

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/61 vom 15. April 2013

Sg Versicherungsgericht, 2013-04-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2012_61

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/61 du 15 avril 2013

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/61 del 15 aprile 2013

Regeste

Art. 6 UVG: Verneinung eines überwiegend wahrscheinlichen natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Zeckenbiss und nachfolgend aufgetretenen rheumatologischen Beschwerden (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.Gallen vom 15. April 2013, UV 2012/61).

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerdeführerin gab im Fragenkatalog am 3. Oktober 2011 an, anfangs April 2011 von einer Zecke gebissen worden zu sein. Ab Mitte April 2011 seien bei ihr vermehrt Gelenkschmerzen in den Füßen und Knien aufgetreten (act. G 5.1/10). Unbestritten ist, dass bei der Beschwerdeführerin durch die positive IgG-Borrelien-Serologie (durch die Antikörpertests ELISA und Westernblot) der Nachweis einer *Borrelia burgdorferi* (Erreger einer Borreliose) im Blut erbracht werden konnte (act. G 5.1/16, 33, 35). Daraus ist zu schliessen, dass sie eine Borrelien-Infektion durchgemacht bzw. Kontakt mit dem Borreliose-Erreger *Borrelia burgdorferi* gehabt hat, was wiederum auf einen Zeckenbiss als Überträger hinweist. Ebenso unbestritten ist, dass nach der Rechtsprechung ein Zeckenbiss als Unfall zu qualifizieren ist und demnach grundsätzlich in den Leistungsbereich des Unfallversicherers fällt (BGE 122 V 230 = Pra 86 Nr. 82). Streitig ist jedoch, ob die Gesundheitsprobleme der Beschwerdeführerin in einem Kausalzusammenhang zum Zeckenbiss vom April 2011 stehen. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid (E. 2) die rechtlichen Voraussetzungen der Unfallkausalität zutreffend dar; darauf ist zu verweisen.

E. 2

2.1 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 die *Borrelia burgdorferi* sensu lato verursacht, welche durch den gemeinen Holzbock (Zeckenart) übertragen wird (vgl. dazu Werner Zimmerli, Infektiologie: Therapie der Lyme-Borreliose: Fakten ersetzen Mythen in: SMF 2004 Nr. 1/2, 16; Pschyrembel, 262. Aufl., S. 1227 f.). Das Krankheitsbild umfasst verschiedene Symptome, wie Verschlechterung des Allgemeinzustands mit Erschöpfungsgefühl, geistige Leistungsverminderung, rheumatologische Manifestationen wie multiple rezidivierende wechselnde Muskel- und Gelenkschmerzen sowie Beeinträchtigungen der Psyche, im Besonderen depressive Verstimmungen (vgl. Norbert Satz, Klinik der Lyme-Borreliose, 2. Aufl. Bern 2002, S. 95 ff. und 190 ff; vgl. auch Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche Abteilungen des

Bundesgerichts]vom 14. März 2005, 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, Lyme-Arthritis, Post-Lyme-Syndrom; aktiv bzw. florid [= Stadium II] und chronisch [= Stadium III]

(<http://www.rheuma-online.de/a-z/b/borreliose.html>, abgerufen am 11. März 2013; Schweizerische Ärztezeitung, 2005; 86: Nr. 43; Pschyrembel, a.a.O., S. 1227 f.). 2.2 Streitig und zu prüfen ist demnach, ob aus dem anamnestischen Zeckenbiss bzw. dem Kontakt mit dem Borreliose-Erreger *Borrelia burgdorferi* der Beschwerdeführerin eine Lyme-Borreliose, allenfalls in Form einer Lyme-Arthritis, entstanden ist, welche für das bei ihr ab April 2011 aufgetretene Beschwerdebild einer Polyarthritis, Polysynovitis mit Schwellungen und Schmerzen über beide Handgelenke, beide OSG, beide Carpalbereiche und schliesslich auch mit Ausweitung in beide Kniegelenke (vgl. act. G 5.1/14, 32), verantwortlich ist und wofür die Beschwerdegegnerin Leistungen nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) zu erbringen hätte. Während die Beschwerdeführerin von einem Kausalzusammenhang zwischen dem im April 2011 erlittenen Zeckenbiss und dem Zustand einer Polyarthritis, Polysynovitis ausgeht, stellt sich die Beschwerdegegnerin gestützt auf die versicherungsmedizinischen Stellungnahmen von Dr. K.____ vom 21. Mai 2012 (act. G 5.1/43) und 12. Dezember 2012 (act. G 14.1) auf den Standpunkt, dass eine aus dem erfolgten Kontakt mit dem Borreliose-Erreger entstandene Lyme-Borreliose bzw. Lyme-Arthritis nur möglich sei.

