

# GR\_GERICHTE S 2015 159 vom 16. August 2016

GR Gerichte, 2016-08-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S 2015 159](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2015_159)

FR: GR\_GERICHTE S 2015 159 du 16 août 2016

IT: GR\_GERICHTE S 2015 159 del 16 agosto 2016

## Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

## Volltext

VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS GRAUBÜNDEN DRETGIRA  
ADMINISTRATIVA DAL CHANTUN GRISCHUN TRIBUNALE AMMINISTRATIVO  
DEL CANTONE DEI GRIGIONI S 15 159 2. Kammer als Versicherungsgericht Vorsitz  
Moser Richter Meisser, Racioppi Aktuar Decurtins URTEIL vom 16. August 2016 in der  
versicherungsrechtlichen Streitsache A.\_\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. et oec.  
Christian Thöny, Beschwerdeführer gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt  
(SUVA), Beschwerdegegnerin betreffend Versicherungsleistungen nach UVG

- 2 - 1. A.\_\_\_\_\_, als Inhaber der Firma A.\_\_\_\_\_ GmbH bei der Schweizerischen  
Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch unfallversichert, meldete dieser am 5.  
August 2014, dass er sich in den Sommermonaten 2012 Zeckenstiche zugezogen habe.  
Aus diesem Grunde sei er seit Juli 2013 zwischen 80 – 100 % arbeitsunfähig und bis anhin  
habe die AXA Winterthur Taggeldleistungen vergütet. 2. Am 16. Februar 2013 hatte sich  
A.\_\_\_\_\_ deswegen erstmals in ärztliche Behandlung bei seinem Hausarzt pract. med.  
B.\_\_\_\_\_ begeben. In der Folge ergingen diverse Arztberichte und Auskünfte von Dres.  
med. B.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_, ein bidisziplinäres Gutachten von Dres.  
med. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_, ein neuropsychologisches Gutachten von lic. phil. H.\_\_\_\_\_  
sowie eine neurologische Beurteilung von Dr. med. I.\_\_\_\_\_. 3. Mit Verfügung vom 20. Juli  
2015 lehnte die Suva die Ausrichtung von Versicherungsleistungen ab, weil aufgrund der  
medizinischen Unterlagen sowie der Beurteilungen ihrer Arbeits- und  
Versicherungsmediziner kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang  
zwischen den angemeldeten Beschwerden und den angeblichen Zeckenstichen im Som-  
mer 2012 bestehe. 4. Hiergegen erhob A.\_\_\_\_\_ am 3. August 2015 Einsprache und reichte  
im Rahmen seiner Begründung vom 15. September 2015 ein Schreiben von Dr. med.  
K.\_\_\_\_\_ vom 4. September 2015 ein, welche die Schlussfolgerungen der Suva als falsch  
bezeichnete und ausführte, dass die eindrückliche Klinik und die bisherigen Laborresultate  
sowie die Anamnese mit den Zeckenstichen und den nachfolgenden  
Krankheitserscheinungen übereinstimmten.

- 3 - 5. Am 6. November 2015 bezog der Versicherungsmediziner Dr. med. I.\_\_\_\_\_ zu  
dieser abweichenden Beurteilung von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ Stellung und hielt fest, dass an  
seiner in der neurologischen Beurteilung vom 15. Juli 2015 geäusserten Argumentation  
festzuhalten sei, mithin dass ein Zusammenhang der vielgestaltigen und  
unbestrittenermassen vorliegenden Beschwerden mit einer aktiven Borreliose auch nach  
Kenntnisnahme der Einwände von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ nicht mit dem Beweisgrad der über-  
wiegenden Wahrscheinlichkeit erwiesen sei. 6. Gestützt auf diese Einschätzung sowie die

weiteren medizinischen Be- richte wies die Suva die Einsprache mit Entscheid vom 12. November 2015 ab. Die klinische Symptomatik sei unspezifisch und die serologi- schen Untersuchungen ein und zwei Jahre nach den gemeldeten Ze- ckenstichen hätten zwar leicht positive IgG-Antikörper gezeigt, doch sei das Resultat bei der zweiten Untersuchung nicht eindeutig gewesen. Ausserdem lägen somatische und psychische Differentialdiagnosen vor, welche das Beschwerdebild ebenfalls erklären könnten. Gemäss den Leit- linien der Schweizerischen Infektiologischen Gesellschaft sei ein kausaler Zusammenhang der vom Versicherten beklagten Beschwerden mit den Zeckenstichen aus dem Jahre 2012 deshalb nicht überwiegend wahr- scheinlich. Weitere Abklärungen seien bei der vorliegenden Aktenlage nicht angezeigt. Was Dr. med. K.\_\_\_\_\_ gegen diese Einschätzung vorge- bracht habe, sei nicht überzeugend, zumal diese ihre Argumentation nicht auf validierte oder allgemein anerkannte Diagnoseverfahren abstütze. 7. Hiergegen erhob A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführer) am 8. De- zember 2015 Beschwerde ans Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden und beantragte die Aufhebung des angefochtenen Ent- scheids sowie die Verpflichtung der Suva zur Ausrichtung der gesetzli- chen Leistungen aus UVG im Zusammenhang mit den im Sommer 2012

