

SO_GERICHTE VSBES.2015.324 vom 12. November 2015

SO Obergericht, 2015-11-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.324

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.324 du 12 novembre 2015

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.324 del 12 novembre 2015

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1962 geborene A.____, (nachfolgend: Beschwerdeführer), arbeitete seit Juni 1989 als Forstwart bei der [...] und war in dieser Funktion bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt, Suva, Luzern (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. 1.2 Mit Unfallmeldung UVG vom 1. November 1998 wurde der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, der Beschwerdeführer habe am 17. August 1998 bei der Forstarbeit einen Zeckenbiss erlitten (Suva-Akten Ordner II [S.A. II.] Nr. 1) und sei seither arbeitsunfähig. Der den Beschwerdeführer seit Mitte August 1998 aufgrund von Rücken- und Hüftschmerzen rechts mit Ausstrahlung ins rechte Bein behandelnde Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin, hielt im Bericht vom 25. September 1998 (S.A. II. 2) fest, eine ähnliche Episode habe sich bereits Ende 1996 ereignet. Aufgrund der Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 9. bis 17. November 1998 im Spital wurde die «Verdachtsdiagnose auf eine Neuroborreliose Stadium II» gestellt (vgl. S.A. II. 7 S. 2 ff.). Aufgrund der Einschätzung von Dr. med. C.____, Abteilung Arbeitsmedizin der Beschwerdegegnerin, vom 22. Januar 1999 (S.A. II. 12) wurde ein neurologisches Gutachten eingeholt, das vom 27. August 1999 datiert (S.A. II. 28). Gemäss den Gutachtern sei die vorhandene Symptomatik als Lyme-Erkrankung zu beurteilen. Wichtiges und diese Diagnose unterstützendes Argument sei die gute und anhaltende Beschwerdebesserung nach Ceftriaxon-Therapie. Die neurologischen Befunde seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer Neuroborreliose zuzuordnen. Die Beschwerdegegnerin richtete daraufhin die gesetzlichen Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld aus (vgl. dazu S.A. II. 29, 33). Mit Aktennotiz vom 5. Oktober 1999 (S.A. II. 33) wurde in Aussicht genommen, den Fall abzuschliessen.

E. 2

Es sei dem Beschwerdeführer für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Prozessführung mit Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, als unentgeltlichem Rechtsbeistand zu gewähren.

E. 3

3.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende

Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 357 E. 1 S. 337, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 8C_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen).

3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 188, 123 V 98 E. 3d S. 103, 122 V 415 E. 2a S. 416, 121 V 45 E. 3a S. 49, mit Hinweisen).

3.3 Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 2003 U 487 S. 341 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C_24/2013 vom 18. Juni 2013 E. 2.1). Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C_66/2016 vom 9. Mai 2016 E. 4.2 m.H.). Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 U 275 S. 191 E. 1c). Ist die Unfallkausalität zwischen Rückfall bzw. Spätfolge und Unfallereignis nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn entweder der status quo ante oder der status quo sine erreicht ist. Die Beweislast hierfür trägt der Unfallversicherer (RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

3.4 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende

natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_463/2011 vom 4. November 2011 E. 3.2, 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 4.1, 8C_721/2014 vom 27. April 2015 E. 4.2).

E. 4

4.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_879/2014 vom 26. März 2015 E. 5.1).

4.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweis; RKUV 2003 U 485 S. 259 E. 5; Urteil des Bundesgerichts 8C_668/2012 vom 26. Februar 2013 E. 6.2).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 360 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_725/2012 vom 27. März 2013 E. 4.1.1). Rechtsprechungsgemäss bildet

der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 105 V 156 E. 2d S. 161). Seit Einführung des Einspracheverfahrens ist der Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheides – vorliegend bis 12. November 2015 – mitzuberücksichtigen, da der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, Zürich, Basel, Genf 2015, 3. Aufl., Art. 52 ATSG N 60 mit weiteren Hinweisen). 5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht mit Einspracheentscheid vom 12. November 2015 (A.S. 1 ff.) für die am 14. Mai 2013 durch den Beschwerdeführer geltend gemachten Schmerzen am ganzen Körper infolge eines Schubes der Krankheit Borreliose zu Recht verneint hat. 6. Es ist zunächst festzuhalten, dass es sich bei der Schadenmeldung UVG vom 14. Mai 2013 (S.A. I. 1) – wie dies die Beschwerdegegnerin korrekt ausgeführt hat (A.S. 3 f.) – um die Meldung eines Rückfalls gemäss Art. 11 Verordnung über die Unfallversicherung [UVV, SR 832.202] i.V.m. Art. 10 UVG handelt. Dies wurde auf der Schadenmeldung UVG nicht angegeben. Gestützt auf die vorliegenden Akten ist zwar davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin den Grundfall nie formell (mit einer entsprechenden Verfügung) abgeschlossen hatte. So findet sich in den Akten einzig der Hinweis eines Mitarbeiters der Beschwerdegegnerin vom 5. Oktober 1999, wonach das Taggeld ausbezahlt und der Fall dann abgeschlossen werde (S.A. II. 33). Weiter hielt Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Arbeitsmedizin, am 10. September 1999 fest (S.A. II. 29), der Beschwerdeführer sei gemäss dem erstellten Gutachten wieder voll leistungsfähig. Da in der Folge bis zur Geltendmachung des erneuten Schadenfalls bzw. des Rückfalls im Mai 2013 keine weiteren medizinischen Berichte dokumentiert sind und somit während Jahren keine Leistungen der Beschwerdegegnerin mehr zur Diskussion standen, ist von einer Rückfallsituation auszugehen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_522/2013 vom 23. September 2013 E. 3.2 und 8C_947/2009 vom 18. März 2010 E. 2.2 mit Hinweisen, 8C_756/2015 vom 12. Januar 2016 E. 4.2). Darauf weist im Übrigen auch die Schadenmeldung UVG vom 14. Mai 2013 hin, in welcher dargelegt wird, dass der Beschwerdeführer seit einigen Jahren an der von Zecken übertragenen Krankheit Borreliose leide und sich nun wieder ein Schub der Krankheit bemerkbar gemacht habe (S.A. I. 1). Ferner ist aufgrund des Telefonats mit der Praxis Dr. med. I.____ vom 25. Juni 2013 (S.A. I. 12) von einem längeren behandlungsfreien Intervall auszugehen, da der Beschwerdeführer wegen des Zeckenbisses nicht in Behandlung gewesen sei. Eine ähnliche telefonische Auskunft erteilte sodann das [...] am 27. August 2013 (S.A. I. 22), wonach der Beschwerdeführer 1999 das letzte Mal in der neurologischen Behandlung gewesen sei. Gestützt auf diese Ausführungen sind im vorliegenden Fall die in E. II. 3.3 hiervor dargestellten Regeln zu den Rückfällen anwendbar. Demzufolge hat der Beschwerdeführer das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall darzutun bzw. trägt hierfür die objektive Beweislast. 7. In Bezug auf die vorliegend interessierende Frage der natürlichen Unfallkausalität sind im Wesentlichen die folgenden Akten relevant: 7.1 Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin, hielt im Bericht vom 25. September 1998 (S.A. II. 2) fest, der Beschwerdeführer sei seit Mitte August wegen Rücken-/Hüftschmerzen rechts, mit Ausstrahlung ins rechte Bein in Behandlung. Eine ähnliche Episode habe sich bereits Ende 1996 ereignet. Auch damals sei der Verlauf resp. die Besserung nur schleppend zu erreichen gewesen. Das heisse, auch bei der jetzigen Beschwerdesymptomatik und den jetzigen Untersuchungsergebnissen bestehe

keine Operationsindikation. Vorerst müssten alle Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft werden. Leider liege es in der Natur dieser Krankheit, dass Wunder nicht vollbracht werden könnten. Zurzeit sei allerdings eine leichte Besserung zu erkennen. Sollte diese nicht weiter fortschreiten, sei eine spezialärztliche Untersuchung wie schon das letzte Jahr geplant. Über den zeitlichen Ablauf jedoch könne Dr. med. B. ___ zum jetzigen Zeitpunkt keine genauen Auskünfte erteilen. Mittelfristig erscheine ihm jedoch ein Arbeitseinsatz des Beschwerdeführers durchaus möglich. Diese Einschätzung erfolge insbesondere deshalb, da es sich diesmal nicht eindeutig um Beschwerden ausgehend von einer Diskushernie handle. Vielmehr ergäben sich Zeichen einer muskulären Fehlbelastung (allerdings seien auch diese Beschwerden oftmals sehr hartnäckig und therapeutisch nur mühsam zu beeinflussen). Die neu angefertigten CT-Bilder ergäben unveränderte Verhältnisse zu den Bildern vom Dezember 1996.