E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin und Dr. K.____ äussern sich in ihren Rechtsschriften bzw. versicherungsmedizinischen Stellungnahmen zu verschiedenen Kriterien, anhand welcher sie die Beurteilung des Vorliegens einer Lyme-Borreliose vornehmen. Sowohl hinsichtlich der Bedeutung der Kriterien an sich als auch hinsichtlich ihres Erfülltseins im konkreten Fall liegen wesentlich unterschiedliche Auffassungen vor. Die Beschwerdeführerin argumentiert insbesondere, dass in ihrem Fall alle Kriterien für die Diagnose einer Lyme-Arthritis im späten Stadium - wie anamnestischer Zeckenstich, zeitnahes Auftreten von typischen Beschwerden, Nachweis von IgG-Antikörpern, bestätigt mit breitem Bandenmuster im Westernblot sowie Ausschluss anderer möglicher Ursachen für die vorliegenden Beschwerden - erfüllt seien. Demgegenüber argumentiert Dr. K.____, dass gegen eine Lyme-Borreliose das Befallsmuster, der bisherige Verlauf und die Serologie sprechen würden. Im Weiteren würdigen die Beschwerdeführerin und Dr. K.____ die medizinischen Akten in Bezug auf ihre Aussage zur Frage der Unfallkausalität verschieden. Im Folgenden gilt es die verschiedenen Standpunkte zu erwägen. 3.2 Dr. K.____ hält zunächst zutreffend fest, dass die alleinige Tatsache des zeitnahen Auftretens der ersten Beschwerden zum erinnerlichen Zeckenbiss sowie eine Beschwerdefreiheit vor dem Zeckenbiss nicht ausreichen, um von einer Unfallkausalität auszugehen. Würde dieser Maxime gefolgt, würde man sich mit dem blossen Anschein des Beweises bzw. mit der blossen Möglichkeit begnügen und davon ausgehen, dass eine gesundheitliche Schädigung schon dann durch den Unfall verursacht sei, weil sie nach diesem auftrat (vgl. dazu die beweisrechtlich untaugliche Formel "post hoc ergo propter hoc" z.B. in: Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 Fn. 1205). Zur Verdeutlichung, dass es nicht zulässig ist, mit einer blossen zeitlichen Korrelation eine Lyme-Borreliose mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen, weist Dr. K.____ auf den Umstand hin, dass die Beschwerdeführerin laut eigenen Angaben gegenüber Dr. D.____ (act. G 5.1/14) bereits in

