

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/41 vom 21. Februar 2011

Sg Versicherungsgericht, 2011-02-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2010_41

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/41 du 21 février 2011

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2010/41 del 21 febbraio 2011

Regeste

Art. 6 UVG: ungenügende Beweisgrundlage für den überwiegend wahrscheinlichen Nachweis des Dahinfallens der natürlichen Kausalität zwischen zwei Zeckenbissen und fortdauernden Beschwerden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Februar 2011, UV 2010/41).

Erwägungen

E. 1

1.1 Nach der Rechtsprechung ist ein Zeckenbiss als Unfall zu qualifizieren und fällt demnach grundsätzlich in den Leistungsbereich des Unfallversicherers (BGE 122 V 230 = Pra 86 Nr. 82). Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin mit der Ausrichtung von Leistungen die Kausalität zwischen den Zeckenbissen vom 30. September und 8. Oktober 2008 und dem anschliessend aufgetretenen Beschwerdebild mit Symptomen wie Müdigkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Gelenksschmerzen, muskuläre Beschwerden, Schlafstörungen, Schwellungsgefühle in der rechten Hand (act. M4, M6) anerkannt hat. Es ist unbestritten, dass beim Beschwerdeführer durch die positive IgG-Borrelia-Serologie der Nachweis einer Borrelia burgdorferi (Erreger einer Borreliose) erbracht werden konnte (act. M1, M4, M11). Daraus ist zu schliessen, dass der Beschwerdeführer eine Borreliose-Infektion durchmachte bzw. Kontakt mit dem Borreliose-Erreger Borrelia burgdorferi gehabt hat, was wiederum auf einen Zeckenbiss als Überträger hinweist. Im Februar 2009 wurde beim Beschwerdeführer eine vierwöchige Therapie mit dem Antibiotikum Tetracyclin durchgeführt (act. M2, M4). Während sich die Beschwerdegegnerin nun auf den Standpunkt stellt, die Antibiotika-Therapie habe zur Heilung der Borreliose-Infektion geführt bzw. nach einer solchen Therapie sei von einem Status quo ante auszugehen, womit der Beschwerdeführer zu beweisen habe, dass fortdauernde Beschwerden im Sinn eines Rückfalls mit den Unfällen vom 30. September und 8. Oktober 2008 in einem natürlichen Kausalzusammenhang stünden, geht der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers von einem Fortdauern des Grundfalls aus, womit die Beschwerdegegnerin den Wegfall der Kausalität beweisen müsste. 1.2 Laut medizinischen Akten haben sich die Beschwerden des Beschwerdeführers seit den fraglichen Zeckenbissen, insbesondere auch nach der Antibiotika-Therapie, nie gebessert (act. M2, M4, M5, M6). Die medizinischen Akten zeigen ausserdem, dass sich beim Beschwerdeführer seit den Zeckenbissen fast nahtlos die durch Dr. B.____ und Dr. C.____ veranlassten medizinischen Abklärungen sowie die Abklärungen der Beschwerdegegnerin bei ihren beratenden Ärzten anschlossen. Erst nach Durchführung dieser Abklärungen zeigte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 26. Oktober 2009 ausdrücklich die Einstellung der Versicherungsleistungen per 31. Oktober 2009 an

(act. K29). Die entsprechende Verfügung folgte am 16. November 2009, jedoch mit Einstellungsdatum per 30. November 2009 (act. K35). Angesichts dieser Vorgehensweise, aber auch mit Blick auf die vorliegende Anamnese, ist nicht von einem Rückfall, sondern von einem fortdauernden Grundfall auszugehen.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist damit vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 30. November 2009 eingestellt hat.

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt im angefochtenen Einspracheentscheid die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Unfallversicherers nach Art. 6 UVG zutreffend dar (BGE 129 V 181 f. E. 3 mit Hinweisen). Darauf ist zu verweisen. Das Andauern des am 30. September bzw. 8. Oktober 2008 eingetretenen Grundfalls hat zur Folge, dass die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst entfällt, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich 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 (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen).