7.2 Dr. med. B. ___ führte im Bericht vom 20. Oktober 1998 folgende Diagnosen auf (S.A. II. 3): 1. Symptomenkomplex unklarer Ätiologie Adynamie, intermittierende Myalgien-Arthralgien sowie Hitzegefühl im Bereich verschiedener Körperregionen, teils mit Hautrötungen (fluchtartig im Gesicht); Parästhesien in verschiedenen Körperregionen, zeitweise Schwindel und subfebrile Temperaturen (- 37.5 °C) DD: - viraler, prolongierter Infekt - Krankheit aus dem rheumatologischen Formenkreis (PAN etc.) - Fibromyalgie - (Neuro-)Borreliose prakt. ausgeschlossen - Paraneoplastisches Syndrom - vegetative Begleitsymptomatik 2. Rezidivierende Lumboischialgie rechts, letztmals August/September 1998 bei Diskusprotrusion L5/S1 medial/+ lateral re Diskushernie Seit Mitte August 1998 PT [Physiotherapie] nach NSAR wegen Lumboischialgie rechts: Rezidiv, aufgetreten während Bootsfahrt in Kanada. Zurzeit seien diese Beschwerden abgeklungen. Neurologisch hätten keine Ausfälle bestanden.

7.3 Prof. Dr. med. J. ___ und Assistenzarzt Dr. med. K. ___, Neurologisch-Neurochirurgische Poliklinik, [...], stellten im Bericht vom 29. Oktober 1998 (S.A. II. 4) folgende Diagnosen: 1. Generalisierte, armbetonte Kribbelparästhesien sowie Schmerzen glutäal und Oberschenkel dorsal beidseits bei - Status nach älterer nicht therapierter Borreliose-Infektion - chronisches Lumbovertebralsyndrom mit Diskushernie LWK5/SWK1 rechtsbetont 2. Chronische Müdigkeit, Erschöpfbarkeit, Konzentrationsschwäche, Verschwommensehen unklarer Ätiologie Im Status fänden sich keine Anzeichen für eine Polyneuropathie. Ebenso keine klinischen Anhaltspunkte für eine radikuläre sensomotorische Ausfallsymptomatik von Seiten der Diskushernie. Aufgrund der anamnestischen Angaben sei eine Borrelieninfektion im Stadium II als möglich anzusehen. Leider seien bei der Liquoruntersuchung zu wenig detaillierte Laboranalysen durchgeführt worden, so dass aufgrund der vorliegenden Daten keine genaue Stellung habe bezogen werden können. Der Beschwerdeführer gebe vor allem Koordinationsstörungen, Müdigkeit und geringe Belastbarkeit an, dies könne in die grössere Differentialdiagnose eines «chronic fatigue Syndroms» eingeordnet werden. Ein Stadium II der Borreliose wie auch ein Zustand nach viraler Enzephalitis (z.B. die ebenfalls durch Zecken übertragene zentraleuropäische Enzephalitis) könnten diese Symptomatik auch erklären. Es werde eine stationäre Abklärung mit Wiederholung der Lumbalpunktion für zusätzliche Untersuchungen vorgeschlagen. Eventuell, je nach Befunden, werde auch ein MRI des Neurokraniums, vor allem auch wegen den Konzentrationsstörungen durchgeführt. Eventuell könne dann gerade eine i.v.-Antibiotika-therapie eingeleitet werden. Diese Möglichkeit sei mit dem Beschwerdeführer bereits besprochen worden, er sei mit dem vorgeschlagenen Prozedere einverstanden.

7.4 Im Arztzeugnis vom 12. November 1998 (S.A. II. 5 S. 2) hielt Dr. med. B. ___ unter Befund fest: «anamnestisch multiple Zeckenbisse» und stellte die

Diagnose «DD Lymeborreliose Stadium II zurzeit in Abklärung». Es sei eine Abklärung im Spital veranlasst worden. Der Beschwerdeführer sei seit 17. August 1998 zu 100 % arbeitsunfähig. 7.5 Im Bericht vom 1. Dezember 1998 (S.A. II. 7 S. 2) stellten Dr. med. L.____, Oberarzt, Dr. med. M.____, Assistenzarzt, und Prof. Dr. med. N.____, Chefarzt, aufgrund der Hospitalisation des Beschwerdeführers in der Neurologischen Universitätsklinik des [...] vom 9. bis 17. November 1998 die Diagnose: «Verdacht auf Neuroborreliose Stadium II». Seit circa einem Jahr klage der Beschwerdeführer über chronische Müdigkeit, verstärkte Erschöpfbarkeit mit zwischenzeitlicher Besserung. Im Frühjahr 1998 circa fünf bis sechs Wochen dauernde Episoden mit subfebrilen Temperaturen und rezidivierenden Hitzeschüben. Ein Infektionsherd habe nicht gefunden werden können. Im August 1998 zunehmend starke Muskelschmerzen im Gesäss und Oberschenkel, teilweise belastungsabhängig ohne tageszeitliche Betonung. Die Schmerzen würden akut exazerbieren, so dass verschiedene Analgetika ausprobiert worden seien. Zudem seien Kribbelparästhesien im Bereich des ganzen Körpers aufgetreten, betont am linken Arm und im Bereich des Klein- und Ringfingers links sowie im Bereich des linken Beines grosszehenbetont, sowie Arthralgien des Daumengrundgelenkes rechts, beider Knie- und OSG-Gelenke rechts. Zudem bestehe vermehrtes Schwitzen besonders der Handflächen sowie Konzentrationsstörungen, Verschwommensehen, was vor allem beim Lesen störend auftrete. Doppelbilder seien nie aufgetreten, ebensowenig Schluckbeschwerden. Ab und zu sei das Gefühl vorhanden, beim langen Sprechen mit der Zunge anzustossen. Der Beschwerdeführer arbeite als Forstarbeiter und habe circa 100 Zeckenbisse pro Jahr zu verzeichnen. 1988 sei erstmalig ein Borrelien-Titer abgenommen worden, welcher negativ gewesen sei. Ab 1994 positive IgG-Titer, welche 1998 bestätigt worden seien. In der klinischen Untersuchung habe sich ein unauffälliger neurologischer Status gezeigt. Die Asymmetrie des Gesichts sei auf eine traumatische Schädigung bereits vorbestehend zurückzuführen. In der MRI hätten einzelne periventrikuläre Signalanhebungen dokumentiert werden können, welche zu einer Borreliose passen könnten. Im EEG seien keine Herdbefunde oder Indizien für cerebrale Übererregbarkeit vorhanden. Für eine Polyneuropathie seien klinisch als auch im EEG keine Hinweise gefunden worden. Aufgrund der Anamnese, der klinischen Untersuchung sowie der Zusatzuntersuchungen (entzündlicher Liquor, positive Borrelien-Serologie, negative PCR für Borrelien und fehlende Borrelien-AK im Liquor) handle es sich beim Beschwerdeführer bei den beklagten Beschwerden möglicherweise um eine Neuroborreliose. Es sei mit einer hochdosierten Ceftriaxon-Therapie (2 gr Rocephin) i.v. am 12. November 1998 über drei Wochen begonnen worden. 7.6 Im neurologischen Gutachten vom 27. August 1999 (S.A. II. 28) hielten Prof. Dr. med. J.____ und Dr. med. M.____, Assistenzarzt, Neurologisch-Neurochirurgische Poliklinik, [...], unter «Beurteilung und Diagnose» Folgendes fest: Aufgrund der für eine chronische Entzündung respektive protrahiert verlaufende Infektion verdächtigen Anamnese mit in der klinischen Untersuchung radikulären Zeichen sowie des für eine Lymeerkrankung passenden Liquorbefundes mit erhöhtem Liquor-Totalprotein und Albuminquotient jedoch ohne Nachweis einer intrathekalen autochthonen Immunglobulinsynthese werde die Symptomatik als Lyme-Erkrankung beurteilt. Ein Borrelien-Nachweis im Liquor mit PCR und positive IgM respektive IgG im Liquor würden in der Mehrzahl der Fälle in der Literatur beschrieben, in circa einem Drittel der Fälle gelinge allerdings weder der serologische Nachweis noch sei das PCR positiv. Die in der MRT des Neurocraniums gezeigten kleinen herdförmigen Signalalterationen periventrikulär um die Seitenventrikelhörner als auch im Marklager