früheren Jahren rezidivierende Zeckenbisse ohne Auftreten von Gelenkbeschwerden erlitten habe. 3.3 Während der Kontakt mit dem Borreliose-Erreger mittels serologischen Untersuchungen belegt werden kann, genügen diese für den Schluss auf eine daraus entstandene Lyme-Borreliose nicht. Die Diagnose einer solchen - gleich welchen 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, zitiert in: SVR 2008 UV Nr. 3, S. 12, E. 4.3). 3.3.1 Laut Ausführungen von Dr. K.____ entsprechen die Ergebnisse der Laboruntersuchungen im konkreten Fall keinem monatelangen Krankheitsverlauf mit einer floriden Borreliose, sondern vermögen einzig einen früheren Borrelienkontakt nachzuweisen. Dr. K.____ erachtet die Voraussetzung einer positiven Serologie für die Diagnose einer Lyme-Arthritis generell nicht als erfüllt. Wie bereits erwähnt, liegt bei der Beschwerdeführerin eine positive IgG-Borrelien-Serologie vor. IgM-Antikörper liessen sich keine nachweisen (vgl. act. G 5.1/16, 33, 35). Laut Dr. K.____ ist jedoch bei einem Infekt mit Borrelien mit monatelanger Klinik bzw. einer Lyme-Arthritis zusätzlich der Nachweis von positiven IgM-Antikörpern gefordert. Es sei korrekt, dass die fraglichen Antikörper in einer Frühphase noch nicht nachweisbar seien, im weiteren Verlauf müssten sie aber nachweisbar sein. Die Beschwerdeführerin sieht in diesen Ausführungen einen Widerspruch zur medizinischen Fachliteratur. Gemäss Dr. J.____ ist bei einer Lyme-Arthritis ist in über 80% der Fälle mit einer Erhöhung der IgG-Antikörpertiter gegen *Borrelia burgdorferi* zu rechnen, hingegen bleibt der IgM-Titer mehrheitlich negativ bzw. sind spezifische IgM-Antikörper bei der Lyme-Arthritis nur gelegentlich nachzuweisen. Im konkreten Fall kann damit nicht allgemein von einer negativen Serologie gesprochen werden. Angesichts dessen, dass sich jedoch der Befund erhöhter IgG-Antikörper nicht von IgG-Titern bei einer ausgeheilten Infektion unterscheidet, kann im isolierten Nachweis von IgG-Antikörpern trotzdem kein genügender Beweis für eine klinisch manifeste, aktive Lyme-Borreliose und damit für eine Unfallkausalität gesehen werden (vgl. Norbert Satz, Klinik der Lyme-Borreliose, 2. Aufl. Bern 2002, S. 145, zitiert in: SVR 2008 UV Nr. 3 S. 12 E. 4.3 und 4.5; http://dgrh.de/qualitaetsmanual3_9.html; http://www.allgemeinarzt-online.de/fileadmin/Zeitschriftenarchiv/Allgemeinarzt/AA2006/AA200615/Westernblot_bei_Borreliose.pdf; http://www.med4you.at/laborbefunde/lbef3/lbef_lyme_borreliose.htm, alle abgerufen am 11. März 2013). In diese Beurteilung einfügen, lässt sich der Umstand, dass auch die PCR auf Borrelien negativ war (act. G 5.1/16). Laut Darlegungen von Dr. K.____ ist eine sogenannte positive PCR-Untersuchung aus Gelenkflüssigkeit für die Diagnose einer Lyme-Arthritis nicht obligatorisch. Es sei zwar korrekt, dass die PCR selbst bei aktiven Erkrankungen negativ ausfallen könne. Folgerichtig fügt er jedoch an, dass der negative PCR-Nachweis bei der Konstellation des vorliegenden Falls gegen eine aktive Borreliose spricht. Hätte hingegen ein positiver PCR-Nachweis vorgelegen, könnte auch eine Unfallkausalität befürwortet werden. Die in den Berichten der Laboruntersuchungen enthaltenen Kurzkommentare zu den an sich positiven Ergebnissen belegen sodann ebenfalls lediglich eine mögliche Unfallkausalität. Mit der Kann-Formulierung im Bericht über das erste Laborscreening vom 3. August 2011 (act. G 5.133) - Die spezifischen Borrelien-Antikörper p100, VlsE, p39, p18, und p41/l vom IgG-Typ können auf ein spätes Stadium einer Borreliose hinweisen. - wird deutlich, dass das Gegenteil ebenso möglich ist. Die Virion deutete in ihrem Bericht vom 3. November 2011 (act. G 5.1/35) die erhobenen serologischen Befunde eines positiven Borrelien-IgG-Westernblot sowie eines negativen

Borrelien-IgM-Westernblot Reaktionsmusters dahingehend, dass eine aktive Infektion nicht ausgeschlossen, grenzwertig sei. Auch diese Formulierung geht nicht über eine mögliche, alternative unfallkausale Sachlage hinaus. Inwiefern es fraglich erscheinen sollte, dass Dr. H. ___ den serologischen Nachweis von IgG-Antikörpern im Blut im konkreten Fall als Seronarbe beurteilt, obwohl die Tests nicht zwischen aktiver und abgelaufener Infektion unterscheiden können, ist nicht nachvollziehbar. Unbestritten ist einzig, dass die Beschwerdeführerin in früheren Jahren, nach ihren Angaben zuletzt im April 2011, wiederholt von Zecken gebissen worden ist und der Kontakt mit dem Borreliose-Empfänger mittels serologischer Untersuchungen belegt werden konnte. Angesichts dessen, dass dies jedoch für den Schluss auf eine daraus entstandene Lyme-Borreliose nicht genügt, steht der Annahme einer Seronarbe - vor allem auch angesichts der nachfolgenden Erwägungen - nichts entgegen.