- 4 - erlittenen Zeckenstichen. Eventualiter sei eine gerichtlich-interdisziplinäre Begutachtung anzuordnen und die Leistungen der Suva gestützt darauf neu festzulegen. Subeventualiter sei die Angelegenheit zur nochmaligen Beurteilung im Sinne der Erwägungen und zur neuen Verfügung an die Suva zurückzuweisen. Begründend führte er aus, inwiefern die Suva eine positive Serologie zu Unrecht bestreite resp. ihr Versicherungsmediziner die Laborbefunde falsch interpretiert habe, dass die Klinik ausreichend belegt sei resp. anfänglich durch die damals bestehende chronische Pan- gastritis überdeckt worden sei und dass Differenzialdiagnosen auszusch- liessen seien. Falls das Gericht ebenfalls von alternativen Erklärungen der vorhandenen Beschwerden und der daraus resultierenden Arbeitsun- fähigkeit ausgehe, sei in Bezug auf die Frage der Differentialdiagnostik – entweder in Form eines gerichtlichen Gutachtens oder im Rahmen einer Rückweisung der Angelegenheit an die Suva – ein multidisziplinäres Gut- achten einzuholen. 8. In ihrer Beschwerdeantwort vom 15. Januar 2016 beantragte die Suva (nachfolgend Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde so- wie die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 12. November 2015. Dabei vertiefte sie ihre bereits im angefochtenen Einspracheentscheid dargelegten Standpunkte und setzte sich insbesondere mit den Aus- führungen von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ resp. der entsprechenden Stellungnah- me ihres Versicherungsmediziners Dr. med. I.\_\_\_\_\_ auseinander. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften so- wie auf den angefochtenen Einspracheentscheid vom 12. November 2015 wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegan- gen.

- 5 - Das Gericht zieht in Erwägung: 1. a) Gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 des Bundesge- setzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann gegen Einspracheentscheide Beschwerde beim Versi- cherungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in dem die versi- cherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Vorlie- gend hat der Beschwerdeführer Wohnsitz in X.\_\_\_\_\_ (GR), weshalb die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden gegeben ist. Die sachliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die

Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100), wonach das Verwaltungsgericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden gegen Einspracheentscheide und Verfügungen in Sozialversicherungssachen beurteilt, die gemäss Bundesrecht der Beschwerde unterliegen. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. November 2015, mit welchem die Beschwerdegegnerin die Einsprache des heutigen Beschwerdeführers abgewiesen hat, stellt demnach ein taugliches Anfechtungsobjekt für ein Verfahren vor dem Verwaltungsgericht dar. Als formeller und materieller Adressat des angefochtenen Einspracheentscheids ist der Beschwerdeführer berührt und weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung auf (Art. 59 ATSG). Auf die überdies frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist somit einzutreten. b) Streitgegenstand bildet die Frage, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht aus UVG gegenüber dem Beschwerdeführer zu Recht verneint hat. Dies hängt davon ab, ob die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von den angeblich

- 6 - im Jahre 2012 erlittenen Zeckenstichen herrühren, mithin ob diesbezüglich ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. 2. a) Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. 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. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und der gesundheitlichen Schädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 E.3). b) Als Ursache im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs gelten alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der in Frage stehende 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 einer gesundheitlichen Störung ist. Es genügt, dass er als schädigendes Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche, geistige oder psychische Gesundheit der Versicherten beeinträchtigt hat, mithin der Unfall nicht weggedacht werden kann, ohne dass die eingetretene gesundheitliche Beeinträchtigung entfielen (vgl. BGE 129 V 177 E.3.1, 119 V 335 E.1, 118 V 286 E.1b; ARMESTO, in: STEIGER-SACKMANN/MOSIMANN [Hrsg.], Recht der Sozialen Sicherheit, Basel 2014, Rz. 18.27 ff.). c) Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage.

- 7 - Darüber haben die Verwaltung sowie das im Beschwerdefall angerufene Gericht nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BGE 129 V 177 E.3.1 m.w.H. sowie RUMO-JUNGO/HOLZER, in: MURER/STAUFFER [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl., Zürich/Basel/St. Gallen 2012, Art. 6 S. 54). Dasselbe gilt für den Wegfall eines einmal bestehenden Kausalzusammenhangs. Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang existiert, der Versicherte die objektive Beweislast trägt, liegt die objektive Beweislast für den behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens

des Status quo sine vel ante beim Unfallversicherer (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2013 vom 28. Januar 2014 E.4.2.1 mit weiteren Hinweisen; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., Art. 6 S. 54). Diese Beweislastregel greift freilich erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. BGE 117 V 261 E.3b; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., Art. 6 S. 55). 3. a) Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung stellt ein Zeckenstich ein Unfallereignis dar, weshalb die Beschwerdegegnerin als obligatorische Unfallversicherung für die damit verbundenen Infektionskrankheiten (Lyme-Krankheit, Enzephalitis) und deren Folgen grundsätzlich aufzukommen hat (vgl. BGE 122 V 230 [Pra 86 Nr. 82] sowie RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., Art. 6 S. 35 f.). Vorliegend ist indes umstritten, ob die diversen vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folgen einer Borreliose resp. eines Zeckenstichs darstellen, mithin ob zwischen den Beschwerden und den Zeckenstichen im