frontal links und der Zentralregion könnten mit einer Neuroborreliose vereinbar sein. Differenzialdiagnostisch könne es sich aufgrund fehlender Aktivitätszeichen auch um eine abgelaufene Encephalitis, viraler oder autoimmunologischer Pathogenese handeln. In der Differenzialdiagnose für eine Multiple Sklerose spreche die Anamnese mit Fatigue-Symptomatik, dagegen allerdings seien die in der MRT beschriebenen, kleinen herdförmigen Signalalterationen in der Anordnung nicht MS-typisch. Wichtiges und die Diagnose stützendes Argument für eine Lyme-Erkrankung sei die gute und anhaltende Beschwerdeverbesserung nach Ceftriaxon-Therapie. Aus Sicht von Dr. med. J.____ und Dr. med. M.____ seien die neurologischen Befunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer Neuroborreliose zuzuordnen. 7.7 Dr. med. O.____, Oberarzt, Augenklinik, [...], wies im Bericht vom 29. November 2012 aufgrund der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 12. November 2012 folgende Diagnosen aus (S.A. I. 32): BDS - Status nach Glaukomanfall unklarer Ätiologie - kein Hinweis für Verschlussgefahr des Kammerwinkels - Hyperopie, Astigmatismus, beginnende Presbyopie Für Dr. med. O.____ sei nach wie vor unklar, weshalb der Beschwerdeführer diesen Glaukomanfall beidseits entwickelt habe. In der heute durchgeführten Untersuchung habe er keine Winkelblockgefahr vorfinden können, weder im abgedunkelten Raum noch in medikamentöser Mydriase. Eine halbe Stunde später seien die Augendruckwerte 20 mmHg. Bei einer Winkelblockkonfiguration würde er einen deutlich höheren Druck erwarten. Ob allenfalls dieser Druckanstieg auch mit dem systemischen viralen Infekt zusammenhänge, sei schwer zu sagen, er könne sich höchstens eine Trabekulitis vorstellen, die jedoch typischerweise bei Herpesinfektionen und praktisch immer einseitig vorgefunden werde. Er sei mit dem Beschwerdeführer so verblieben, dass der weitere Verlauf abgewartet werde. Die Symptome kenne er bestens, so dass er sich umgehend bei einem allfälligen erneuten Anfall melden werde. Eine prophylaktische Iridotomie bei fehlender Pupillarblock- oder Plateau-Iris-Konfiguration sei zu diskutieren, aufgrund der heutigen Befunde nicht unbedingt vorzuschlagen. Zusammenfassend bestehe beim Beschwerdeführer ein Status nach einem Glaukomanfall unklarer Ätiologie ohne Hinweise für eine Winkelblockkonfiguration. Er werde den Beschwerdeführer für eine Kontrolle in ein bis zwei Monaten aufbieten lassen. 7.8 Dr. med. P.____, Facharzt für Neurologie FMH, fasste die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 26. Februar 2013 im Bericht vom 28. Februar 2013 (S.A. I. 24) wie folgt zusammen: Es bestehe ein Bewusstseinsverlust mit retrograder Amnesie am Samstag, dem 6. Februar 2013 unklarer Ätiologie, wobei der Beschwerdeführer vorgängig unter einem grippalen Infekt mit Fieber, Husten und Durchfall gelitten habe. Differenzialdiagnostisch komme auch ein synkopales Ereignis oder ein epileptogenes Ereignis in Frage. Die Angaben seien für eine transiente globale Amnesie (TGA) ungewöhnlich. Weiter berichte der Beschwerdeführer von drückenden Kopfschmerzen, frontotemporal beidseits, vereinbar mit Kopfschmerzen vom Spannungstyp. Ebenfalls berichte der Beschwerdeführer über eine intermittierende Gangunsicherheit seit Oktober 2012, aktuell ohne Hinweise auf eine vestibuläre Funktionsstörung. Ebenfalls trete seit Herbst immer wieder eine visuelle Störung, z.T. gefolgt von kurzfristigen Doppelbildern, auf. Seit dem Tragen der Brille im September 2012 sei es diesbezüglich zu einer Besserung gekommen. Auch seien kürzlich ein Glaukom sowie eine arterielle Hypertonie diagnostiziert worden. Das Einschlafen beider Hände wäre mit einer CTS [Carpaltunnelsyndrom]-Symptomatik vereinbar. Wie oben erwähnt sei zur Weiterabklärung eine MRI-Untersuchung des Neurocraniums am 1. März 2013 vorgesehen. Eine EEG-Verlaufskontrolle finde Ende März bei Dr. med. P.____ statt. Bei Zustand nach möglichem provoziertem erstmaligem epileptischem Anfall sollte

der Beschwerdeführer auch aus Sicht von Dr. med. P.____ zwei Monate aufs Autofahren verzichten. 7.9 Das am 1. März 2013 durchgeführte MRI Neurokranium wurde von Dr. med. Q.____, Chefarzt Stv., und Dr. med. R.____, Oberarzt a.p., Institut für Radiologie und Nuklearmedizin, [...], wie folgt beurteilt (S.A. I. 37): Kein Nachweis einer intrakraniellen Blutung, Ischämie oder Raumforderung; für das Altersmass bereits deutliche T2 hyperintense Marklagerveränderungen mit beginnender Konfluierungstendenz, DD mikroangiopathische Leukenzephalopathie (Risikofaktoren?), DD chronische Migräne? DD Status nach Vaskulitis bei fehlender Diffusionsrestriktion und Einblutungen weniger wahrscheinlich. 7.10 Anlässlich der EEG-Untersuchung vom 20. März 2013 (S.A. I. 25) hielt Dr. P.____ folgende Beurteilung fest: Kein Nachweis epilepsietypischer Potentiale. Keine Indizien für cerebrale Übererregbarkeit und kein Herdbefund. Zeichen von Vigilanzschwankungen. Normale Alpha-Grundaktivität. 7.11 PD Dr. med. O.____ und Prof. Dr. med. S.____, Leitender Arzt, Augenklinik, [...], hielten im Bericht vom 19. April 2013 (S.A. I. 33) folgende Diagnosen fest: BDS - Status nach zweifachem Glaukomanfall unklarer Ätiologie - Kein Hinweis für Verschlussgefahr des Kammerwinkels - DD Verdacht auf maligner Ziliarkörperblock bei hypertensiven Krisen - Hyperopie, Astigmatismus, beginnende Presbyopie In der Verlaufskontrolle vom März 2013 hätten sich Augendruckwerte beidseits von 8 mmHg als im tiefen Normbereich gezeigt. In der Konsultation erwähne der Beschwerdeführer zum ersten Mal, dass er an hypertensiven Krisen leide mit Blutdruckwerten von 280/130 mmHg, dies sogar in der Nacht gemessen. Eine MRI-Untersuchung habe Hinweise für eine mikroangiopathische Leukenzephalopathie gezeigt, diese sei in weiterer Abklärung resp. Behandlung. Aufgrund der nach wie vor ungeklärten Ursache könnten sich die Ärzte als Arbeitshypothese ein malignes Ziliarkörperblock-Syndrom bei hypertensiven Krisen vorstellen, da dadurch die Aderhaut anschwellen würde und somit der Abflusswiderstand stark erhöht wäre. Dies sei aber nur eine Vermutung, da zurzeit keine Hinweise für eine Schwellung vorhanden seien und auch der Blutdruck nie während dem Glaukomanfall gemessen worden sei. Sollte sich diese Hypothese jedoch bestätigen, wäre als einzige kausale Therapie eine Glaskörperentfernung sinnvoll, die wäre aber ein grösserer Eingriff. Vorgängig müsste noch eine YAG-Iridotomie beidseits erfolgen. 7.12 Anlässlich des Interviews vom 7. Juni 2013 gab der Beschwerdeführer an (S.A. I. 9), im Februar hätten sich die ersten Grippe-symptome bemerkbar gemacht. Er habe zunächst gedacht, dass es sich tatsächlich um einen grippalen Infekt handle. Da er als Forstwart tagtäglich von Zecken umgeben sei, sei das Risiko einer Borreliose stark erhöht. Da die Beschwerden nicht nachgelassen hätten, habe er sich auf Borreliose testen lassen und sei nun bei Dr. med. D.____ in Behandlung. In den letzten vier Wochen sei es zu keiner wesentlichen (weniger als 60 % besser) Verbesserung gekommen. Die Arbeit habe er nicht aufnehmen können, da er immer wieder Fieberschübe habe, zudem werde es ihm von einer Sekunde auf die andere übel und er sei überhaupt nicht mehr leistungsfähig. Er könne noch circa ½ bis 1 Stunde gehen, danach sei er total erschöpft. Zurzeit habe der Beschwerdeführer eine Arbeitsstelle als Forstwart, er habe aber per 30. Juni 2013 die Kündigung erhalten. Die Arbeit sei körperlich sehr streng, benötige einen grossen Krafteinsatz (z.B. Lasten von mehr als 15 kg heben) und beinhalte belastende Arbeitshaltungen. 7.13 Dr. med. D.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, [...], stellte im Bericht vom 23. Juli 2013 (S.A. I. 16 S. 6 f.) die Diagnose einer «Lyme-Borreliose Stadium II mit ausgeprägten Allgemeinsymptomen». Beim 31-jährigen Forstwart sei 1999 eine Neuroborreliose diagnostiziert worden und er sei während drei Wochen mit Rocephin behandelt worden, wobei in der Folge allmählich eine Besserung eingetreten sei, sich aber

immer wieder Schübe von Dysästhesien eingestellt hätten. Seit Herbst 2012 bestehe aber wieder eine deutliche Zunahme der Müdigkeit, so dass der Beschwerdeführer deswegen vollständig arbeitsunfähig sei. Bei der jetzigen Untersuchung habe physikalisch kein wesentlicher pathologischer Befund erhoben werden können. Die speziellen Untersuchungen bezüglich *Borrelia burgdorferi* hätten bei erhöhten IgG-Antikörpertitern im Western Blot ein Resultat ergeben, das mit einem lange anhaltenden Immunkontakt vereinbar sei. Die KBR sei ebenfalls erhöht ausgefallen. Im Liquor zeige sich ausser einer Schrankenstörung kein Hinweis auf eine Entzündung oder auf eine autochthone Antikörperproduktion. Aufgrund der vorliegenden Resultate sei das Vorliegen einer Lyme-Borreliose im Stadium II als Erklärung für die aktuellen Beschwerden und trotz diesbezüglich normalem Liquor möglich, wenn auch nicht eindeutig gesichert. Eine jetzt probatorisch durchgeführte Therapie mit Doxyclylin 2 x 100 mg pro die während 28 Tagen habe keine Besserung gebracht. Jetzt sollte nochmals versucht werden, mit einer Rocephintherapie eine Besserung zu erzielen (2 gr Rocephin pro die per Infusionen an 28 aufeinanderfolgenden Tagen).