2.2 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Sozialversicherungsgericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 352 E. 3a; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 30. Juli 2002 [U 38/02] i/S A., E. 3.2). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Insofern darf das Gericht in seiner Beweiswürdigung auch Gutachten folgen, welche der Unfallversicherer im Administrativverfahren einholt, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Experten sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc; RKUV 2000 Nr. U 377 S. 186 E. 4a). Auch ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von den beratenden Ärzten der Beschwerdegegnerin, Dr. E.____ und Dr. F.____ (act. M10, M14, M17, M24), erstellt wurden, sind nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371).

E. 3

3.1 Eine Borrelien-Infektion kann durch verschiedene Spezies von *Borrelia burgdorferi* verursacht werden. Nicht jede Spezies führt zwingend zu Komplikationen. Die sogenannte Lyme-Borreliose wird durch *Borrelia burgdorferi sensu lato* verursacht, welche durch den

gemeinen Holzbock (Zeckenart) übertragen wird (vgl. dazu W. Zimmerli, Infektiologie: Therapie der Lyme-Borreliose: Fakten ersetzen Mythen in: SMF 2004 Nr. 1/2, 16; Pschyrembel - Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl., S. 1227 f.). Es handelt sich bei ihr um eine Infektionskrankheit mit komplexem Krankheitsbild, das aus unspezifischen Allgemein- und spezifischen Symptomen besteht, die aus dem Befall der einzelnen Organe resultieren. Zu den wichtigsten Symptomen gehören Müdigkeit, Unbehagen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Fieber, Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen, Heiserkeit, Übelkeit, Erbrechen, Bindehautentzündung, Gewichtsverlust und Durchfall. Bekannt sind auch Beeinträchtigungen der Psyche wie insbesondere depressive Verstimmungen. Als Folge kann ferner ein Chronic Fatigue Syndrom auftreten, wobei für dessen Diagnose andere Krankheiten ausgeschlossen sein müssen (vgl. Norbert Satz, Klinik der Lyme-Borreliose, 2. Aufl., Bern 2002, S. 95 ff. und 190 ff.; vgl. auch Urteil des EVG vom 14. März 2005 i/S S. [U 282/04], E. 2.2). Gemäss den medizinischen Akten sowie der medizinischen Literatur gibt es sodann verschiedene Formen und Stadien der Lyme-Borreliose (u.a. Neuroborreliose, Post-Lyme-Syndrom, Lyme-Arthritis; aktiv bzw. florid [= Stadium II] und chronisch [= Stadium III]) (<http://www.rheuma-online.de/a-z/borreliose.html> , Abfrage vom 7. Februar 2011; Schweizerische Ärztezeitung, 2005; 86: Nr. 43; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl. Berlin 2010, S. 1227 f.). Während der erfolgte Kontakt mit dem Borreliose-Erreger mittels serologischer Untersuchungen belegt werden kann, genügen diese für den Schluss auf eine daraus entstandene Lyme-Borreliose nicht. Die Diagnose einer Lyme-Borreliose - gleich welchem Stadiums - setzt ein entsprechendes klinisches Beschwerdebild und den Ausschluss von Differentialdiagnosen voraus, wobei je nach Krankheitsstadium ein pathologischer laborchemischer Test die Wahrscheinlichkeit der Diagnose erhöhen kann (Norbert Satz, a.a.O., S. 70; SVR 2008 UV Nr. 3, S. 12, E. 4.3). 3.2 Zu prüfen ist im Folgenden, ob beim Beschwerdeführer durch den Kontakt mit dem Borreliose-Erreger *Borrelia burgdorferi* eine Lyme-Borreliose entstanden ist bzw. für die von ihm auch über den 30. November 2009 hinaus geklagten Beschwerden ein direkter Zusammenhang mit der Borrelien-Infektion besteht. Selbstredend wären mit der Verneinung einer Lyme-Borreliose auch die verschiedenen in Erwägung 3.1 genannten Formen bzw. Stadien der Lyme-Borreliose auszuschliessen, d.h. wer zum Beispiel keine Lyme-Borreliose durchmachte, kann auch kein Post-Lyme-Syndrom haben. Das Beschwerdebild des Beschwerdeführers umfasst verschiedene Symptome, die an sich im Rahmen einer Lyme-Borreliose gesehen werden könnten (vgl. Erwägung 3.1; vgl. Pra 91 Nr. 202 E. 4). Dafür in Betracht fallen jedoch offensichtlich auch andere, nachfolgend noch zu erwähnende Krankheitsursachen.