3.3.2 Entsprechend den Ausführungen in Erwägung 3.3 ist im Laborbericht vom 3. November 2011 zutreffenderweise festgehalten, dass das Resultat im Zusammenhang mit der Klinik interpretiert werden müsse. Die Diagnostik der Borreliose geschieht mithin nicht in erster Linie mithilfe von Laborparametern, sondern anhand des Krankheitsbildes, das der Patient bzw. die Patientin zeigt. Die Beschwerdeführerin spricht in der Beschwerde vom 3. August 2012 (act. G 1) von einem klinischen Verlauf, der klassisch für eine Borreliose in der Form einer Lyme-Arthritis sei. So habe sie zwei Wochen nach dem Zeckenstich unter Gelenkschmerzen gelitten und hätten sich die Beschwerden Ende Juli 2011 schlagartig verstärkt, wobei es zusätzlich zu Gelenkschwellungen in den Füßen gekommen sei. Dr. K. ___ erachtet demgegenüber die Voraussetzung eines der Diagnose einer Lyme-Borreliose entsprechenden klinischen Beschwerdebildes nicht als erfüllt. Das Befallsmuster spreche gegen eine Borreliose. Laut Anamnese im Bericht von Dr. D. ___ vom 28. Oktober 2011 (act. G 5.1/14) traten bei der Beschwerdeführerin zwei Wochen nach dem Zeckenbiss Schmerzen im Handgelenk links mit Kraftlosigkeit auf. Nach ca. einem Monat seien auch Schmerzen im rechten Handgelenk hinzugekommen. Es werden sodann in der Folge zunehmende Schmerzen im OSG rechts mit subjektiv ballonartiger Auftreibung des OSG rechts, eine Schmerzausweitung in den Carpalbereich beidseits sowie ins linke OSG und schliesslich auch in beide Kniegelenke beschrieben. Entsprechend fasste Prof. Dr. H. ___ in seinem Bericht vom 19. Dezember 2011 (act. G 5.1/34) zusammen, die Patientin leide seit neun Monaten unter einer höchst eindrücklichen symmetrischen Polyarthritis, vor allem der kleinen und mittelgrossen Gelenke. Diese Klinik erläuternd, hielt er fest, dass der neunmonatige Verlauf neben dem Gelenkbefallsmuster stark gegen ein immunreaktives Geschehen oder eine anderweitige Problematik, wie beispielsweise eine Paraneoplasie, spreche. Diese Interpretation des klinischen Verlaufs entspricht laut Dr. K. ___ den der medizinischen Literatur zu entnehmenden Erkenntnissen. Häufiger komme eine Mono- oder asymmetrische Oligoarthritis, welche vor allem Knie, aber auch Ellbogen oder das obere Sprunggelenk betreffe, vor. Typischerweise sei ein schubweiser Verlauf einer wenig schmerzhaften Arthritis vorliegend, welche mit einem grossen Erguss und nur geringen Entzündungszeichen verbunden sei (vgl. dazu Schweizerische Ärztezeitung, 2005; 86: Nr. 42, S. 2378; http://dgrh.de/qualitaetsmanual3_9.html, abgerufen am 13. März 2013). Dass das Verteilmuster der Gelenksbeschwerden für eine Borreliose ungewöhnlich sei, räumt auch die Beschwerdeführerin ein, doch sei ein solches auch nicht unmöglich, was wiederum Dr. K. ___ als grundsätzlich korrekt bezeichnet, denn es gebe auch bei borreliosebedingter Arthritis atypische Befallsmuster. Angesichts dessen, dass es sich dabei jedoch um den Ausnahme-, nicht um den Regelfall handelt, und die Diagnose einer Lyme-Borreliose

grundsätzlich ein entsprechendes klinisches Beschwerdebild voraussetzt, kann die Unfallkausalität zumindest nicht als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen betrachtet werden. Vielmehr ist eine durch Borrelien-Bakterien ausgelöste Arthritis nur als mögliche Sachlage zu betrachten. Dr. K. ___ geht im konkreten Fall sogar von einem Verlauf aus, der eher gegen eine Borreliose spreche.