7.14 Dr. med. E.____, Arbeitsarzt, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH der Beschwerdegegnerin, hielt in seiner Stellungnahme vom 10. Oktober 2013 fest (S.A. I. 35), er empfehle aufgrund der Schadenmeldung bei gemäss Beurteilung von Dr. med. D.____ möglicher, aber nicht eindeutig gesicherter Lyme-Borreliose im Stadium II nach anamnestisch durchgemachter Neuroborreliose 1999 und unspezifischen klinisch-neurologischen Beschwerden des Beschwerdeführers eine Vorlage des Dossiers an die Kollegen der neurologischen Abteilung von Versicherungsmedizin Luzern. Vor der Vorlage des Dossiers empfehle er der Agentur in Basel noch die MRI-Bilder des Neurocraniums vom 1. März 2013, welche im [...] durchgeführt worden seien sowie auch den entsprechenden radiologischen Bericht einzuholen und ins PACS-System einzuscannen. Ebenfalls empfehle er der Agentur in [...] bereits parallel das Einfordern eines medizinischen Verlaufsberichts von Dr. med. D.____ nach der von ihm vorgeschlagenen Rocephin-Therapie. Weiter bitte er die Agentur in [...] um Prüfung, ob vom Beschwerdeführer im Jahr 1999 eine Schadenfallmeldung resp. ein Schadensdossier (Unfall) aufgrund der angegebenen damaligen Neuroborreliose vorliege. Allenfalls auch in einem anderen Agenturbereich. Nach erfolgter Beurteilung durch die Kollegen der Neurologie der Versicherungsmedizin bitte er die Agentur in [...] um Vorlage des Dossiers an den arbeitsmedizinischen Dienst in [...]. Der entsprechende Auftrag an die Versicherungsmedizin erging daraufhin am 31. Oktober 2013 (S.A. I. 38).

7.15 Im ärztlichen Zwischenbericht vom 11. November 2013 (S.A. I. 39) 2013 hielt Dr. med. D.____ die Diagnose «Lyme-Borreliose II» fest. Seit der Rocephintherapie sei noch keine wesentliche Beschwerdebesserung eingetreten: körperliche und geistige Ermüdbarkeit, Dysästhesie, Arthralgien, Tendinosen. Die Prognose sei offen, es gebe keine besonderen Umstände, die den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen könnten. Gegenwärtig werde bei Bedarf mit NSAR behandelt. Die Konsultationen fänden ein- bis zweimal monatlich statt. Die voraussichtliche Dauer der Behandlung sei offen. Ob ein bleibender Nachteil zu erwarten sei, sei ebenfalls offen.

7.16 Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie FMH, erstellte am 21. Juli 2014 eine neurologische Beurteilung (S.A. I. 40). Gemäss vorliegenden Laborblättern der Firma [...] liege im Serum-Suchtest (Elisa) ein Borrelien IgG-Titer von 299 u/ml vor, der Suchtest für Borrelien IgM sei negativ. Der Bestätigungstest im IgG-Westernblot sei mit lediglich drei positiven Banden nicht eindeutig als positiv zu bezeichnen, eine Serokonversion des IgM sei nicht dokumentiert. Gemäss den international gültigen Laborvorschriften sei zur Beurteilung eines Westernblot gegen Borrelien eine

Positivität für mindestens fünf spezifische Laborbanden erforderlich, was hier nicht der Fall sei. Die Laborkonstellation sei als Seronarbe nach durchgemachtem Kontakt mit dem Bakterium zu interpretieren, eine akute Erkrankung lasse sich nicht darstellen. Im Liquor finde sich keine entzündliche Reaktion, insbesondere aber keine spezifische intrathekale Immunglobulinbildung gegen *Borrelia burgdorferi*. Eine Neuroborreliose liege gemäss den Veröffentlichungen und Richtlinien des Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit, der Europäischen Neurologischen Gesellschaften EFNS sowie des CDC in den USA nicht vor. Bei fehlendem Beweis für das Vorliegen einer Neuroborreliose müssten die Beschwerden des Beschwerdeführers vor dem Hintergrund der ebenfalls aktenkundig gemachten krankhaften Veränderungen gesehen werden, nämlich ganz offensichtlich einer vermutlich vaskulären Leukenzephalopathie bei einer langjährigen arteriellen unbehandelten Hypertonie sowie einer Hypercholesterinämie. Eine ebenfalls stattgehabte Synkope bzw. eine sonstige qualitative Störung des Bewusstseins sei im Übrigen völlig untypisch für das Vorliegen einer Borreliose. Eine Symptomatologie wie im Falle des Beschwerdeführers sei unspezifisch und könne bei einer Vielzahl von Erkrankungen und «Zuständen» auftreten. Nach Ausschluss einer Neuroborreliose sei es nicht statthaft, die Beschwerden des Beschwerdeführers unter dieser Diagnose zu subsumieren. Die Annahme von persistierenden unspezifischen Symptomen als Folge einer durchgemachten und mehrfach antibiotisch behandelten Borreliose (jedoch nicht Neuroborreliose) werde in der internationalen Literatur als unwahrscheinlich verworfen. Eine Berufskrankheit liege nicht vor. Die Klagen des Beschwerdeführers über Müdigkeit und weitere unspezifische Klagen sowie eine Synkope könnten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer Borreliose zugeordnet werden.

7.17 In der neurologischen Beurteilung vom 24. Oktober 2014 (S.A. I. 52) hielt Dr. med. F.____ fest, ihm sei das Dossier erneut vorgelegt worden, nachdem er zuletzt im Fall am 21. Juli 2014 eine Beurteilung abgegeben habe. Aus Sicht der Beschwerdegegnerin sei nochmals die medizinische Vorgeschichte speziell zu berücksichtigen, wobei er das entscheidende neurologische Gutachten aus der [...] zur Kenntnis nehmen und in diesem Licht nochmals eine Beurteilung formulieren solle. Er gehe mit der diagnostizierten Beurteilung als «überwiegend wahrscheinliche Neuroborreliose» im von ihm analysierten neurologischen Gutachten (erstellt durch Assistenzarzt Dr. med. M.____, visitiert Prof. J.____) vom 27. August 1999 (vgl. E. II. 7.6 hiervor) nicht d'accord, und zwar, da die international gültigen medizinischen und labormedizinischen Kriterien für das Vorliegen einer Neuroborreliose eindeutig nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt seien. Zusammenfassend hielt Dr. med. F.____ fest, auch im Nachhinein könne er keine medizinischen Argumente entdecken, die plausibel machen würden, dass der Beschwerdeführer bereits 1998 an einer Neuroborreliose gelitten habe. Die hierfür genannten Argumente aus der neurologischen Abteilung der [...] seien auf der Grundlage unzureichender klinischer Befunde und nicht beweisender Labor-Konstellation begründet worden. Aus diesem Grund könne er die Ausführung des Assistenzarztes M.____ nicht nachvollziehen, dass hier eine «überwiegend wahrscheinliche» Neuroborreliose beim Beschwerdeführer bereits zum damaligen Zeitpunkt vorgelegen haben soll. Im Übrigen sprächen gegen die Annahme einer bereits durchgemachten Neuroborreliose auch die Ergebnisse der nochmaligen Abklärungen (wie in der Beurteilung vom 21. Juli 2014 dargestellt; vgl. E. II. 7.16 hiervor), welche wiederum keinen Beweis für das Vorliegen einer Neuroborreliose erbracht hätten. Auch im Licht der medizinischen Vorgeschichte erkenne Dr. med. F.____ keine Argumente, die geeignet wären, seine vorherige Beurteilung zu revidieren.