E. 4

4.1 Zu Beginn der medizinischen Abklärungen bzw. nach Eintreten der rezidivierenden Beschwerdesymptomatik im Februar 2009 ergab die klinische Untersuchung durch Dr. C.____ laut Bericht vom 24. April 2009 bis auf eine minime diskrete synoviale Schwellung im Bereich des DIP und PIP Strahl III rechts keine Arthro- und Tenosynovitiden. Es konnten auch keine Sehnenansatzproblematik oder Sehnen Scheidentzündungen an anderweitigen Stellen erhoben werden. Hingegen vermerkte Dr. C.____ eine diskrete Streckhemmung im Ellbogen rechts, diskret endphasig eingeschränkte und schmerzhaft Bewegungen im rechten Schultergelenk, muskuläre Verspannungen im Sinn einer myofaszialen Problematik im Nacken- und Schultergürtelbereich sowie endphasig als schmerzhaft leicht eingeschränkt empfundene

Bewegungen der HWS. Bei den Beschwerden handle es sich um anhaltende Arthralgien sowie Allgemeinsymptome nach durchgemachter und antibiotisch korrekt behandelter Borrelienerkrankung. Als Diagnosen stellte Dr. C.____ eine Borrelieninfektion sowie eine Rheumafaktor-Positivität (act. M5). Dr. D.____ bestätigte in seinem Bericht vom 19. Juni 2009 einen Status nach bemerktem Zeckenstich (Ende September 2008). Seit Oktober 2008 bestünden eine ausgeprägte Müdigkeit und Konzentrationsstörungen und ab anfangs 2008 seien migratorische Arthralgien und Periarthralgien verschiedener Gelenke sowie Synovitiden von Fingergelenken hinzugekommen. Bei der Abklärung habe sich eine pathologische Serologie bezüglich *Borrelia burgdorferi* gefunden, die im März 2009 zur antibiotischen Behandlung mit Tetracyclinen geführt habe, bisher jedoch ohne Besserung. Bei der aktuellen Untersuchung habe physikalisch kein wesentlicher pathologischer Befund erhoben werden können. Aufgrund der vorliegenden klinischen und laborchemischen Resultate liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, wenn auch nicht mit letzter Sicherheit, eine noch floride Lyme-Borreliose im Stadium II als Ursache der bestehenden Beschwerden vor. Das Vorliegen einer Neuroborreliose habe nicht erwiesen werden können. Dr. D.____ diagnostizierte schliesslich eine Lyme-Borreliose Stadium II (überwiegend wahrscheinlich) mit Beteiligung des Bewegungsapparats und mit ausgeprägter Malaise (act. M6). Dr. E.____ bejahte in seiner Stellungnahme vom 8. Juli 2009 die Übereinstimmung der objektiven Befunde mit den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Es handle sich mit Blick auf die IgG-Antikörperentwicklung um eine immunaktive, floride Manifestation eines Borrelienkontaktes (wahrscheinlich Infektion, act. M10). Die Untersuchung im KSSG ergab laut Bericht vom 4. September 2009 aufgrund der Anamnese, der Klinik und der Laboruntersuchungen keine Hinweise auf eine entzündliche Systemerkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis. Sollte es sich tatsächlich um eine Borrelien-Arthritis (Neuroborreliose mit Gelenkentzündung) gehandelt haben, wäre diese im Februar 2009 korrekt behandelt worden. Die leicht erhöhten Rheumafaktoren bei ansonsten unauffälliger Rheumaserologie seien unspezifisch und bei Fehlen einer entsprechenden Klinik beim Beschwerdeführer nicht von Relevanz. Für die angegebenen Schmerzen im Bereich der rechten Hand (DIG IV und V über MCP und Os metacarpalia) habe keine klare Ursache gefunden werden können. Die rheumatologische Untersuchung durch Dr. C.____ habe in diesem Bereich minime Synovitiden ergeben. Die aktuell im Vordergrund stehende massive Müdigkeit sowie die Konzentrationsstörungen würden am ehesten im Rahmen einer larvierten Depression gesehen. Die Ärzte des KSSG diagnostizierten wandernde Gelenkschmerzen seit Februar 2008 (richtig: seit Oktober 2008 [vgl. act. M9]), aktuell ohne Hinweise für eine entzündliche Systemerkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis. Als Differentialdiagnose wurde eine larvierte Depression genannt. Die Ärzte empfahlen eine psychiatrische Beurteilung (act. M12). Dr. F.____ erachtete in seiner Stellungnahme vom 14. Oktober 2009 die natürliche Kausalität zwischen den Zeckenbissen und den erhobenen Befunden lediglich als möglich. Zeckenbisse hätten stattgefunden und seien behandelt worden. Die jetzigen Symptome seien aber unspezifisch und könnten verschiedenste Ursachen haben. Ein Zusammenhang mit der durchgemachten Borreliose sei allenfalls möglich. Insbesondere habe Dr. D.____ eine Neuroborreliose als Ursache ausgeschlossen (act. M14).