- 8 - Jahre 2012 eine natürliche Kausalität besteht, welche eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin begründen würde. b) Bei der Lyme-Borreliose, welche durch das Bakterium *Borrelia burgdorferi* hervorgerufen wird, handelt es sich um eine Infektionskrankheit mit komplexem Krankheitsbild, welches aus unspezifischen Allgemein- und spezifischen Symptomen besteht, die aus dem Befall der einzelnen Organe resultieren. Zu den wichtigsten Allgemeinsymptomen gehören Müdigkeit, Malaise, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Fieber, Arthralgien, Myalgien, Heiserkeit, Nausea, Erbrechen, Bindehautentzündung, Gewichtsverlust und Durchfall. Bekannt sind auch Beeinträchtigungen der Psyche wie insbesondere depressive Verstimmungen. Als Folge kann ferner auch ein Chronic Fatigue-Syndrom auftreten, wobei für dessen Diagnose andere Krankheiten ausgeschlossen sein müssen (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 282/04 vom 14. März 2005 E.2.2 m.w.H.). Sodann gibt es verschiedene Formen und Stadien (I - III) der Lyme-Borreliose (vgl. dazu ausführlich: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl., Berlin 2015, S. 1267; Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl., 2003, S. 1144). Während ein erfolgter Kontakt mit dem Borreliose-Erreger mittels serologischer Untersuchungen belegt werden kann, genügen solche für den Schluss auf eine daraus entstandene Lyme-Borreliose nicht. Die Diagnose einer Lyme-Borreliose – gleich welchen Stadiums – setzt darüber hinaus ein entsprechendes klinisches Beschwerdebild und den Ausschluss von Differentialdiagnosen voraus (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_695/2010 vom 9. Juni 2011 E.5 sowie hinsichtlich Neuro-Borreliose 8C\_917/2008 vom 17. März 2009 E.3.1). c) Zur Beurteilung der Frage, ob die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auf die Zeckenstiche aus dem Jahre 2012 zurückzuführen sind, liegen diverse medizinische Berichte und Gutachten bei den Akten,

- 9 - deren Inhalt im Folgenden – zumindest im Wesentlichen – in chronologischer Reihenfolge kurz wiedergegeben wird: • Aus den durch die Beschwerdegegnerin edierten Akten des Krankentaggeldversicherers geht hervor, dass der Beschwerdeführer am 25. Juni 2014 aufgrund psychophysischer Erschöpfung bei vorbestehender generalisierter Angststörung im Rahmen der längeren Störung der Stressmodulationsfähigkeit durch seinen Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_\_ in eine Klinik eingewiesen worden sei (beschwerdegegnerische Beilage [Bg-act.] 22 S. 7 sowie Arztbericht von Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, in Bg-act. 22 S. 8 ff.). Zuvor hatte Dr.

med. D.\_\_\_\_\_, leitender Facharzt Innere Medizin im einem Spital, unter anderem ein erhebliches Erschöpfungssyndrom, kombiniert mit Vitamin-B12-Mangel, abgeschwächter Körperkraft und Erschöpfbarkeit sowie eine Hp-positive Gastritis festgestellt (Bg-act. 22 S. 17). • Im Arztzeugnis UVG vom 28. Oktober 2014 (Bg-act. 17) berichtete Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Praktischer Arzt FMH und Hausarzt des Beschwerdeführers, über dessen Behandlung seit dem 16. Februar 2013. Als Beschwerden klage der Versicherte seit Monaten zunehmend über Schwindelgefühle, Müdigkeit, Muskel- und Gelenkschmerzen, Konzentrationsstörungen, Appetitlosigkeit und erhebliche Magenbeschwerden. An beiden Unterschenkeln sowie etwas weniger auch an den Oberschenkeln hätten fleckige Erytheme festgestellt werden können. Laut dem Versicherten seien diese Hautveränderungen erstmals nach multiplen Zeckenstichen aufgetreten und längere Zeit auch mit erheblichem Juckreiz verbunden gewesen. Diagnostisch schloss er auf einen Verdacht einer chronischen Borreliose, während er im Februar 2013 zunächst an eine Gastro-Intestinale Problematik mit konsekutivem Mangelzustand und entsprechender Symptomatik gedacht habe. Zwar sei das Magengeschwür im Spital gastroskopisch nachgewiesen worden und mit entsprechender Behandlung habe es sich wesentlich gebessert. Die Schwindelgefühle, Müdigkeit, Muskel- und Gelenkschmerzen, Konzentrationsstörungen und der Leistungsverlust hätten jedoch im Wesentlichen unverändert weiterbestanden, sodass die zunächst auch hierfür ursächlich angenommene Gastro-Intestinale Problematik nicht angenommen werden könne. Der Laborbefund des Spitals zeige sowohl im August 2013 als auch im August 2014 einen erhöhten Borrelientiter, und eine in der Zwischenzeit angefertigte Dunkelfeldmikroskopie untermauere den Verdacht auf eine Borrelieninfektion. • In einer Aktennotiz vom 6. November 2014 (Bg-act. 18) erachtete Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin und Allgemeine Innere Medizin der Suva, die Serologiebefunde als nicht eindeutig in Zusammenhang mit einem Borrelieninfekt

