

# **SO\_GERICHTE VSBES.2016.271 vom 14. September 2016**

SO Obergericht, 2016-09-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.271](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.271)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.271 du 14 septembre 2016

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.271 del 14 settembre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 2**

Eventualiter sei der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 14. September 2016 aufzuheben und ein gerichtliches medizinisches Gutachten bei neutraler Stelle einzuholen.

### **E. 2.2**

2.2.1 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 entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Unfallversicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht 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 (a.a.O.). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Der Beweis des nat.lichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 55).

2.2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter 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. 181). Im Sozialversicherungsrecht spielt die Adäquanzen als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate

weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt. (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweisen). 2.2.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht länger die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft 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 leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang (BGE 134 V 109 E. 9 S. 121 ff.) muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 360 E. 5b S. 360) nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht (BGE 117 V 359 E. 4a S. 360, 117 V 369 E. 3a S. 376; 115 V 133 E. 8b S. 142). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 54). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss indes nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_416/2010 vom 29. November 2010 E. 2.2).

## **E. 2.3**

2.3.1 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 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C\_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1). 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).

2.3.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

### **E. 3**

Juli 2015 meldete sich der Beschwerdeführer gemäss einem ■ undatierten und nicht unterzeichneten ■ Arzteugnis UVG am 10. Juli 2015 bei [der Praxis] D.\_\_\_\_, da sich an seiner rechten Kniekehle eine Rötung entwickelt hatte (medizinische Akten der Beschwerdegegnerin / Helsana M-Nr. 1). Der dortige Arzt diagnostizierte eine Borreliose und ordnete für 14 Tage eine orale antibiotische Behandlung mit Doxycyclin an.

Die Blutuntersuchung vom 29. Juli 2015 ergab gemäss Bericht des Labors E.\_\_\_\_ (Beschwerdebeilage / BB-Nr. 1), dass eine Infektion mit *Borrelia burgdorferi* stattgefunden hatte (positiver Test auf IgG- und IgM-Antikörper). Eine Aussage über die Aktivität der Infektion sei serologisch nicht möglich. Die Indikation für eine Antibiotikatherapie müsse klinisch gestellt werden.

Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Neuroradiologie, führte am 20. August 2015 wegen Schwankschwindel, Gleichgewichtsstörungen und leichter Schallleitungsschwierigkeit links eine MRT-Untersuchung des Schädels durch, welche unauffällig ausfiel (BB-Nr. 5).

Bei der Blutuntersuchung durch die medizinischen Laboratorien G.\_\_\_\_ am 26. Oktober 2015 (Helsana M-Nr. 3) war die IgG-Testung negativ, die IgM-Testung hingegen positiv,

weshalb man eine kürzliche Infektion oder Seronarbe als möglich ansah. Eine weitere Untersuchung am 21. März 2016 ergab erneut eine ■ wenn auch schwächere ■ positive IgM-Reaktion (BB-Nr. 3). Die nächste Untersuchung am 14. Januar 2017 (BB-Nr. 4) erfolgte erst nach dem angefochtenen Einspracheentscheid.

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt in seinem Zwischenbericht vom 5. März 2016 (Helsana M-Nr. 2) fest, es liege eine Lyme-Borreliose nach Zeckenbiss am 3. Juli 2015 vor. Die Beschwerden (namentlich Müdigkeit, Polymyalgien, Muskelzuckungen, Schwankschwindel, rasche Ermüdbarkeit, Gleichgewichtsstörungen und Muskelschwäche, vor allem am Quadriceps) seien nach den Rocephin-Infusionen leicht zurückgegangen. Die laufende Behandlung sei fortzusetzen.

Dr. med. I.\_\_\_\_, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, hielt in seiner Stellungnahme vom 18. März 2016 (Helsana M-Nr. 4) dafür, die anfängliche Behandlung mit Doxycyclin, als sich nach dem Zeckenbiss ein Erythema migrans gebildet habe, sei unfallkausal gewesen. Die Serologie vom 23. Oktober 2015 passe dazu. Die jetzigen Beschwerden nach dem korrekt behandelten Stadium 1 seien unspezifisch und nicht unfallkausal. Für Spätmanifestationen gebe es keine klinischen Hinweise. Ein chronisches Stadium sei angesichts der erfolgten Behandlung unwahrscheinlich. Der zusätzliche Einsatz von Rocephin sei nicht indiziert gewesen.

