnosen, die die Beschwerden erklären könnten, als Ausschlussfaktoren. Ein Post-Treatment Lyme Disease Syndrome liege in Anbetracht des medizinischen Sachverhalts mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht vor. Aufgrund der im Bericht von Prof. Dr. med. O.\_\_\_\_, Infektiologe, vom 20. Dezember 2019 erwähnten Möglichkeit eines post-infektionellen Belastungsintoleranzsyndroms, DD bei Status nach Enzephalitis im Sommer 2014, hätten sie die Anamnese wiederholt. Die Explorandin habe aber bestätigt, dass es 2014 zu keiner akuten Erkrankung gekommen sei, die mit einer Enzephalitis vereinbar wäre. Vielmehr sei es zu einer schleichenden Verschlechterung ihrer Leistungsfähigkeit gekommen. Die Diagnose eines post-infektionellen Belastungsintoleranzsyndroms nach Enzephalitis könne demnach praktisch ausgeschlossen werden.

8.2 Die Gutachter der asim gingen in der Konsensbeurteilung davon aus, dass die vielfältigen und auch diffusen Beschwerden inklusive der kognitiven Beeinträchtigungen primär im Rahmen der komplexen psychiatrischen Problematik einzuordnen seien. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten sie eine komplexe Traumafolgestörung, einen Status nach wahrscheinlich mittelschwerer depressiver Störung 2009 mit tagesklinischer Behandlung sowie ein dynamisches ulnokarpales Impaktionssyndrom links mit Verdacht auf eine beginnende Lunatummalazie (Zerfall der Knochenbälkchen im Os Lunatum) fest. Die ausgeprägte kognitive und motorische Fatigue und die damit einhergehende mittelschwere neuropsychologische Störung seien durch das psychiatrische Störungsbild vollständig erklärt. Aktuell sei weder eine Arbeit im ersten Arbeitsmarkt noch eine Beschäftigung im geschützten Rahmen möglich.

9.1 Das Gutachten der asim vom 9. Juli 2020, namentlich das infektiologische Teilgutachten vom 23. Januar 2020, erweist sich ohne Weiteres als beweistauglich. Dabei ist unerheblich, dass es im Verfahren der Invalidenversicherung eingeholt worden ist, stellen sich doch bezüglich der Folgen des Zeckenbisses dieselben Fragen wie im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren. Ferner basiert es auf einer persönlichen Untersuchung und berücksichtigt die ganze Krankengeschichte. Die Gutachter setzen sich differenziert mit den abweichenden Diagnosen auseinander, die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet und überzeugen. Die dagegen erhobenen Einwände vermögen daran letztlich nichts zu ändern. In Bezug auf die chronische Borreliose wird bereits im Bericht der G.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2018 darauf hingewiesen, dass über dieses Krankheitsbild in der Fachwelt kontrovers diskutiert werde. Die Infektiologen der asim bestätigen folgend, dass das Krankheitsbild wissenschaftlich nicht anerkannt und nicht in die Guidelines aufgenommen worden sei. Diesbezüglich kann auch auf die von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie im April 2018 veröffentlichte S3-Leitlinie Neuroborreliose verwiesen werden, worin sich die Autoren kritisch zum «Phänomen Chronische Lyme-Borreliose» äussern (vgl. S. 53). Es obliegt nicht der Sozialgerichtsbarkeit, medizinisch-wissenschaftliche Kontroversen zu entscheiden (BGE 134 V 231), weshalb auf die von Dr. E.\_\_\_\_ gestellte Diagnose der chronischen Borreliose, welche von Dr. I.\_\_\_\_ unbesehen übernommen worden ist, im Einklang mit den Gutachtern der asim nicht weiter einzugehen ist (vgl. dazu «Long Covid»,