- 10 - stehend. Es sei nicht ersichtlich, ob diesbezüglich in der Zwischenzeit eine antibiotische Behandlung durchgeführt resp. indiziert worden sei. Aus schulmedizinischer Sicht sei ihm die Bestätigung einer Borrelieninfektion mittels Dunkelfeldmikroskopie nicht bekannt. Ausserdem seien die aufgeführten klinischen Symptome aus medizinischer Sicht als unspezifisch zu werten und differentialdiagnostisch diverse andere Erkrankungen zu berücksichtigen, welche diese Symptome verursachen könnten. In Anbetracht dieser Verdachtsdiagnose empfahl er eine weitere schulmedizinische Aufarbeitung der medizinischen Situation. • Am 24. November 2014 berichtete Dr. med. D.\_\_\_\_\_ (Bg-act. 23 S. 11) sodann von einer im August 2013 nachgewiesenen Seronarbe für Borrelia burgdorferi ohne typische Klinik für eine Neuroborreliose. Auf eine weitere Verfolgung dieser Diagnose- richtung habe er – bei bestehender Erschöpfungsdepression – daher verzichtet. • Auf entsprechende Nachfrage der Beschwerdegegnerin teilte Dr. med. B.\_\_\_\_\_ am 15. Dezember 2014 mit, dass initial keine Antibiose erfolgt sei, da die Diagnose einer Borreliose zunächst nicht in Erwägung gezogen worden sei. Über die aktuelle Therapie entscheide Dr. med. E.\_\_\_\_\_, welche die Behandlungsführung übernommen habe (Bg-act. 25). Diese Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Ärztin für Anthroposophische Medizin vom Spital, teilte der Beschwerdegegnerin am 2. März 2015 mit, dass der Beschwerdeführer bei dem Verdacht der Borrelieninfektion nicht antibiotisch behandelt worden sei. Da es sich nicht um eine akute Infektion handle, sei mit bewährten naturheilkundlichen Mitteln behandelt worden, wobei sich eine Besserung gezeigt habe (Bg-act. 32). • In seinem neuropsychologischen Gutachten vom 28. Januar 2015 (Bg-act. 37 S. 88 ff.) diagnostizierte lic. phil. H.\_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie und zertifizierter neuropsychologischer Gutachter

SIM, eine leichte intellektuelle Behinderung sowie erhebliche Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeits- /Konzentrationsleistung sowie der mnestischen und exekutiven Funktionen mit gewissen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ob die von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ empfohlene Abklärung zur Borreliose inzwischen durchgeführt worden sei, entziehe sich seiner Kenntnis. Sollte bei einer entsprechenden Abklärung ein klar positiver Befund herauskommen, wären die vorliegenden neuropsychologischen Defizite (insb. die mnestischen) teilweise nachvollziehbar. Im neuropsychologischen Bereich seien bei unbehandelten Borrelioseerkrankungen teilweise Defizite wie die Vorliegenden bekannt. Das Ausmass der vorliegenden Befunde sei jedoch derart, dass der Schweregrad nur in einzelnen Bereichen einer allfälligen unbehandelten Borrelioseerkrankung zuzuordnen wäre. Abschliessend hielt auch lic. phil. H.\_\_\_\_\_ eine Abklärung der Bor-

- 11 - reliose und – bei positivem Befund – eine entsprechende medikamentöse Behandlung für angezeigt. • In einem von der Invalidenversicherung eingeholten bidisziplinären Gutachten vom 27. März 2015 (Bg-act. 37 S. 2 ff.) von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin (internistische Abklärung), und Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und zertifizierter medizinischer Gutachter SIM (psychiatrische Abklärung), hatte wegen mangelhafter Mitwirkung des Exploranden weder zur Diagnostik noch zu den Einschränkungen resp. der Arbeitsfähigkeit Stellung genommen werden können. Der Explorand sei unter anderem nicht bereit gewesen, die zur diagnostischen Klärung des Verdachts auf Neuroborreliose notwendige Lumbalpunktion durchführen zu lassen (Bg-act. 37 S. 36 und 40). In einem Nachtrag vom 2. April 2015 zu diesem IV-Gutachten (Bg-act. 37 S. 86) hielt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ fest, dass der Versicherte die Liquoruntersuchung, mit welcher die in der Klinik gestellte Verdachtsdiagnose einer Borreliose hätte geklärt werden können, am 18. März 2015 telefonisch abgesagt habe und dass sie als Gutachter diesbezüglich deshalb keine Stellung nehmen könnten. • In einer Aktennotiz vom 2. Juli 2015 (Bg-act. 39) stellte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ fest, dass die Borrelien-Serologie vom August 2013 grundsätzlich einen früheren Kontakt zu Borrelien dokumentiere. Zum Kontaktzeitpunkt könne aufgrund des Serologiebefundes aber keine eindeutige Information abgeleitet werden, da ein solcher Befund viele Jahre (bis Jahrzehnte) im Sinne einer Seronarbe persistieren könne. Ebenfalls ergebe sich im Rahmen der geschilderten unspezifischen klinischen Symptomatik kein klarer Hinweis auf eine Kausalität. Bemerkenswerterweise hätten die betreuenden Ärzte trotz des Verdachts auf eine aktive Borrelieninfektion und des postulierten fortgeschrittenen Erkrankungsstadiums bisher nur naturheilkundliche Ansätze verfolgt und eine schulmedizinisch-therapeutische Behandlung (insbesondere eine therapeutische antibiotische Behandlung) nicht in Betracht gezogen. Zudem seien die unspezifischen klinischen Symptome (Schwindelgefühle, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, Konzentrationsstörungen, Appetitlosigkeit und Magenbeschwerden mit schleichendem Leistungsverlust) auch mit den medizinischen, nicht borrelieninfekt-assoziierten Diagnosen (chronische Gastritis, Vitamin-B12-Mangel, Anämie) zu vereinbaren. Abschliessend empfahl er der Beschwerdegegnerin den Beizug eines versicherungsinternen Neurologen. • In seiner neurologischen Beurteilung vom 15. Juli 2015 (Bg-act. 41) bezweifelte Dr. med. I.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Versicherungsmediziner der Suva, dass es sich bei den vom Hausarzt festgestellten fleckigen Erythemen um eine Folge