7.18 In der «Beurteilung des Laborbefundes» vom 18. April 2016

(Beschwerdebeilage Nr. 4) hielten der Naturarzt G.____ und die Fachärztin Allgemeinmedizin H.____, [...], folgendes fest: Der Beschwerdeführer sei seit Dezember 2014 wegen chronischer Borreliose in Behandlung. Seit November 2015 sei er Patient im [...]. Das Symptombild sei ausserordentlich charakteristisch für eine chronische Borreliose. Folgende Beschwerden würden vorliegen: «unerklärliche» Fieberschübe, Schweissausbrüche, Frösteln; chronische Müdigkeit, Erschöpfungserscheinungen; extrem schwankende körperliche Leistungsfähigkeit; geschwollene Lymphknoten an mehreren Lokationen am Körper; Herzklopfen, irregulärer Puls; Gelenkschmerzen; Muskelschmerzen; geschwollene Beine und Unterarme; Steifheitsgefühl entlang der ganzen Wirbelsäule mit immer wieder auftretenden «unerklärlichen» Schmerzen im Lumbalbereich; Kopfschmerzen; Taubheitsgefühl, Missempfindungen in den Händen; Sehbeschwerden (verschwommen Sehen, Mouche Volant, erhöhter Augendruck); Benommenheitsgefühl, Schwindel beim Gehen; Tremor der Hände; Konzentrationsschwierigkeiten; Schlafstörungen. Nach internationalen Standards in der Borreliose-Diagnostik würden allein diese beim Beschwerdeführer in Kombination vorkommenden Symptome ganz klar auf eine Lyme-Borreliose hindeuten. Die von den Ärzten eingesetzten (Borreliose spezifischen) Behandlungen zeigten auch eine eindeutige Verbesserung der Gesamtsymptomatik. Die Behandlung der chronischen Borreliose erfordere erfahrungsgemäss sehr viel Zeit und sei beim Beschwerdeführer noch nicht abgeschlossen. Zusammenfassend lasse sich sagen, dass aufgrund der positiven Testung mit zwei unterschiedlichen hochmodernen, sich ergänzenden Labortestes und unter Berücksichtigung des klinischen Bildes des Beschwerdeführers eine Erkrankung durch chronische Borreliose vorliege. Die Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer schon vielfachen Untersuchungen (mehrfach auch am [...]) unterzogen habe, mit dem Ziel andere Krankheitsursachen aufzudecken und alle Untersuchungen keinen Befund bzw. keine andere Diagnose ergeben hätten, sei ein weiterer Hinweis darauf, dass die Diagnose «chronische Borreliose» die richtige sei. Auch der wahrscheinliche Beginn im Jahre 1998 mit einer Erkrankung mit ähnlichen Symptomen wie bei einem starken grippalen Infekt weise nach den aktuell international anerkannten Symptomkatalogen auf Borreliose hin. Dass es seit dieser Zeit beim Beschwerdeführer auch immer wieder Zeiten von gutem Befinden gegeben habe, sei, ebenfalls nach internationaler Lehrmeinung, kein Hinweis darauf, dass die Borreliose zu irgendeinem Zeitpunkt geheilt gewesen sei. 7.19 In seiner neurologischen Beurteilung vom 19. Mai 2016 (A.S. 44 ff.) verwies Dr. med. F.____ auf seine Beurteilungen vom 21. Juli und 24. Oktober 2014 (deren Kenntnis obligater Bestandteil der jetzigen Beurteilung sei), bei denen er ausführlich zum vermuteten Krankheitsbild der Neuroborreliose beim Beschwerdeführer Stellung bezogen habe. Wie er ausführlich darlegen können, habe beim Beschwerdeführer nie eine Konstellation bestanden, bei der es aufgrund der aktuell geltenden Leitlinien der Schweizer Infektiologischen Gesellschaft, aber auch der Deutschen Gesellschaft für Neurologie möglich gewesen wäre, die Diagnose dieser Krankheit zu stellen. Weder klinisch noch im umfassend erhobenen Labor habe es Konstellationen gegeben, welche für eine Neuroborreliose gesprochen hätten. Insbesondere habe, wie diskutiert, nie eine intrathecale autochthone Immunglobulin Produktion stattgefunden, die aber zur Diagnosestellung erforderlich sei. Die von den Mitarbeitern des [...] vorgebrachten Labormethoden würden ausdrücklich in den Leitlinien der Deutschen neurologischen Gesellschaft (harmonisiert mit den Leitlinien der Schweizer Infektiologischen Gesellschaft) erwähnt und für nicht geeignet zur Diagnosestellung befunden. Zusammenfassend könne Dr. med. F.____ aufgrund der

vorgebrachten ungeeigneten Labormethoden keine neue medizinisch begründete Beurteilung abgeben. Es könne festgehalten werden, dass kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem 1998 gemeldeten Zeckenbiss mit der Folge einer Neuroborreliose bestehe. 7.20 Mit E-Mail vom 27. Juni 2016 führten die Fachärztin Allgemeinmedizin H.____ und der Naturarzt G.____ aus (Beschwerdebeilage Nr. 5), Dr. med. F.____ beziehe sich in seinem ganzen Schreiben immer auf eine Neuroborreliose. Sie würden indes aufgrund der in ihrer ersten Stellungnahme aufgeführten Symptomliste aber klar von einer «chronischen Borreliose» (mit wenigen bis keinen neurologischen Anteilen) ausgehen. Dementsprechend falle sein ganzes Argumentarium grösstenteils in sich zusammen. Dr. med. F.____ nehme keine Stellung zum «EliSpot» und zum «SeraSpot». Genau diese Labortestes seien aber von ihnen veranlasst worden. Die beiden Tests seien im Verlaufe der Zeit immer wieder weiterentwickelt worden und lägen nun in einer aktuellen, den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechenden Version vor. Die im Schreiben von Dr. med. F.____ zitierten Quellen würden durchwegs auf Studien bis zum Jahre 2004 (Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie – harmonisiert mit den Leitlinien der Deutschen Neurologischen Gesellschaft) beruhen und sich praktisch ausschliesslich auf die Neuroborreliose beziehen, welche im vorliegenden Fall ja nicht relevant sei. Die Kompetenz von Dr. med. T.____, der für den Labortest verantwortlich zeichne, dürfte unbestritten sein. Dr. med. T.____ sei unter anderem Mitglied der Deutschen Borreliose-Gesellschaft e.V.. Daneben sei er auch Mitglied der Schweizer Liga für Zeckenkranke, der Deutschen Vereinten Gesellschaft für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin (DGKL), dem Berufsverband Deutscher Laborärzte und der Australasian Integrative Medic Association. Im Abschnitt «Folgende Labormethoden eignen sich nicht ...» würden Tests aufgezählt, welche bei ihrer Beurteilung gar nicht zur Anwendung gekommen seien. Dr. med. F.____ widerlege aus Sicht der beiden Ärzte weder ihre Beurteilung noch die Aussagen des Labortests noch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer an einer chronischen Borreliose leide. Er bestätige teilweise noch ihre, indem er eine Neuroborreliose ausschliesse. Genau zu diesem Schluss kämen sie auch. 8. Aus den vorliegenden Akten erhellt, dass der Beschwerdeführer während seiner beruflichen Tätigkeit als Forstwart Zeckenbisse erlitten hat. Daher ist an dieser Stelle zunächst festzuhalten, dass der Zeckenbiss gemäss bundesrichterlicher Rechtsprechung sämtliche Merkmale des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt (BGE 122 V 230; SVR 2008 UV Nr. 3 S. 11 E. 3 [U 155/06]). Eingehend auf die durch Zecken übertragene Infektionskrankheit Borreliose ist Folgendes festzuhalten: 8.1 Der erfolgte Kontakt mit dem Borreliose-Erreger kann mit serologischen Untersuchungen belegt werden; indessen genügen diese nicht für den Schluss auf eine daraus entstandene Lyme-Borreliose. Deren Diagnose – gleich 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. Ebenso hilfreich können bei rückblickender Einschätzung der Verlauf und die Ergebnisse einer Therapie sein. Weitere Indizien sind denkbar (Urteil des Bundesgerichts 8C_924/2011 vom 7. März 2012 E. 3 mit weiteren Hinweisen). 8.2 Bei der durch Zeckenbiss übertragenen Lyme-Borreliose 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, Konjunktivitis, Gewichtsverlust, Diarrhöe. 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.). 9. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 12. November 2015 korrekterweise auf die ärztlichen Beurteilungen von Dr. med. F.____ vom 21. Juli und 24. Oktober 2014 (vgl. E. II. 7.16 und 7.17 hiervor) abgestellt hat (A.S. 6 ff.): 9.1 Bei Berichten versicherungsinterner Ärzte kann nicht bereits aufgrund des Arbeits- (resp. hier des Auftrags-) Verhältnisses auf mangelnde Objektivität oder Befangenheit geschlossen werden; aber sofern auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470; Urteil des Bundesgerichts 8C_303/2013 vom 12. Dezember 2013 E. 3.2). Schliesslich kommt nach der Rechtsprechung im Streitfall eine Leistungszusprechung einzig gestützt auf die Angaben des behandelnden Arztes kaum je in Frage (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470; Urteile des Bundesgerichts 8C_527/2013 vom 28. Oktober 2013 E. 3.2, 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2). Diese Grundsätze sind im Rahmen der Beweiswürdigung zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 8C_397/2012 vom 14. März 2013 E. 5.1). 9.2 Ein medizinischer Aktenbericht ist beweistauglich, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteile des Bundesgerichts 8C_723/2010 vom 25. März 2011 E. 4.1, 8C_185/2010 vom 16. Juni 2010 E. 5; 8C_792/2009 vom 1. Januar 2010 E. 5; RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95 E. 5d). 9.3 Die beiden neurologischen Beurteilungen von Dr. med. F.____ vom 21. Juli und 24. Oktober 2014 (vgl. E. II. 7.16 und 7.17 hiervor) werden den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 8.2 hiervor) grundsätzlich gerecht: So stimmen die von Dr. med. F.____ in seiner Beurteilung vom 21. Juli 2014 aufgeführten Akten während der Dauer vom 29. November 2012 bis zum 11. November 2013 mit der sich vorliegend präsentierenden Aktenlage überein. Indem sich Dr. med. F.____ in seiner weiteren neurologischen Beurteilung vom Oktober 2014 auch auf das Gutachten des [...] vom 27. August 1999 bezieht und sich mit diesem auseinandersetzt, ist bei ihm insgesamt von der Kenntnis der Vorakten (Anamnese) auszugehen. Diese sind ausserdem als vollständig zu bezeichnen und geben ein lückenloses Bild wieder, so dass sich Dr. med. F.____ in der Lage war, sich ein gesamthafes Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschaffen. Die vom Beschwerdeführer vorgebrachte persönliche Untersuchung (A.S. 17 f.) war somit nicht notwendig. Damit kann von grundsätzlich beweiswertigen Beurteilungen von Dr. med. F.____ ausgegangen werden. 9.4 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die übrigen vorliegenden medizinischen Berichte den grundsätzlichen Beweiswert der Einschätzungen von Dr. med. F.____ vom 21. Juli und 24. Oktober 2014 und dabei namentlich seine Einschätzung in Bezug auf den Kausalzusammenhang in Frage zu stellen vermögen: 9.4.1 Dr. med. F.____ führt aus, gemäss den vorliegenden Laborblättern der Firma [...] im Serum-Suchtest (Elisa) liege ein Borrelien IgG-Titer von 299 u/ml vor und der Suchtest für Borrelien IgM sei negativ (S.A. I. 40 S. 3). Diese Darlegung überzeugt unter Heranziehung des Endbefundes der im April/Mai 2013 durchgeführten Testung (vgl. S.A. I. 16 S. 4), wonach beim