3.3.3 Als krankheitsweisendes klinisches Symptom gilt sodann die Wanderröte bzw. die Erythema migrans. Sie ist das charakteristische Leitsymptom bzw. das klinische Kennzeichen des ersten Stadiums der Lyme-Borreliose (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 615; http://www.medizininfo.de/waldundwiese/borreliose/erythema_migrans.htm, abgerufen am 13. März 2013; Schweizerische Ärztezeitung 2005; 86: Nr. 42). Dr. K. ___ hält zutreffend fest, dass das fragliche Symptom keine obligate Manifestation der Lyme-Borreliose ist. In Europa liegt die Erythema migrans nur bei 20 bis 30% der Patienten und Patientinnen vor (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2012, 8C_924/2011, E. 6.1). So hat laut eigenen Angaben auch die Beschwerdeführerin keine Erythema migrans durchgemacht. Wenn die Erythema migrans im Gegensatz zum klinischen Beschwerdebild sowie zum Ausschluss von Differentialdiagnosen für die Diagnose einer Lyme-Borreliose keine obligatorische, sondern einzig eine fakultative Voraussetzung darstellt, ist es aber dennoch ein Faktum, dass bei deren Vorliegen eine Lyme-Borreliose als wahrscheinlich gilt. Insofern handelt es sich bei der Erythema migrans um ein massgebendes Beurteilungskriterium für die Kausalitätsbeurteilung, dessen Nichtvorliegen durchaus in die Gesamtbeurteilung miteinzubeziehen ist. Durch den Umstand, dass eine versicherte Person kein Erythema migrans durchgemacht hat, wird im Rahmen der gesamten Beweiswürdigung die Diagnose einer Lyme-Borreliose zumindest nicht wahrscheinlicher, sondern werden die Zweifel an einer Unfalleinwirkung höchstens erhöht.

3.3.4 Die Beschwerdeführerin stellt sich sodann auf den Standpunkt, ihre schmerzhafte Polyarthritissstelle infolge Ausschlusses anderer Ursachen bzw. von Differentialdiagnosen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Lyme-Arthritis dar. Dieser Feststellung widersprechend verweist Dr. K. ___ auf die von Dr. D. ___ und Dr. H. ___ in ihren Berichten vom 28. Oktober bzw. 19. Dezember 2011 (act. G 5.1/14, 34) gestellte Diagnose einer seronegativen Polyarthritiss bzw. seronegativen rheumatoiden Arthritis. Auch Dr. E. ___ hält in seinem Bericht vom 11. Mai 2012 fest, dass zusätzlich zur durchgemachten Borrelieninfektion mit grosser Wahrscheinlichkeit auch eine seronegative Polyarthritiss bestehe (act. G 5.1/50). Die Beschwerdeführerin erachtet diese Diagnose als lediglich ein Krankheitsbild beschreibend. Sie sei mit keinem diagnostischen Verfahren zu beweisen und könne genauso gut Folge der Borreliose sein. Dr. K. ___ beschreibt demgegenüber die - auch rheumatoide Arthritis genannte - chronische Polyarthritiss als eigenständige Diagnose, für welche die fehlende Ursache gerade typisch sei, und äussert sich sodann zu deren Verbreitung sowie dem für sie typischen Krankheitsverlauf bzw. Gelenksbefallsmuster. Es werde eine autoimmune Ursache angenommen, bei der körpereigene Substanzen, z.B. Gelenkknorpel, von Zellen des Immunsystems angegriffen würden. Wenn keine Ursache für eine Polyarthritiss gefunden werde, spreche dies nicht für eine Borreliose. Vielmehr sei es eben bei der seronegativen Polyarthritiss typisch, dass keine Ursache gefunden werde. Die Aussagen von Dr. K. ___ finden ihre Stütze in der medizinischen Literatur, wo die seronegative chronische Polyarthritiss als eigenständige rheumatische Erkrankung (vgl. dazu ICD-10-GM 2009, Band II: Alphabetisches Verzeichnis [Diagnosenthesaurus], 10. Revision, S. 1027) unbekannter Ursache beschrieben wird. Man wisse lediglich, dass es zu einer Störung im Immunsystem komme, jedoch nicht, wodurch diese ausgelöst werde.