- 12 - der Zeckenstiche, mithin um eine Wanderröte gehandelt habe. Typische Hautreaktionen nach Zeckenstichen seien lokale Rötungen an der Einstichstelle, welche sich nach wenigen Tagen zurückbildeten. Sodann seien die beschriebenen Symptome unspezifisch und gäben zu weitreichenden differentialdiagnostischen Überlegungen Anlass (Pangastritis mit Vitamin-B12-Mangel, leichte Anämie; psychophysische Erschöpfung bei vorbestehender generalisierter Angststörung). Auch der serologische Nachweis von *Borrelia burgdorferi* sei nicht eindeutig, zumal der IgG-Befund im Immunoblot nicht eindeutig bestätigt werden können. Bei unklaren neurologischen Beschwerden ohne vorhergehende Symptome einer Borreliose sei die Durchführung einer Lyme-Serologie nicht indiziert. Dies liege an der hohen Verbreitung von IgG-Antikörpern gegen Borrelien bei asymptomatischen Personen in der Schweiz und der bei unspezifischen Beschwerden niedrigen Vortestwahrscheinlichkeit. Aus diesen Gründen sei auch eine weitere Abklärung mittels Liquorpunktion nicht sinnvoll und daher auch nicht indiziert. Schlussfolgernd erscheine ein kausaler Zusammenhang der geklagten Beschwerden mit den Zeckenstichen aus dem Jahre 2012 nicht überwiegend wahrscheinlich. • In ihrem Schreiben vom 4. September 2015 an die Beschwerdegegnerin (Bg-act. 52), welches der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Einsprachebegründung ins Recht gelegt hatte, stellte Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, spezialisiert auf chronische Borreliose, zunächst die Anamnese dar und resümierte die klinischen Beschwerden. Die Klinik sei zu Unrecht als "unspezifisch" taxiert worden. Unter Borreliosespezialisten gelte die Regel, dass selbst bei negativer Serologie die Klinik für die Diagnose ausschlaggebend sei, da das Labor bei chronischen Fällen negativ sein könne. Vorliegend stimmten die eindrückliche Klinik und die bisherigen Laborresultate sowie die Anamnese mit den Zeckenstichen und nachfolgenden Krankheitserscheinungen überein. Eine Lumbalpunktion sei wegen rund 85 % falsch negativer Befunde in Borreliose-Spätstadien viel zu unzuverlässig und daher nicht indiziert, weshalb der Versicherte eine solche zu Recht abgelehnt habe. Sodann diagnostizierte sie eine chronische Borreliose (inklusive Neuroborreliose), 3 Co-Infektionen bei Borreliose (*Leptospirose*, *Rickettsia conori* und *Rickettsia typhi*), Anämie, aktivierte T-Lymphozyten sowie eine starke Arbeitsunfähigkeit v.a. durch starke Müdigkeit, Erschöpfung, Apathie, kognitiven und Schlafstörungen etc. Abschliessend nahm sie Stellung zu verschiedenen Aussagen von Dr. med. I.\_\_\_\_\_, und legte dar, inwiefern sich dieser auf veraltete Literatur abstütze. • In einer erneuten neurologischen Beurteilung vom 6. November 2015 (Bg-act. 57) nahm Dr. med. I.\_\_\_\_\_ zur abweichenden Beurteilung von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom

- 13 - 4. September 2015 sowie den neu eingereichten Laborberichten Stellung. Die erneut vorgebrachten und von verschiedenen Ärzten dokumentierten Beschwerden würden nicht bestritten. Schon die Diagnosen des Hausarztes Dr. med. B.\_\_\_\_\_ (schwere psychophysische Erschöpfung bei vorbestehender Angststörung, Burn-out-Syndrom, Pangastritis, Anämie, Vitamin B12-Mangel, funktionelle Herzbeschwerden sowie multiple Medikamenten- und Nahrungsmittelunverträglichkeiten) liessen Zweifel an der behaupteten chronischen Borreliose als Alleinursache der Beschwerden aufkommen. Sodann sei der von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ zitierte Lymphozyten-Transformationstest nicht allgemein anerkannt und empfohlen und die erwähnte Lymphozyten-Typisierung unspezifisch (belege lediglich, dass "etwas mit dem Immunsystem nicht stimmt"). Auch die Dunkelfeldmikroskopie finde in neueren Leitlinien zur Neuroborreliose keine Erwähnung. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ untermauere ihre Argumentation folglich mit nicht validierten oder allgemein anerkannten Diagnoseverfahren. Es sei allgemein bekannt, dass nach einer

Borrelieninfektion Antikörper persistierten und somit deren serologischer Nachweis keine Aussage über die Aktivität einer allfälligen Erkrankung erlaube. Daher sei an seiner ursprünglichen Einschätzung festzuhalten, wonach der Zusammenhang der vielgestaltigen Beschwerden mit einer aktiven Borreliose nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erbracht worden sei. d) Der Beweiswert dieser verschiedenen medizinischen Beurteilungen hängt rechtsprechungsgemäss davon ab, ob sie für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sind, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchten und in den daraus gezogenen Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a mit Hinweis). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E.3a, 122 V 157 E.1c mit Hinweisen). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So kommt den Berichten und

- 14 - Gutachten versicherungsinterner Ärzte voller Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E.4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_245/2011 vom 25. August 2011 E.5.3). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E.3a mit Hinweisen). Ein medizinischer Aktenbericht erweist sich nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sodann als beweistauglich, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Hierfür muss der Untersuchungsbefund lückenlos vorliegen, damit sich der Berichterstatter ein vollständiges Bild über den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt zu verschaffen vermag (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_119/2012 vom 30. März 2012 E.4, 8C\_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E.3.2.2 sowie 8C\_199/2011 vom 9. August 2011 E.2).