4.2 Dr. D.____ bejahte aufgrund der klinischen und laborchemischen Resultate das überwiegend wahrscheinliche Vorliegen einer Lyme-Borreliose Stadium II als Ursache der bestehenden Beschwerden. Mit der Stellungnahme von Dr. E.____ liegt eine übereinstimmende Beurteilung vor. Andererseits ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer zwar über Beschwerden klagt, die grundsätzlich

für eine Lyme-Borreliose kennzeichnend wären, die sich jedoch anlässlich der klinischen Untersuchung von Dr. C.____ nur in einem geringen Mass und von Dr. D.____ aktuell eigentlich gar nicht mehr erheben liessen. Insbesondere die subjektiv geklagten Gelenkschmerzen konnten von den Ärzten klinisch nur bescheiden und im Liquor gar nicht objektiviert werden. Die Ärzte des KSSG stellten sodann das Vorliegen einer Lyme-Borreliose in Frage, indem sie das Vorliegen einer Systemerkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis ausschlossen. Eine Lyme-Borreliose wird von ihnen lediglich als Möglichkeit erwähnt ("Sollte es sich tatsächlich um eine Borreliose-Arthritis gehandelt haben, ..."). Ausserdem führten die Ärzte des KSSG mit einer larvierten Depression eine Differentialdiagnose an. Dr. B.____ hielt sodann in seinem Schreiben vom 30. September 2009 fest, dass die früher im Raum gestandene Diagnose Lyme-Borreliose sehr unwahrscheinlich sei. Der Beschwerdeführer leide am ehesten unter einem chronischen Müdigkeitssyndrom oder einer somatoformen Depression (act. M13). Mit der Beurteilung von Dr. F.____ - die natürliche Kausalität zwischen den Zeckenbissen und den erhobenen Befunden sei lediglich (aber immerhin) möglich - liegt sodann grundsätzlich ebenfalls keine mit Dr. D.____ übereinstimmende Beurteilung vor. Andererseits erachtete er die natürliche Kausalität immerhin als möglich. Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass die in Erwägung 4.2 dargelegten ärztlichen Beurteilungen hinsichtlich Vorliegens einer Lyme-Borreliose bzw. konkret einer floriden Lyme-Borreliose Stadium II ein uneinheitliches Aktenbild aufzeigen, womit diesbezüglich nicht vom Vorliegen schlüssiger Beweisgrundlagen auszugehen ist.