Im Zeugnis vom 27. Mai 2016 (unter Helsana K-Nr. 27) hielt Dr. med. H.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer sei am 26. und 27. August sowie am 28. September 2015 arbeitsunfähig gewesen. Nach der 14tägigen Erstbehandlung mit Doxycyclin ab 12. Juli 2015 seien vom 5. August bis 14. September 2015 Amoxi Mepha und vom 14. bis 27. September 2015 Rocephin eingesetzt worden. Seit Mitte August leide der Beschwerdeführer unter wechselhaften, maximal mittelstarken stechend-bohrenden Schmerzen in den Oberschenkelmuskeln, weniger im Beckengürtel und den oberen Extremitäten.

Am 10. Juli 2016 ergänzte Dr. med. I.\_\_\_\_ (Helsana M-Nr. 5), er beziehe sich im Wesentlichen auf die Guidelines der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie ([www.sginf.ch](http://www.sginf.ch)):

Zusammengefasst fänden sich weder früher noch jetzt Symptome und Befunde, welche zum jeweiligen Zeitpunkt einem Stadium II oder III einer Borreliose zugeordnet werden könnten. Die ab Mitte August 2015 aufgetretenen subjektiven Beschwerden ohne objektiven Befund liessen sich noch als unspezifische Begleitreaktionen auf den Zeckenbiss vom 3. Juli 2015 interpretieren. Nach der zweiwöchigen Antibiotikabehandlung ab 10. Juli 2015 sei von zusätzlichen Therapien keine weitere Besserung zu erwarten. Die subjektiven Beschwerden hätten andere Ursachen.

3.2 Dem Gerichtsgutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2017 (A.S. 60 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (A.S. 66 / 70):

In der Untersuchung vom 18. September 2017 gab der Beschwerdeführer an, am 3. Juli 2015 sei ihm bei der Gartenarbeit am rechten Oberarm eine Zecke aufgefallen, welche in einer Apotheke mittels Pinzette entfernt worden sei. In den Folgetagen sei ein leichtes Kribbeln am rechten Oberarm aufgetreten, nicht jedoch an der Einstichstelle. Am 10. Juli 2015 habe sich in der rechten Kniekehle eine ca. 4 bis 5 cm durchmessende Rötung gezeigt. Er habe einen Arzt aufgesucht, doch auf eine Therapie sei vorerst verzichtet worden. Auf

Grund einer Vergrößerung der Rötung um ca. 0,5 cm, eines lokalen Juckreizes sowie einer Temperatur von 37,2° C (am 11. Juli 2015 durch den Beschwerdeführer gemessen, s. Patiententagebuch BB-Nr. 6) habe er daraufhin für ca. 15 Tage das Antibiotikum Doxycyclin erhalten. Unter der laufenden antibiotischen Therapie sei erstmals ein ungerichteter Schwindel aufgetreten. Das Erythem an der rechten Kniekehle sei innert zwei bis drei Wochen deutlich besser geworden und nach vier bis fünf Wochen vollständig abgeheilt. Der Schwindel, die Kribbelgefühle sowie die Zuckungen im rechten Bein und ein Müdigkeitsgefühl in beiden Oberschenkeln hätten jedoch fortbestanden. Ein Therapieversuch mit Betahistin sei erfolglos geblieben (A.S. 61). Dr. med. H. \_\_\_ habe für fünf Wochen Amoxicillin und sodann für 14 Tage Ceftriaxon eingesetzt, ohne dass sich die Symptome gebessert hätten (A.S. 61 f.). Im Oktober und November 2015 seien die Beschwerden schliesslich sehr schlimm gewesen: Es hätten Muskelzuckungen am ganzen Körper bestanden, vorwiegend jedoch an beiden Beinen, zudem ein Taubheitsgefühl in beiden Händen, ein Kribbeln am ganzen Körper und ein ungerichteter Schwindel. Gegen Weihnachten 2015 sei es vorübergehend zu einer leichten Besserung gekommen. Alternativmedizinische Ansätze, eine Ernährungsumstellung und Bewegung an der frischen Luft hätten keinen durchgreifenden Effekt gehabt. Aktuell bestünden Schmerzen an den Beinen, Kribbeln, nadelstichartige Missempfindungen, ein in Ruhe auftretendes linksthorakales Druckgefühl, Palpitationen, ein Druckgefühl im Kopf und an den Augen, eine Benommenheit sowie gelegentlich eine Fallneigung nach links. Wesentliche Vorerkrankungen würden verneint, ebenso eine Anstrengungsdyspnoe, Angina pectoris-Beschwerden, Fieber oder Schüttelfrost (A.S. 62). Der Beschwerdeführer zeige sich in einem guten Allgemeinzustand. Während der einstündigen Begutachtung wirke er nicht schmerzgequält oder anderweitig beeinträchtigt (A.S. 65).