- 15 - 4. a) Aus der Serologie lässt sich unbestrittenermassen ableiten, dass früher ein Borrelienkontakt stattgefunden hat (vgl. Beschwerde S. 9, angefochtener Entscheid S. 5 sowie Aktennotiz von Dr. med. C. \_\_\_\_\_ vom 2. Juli 2015 in Bg-act. 39). Wie Dr. med. I. \_\_\_\_\_ zu Recht festhält und sich auch aus der vorerwähnten bundesgerichtlichen Rechtsprechung ergibt, genügt der erfolgte Kontakt mit dem Borreliose-Erreger für den Schluss auf eine daraus resultierende Lyme- oder Neuro-Borreliose indes nicht resp. kann

daraus keine Aussage über die Aktivität einer allfälligen Erkrankung abgeleitet werden. Nach einem Borrelienkontakt können IgM-Antikörper nämlich auch über Jahre persistieren und sind deshalb kein Marker für eine noch bestehende Krankheitsaktivität (vgl. Schweizerische Ärztezeitung, 2005; 86: Nr. 41, S. 2337 sowie angefochtener Entscheid S. 5 und Beschwerdeantwort S. 8). So sprechen denn auch Dr. med. C.\_\_\_\_\_ und Dr. med. D.\_\_\_\_\_ im Zusammenhang mit der positiven Serologie lediglich von einer nachgewiesenen Seronarbe, d.h. einem serologischen Nachweis von Antikörpern im Blut, die eine abgelaufene, frühere oder alte Infektion beweisen (vgl. Bg-act. 39 sowie 23 S. 11). Hinsichtlich der weiteren Voraussetzungen für die Annahme einer Borrelioseerkrankung – mit hin eines entsprechenden klinischen Krankheitsbildes sowie des Ausschlusses von Differentialdiagnosen (vgl. hierzu vorstehend Erwägung 3b) – gehen die Einschätzungen von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ einerseits sowie Dr. med. I.\_\_\_\_\_ andererseits jedoch auseinander. Vor dem Hintergrund der vorstehenden Ausführungen zum Beweiswert von medizinischen Beurteilungen wird im Folgenden deshalb zu erörtern sein, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Einschätzungen ihres versicherungsinternen Arztes Dr. med. I.\_\_\_\_\_ abgestellt hat, oder ob dessen Beurteilung durch die Stellungnahme von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ derart in Zweifel gezogen werden, dass dieser zu folgen wäre oder zumindest ergänzende Abklärungen vonnöten wären (vgl. soeben Erwägung 3d).

- 16 - b) Soweit Dr. med. K.\_\_\_\_\_ den Nachweis einer Borrelieninfektion aufgrund der Ergebnisse einer Dunkelfeldmikroskopie als erbracht sieht (vgl. Schreiben von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 4. September 2015 in Bg-act. 52 S. 1 f.), ist ihr mit Dres. med. I.\_\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_\_ entgegenzuhalten, dass sich mit dieser Methode keine Borrelieninfektion bestätigen lässt, diese mithin kein validiertes oder allgemein anerkanntes Diagnoseverfahren für eine Borreliose darstellt. Gleich verhält es sich mit dem Lymphozyten-Transformationstest sowie der als unspezifisch taxierten Lymphozyten-Typisierung (vgl. Bg-act. 18 und Bg-act. 57 S. 3 f. mit Verweis auf die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie). Damit erweisen sich die medizinisch nicht hinreichend validierten und fundierten Ausführungen von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ hinsichtlich der Serologie als nicht geeignet, um die Einschätzungen von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ ernsthaft in Zweifel zu ziehen. Soweit Dr. med. B.\_\_\_\_\_ seinen Verdacht auf eine chronische Borreliose ebenfalls auf die Ergebnisse der Dunkelfeldmikroskopie gestützt hat (vgl. Arztzeugnis von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2014 in Bg-act. 17 S. 2), führen auch seine Berichte nicht zu einer abweichenden Einschätzung. c) Was die Klinik betrifft, so werden die vom Beschwerdeführer geklagten und von verschiedenen Ärzten dokumentierten Beschwerden (Schwindelgefühle, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen, Konzentrationsstörungen, Appetitlosigkeit und Magenbeschwerden mit schlechtem Leistungsverlust) nicht bestritten. In Anbetracht der diversen unterschiedlichen Beschwerden sowie der vorliegenden Diagnoseliste wird die Auffassung von Dr. med. K.\_\_\_\_\_, wonach die Beschwerden im Sinne einer Alleinursache auf die behauptete chronische Borreliose zurückzuführen seien, seitens der Beschwerdegegnerin jedoch zu Recht in Zweifel gezogen.