E. 5

5.1 Selbst wenn beim Beschwerdeführer durch die Zeckenstiche tatsächlich eine Lyme-Borreliose entstanden wäre, müsste die Aktenlage auch in Bezug auf die in den medizinischen Akten insbesondere geprüfte Frage, ob sich die im Februar 2009 therapierte Borrelieninfektion zur chronischen Form eines Post-Lyme-Syndroms entwickelt habe, als unklar bezeichnet werden. Dr. F.____ listete in seiner Stellungnahme vom 4. November 2009 (act. M 17) die massgebenden und kumulativ zu erfüllenden Kriterien für die Differentialdiagnose eines Post-Lyme-Syndroms auf (Schweizerische Ärztezeitung, a.a.O., S. 2426). Gestützt auf seine Beurteilung stellte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen ein. Dr. F.____ erachtete ein Post-Lyme-Syndrom als Ursache der geklagten Beschwerden (Müdigkeit/Gelenksbeschwerden) lediglich als möglich. Zur Sicherung der Diagnose "Post-Lyme-Syndrom" müssten folgende Kriterien erfüllt sein: Klinisch und labormässig dokumentierte frühere Borreliose (erfüllt); adäquate Therapie durchgeführt: (erfüllt); keine Evidenz für aktive Infektion (erfüllt); persistierende Symptome > sechs Monate nach Abschluss einer Antibiotikatherapie (erfüllt): Müdigkeit, Arthralgien, Myalgien, objektivierte kognitive Dysfunktion, radikuläre Beschwerden (teilweise erfüllt, Hinweise für kognitive Störungen und radikuläre Beschwerden fehlen); Beginn der Beschwerden plausibel (fraglich erfüllt); Ausschluss anderer internistischer, neurologischer, rheumatologischer, psychiatrischer Krankheiten (nicht erfüllt; insbesondere wurden psychische Ursachen wiederholt diskutiert).

5.2 Streitig und zu prüfen ist im Folgenden, ob die von Dr. F.____ angegebene Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Kriterien für die Sicherung der Diagnose eines Post-Lyme-Syndroms in Bezug auf den konkreten Fall schlüssig erscheint.

5.2.1 Das Kriterium der adäquaten Therapie wird von Dr. F.____ als erfüllt betrachtet. Auch Dr. C.____ und Dr. G.____ sowie die Ärzte des KSSG sprachen von einer korrekten Behandlung. Dr. D.____ bezeichnete demgegenüber die vierwöchige Antibiotika- bzw. Tetracyclin-Therapie im Februar 2009 im Bericht vom 14. Juni 2010 als

völlig inadäquat. Eine von ihm empfohlene Rocephintherapie als Standardtherapie in der Situation des Beschwerdeführers sei nicht durchgeführt worden. Jetzt sei zu viel Zeit vergangen und die rückläufigen Titerwerte liessen auf eine spontan abnehmende Immunaktivität schliessen. Es müsse daher angenommen werden, dass die Borrelien jetzt keine wesentliche Rolle mehr spielten, wie dies beim Post-Lyme-Syndrom der Fall sei. Insofern berge eine jetzt nachgeholt Rocephintherapie wenig Hoffnung auf eine entscheidende oder beschleunigte Besserung. Entsprechend argumentierte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in der Replik. Hinsichtlich der Frage, ob die Borrelieninfektion des Beschwerdeführers adäquat therapiert wurde und falls nein, inwiefern dieser Umstand Auswirkungen auf seinen heutigen Gesundheitszustand hat, besteht mithin Unklarheit. Im Zusammenhang mit fortdauernden Beschwerden ist jedoch die Frage nach der Adäquanz der durchgeführten Therapie zu stellen (vgl. dazu Art. 6 Abs. 3 UVG). Im Weiteren ist zu beachten, dass gewisse Schlussfolgerungen in Bezug auf einen bestimmten Gesundheitsschaden - beispielsweise Heilungserfolg, Unfallrestfolgen - erst gezogen werden können, wenn eine adäquate Therapie durchgeführt worden ist. Insofern ist in Bezug auf das Kriterium der adäquaten Therapie eine schlüssige Aktenlage unabdingbar.

5.2.2 In Übereinstimmung mit dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers kann die Frage nach dem Vorliegen eines Post-Lyme-Syndroms nicht auf der These basieren, dass die Lyme-Borreliose bzw. die damit typischerweise verbundenen Beschwerden mit einer adäquaten Behandlung abklingen und weiter bestehende Beschwerden damit nicht auf die Borreliose, sondern auf Differentialdiagnosen zurückzuführen sind (siehe Replik S. 4, Ziff. 2). So bewirkt die Antibiotika-Therapie nicht in allen Fällen eine Remission der Erkrankung (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 1228; <http://www.rheuma-online.de/a-z/b/borreliose.html> , Abfrage vom 7. Februar 2011; vgl. dazu auch act. G 8.1, Ziff. 9.7). Im Rahmen des Kriteriums "Ausschluss anderer internistischer, neurologischer, rheumatologischer, psychiatrischer Krankheiten" ist isoliert nach ärztlich bestätigten Differentialdiagnosen zu fragen. Mit der Bejahung einer solchen ist die Diagnose einer Post-Lyme-Borreliose ausgeschlossen.