in: SZS 2021, S. 174, Ziff. 2c, letzter Abschnitt). Nachdem eine Neuroborreliose sowie eine aktive Borrelioseerkrankung ausgeschlossen werden konnten, stellt sich die Frage nach einem Post-Treatment Lyme Disease Syndrome. Selbst wenn die Antibiotikatherapie gemäss Beschwerdeführerin erst Ende 2018, Anfang 2019 erfolgt ist und nicht schon im Jahr 2017 - wie im infektiologischen Teilgutachten vom 23. Januar 2020 angenommen -, bleibt festzuhalten, dass diese offensichtlich wirkungslos gewesen ist. Ob es sich dabei noch um eine stadiengerechte Behandlung gehandelt hat, kann offengelassen werden. Denn der Ausschluss der Lyme-Borreliose bzw. eines Post-Treatment Lyme Disease Syndroms als Ursache der geklagten Beschwerden erfolgt aufgrund der gegebenen Ausschlusskriterien. Einerseits ist mit den medizinischen Akten, insbesondere den Sprechstundenberichten der Hausärztin, belegt, dass die Versicherte schon lange vor der fraglichen Diagnose einer Borreliose an den aktuell beschriebenen Einschränkungen gelitten hat. Andererseits stellten die Ärzte der asim eine klare psychiatrische Diagnose, welche die Beschwerden, namentlich die ausgeprägte kognitive und motorische Fatigue und die damit einhergehende mittelschwere neuropsychologische Störung, zweifellos erklärt. Wenn die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang von möglichen mehreren Ursachen für die Beschwerden und von einem logischen Fehlschluss der Gutachter im infektiologischen Teilgutachten spricht, kann ihr nicht gefolgt werden. Eine Borreliose als Ursprung der Beschwerden wurde anhand der dafür massgebenden Kriterien ausgeschlossen. Des Weiteren ist die Gesamtbeurteilung aller beteiligten asim-Fachgutachter in der Konsensbeurteilung vom 9. Juli 2020 entscheidend, wonach die gesundheitlichen Beschwerden auf die komplexe Traumafolgestörung zurückzuführen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. März 2016, 8C\_777/2015, E. 3.5). Folglich kann ein Kausalzusammenhang zwischen den seit 2017 geltend gemachten Gesundheitsproblemen und dem Zeckenbiss von 2014 nicht mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit hergestellt werden. Bei dieser Erkenntnis kann die Frage, ob es sich um einen Rückfall handelt oder ob die Thematik unter dem Titel Grundfall zu beurteilen ist, offengelassen werden.

9.2 Die Einwände der Beschwerdeführerin vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern. Soweit die Beweistauglichkeit der Erkenntnisse des Vertrauensarztes Dr. D.\_\_\_\_ angezweifelt wird, erweist sich dieser Einwand als irrelevant, werden seine Einschätzungen in Bezug auf die Ursächlichkeit der Beschwerden in den wesentlichen Aspekten von den Infektiologen der asim bestätigt. Ferner wurde bereits festgestellt, dass seine fachärztlichen Qualifikationen für die Beurteilung der Streitfrage ohne Weiteres ausreichend sind. Weiter werden die Laborbefunde, auf die sich Dr. E.\_\_\_\_ beruft, von Prof. Dr. N.\_\_\_\_ und Dr. M.\_\_\_\_ nicht in Frage gestellt. Hinsichtlich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen kann ihm jedoch nicht gefolgt werden, da er sich dabei im Wesentlichen von den subjektiven Angaben der Versicherten leiten lässt, ohne die ganze Aktenlage zu berücksichtigen. Zudem bestehen bezüglich der Diagnosestellung erhebliche Zweifel. Die Verlaufsberichte von Dr. I.\_\_\_\_ (vgl. auch Bericht vom 8. März 2021) sind vorliegend ebenfalls nicht von ausschlaggebendem Beweiswert, stützen sich doch seine Beurteilungen auf die Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_. Schliesslich ist der von der Versicherten im Zusammenhang mit einer chronischen Borreliose erwähnte Bundesgerichtsentscheid vom 16. März 2016, 8C\_777/2015, für die Beurteilung des vorliegenden Falles nicht entscheidend. Zwar hat die asim damals den Begriff chronische Borreliose verwendet. Aus heutiger medizinischer Sicht sind hingegen die Krankheitsbilder Neuroborreliose und Lyme-Borreliose bzw. Post-Treatment Lyme Disease Syndrome massgebend. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

## **E. 10**

Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. a ATSG in der bis Ende 2020 gültig gewesenen, hier anwendbaren Fassung (vgl. Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 1. Januar 2021) hat der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein. Es sind demnach für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Dem Prozessausgang entsprechend wird keine Parteientschädigung zugesprochen (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Demgemäss wird erkannt: *://*: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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