- 17 - aa) Zunächst ist nämlich festzuhalten, dass eindeutige Frühsymptome einer Borreliose wie Erythema migrans oder radikuläre Störungen nicht haben festgestellt werden können. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer nach den angeblich im Jahre 2012 erfolgten Stichen keine ringförmigen, sich ausbreitenden Rötungen festgestellt hat, kann diesem

selbstredend nicht zum Vorwurf gemacht werden resp. führt nicht schon für sich alleine zur Verneinung einer entsprechenden Klinik (so Beschwerde S. 10), ist in diesem Zusammenhang aber dennoch zu berücksichtigen. Gegen das Vorliegen einer eindeutigen Klinik spricht sodann die Tatsache, dass der vom erstbehandelnden Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_\_ ca. sechs Monate nach den Zeckenstichen beschriebene Hautbefund (fleckige Erytheme an beiden Unterschenkeln, etwas weniger auch an den Oberschenkeln; vgl. Arztzeugnis UVG von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2014 in Bg-act. 17 S. 2) gemäss der nachvollziehbaren Auffassung von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht dem einer Wanderröte entspricht und deshalb – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – nicht zwingend auf eine erfolgte Borrelien-Infektion schliessen lässt. bb) Sodann legen Dres. med. I.\_\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_\_ nachvollziehbar dar, dass die festgestellten klinischen Symptome differentialdiagnostisch durch diverse andere Erkrankungen verursacht sein könnten. So würden auch die chronische Gastritis (und der wahrscheinlich daraus resultierende Vitamin B12-Mangel), die latente Anämie sowie die leichte Hypercholesterinämie zu klinischen Symptomen führen; beispielsweise könne eine chronische Gastritis zu Magenbeschwerden führen, ein Vitamin B12-Mangel neurologische und psychiatrische Symptome verursachen und eine Anämie Müdigkeit und Kopfschmerzen auslösen. Mit anderen Worten stellen sich diese zu Recht auf den Standpunkt, dass die klinischen Symptome auch mit den anderen, nicht borrelieninfektion-assoziierten Diagnosen zu vereinbaren und dass relevante Differentialdiagnosen dementsprechend

- 18 - nicht auszuschliessen seien (vgl. Aktennotiz von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 2. Juli 2015 in Bg-act. 39 sowie neurologische Beurteilung von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 15. Juli 2015 in Bg-act. 41 S. 9). cc) Der Nachvollziehbarkeit dieser Ausführungen tut es auch keinen Abbruch, dass der aktuelle psychische und neuropsychologische Zustand des Beschwerdeführers zufolge dessen mangelhafter Mitwirkung nicht abschliessend beurteilt werden können (vgl. hierzu auch nachfolgend Erwägung 5a). Zum einen sind psychische Diagnosen schon früher gestellt worden resp. hat am 25. Juni 2014 gar eine Hospitalisation wegen einer psychophysischen Erschöpfung bei vorbestehender generalisierter Angststörung im Rahmen einer längeren Störung der Stressmodulationsfähigkeit stattgefunden (vgl. Bg-act. 22 S. 7 ff.) und zum anderen sind – wie soeben dargelegt – auch diverse somatische Diagnosen ausgewiesen, welche als differentialdiagnostische Erklärungsansätze in Frage kommen und damit keinen überwiegend wahrscheinlichen Rückschluss der Beschwerden auf den Borrelienkontakt zulassen. Sodann verneint auch Dr. med. D.\_\_\_\_\_ eine typische Klinik für eine Borreliose (vgl. Bg-act. 23 S. 11), und lic. phil. H.\_\_\_\_\_ hält in seiner neuropsychologischen Beurteilung fest, dass die vorliegenden Befunde von Ausmass und Schweregrad her "nur in einzelnen Bereichen einer allfälligen unbehandelten Borrelioseerkrankung zuzuordnen" wären (vgl. neuropsychologisches Gutachten von lic. phil. H.\_\_\_\_\_ vom 28. Januar 2015 in Bg-act. 37 S. 101). d) Nach dem vorstehend Gesagten erweist sich die medizinische Beurteilung von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 15. Juli 2015, wonach bei unspezifischer Klinik und relevanten Differentialdiagnosen ein kausaler Zusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden mit den Zeckenstichen aus dem Jahre 2012 nicht überwiegend wahrscheinlich sei, als schlüssig und

- 19 - nachvollziehbar. Während die Berichte von Dres. med. C.\_\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_\_ seine Einschätzungen stützen, steht diesen einzig die seitens des Beschwerdeführers ins Recht

gelegte Beurteilung von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ entgegen. Diese vermag an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Erkenntnisse von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ jedoch keine auch nur geringe Zweifel zu begründen, zumal deren Argumentation auf nicht validierten oder allgemein anerkannten Diagnoseverfahren basiert und die Ausführungen betreffend die von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ herangezogene Literatur sowie die Missstände in der Versicherungsmedizin allgemein nicht fundiert sind. Vielmehr werden diese Einwände von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 6. November 2015 in nachvollziehbarer Weise widerlegt. Sodann befand sich Dr. med. I.\_\_\_\_\_ in Kenntnis sämtlicher massgebender Akten, und eine persönliche Exploration des Beschwerdeführers erübrigte sich insofern, als ein lückenloser Befund vorlag und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts ging. Ausserdem wird weder geltend gemacht noch sind Anhaltspunkte ersichtlich, wonach der versicherungsinterne Dr. med. I.\_\_\_\_\_ nicht objektiv oder befangen sei. Damit ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Einschätzungen ihres Versicherungsmediziners abgestellt und gestützt darauf ihre Leistungspflicht verneint hat. 5. a) Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers war die Beschwerdegegnerin auch nicht gehalten, hinsichtlich des Ausschlusses von Differentialdiagnosen weitere Abklärungen zu treffen. In psychiatrischer Hinsicht kann der Sachverhalt zwar in der Tat nicht als ausreichend erachtet werden, zumal sowohl im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ als auch der neuropsychologischen Beurteilung von lic. phil. H.\_\_\_\_\_ infolge des unkooperativen Verhaltens des Beschwerdeführers keine Aussagen zur Diagnostik und zu vorhandenen Einschränkun-