5.2.3 Die Ärzte des KSSG sahen laut Bericht vom 4. September 2009 die im Vordergrund stehende Müdigkeit und die Konzentrationsstörungen am ehesten im Rahmen einer larvierten Depression begründet (act. M12). Dr. B.____ hielt im Zwischenbericht vom 2. Februar 2010 fest, dass die Diagnose nicht eindeutig klar sei. Als Differentialdiagnose komme auch ein chronisches Müdigkeitssyndrom in Frage, welches nicht im direkten Zusammenhang mit der Borreliose stehe (act. M18). Dr. G.____ erklärte in seinem Bericht vom 23. März 2010, dass die zurzeit vorliegenden Beschwerden einem Post-Lyme-Syndrom entsprechen dürften (klinisch und labormässig dokumentierte frühere Borreliose, adäquate Therapie durchgeführt, keine Evidenz für aktive Infektion, persistierende Symptome über sechs Monate nach Abschluss einer Antibiotikatherapie, Beginn der Beschwerden plausibel, Ausschluss anderer internistischer, neurologischer, rheumatologischer oder psychischer Krankheiten). Die Beschwerden seien "jedoch auch typisch für ein Chronic Fatigue Syndrom, aber in den Fukuda Kriterien Ausschluss wegen früherer medizinischer Erkrankung (Borreliose) ohne sicher dokumentierte Ausheilung". Falls die nicht vorliegenden Laborbefunde des KSSG vom 19. August 2009 einen wesentlichen Unterschied des Borrelienantikörpertiters zu den Befunden vom 17. April 2009 zeigten, müsste eine Ausheilung der Borreliose angenommen respektive das Beschwerdebild als Chronic Fatigue Syndrom interpretiert werden. Dr. G.____ stellte schliesslich die Diagnose eines Post-Lyme-Syndroms und die Differentialdiagnose eines Chronic Fatigue Syndroms (act. M20). Dr. I.____ wies in seinem

Psychiatrischen Konsilium vom 24. November 2009 auf eine Belastungsstörung in der Folge einer schon länger dauernden, unklaren körperlichen Erkrankung mit Auswirkung auf die aktuelle Arbeitsfähigkeit und künftige Existenzsicherung (ICD-10 F 43.8) hin (act. M22). Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung von Dr. H. ___ zeigte der Beschwerdeführer während der Exploration keine nennenswerten psychopathologischen Auffälligkeiten. In seinem Bericht vom 16. April 2010 hielt der Psychiater fest, dass der Beschwerdeführer wohl einen besorgten Eindruck gemacht habe, was seine gesundheitliche Situation und auch die damit verbundenen Versicherungsfragen betreffe. Er habe aber auch zuversichtlich bezüglich des weiteren Verlaufs gewirkt, da er durch die Therapien in der Klinik K. ___ Fortschritte habe feststellen können. Während der Exploration seien beim Beschwerdeführer auch keine Konzentrationsstörungen festzustellen gewesen. Er sei kooperativ und interessiert gewesen. Eine eigentliche Psychopathologie im engeren Sinn (beispielsweise depressive oder hypochondrische Symptome, Hinweise für Somatisierung) habe nicht eruiert werden können. Aus psychiatrischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die psychische Belastung des Beschwerdeführers durch die Borrelienerkrankung respektive deren Symptome und ihren Verlauf sowie eine gewisse Belastung durch die problematische versicherungsjuristische Situation könnten gemäss ICD-10 durchaus im Rahmen der Diagnosen F43 codiert werden. Er schliesse sich somit der Beurteilung von Dr. I. ___ an. Die psychische Belastungsreaktion schränke den Beschwerdeführer nicht ein und sei nicht mit einer die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden psychischen Krankheit gleichzusetzen. Der Beschwerdeführer habe sich anlässlich der Untersuchung immer adäquat verhalten, sei kooperativ gewesen und habe - abgesehen von der gesprächsweise kommunizierten psychologischen Belastung durch den schwierigen Verlauf - keine psychopathologisch relevanten Phänomene gezeigt (act. M23). Dr. E. ___ erachtete schliesslich ein Chronique Fatigue Syndrom gemäss Fukuda-Kriterien als möglich. Ein CFS und ein Post-Lyme-Syndrom seien diagnostisch gleich wahrscheinlich (act. M24).