Borreliensuchtest ELISA-IgG ein Resultat von 299 u/ml (über 11 gelte als positiv) und beim Borreliensuchtest ELISA-IgM ein Wert von 5 u/ml gemessen wurde, der als negativ zu werten sei. Ähnlich verhält es sich in Bezug auf die weitere Ausführung von Dr. med. F.____, wonach der Bestätigungstest der im IgG-Westernblot mit lediglich drei positiven Banden nicht eindeutig als positiv zu bezeichnen und eine Serokonversion des IgM nicht dokumentiert sei. Denn bei den Laboruntersuchungen (S.A. I. 16 S. 4) wurde festgestellt, dass beim Borrelien IgM Western Blot drei von insgesamt 12 Banden positiv und beim Borrelien IgM Western Blot keine der insgesamt 9 Banden positiv gewesen seien. Diesbezüglich hielt Dr. med. F.____ fest, gemäss den international gültigen Laborvorschriften sei zur Beurteilung eines Westernblot gegen Borrelien eine Positivität für mindestens fünf spezifische Laborbanden erforderlich, was hier nicht der Fall sei. So sei die Laborkonstellation als Seronarbe nach durchgemachtem Kontakt mit dem Bakterium zu interpretieren, eine akute Erkrankung lasse sich indes nicht darstellen (S.A. I. 40 S. 3). Diese Beurteilung ist mit der Einschätzung von Dr. med. D.____ im Bericht vom 23. Juli 2013 (vgl. E. II. 7.13 hiervor) grundsätzlich vereinbar. So hielt er fest, die speziellen Untersuchungen bezüglich *Borrelia burgdorferi* hätten bei erhöhten IgG-Antikörpertitern im Western Blot ein Resultat ergeben, das mit einem lange anhaltenden Immunkontakt vereinbar sei. Im Liquor zeige sich ausser einer Schrankenstörung kein Hinweis auf eine Entzündung oder auf eine autochthone Antikörperproduktion. Es ist daher davon auszugehen, dass sich die beiden Ärzte in Bezug auf die Auswertung der Laborbefunde einig sind. Trotzdem diagnostizierte Dr. med. D.____ im Bericht vom 23. Juli 2013 eine «Lyme-Borreliose Stadium II mit ausgeprägten Allgemeinsymptomen». Diese Diagnose vermag zwar im Hinblick auf die durch den Beschwerdeführer geklagten Beschwerden anlässlich des Interviews vom 7. Juni 2013 (vgl. E. II. 7.12 hiervor) sowie in den zusätzlich dokumentierten medizinischen Berichten und Abklärungen (vgl. E. II. 7.7 ff. hiervor) einzuleuchten, da diese grundsätzlich unter die in E. II. 8.2 hiervor beschriebenen Symptome zu subsumieren sind. Dennoch kann dieser Diagnosestellung nicht ohne Weiteres gefolgt werden, da Dr. med. D.____ im gleichen Bericht ausführte, aufgrund der vorliegenden Resultate sei das Vorliegen einer Lyme-Borreliose im Stadium II als Erklärung für die aktuellen Beschwerden und trotz normalem Liquor «möglich, wenn auch nicht eindeutig gesichert». Aufgrund dieser Formulierung erweist sich seine Diagnosestellung nicht mit dem vorliegend relevanten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gesichert. Eine entsprechende Formulierung ist dem Bericht des Internisten Dr. med. E.____ vom 10. Oktober 2013 (vgl. E. II. 7.14 hiervor) zu entnehmen, indem er darlegte, gemäss Beurteilung von Dr. med. D.____ sei die Lyme-Borreliose im Stadium II möglich aber nicht eindeutig gesichert. An der entsprechenden Diagnose hielt Dr. med. D.____ indes im Bericht vom 11. November 2013 weiterhin fest (vgl. E. II. 7.15 hiervor). Dabei führte er ferner aus, seit der Rocephintherapie sei noch keine wesentliche Besserung eingetreten und listete ausserdem die gesundheitlichen Beeinträchtigungen beim Beschwerdeführer auf. Da aus dem Bericht jedoch nicht hervorgeht, auf welche Untersuchungen sich Dr. med. D.____ bei seiner Diagnosestellung stützte und er sich zudem auch mit der bisher erfolglosen Rocephintherapie nicht näher auseinandersetzte, vermögen die beiden Berichte von Dr. med. D.____ die nachvollziehbaren und schlüssigen Ausführungen von Dr. med. F.____ im Bericht vom 21. Juli 2014 nicht zu schmälern. Der Neurologe Dr. med. P.____ diagnostizierte nie eine Borreliose. 9.4.2 Im Bericht des [...] vom 18. April 2015 (vgl. E. II. 7.18 hiervor) hielten die Ärzte insbesondere fest, das Symptombild beim Beschwerdeführer sei ausserordentlich charakteristisch für eine

«chronische Borreliose». Ihre Einschätzung, wonach allein die aufgeführten und beim Beschwerdeführer in Kombination vorkommenden Symptome nach internationalen Standards in der Borreliose-Diagnostik ganz klar auf eine Lyme-Borreliose hindeuten würden, erscheint unter Berücksichtigung der Symptomenliste grundsätzlich plausibel. So entsprechen die im Bericht vom 18. April 2016 aufgeführten und beim Beschwerdeführer vorliegenden Beschwerden wie chronische Müdigkeit und Erschöpfungserscheinungen, Muskelschmerzen, Kopfschmerzen, Missempfindungen und Tremor der Hände den Allgemeinsymptomen bei Vorliegen einer Lyme-Borreliose (vgl. E. I. 8.2 hiervor). Da diese Symptome unspezifisch sind und auch andere Ursachen haben können, genügt ihre Aufzählung aber nicht als Nachweis für eine Lyme-Borreliose. Wie unter E. II. 8.1 hiervor dargelegt, kann zur entsprechenden Diagnosestellung ein pathologischer laborchemischer Test notwendig sein. Dem Laborbericht vom April 2016 (Beschwerdebeilage Nr. 3) ist dazu Folgendes zu entnehmen: «Serologisch Hinweis auf eine Infektion mit *Borrelia burgdorferi*» (S. 2). Daraus lässt sich jedoch kein Widerspruch zur Beurteilung von Dr. med. F.____ vom Juli 2014 formulieren. Denn, wie bereits oben dargelegt (vgl. E. II. 9.4.1 hiervor), geht auch er davon aus, dass der Beschwerdeführer mit diesem Bakterium bereits in Kontakt gelangt sei, aber keine akute Erkrankung vorliege. Zudem führte Dr. med. F.____ in seiner vom 19. Mai 2016 (vgl. E. II. 7.19 hiervor) datierenden neurologischen Beurteilung aus, es seien vom [...] ungeeignete Labormethoden herangezogen worden (A.S. 45). Diese Darlegung bekräftigt Dr. med. F.____ mit dem anschliessenden Hinweis, wonach die verwendeten Labormethoden in den Leitlinien der Deutschen Neurologischen Gesellschaft (harmonisiert mit den Leitlinien der Schweizer Infektiologischen Gesellschaft) erwähnt und zur Diagnosestellung als nicht geeignet befunden würden. Diese Ausführungen erweisen sich unter Heranziehung der zu den Akten gereichten «Leitlinien der Deutschen Neurologischen Gesellschaft» als nachvollziehbar. So wird bspw. in Bezug auf die im entsprechenden Laborbericht vom April 2016 durchgeführten CD57+NK Testung in den Leitlinien explizit festgehalten, eine Bewertung der CD57+NK-Zellen als Laborparameter im Rahmen der Lyme-Borreliose könne derzeit aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht erfolgen (S. 8 der Leitlinien). Auch den überdies angewandten Methoden («EliSpot» und «SeraSpot») kann nach derzeitigem Stand kein hinreichender Beweiswert zugesprochen werden. Es kommt hinzu, dass der Arzt G.____ als «Naturarzt» und die Ärztin H.____ als Allgemeinmedizinerin über keine spezialärztliche Ausbildung in Infektologie verfügen. Was die Kritik anbelangt, Dr. med. F.____ habe einzig eine Neuroborreliose ausgeschlossen, nicht jedoch eine andere Form der Borreliose, ist darauf hinzuweisen, dass im seinerzeitigen Gutachten vom 27. August 1999 (S.A. I. 28) ausschliesslich von einer Neuroborreliose die Rede war. Gestützt auf diese Darlegungen kann nicht auf die Ausführungen im Bericht des [...] vom 18. April 2016 abgestützt werden. Der Bericht vom 18. April 2016 vermag den grundsätzlichen Beweiswert der Einschätzungen von Dr. med. F.____ folglich nicht in Frage zu stellen. Daran vermögen im Übrigen auch die weiteren Ausführungen der beiden Ärzte des [...] im E-Mail vom 27. Juni 2016 (vgl. E. II. 7.20 hiervor) nichts zu ändern. So vermögen die beiden Ärzte mit dem Vorbringen, Dr. med. F.____ habe sich zu den durchgeführten Test («EliSpot» und «SeraSpot») nicht geäussert, nicht durchzudringen. Denn – wie bereits oben dargelegt – Dr. med. F.____ hielt diesbezüglich in seiner Beurteilung vom Mai 2016 fest, dass [...] habe ungeeignete Labormethoden verwendet. Es kann dazu auf die «Leitlinien der Deutschen Borreliosen-Gesellschaft» verwiesen werden. In Ziffer 2.5.4 wird explizit festgehalten: «Obwohl der EliSpot in der Diagnostik von Infektionskrankheiten etabliert ist