Gegenwärtig zähle man die rheumatoide Arthritis zu den sogenannten Autoimmunerkrankungen (<http://www.rheuma-online.de/krankheitsbilder/rheumatoide-arthritis.html>, abgerufen am 13. März 2013; Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 570 ff.). Insofern führte Dr. K. ___ ausserdem nachvollziehbar aus, dass der fehlende Nachweis von Rheumafaktoren ein Autoimmungeschehen im klassischen Sinn nicht ausschliesse. Seronegative Polyarthritiden seien häufig und gehörten ebenfalls zu den Autoimmunerkrankungen. Der von Dr. D. ___ der Diagnose angehängte Zusatz der unklaren Ätiologie ist somit als Merkmal der konkreten Krankheit der seronegativen Polyarthritits zu verstehen und ist nicht - wie von der Beschwerdeführerin angenommen - als Unsicherheitsfaktor hinsichtlich der Diagnosestellung zu werten. Nicht die Diagnose an sich ist unklar, sondern deren Ätiologie. Gewiss kann die unklare Ätiologie der fraglichen Krankheit nicht dahingehend verstanden werden, dass deswegen automatisch eine Lyme-Arthritis angenommen werden könnte. Als solche von den Ärzten übereinstimmend gestellte Differentialdiagnose liegt damit eine seronegative chronische Polyarthritits vor. Die Feststellung von Dr. H. ___, es sei überraschend, dass beim höchst eindrücklichen klinischen Befund keine diagnostischen Autoantikörper nachweisbar seien und offensichtlich auch die Familienanamnese bland sei, ist einzig bezogen auf den Umstand der fehlenden Antikörper zu verstehen. Eine Aussage bezüglich einer allenfalls vorliegenden Lyme-Borreliose ist darin nicht zu erblicken, zumal es sich bei einer solchen gerade nicht um eine Autoimmunerkrankung handelt. Aufgrund des fehlenden Nachweises von Autoantikörpern wurde die Diagnose einer seronegativen chronischen Polyarthritits gestellt. Die weitere Aussage von Dr. H. ___, der neunmonatige Verlauf spreche allerdings neben dem Gelenkbefallsmuster stark gegen ein immunreaktives Geschehen, steht sodann, wie von Dr. K. ___ überzeugend dargelegt, nicht im Widerspruch zu seiner obigen Äusserung bzw. zur fraglichen Differentialdiagnose. Der beratende Arzt weist darauf hin, dass die Begriffe immunreaktives Geschehen sowie Autoimmunerkrankung nicht verwechselt werden dürften. Auch einer Autoimmunerkrankung liegt zwar ein immunreaktives Geschehen zu Grunde, dennoch kommt den Begriffen nicht der gleiche Inhalt zu. Autoantikörper treten nur im Zusammenhang mit Autoimmunerkrankungen auf, während ein immunreaktives Geschehen sowohl Ausdruck einer Autoimmunerkrankung als auch einer Lyme-Borreliose sein kann. Insofern gilt es die Aussagen von Dr. H. ___ zu trennen bzw. unabhängig voneinander auszulegen. Die Borreliose stellt - wie von Dr. K. ___ festgehalten - ein immunreaktives Geschehen bzw. eine Immunantwort auf einen in den menschlichen Körper eingedrungenen Erreger dar. Eine solche wurde von Dr. H. ___ gerade unter bestimmten Gesichtspunkten ausgeschlossen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass weder gestützt auf die Ausführungen von Dr. H. ___ noch auf diejenigen von DD. ___ mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit die Diagnose einer Lyme-Borreliose gestellt werden kann. Vielmehr ist vom Vorliegen einer Differentialdiagnose im Sinne einer seronegativen chronischen Polyarthritits auszugehen, womit die Diagnose einer Lyme-Borreliose ausgeschlossen ist. Eine Lyme-Borreliose ohne Differentialdiagnose wurde einzig von Heilpraktiker I. ___ im Bericht vom 30. April 2011 diagnostiziert (act. G 5.1/41). Dies jedoch ohne jegliche Begründung. Es bestehen keinerlei Gründe, weshalb auf seine Diagnose abgestellt werden könnte. 3.4 Mit Blick auf die dargelegte medizinische Sachlage sowie die ausführlichen und schlüssigen Ausführungen von Dr. K. ___ ist festzustellen, dass im konkreten Fall die Voraussetzungen für die Diagnose einer Lyme-Arthritis - entsprechendes klinisches Beschwerdebild, Ausschluss von