- 20 - gen haben gemacht werden können. Diese mehrfach dokumentierten Verletzungen der Mitwirkungspflicht (vgl. Bg-act. 37 S. 40 ff.) haben zwar nicht zur Folge, dass der Beschwerdeführer vorliegend keine entsprechende Begutachtung verlangen dürfte und aufgrund der vorliegenden Akten zu entscheiden wäre. Eine derartige Sanktion wäre gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG nämlich erst denkbar, wenn vorgängig – was vorliegend nicht geschehen ist – eine entsprechende Mahnung, ein Hinweis auf die Rechtsfolgen sowie die Einräumung einer angemessenen Bedenkzeit erfolgt wären. Weitere Abklärungen in Bezug auf allfällige neurokognitive Funktionsdefizite würden aber nichts daran ändern, dass die Klinik von Beginn weg unspezifisch war (obschon diese anfänglich offenbar durch eine Gastro-Intestinale Problematik überlagert wurde) und insbesondere keine eindeutigen Frühsymptome wie Erythema migrans oder radikuläre Störungen dokumentiert sind. Insofern ist von weiteren Abklärungen hinsichtlich möglicher Differentialdiagnosen – und damit hinsichtlich einer von drei kumulativen Voraussetzungen – keine abweichende Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs zu erwarten, weshalb auf die Abnahme weiterer Beweise im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung verzichtet werden kann (vgl. BGE 134 I 140 E.5.3 mit weiteren Hinweisen). Aus diesem Grunde ist dem beschwerdeführerischen Antrag auf Einholung eines interdisziplinären Gerichtsgutachtens vorliegend nicht stattzugeben. b) Sodann gilt es festzuhalten, dass die ohnehin schon schwierige Feststellung einer Borrelieninfektion infolge Zeitablaufs nun noch schwieriger geworden ist. Ob die vom Beschwerdeführer mehrfach verweigerter Liquoruntersuchung resp. Lumbalpunktion zwecks diagnostischer Klärung des Verdachts auf (Neuro-)Borreliose angezeigt oder erforderlich gewesen wäre, kann vorliegend offen bleiben (vgl. hierzu einerseits das interdisziplinäre Gutachten von Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ vom 27. März

- 21 - 2015 in Bg-act. 37 S. 45 und den Nachtrag vom 2. April 2015 in Bg-act. 37 S. 86, wonach eine solche zwecks Klärung des Verdachts auf eine Borreliose indiziert wäre, sowie andererseits das Schreiben von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 4. September 2015 in Bg-act. 52 S. 3, wonach der Beschwerdeführer eine solche "irreführende und belastende Untersuchung" zu Recht verweigert habe, und schliesslich auch die neurologische Beurteilung von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 15. Juli 2015 in Bg-act. 41 S. 10). Festzuhalten gilt es jedoch, dass eine antibiotische Behandlung, welche zum Erstaunen der involvierten Ärzte trotz des Verdachts auf eine aktive Borreliose bisher nicht erfolgt ist (vgl. die entsprechende Auskunft von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 2. März 2015 in Bg-act. 32 sowie die Aktennotiz von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 2. Juli 2015 in Bg-act. 39 S. 1 f.), im Hinblick auf eine zuverlässige Diagnosestellung zum jetzigen Zeitpunkt wohl nicht mehr als erfolgsversprechend erscheint. Mit anderen Worten erscheint es fraglich, ob das Vorliegen einer Borreliose zum jetzigen Zeitpunkt überhaupt noch zuverlässig angenommen oder aber ausgeschlossen werden kann. 6. a) Zusammenfassend ist festzuhalten, dass trotz unbestrittenermassen erfolgtem Borrelienkontakt nicht von einer Borrelioseinfektion auszugehen ist, zumal eine unspezifische resp. nicht korrelierende Klinik vorliegt und relevante Differentialdiagnosen nicht ausgeschlossen werden können. Damit fehlt es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit am natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den vom Beschwerdeführer geklagten, vielfältigen Beschwerden und den Zeckenstichen aus dem Jahre 2012, weshalb die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht verneint hat. Da die Aktenlage ausreichend ist, um den medizinischen Sachverhalt beurteilen zu können und der neurologischen Beurteilung des Versicherungsmediziners, auf welche die Beschwerdegegnerin zu Recht abgestellt hat, voller Beweiswert zukommt, sind weitere medizinische Abklärungen

- 22 - nicht angezeigt. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. November 2015 erweist sich demnach als rechtens, was zur vollumfänglichen Bestätigung desselben und zur Abweisung der vorliegenden Beschwerde führt. b) Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist das kantonale Beschwerdeverfahren in Sozialversicherungssachen – ausser bei leichtsinniger oder mutwilliger Prozessführung – für die Parteien kostenlos. Demnach werden für das vorliegende Beschwerdeverfahren keine Kosten erhoben. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht überdies kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Demnach erkennt das Gericht: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Kosten erhoben. 3. [Rechtsmittelbelehrung] 4. [Mitteilungen]

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