5.2.4 Angesichts dieser Aktenlage ist festzuhalten, dass zwar Dr. B. ___ und Dr. G. ___ die Differentialdiagnose eines Chronique Fatigue Syndroms gestellt haben, diese jedoch anhand der entsprechenden Berichte nicht ohne weiteres nachvollziehbar ist. So enthält der Bericht von Dr. B. ___ gar keine Begründung. Auch die Ausführungen von Dr. G. ___ erscheinen nicht ohne weiteres schlüssig oder genügen den Beweisanforderungen im Sozialversicherungsrecht, d.h. dem zur Anwendung gelangenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 120 V 37 E. 3c; Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.) nicht. Seine Beurteilung erfolgte zwar offensichtlich in Anwendung der für die Diagnosestellung eines chronischen Erschöpfungssyndroms (Chronic Fatigue Syndrome [CFS]; ICD-10 G93.3) massgebenden Symptome, den sogenannten Fukuda-Kriterien ([http://de.wikipedia.org/wiki/Chronisches Erschöpfungssyndrom](http://de.wikipedia.org/wiki/Chronisches_Ersch%C3%B6pfungssyndrom), Abfrage vom 18. November 2010; Schweizerische Ärztezeitung, a.a.O., S. 2424). Eine konkrete Auseinandersetzung mit diesen Kriterien erfolgte indessen nicht. Zur Frage, ob als Differentialdiagnose eine psychische Erkrankung ausgeschlossen werden kann, geben die medizinischen Akten ebenfalls ein uneinheitliches Bild. Dr. H. ___ als Facharzt ging von der Diagnose "ICD-10 F43.8: Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung" aus, wobei aufgrund seiner weiteren Ausführungen aber unklar bleibt, inwieweit der Belastungsstörung überhaupt psychopathologische Relevanz zukommt und mithin auch vom Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung gesprochen werden kann. Die Diagnose von Dr. H. ___ basiert einzig auf der Darstellung des Beschwerdeführers. Er selber konnte keine psychiatrischen

Auffälligkeiten feststellen. Dr. H.____ bestätigte dann aber die von Dr. I.____ gestellte Diagnose, der von einer Auswirkung der Belastungsstörung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausging. Die Ärzte des KSSG stellten schliesslich - wenn auch nicht als Fachspezialisten - die Differentialdiagnose einer larvierten Depression und empfahlen eine psychiatrische Beurteilung und gegebenenfalls den Einsatz eines Antidepressivums.