Differentialdiagnosen - nicht erfüllt sind bzw. der überwiegend wahrscheinliche Nachweis eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen Zeckenbiss und dem vorliegenden Beschwerdebild nicht erbracht ist. Allein gestützt auf den positiven serologischen Untersuchungsbefund kann die fragliche Diagnose - wie bereits mehrmals wiederholt - nicht gestellt werden. Die weiteren von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Argumente - erinnerlicher Zeckenbiss, zeitnahes Auftreten von typischen Beschwerden - vermögen den Beweis einer überwiegend wahrscheinlichen Lyme-Arthritis ebenfalls nicht zu erbringen. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden können Folgen einer Lyme-Borreliose sein; umgekehrt kann aber nicht von ihrem Vorliegen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Lyme-Borreliose als Ursache geschlossen werden. Der Einwand der Beschwerdeführerin, die Borreliose dürfe nicht ausgeschlossen werden, weil sie nach einer unterdosierten Therapie nicht gesund geworden sei, vermag an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Den Hinweis der Beschwerdeführerin, dass die Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie für Lyme-Arthritis eine Behandlung mit Doxycyclin 200 mg pro Tag für 30 bis 60 Tagen empfehle, bezeichnet Dr. K. ___ bei Vorliegen einer Lyme-Borreliose als korrekt (vgl. dazu Schweizerische Ärztezeitung 2005; 86: Nr. 42, S. 2381). Bei einer Frühform einer Infektion mit Gelenkbeteiligung sei hingegen keine Therapie von 30 bis 60 Tage von 200 mg per os empfohlen, sondern eine Therapie von 2 bis 3 Wochen. Der Aspekt der borrelioseadäquaten Therapie ist offensichtlich den massgebenden und kumulativ zu erfüllenden Kriterien für die Differentialdiagnose eines Post-Lyme-Syndroms entnommen (Schweizerische Ärztezeitung, 2005; 86: Nr. 43, S. 2426). Hinter dem fraglichen Kriterium steckt unter anderem der Gedanke, dass ein Patient einzig dann unter einem Post-Lyme-Syndrom leiden kann, wenn er zunächst einmal eine Lyme-Borreliose durchgemacht hat und trotz einer adäquaten Therapie immer noch unter entsprechenden Symptomen leidet. Inwiefern diesem Gedanken im konkreten Fall, d.h. für die Frage des Vorliegens einer Lyme-Borreliose, ebenfalls Bedeutung zukommt, ist nicht ersichtlich. Der Sinn des fraglichen Kriteriums liegt sodann aber auch darin, dass gewisse Schlussfolgerungen in Bezug auf einen Gesundheitsschaden - beispielsweise Heilungserfolg, Unfallrestfolgen - erst gezogen werden können, wenn eine adäquate Therapie durchgeführt worden ist, was auch für eine Lyme-Borreliose Geltung haben dürfte. Andererseits kann die Frage nach dem Vorliegen eines Post-Lyme-Syndroms, aber auch einer Lyme-Borreliose, 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. 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 13. März 2013). Insofern ist im Rahmen des Kriteriums "Ausschluss von Differentialdiagnose" ohnehin isoliert nach ärztlich bestätigten Diagnosen zu fragen. Mit der Bejahung einer solchen ist die Diagnose einer Lyme-Borreliose ausgeschlossen. Insgesamt ist damit festzuhalten, dass die Frage nach der Durchführung der adäquaten Therapie mit Blick auf die Schlussfolgerung in Erwägung 3.3.4 keine andere Beurteilung rechtfertigt. 3.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich eine Verursachung der Beschwerdesymptomatik durch eine Borreliose und im Besonderen durch eine Lyme-Arthritis nicht mit der mindestens erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisen lässt. Dies wäre jedoch notwendig, um eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu statuieren. Da aufgrund der dargelegten Umstände nicht erwartet werden kann, dass weitere medizinische

Abklärungen zu anderen Erkenntnissen führen würden, kann darauf verzichtet werden (BGE 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c). Die Adäquanzfrage kann sodann offen gelassen werden. Angesichts der nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad nachgewiesenen natürlichen Kausalität erübrigt sich auch eine Prüfung des Anspruchs auf konkrete Versicherungsleistungen, insbesondere auf Leistungen für Heilbehandlungskosten, wie sie von der Beschwerdeführerin in der Replik vom 2. November 2012 (act. G 10) beantragt worden sind.

E. 4

Nachdem die Beschwerdeführerin in der Replik ihre Anträge neu formuliert hat, ist davon auszugehen, dass sich diese - entgegen denjenigen in der Beschwerde - nur noch auf die im Einspracheentscheid vom 26. Juni 2012 beurteilten Rechtsverhältnisse beschränken (= Anfechtungsgegenstand) und damit kein Nichteintreten zur Folge haben.

E. 5

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind nach Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) nicht zu erheben. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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