(TB), muss seine Bedeutung für die Borreliose-Diagnostik mittels geeigneter Verfahren noch geprüft werden.» Es ist demzufolge nicht einzusehen, weshalb sich Dr. med. F.____ mit diesen Testverfahren näher hätte auseinandersetzen sollen. Daher erweist sich auch der Hinweis in der E-Mail vom Juni 2016 betreffend die unbestrittene Kompetenz von Dr. med. T.____, der für diese Tests verantwortlich sei, als unbehelflich. 9.4.3 Aufgrund der vorangehenden Ausführungen vermögen die übrigen Akten die beweismässigen Ausführungen keine auch nur geringen Zweifel an der Beurteilung von Dr. med. F.____ hervorzurufen. Seine Einschätzungen und seine Beurteilung sind daher als beweismässig zu qualifizieren. Es kann daher seiner Kausalitätsbeurteilung gefolgt werden, wonach zwischen den aktuell geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers und dem 1998 gemeldeten Zeckenbiss nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe. Im vorliegenden Verfahren kann im Übrigen offen bleiben, ob der Beschwerdeführer bereits 1998 an einer Neuroborreliose gelitten und ihm die Beschwerdegegnerin daher damals zu Recht Leistungen ausgerichtet hat. In diesem Sinn führte die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid denn auch aus (A.S. 10), eine Rückforderung der bisher zu Unrecht entrichteten Leistungen stehe nicht in Frage. Es ist daher weder auf die unmittelbar nach dem Grundfall von 1998 erstellten medizinischen Arztberichte (vgl. E. II. 7.1 – 7.6 hiervor) noch auf den von Dr. med. F.____ in Bezug auf das Gutachten der [...] vom 27. August 1999 erstellten Bericht vom 24. Oktober 2014 (vgl. E. II. 7.17 hiervor) näher einzugehen. 10. Damit ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. November 2015 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 11. 11.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). 11.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

E. 28

Oktober 2013 E. 3.2, 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2). Diese Grundsätze sind im Rahmen der Beweismässigkeit zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 8C_397/2012 vom 14. März 2013 E. 5.1).

9.2 Ein medizinischer Aktenbericht ist beweismässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteile des Bundesgerichts 8C_723/2010 vom 25. März 2011 E. 4.1, 8C_185/2010 vom 16. Juni 2010 E. 5; 8C_792/2009 vom 1. Januar 2010 E. 5; RKUV 1993 Nr. U 167 S. 95 E. 5d).

9.3 Die beiden neurologischen Beurteilungen von Dr. med. F.____ vom 21. Juli und 24. Oktober 2014 (vgl. E. II. 7.16 und 7.17 hiervor) werden den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 8.2 hiervor) grundsätzlich gerecht: So stimmen die von Dr. med. F.____ in seiner Beurteilung vom 21. Juli 2014 aufgeführten Akten während der Dauer vom 29. November 2012 bis zum 11. November 2013 mit der sich vorliegend präsentierenden Aktenlage überein. Indem sich Dr. med. F.____ in seiner weiteren neurologischen Beurteilung vom Oktober 2014 auch auf das Gutachten des [...] vom 27. August 1999 bezieht und sich mit diesem auseinandersetzt, ist bei ihm insgesamt von der Kenntnis der Vorakten (Anamnese) auszugehen. Diese sind ausserdem als vollständig zu bezeichnen und geben ein lückenloses

Bild wieder, so dass sich Dr. med. F.____ in der Lage war, sich ein gesamthafes Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschaffen. Die vom Beschwerdeführer vorgebrachte persönliche Untersuchung (A.S. 17 f.) war somit nicht notwendig.

Damit kann von grundsätzlich beweiswertigen Beurteilungen von Dr. med. F.____ ausgegangen werden.

9.4 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die übrigen vorliegenden medizinischen Berichte den grundsätzlichen Beweiswert der Einschätzungen von Dr. med. F.____ vom 21. Juli und 24. Oktober 2014 und dabei namentlich seine Einschätzung in Bezug auf den Kausalzusammenhang in Frage zu stellen vermögen:

9.4.1 Dr. med. F.____ führt aus, gemäss den vorliegenden Laborblättern der Firma [...] im Serum-Suchtest (Elisa) liege ein Borrelien IgG-Titer von 299 u/ml vor und der Suchtest für Borrelien IgM sei negativ (S.A. I. 40 S. 3). Diese Darlegung überzeugt unter Heranziehung des Endbefundes der im April/Mai 2013 durchgeführten Testung (vgl. S.A. I. 16 S. 4), wonach beim Borreliensuchtest ELISA-IgG ein Resultat von 299 u/ml (über 11 gelte als positiv) und beim Borreliensuchtest ELISA-IgM ein Wert von 5 u/ml gemessen wurde, der als negativ zu werten sei. Ähnlich verhält es sich in Bezug auf die weitere Ausführung von Dr. med. F.____, wonach der Bestätigungstest der im IgG-Westernblot mit lediglich drei positiven Banden nicht eindeutig als positiv zu bezeichnen und eine Serokonversion des IgM nicht dokumentiert sei. Denn bei den Laboruntersuchungen (S.A. I. 16 S. 4) wurde festgestellt, dass beim Borrelien IgM Western Blot drei von insgesamt 12 Banden positiv und beim Borrelien IgM Western Blot keine der insgesamt 9 Banden positiv gewesen seien. Diesbezüglich hielt Dr. med. F.____ fest, gemäss den international gültigen Laborvorschriften sei zur Beurteilung eines Westernblot gegen Borrelien eine Positivität für mindestens fünf spezifische Laborbanden erforderlich, was hier nicht der Fall sei. So sei die Laborkonstellation als Seronarbe nach durchgemachtem Kontakt mit dem Bakterium zu interpretieren, eine akute Erkrankung lasse sich indes nicht darstellen (S.A. I. 40 S. 3). Diese Beurteilung ist mit der Einschätzung von Dr. med. D.____ im Bericht vom 23. Juli 2013 (vgl. E. II. 7.13 hiervor) grundsätzlich vereinbar. So hielt er fest, die speziellen Untersuchungen bezüglich *Borrelia burgdorferi* hätten bei erhöhten IgG-Antikörpertitern im Western Blot ein Resultat ergeben, das mit einem lange anhaltenden Immunkontakt vereinbar sei. Im Liquor zeige sich ausser einer Schrankenstörung kein Hinweis auf eine Entzündung oder auf eine autochthone Antikörperproduktion. Es ist daher davon auszugehen, dass sich die beiden Ärzte in Bezug auf die Auswertung der Laborbefunde einig sind. Trotzdem diagnostizierte Dr. med. D.____ im Bericht vom 23. Juli 2013 eine «Lyme-Borreliose Stadium II mit ausgeprägten Allgemeinsymptomen». Diese Diagnose vermag zwar im Hinblick auf die durch den Beschwerdeführer geklagten Beschwerden anlässlich des Interviews vom 7. Juni 2013 (vgl. E. II. 7.12 hiervor) sowie in den zusätzlich dokumentierten medizinischen Berichten und Abklärungen (vgl. E. II. 7.7 ff. hiervor) einzuleuchten, da diese grundsätzlich unter die in E. II. 8.2 hiervor beschriebenen Symptome zu subsumieren sind. Dennoch kann dieser Diagnosestellung nicht ohne Weiteres gefolgt werden, da Dr. med. D.____ im gleichen Bericht ausführte, aufgrund der vorliegenden Resultate sei das Vorliegen einer Lyme-Borreliose im Stadium II als Erklärung für die aktuellen Beschwerden und trotz normalem Liquor «möglich, wenn auch nicht eindeutig gesichert». Aufgrund dieser Formulierung erweist sich seine Diagnosestellung nicht mit dem vorliegend relevanten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gesichert. Eine entsprechende Formulierung ist dem Bericht des