5.2.5 Dr. D.____ stellte in seinem Bericht vom 14. Juni 2010 die Diagnose einer Lyme-Borreliose Stadium III mit Post-Lyme-Syndrom bei Status nach Lyme-Borreliose II (Bewegungsapparat, Allgemeinsymptomen) (ICD-Code: A69.2) ohne Differentialdiagnose. Die obigen Widersprüche bzw. Unklarheiten sind damit jedoch allerdings nicht ausgeräumt. Letztlich enthält auch der Bericht von Dr. D.____ Aussagen, die nicht ganz schlüssig erscheinen. So ist nicht nachvollziehbar, weshalb er festhielt, er habe im Mai 2009 die von Dr. C.____ im April 2009 gestellte Diagnose einer Lyme-Borreliose unter anderem auf Grund des Ausschlusses anderer Differentialdiagnosen (rheumatologische Erkrankung, psychiatrische Erkrankung) bestätigen können. Differentialdiagnosen standen im damaligen Zeitpunkt offensichtlich noch gar nicht zur Diskussion, nachdem nachgewiesen war, dass der Beschwerdeführer eine Borrelioseninfektion durchgemacht hatte. Im damaligen Zeitpunkt ging es darum, den Schadenfall des Beschwerdeführers medizinisch weiter abzuklären. Resultate einer psychiatrischen Untersuchung lagen noch nicht vor. Zur Diagnose eines Post-Lyme-Syndroms passen laut Dr. D.____ das Beschwerdebild, der Verlauf nach der akuten Lyme-Borreliose im Herbst 2008, die Serologie und der Ausschluss anderer Differentialdiagnosen. Das von ihm aufgeführte Beschwerdebild - ausgeprägte Müdigkeit, Erschöpfbarkeit, Konzentrationsstörungen, wechselnde Schmerzen am Bewegungsapparat bzw. Myalgien - konnte jedoch auch von ihm nicht durch wesentliche pathologische Befunde bestätigt werden, womit das Beschwerdebild lediglich als subjektive Angabe des Beschwerdeführers betrachtet werden kann. Keine Klarheit schafft Dr. D.____ schliesslich hinsichtlich der Frage, ob im konkreten Fall Differentialdiagnosen ausgeschlossen werden können. Er hielt fest, dass er sich mit den psychiatrischen Diagnosen einer Depression und eines Burnout-Syndroms nicht identifizieren könne. Die Diagnose eines Burnout-Syndroms entnimmt er einem den Akten nicht beliegenden Bericht der Klinik K.____ vom 18. Mai 2010. Auch wenn es sich bei Dr. D.____ in Bezug auf psychiatrische Fragen nicht um einen Fachspezialisten handelt, steht damit immerhin eine weitere psychiatrische Differentialdiagnose im Raum. Nicht abgerundet erscheint sein Bericht jedoch vor allem auch deshalb, weil darin in keiner Weise eine Auseinandersetzung mit der wichtigen Differentialdiagnose eines Chronique Fatigue Syndroms bei Status nach Lyme-Borreliose stattfindet.

E. 6

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass hinsichtlich der Frage des Vorliegens einer Lyme-Borreliose, welcher Form auch immer, insgesamt von einer unstimmigen Aktenlage auszugehen ist, welche keine zuverlässige Beurteilung des Dahinfallens oder Weiterbestehens der natürlichen Kausalität per 30. November 2009 ermöglicht. Der Beschwerdeführer wurde zwar durch verschiedene, jedoch voneinander unabhängige Fachspezialistinnen und Fachspezialisten (Rheumatologie und Psychiatrie) abgeklärt. Dies letztlich mit dem Resultat eines nicht gebührend abgerundeten Bilds. Anzufügen gilt es, dass die Beschwerdegegnerin selbst am 22. April 2010, also unmittelbar vor Erlass des Einspracheentscheids, Dr. D.____ beauftragt hatte, den Beschwerdeführer fachärztlich zu untersuchen. Dies wohl in der Absicht, eine entscheidende und abschliessende Beweisgrundlage zu erhalten. Insofern erstaunt es, wenn sie daraufhin bereits am 26. April

2010 den angefochtenen Einspracheentscheid erliess, ohne den angeforderten Bericht von Dr. D.____ abzuwarten, der dann auch noch die Aussage enthielt, dass eine vierwöchige Tetracyclintherapie als völlig inadäquat bezeichnet werden müsse. Unter den genannten Umständen erscheint es mit Blick auf die im konkreten Fall zur Diskussion stehende Gesundheitsschädigung, bei der sowohl organische als auch psychische Komponenten eine Rolle spielen können, sinnvoll, den Beschwerdeführer polydisziplinär untersuchen zu lassen. Zur Veranlassung einer solchen Untersuchung ist die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, die - unter Wahrung der Parteirechte des Beschwerdeführers - eine unabhängige Begutachtungsstelle mit der Abklärung zu beauftragen haben wird.

E. 7

7.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 26. April 2010 teilweise gutzuheissen und die Angelegenheit zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 7.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). 7.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 127 V 234 E. 2b/bb). Die Parteientschädigung ist pauschal auf Fr. 4'000.--, einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer, festzulegen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Entscheid aufgehoben und die Angelegenheit zur Durchführung ergänzender medizinischer Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 4'000.-- zu entschädigen.

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