Internisten Dr. med. E. ___ vom 10. Oktober 2013 (vgl. E. II. 7.14 hiervor) zu entnehmen, indem er darlegte, gemäss Beurteilung von Dr. med. D. ___ sei die Lyme-Borreliose im Stadium II möglich aber nicht eindeutig gesichert. An der entsprechenden Diagnose hielt Dr. med. D. ___ indes im Bericht vom 11. November 2013 weiterhin fest (vgl. E. II. 7.15 hiervor). Dabei führte er ferner aus, seit der Rocephintherapie sei noch keine wesentliche Besserung eingetreten und listete ausserdem die gesundheitlichen Beeinträchtigungen beim Beschwerdeführer auf. Da aus dem Bericht jedoch nicht hervorgeht, auf welche Untersuchungen sich Dr. med. D. ___ bei seiner Diagnosestellung stützte und er sich zudem auch mit der bisher erfolglosen Rocephintherapie nicht näher auseinandersetzte, vermögen die beiden Berichte von Dr. med. D. ___ die nachvollziehbaren und schlüssigen Ausführungen von Dr. med. F. ___ im Bericht vom 21. Juli 2014 nicht zu schmälern.

Der Neurologe Dr. med. P. ___ diagnostizierte nie eine Borreliose.

9.4.2 Im Bericht des [...] vom 18. April 2015 (vgl. E. II. 7.18 hiervor) hielten die Ärzte insbesondere fest, das Symptombild beim Beschwerdeführer sei ausserordentlich charakteristisch für eine «chronische Borreliose». Ihre Einschätzung, wonach allein die aufgeführten und beim Beschwerdeführer in Kombination vorkommenden Symptome nach internationalen Standards in der Borreliose-Diagnostik ganz klar auf eine Lyme-Borreliose hindeuten würden, erscheint unter Berücksichtigung der Symptomenliste grundsätzlich plausibel. So entsprechen die im Bericht vom 18. April 2016 aufgeführten und beim Beschwerdeführer vorliegenden Beschwerden wie chronische Müdigkeit und Erschöpfungserscheinungen, Muskelschmerzen, Kopfschmerzen, Missempfindungen und Tremor der Hände den Allgemeinsymptomen bei Vorliegen einer Lyme-Borreliose (vgl. E. I. 8.2 hiervor). Da diese Symptome unspezifisch sind und auch andere Ursachen haben können, genügt ihre Aufzählung aber nicht als Nachweis für eine Lyme-Borreliose. Wie unter E. II. 8.1 hiervor dargelegt, kann zur entsprechenden Diagnosestellung ein pathologischer laborchemischer Test notwendig sein. Dem Laborbericht vom April 2016 (Beschwerdebeilage Nr. 3) ist dazu Folgendes zu entnehmen: «Serologisch Hinweis auf eine Infektion mit *Borrelia burgdorferi*» (S. 2). Daraus lässt sich jedoch kein Widerspruch zur Beurteilung von Dr. med. F. ___ vom Juli 2014 formulieren. Denn, wie bereits oben dargelegt (vgl. E. II. 9.4.1 hiervor), geht auch er davon aus, dass der Beschwerdeführer mit diesem Bakterium bereits in Kontakt gelangt sei, aber keine akute Erkrankung vorliege. Zudem führte Dr. med. F. ___ in seiner vom 19. Mai 2016 (vgl. E. II. 7.19 hiervor) datierenden neurologischen Beurteilung aus, es seien vom [...] ungeeignete Labormethoden herangezogen worden (A.S. 45). Diese Darlegung bekräftigt Dr. med. F. ___ mit dem anschliessenden Hinweis, wonach die verwendeten Labormethoden in den Leitlinien der Deutschen Neurologischen Gesellschaft (harmonisiert mit den Leitlinien der Schweizer Infektiologischen Gesellschaft) erwähnt und zur Diagnosestellung als nicht geeignet befunden würden. Diese Ausführungen erweisen sich unter Heranziehung der zu den Akten gereichten «Leitlinien der Deutschen Neurologischen Gesellschaft» als nachvollziehbar. So wird bspw. in Bezug auf die im entsprechenden Laborbericht vom April 2016 durchgeführten CD57+NK Testung in den Leitlinien explizit festgehalten, eine Bewertung der CD57+NK-Zellen als Laborparameter im Rahmen der Lyme-Borreliose könne derzeit aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht erfolgen (S. 8 der Leitlinien). Auch den überdies angewandten Methoden («EliSpot» und «SeraSpot») kann nach derzeitigem Stand kein hinreichender Beweiswert zugesprochen werden. Es kommt hinzu, dass der Arzt G. ___ als «Naturarzt» und die Ärztin H. ___ als Allgemeinmedizinerin über keine

spezialärztliche Ausbildung in Infektologie verfügen. Was die Kritik anbelangt, Dr. med. F.____ habe einzig eine Neuroborreliose ausgeschlossen, nicht jedoch eine andere Form der Borreliose, ist darauf hinzuweisen, dass im seinerzeitigen Gutachten vom 27. August 1999 (S.A. I. 28) ausschliesslich von einer Neuroborreliose die Rede war. Gestützt auf diese Darlegungen kann nicht auf die Ausführungen im Bericht des [...] vom 18. April 2016 abgestützt werden.

Der Bericht vom 18. April 2016 vermag den grundsätzlichen Beweiswert der Einschätzungen von Dr. med. F.____ folglich nicht in Frage zu stellen.

Daran vermögen im Übrigen auch die weiteren Ausführungen der beiden Ärzte des [...] im E-Mail vom 27. Juni 2016 (vgl. E. II. 7.20 hiervor) nichts zu ändern. So vermögen die beiden Ärzte mit dem Vorbringen, Dr. med. F.____ habe sich zu den durchgeführten Test («EliSpot» und «SeraSpot») nicht geäußert, nicht durchzudringen. Denn ■ wie bereits oben dargelegt ■ Dr. med. F.____ hielt diesbezüglich in seiner Beurteilung vom Mai 2016 fest, das [...] habe ungeeignete Labormethoden verwendet. Es kann dazu auf die «Leitlinien der Deutschen Borreliosen-Gesellschaft» verwiesen werden. In Ziffer 2.5.4 wird explizit festgehalten: «Obwohl der EliSpot in der Diagnostik von Infektionskrankheiten etabliert ist (TB), muss seine Bedeutung für die Borreliose-Diagnostik mittels geeigneter Verfahren noch geprüft werden.» Es ist demzufolge nicht einzusehen, weshalb sich Dr. med. F.____ mit diesen Testverfahren näher hätte auseinandersetzen sollen. Daher erweist sich auch der Hinweis in der E-Mail vom Juni 2016 betreffend die unbestrittene Kompetenz von Dr. med. T.____, der für diese Tests verantwortlich sei, als unbehelflich.

9.4.3 Aufgrund der vorangehenden Ausführungen vermögen die übrigen Akten die beweismässigen Ausführungen keine auch nur geringen Zweifel an der Beurteilung von Dr. med. F.____ hervorzurufen. Seine Einschätzungen und seine Beurteilung sind daher als beweismässig zu qualifizieren. Es kann daher seiner Kausalitätsbeurteilung gefolgt werden, wonach zwischen den aktuell geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers und dem 1998 gemeldeten Zeckenbiss nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehe.

Im vorliegenden Verfahren kann im Übrigen offen bleiben, ob der Beschwerdeführer bereits 1998 an einer Neuroborreliose gelitten und ihm die Beschwerdegegnerin daher damals zu Recht Leistungen ausgerichtet hat. In diesem Sinn führte die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid denn auch aus (A.S. 10), eine Rückforderung der bisher zu Unrecht entrichteten Leistungen stehe nicht in Frage. Es ist daher weder auf die unmittelbar nach dem Grundfall von 1998 erstellten medizinischen Arztberichte (vgl. E. II. 7.1 ■ 7.6 hiervor) noch auf den von Dr. med. F.____ in Bezug auf das Gutachten der [...] vom 27. August 1999 erstellten Bericht vom 24. Oktober 2014 (vgl. E. II. 7.17 hiervor) näher einzugehen.

10. Damit ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. November 2015 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

11.

11.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

11.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach widerkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden weder eine Parteientschädigung ausgerichtet noch Verfahrenskosten erhoben.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Jäggi

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_831/2016 vom 7. März 2017 bestätigt.

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