Aktenkundig seien zwei Borrelien-Serologien mit positivem IgM und negativem IgG. Objektivierbare Organmanifestationen (neben einem kutanen Erythem in der rechten Kniekehle) oder eine objektivierbare Läsion am Nervensystem würden nicht beschrieben. Nachdem sich das am 10. Juli 2015 festgestellte Erythem vergrössert habe, habe man eine ausreichend dosierte orale Antibiose mit Wirksamkeit auf Borrelien eingeleitet. Bei einem Borrelien-Kontakt im Juli 2015 wäre die Infektion im Stadium 1 lege artis behandelt worden, womit keine Folgeschäden wahrscheinlich oder zu erwarten seien. Es sei also weniger relevant, ob, wann und an welchem Körperteil es im Juli 2015 zu einem Borrelien-Kontakt gekommen sei, da in jedem Falle eine ausreichende Behandlung stattgefunden habe und Folgeschäden nicht plausibel seien. Die Prognose einer derart frühzeitig (innerhalb von maximal zehn Tagen) behandelten Borrelien-Infektion gelte als sehr günstig, zumal beim Beschwerdeführer auch keine über eine kutane Manifestation hinausgehenden Ausbreitungsschäden einer Infektion (z.B. Gelenkentzündungen oder nervale Läsionen) objektiviert worden seien (A.S. 67). Das Auftreten eines Erythema migrans ohne gleichzeitige Identifikation einer lokalen Zecke sei nicht sonderlich ungewöhnlich, da Zecken vor allem an schwer einsehbaren Körperstellen nicht selten übersehen würden und nach einigen Tagen auch unbemerkt abfallen könnten (A.S. 67 f.). Die anamnestisch berichtete zunehmende Rötung in der rechten Kniekehle lasse einen dortigen Stich durch eine zweite Zecke durchaus zu. Die Laborkonstellation sei nicht schlüssig: Seien nach einem behandelten Borrelien-Kontakt weiterhin positive Antikörper nachweisbar, so betreffe dies in der Regel das IgG und nicht das IgM. Letzteres gelte als Parameter einer aktiven Infektion, was wiederum im Widerspruch zu den erfolgten mehrfachen Antibiosen stehe. Allenfalls wäre nach dem Laborbefund vom März 2016 eine

frische Infektion nach einem Zeckenstich im Jahr 2016 zu erwägen, nicht jedoch ein Residualzustand nach abgelaufenem und lege artis behandeltem Borrelien-Kontakt im Stadium 1 (kutane Manifestation) der Infektion. Letztlich könnten die Laborbefunde jedoch auch variieren, sodass diese allein keine Diagnose erlaubten; das IgM sei zudem nur schwach positiv, was bisweilen auch nach lege artis behandelten Borrelien-Kontakten der Fall sein könne (A.S. 68).

Zusammenfassend sei ein Zeckenstich mit Borrelien-Kontakt im Juli 2015 möglich (wobei das am 10. Juli 2015 bemerkte Erythem in der rechten Kniekehle eher den Ort der Übertragung anzeige), doch sei seinerzeit in jedem Fall eine suffiziente Antibiose erfolgt, sodass eine zum Ereignis vom Juli 2015 kausale anhaltende Gesundheitsstörung nicht wahrscheinlich sei. Die nochmalige antibiotische Behandlung subjektiver Beschwerden im Stadium 1 der Infektion mit suffizienter antibiotischer Erstbehandlung sei nicht leitlinienkonform, vor allem wenn objektive infektiöse Organmanifestationen bzw. objektive nervale Infektionszeichen fehlten (A.S. 68). Der hiesige klinische Untersuchungsbefund zeige erhöhte Blutdruckwerte, was einer Hypertonie sowie einer situativen Blutdrucksteigerung (White-coat hypertension) entsprechen könne; hausärztliche Kontrollen seien hier ausreichend. Das Körpergewicht liege im unteren Grenzbereich, jedoch ergäben sich anamnestisch, aktenkundig und im hiesigen Befund keine Hinweise für eine konsumierende Erkrankung. Der übrige Befund sei ohne namhafte Auffälligkeiten. Die initial durchgeführte antibiotische Therapie sei für eine Borreliose adäquat und den Leitlinien entsprechend; sie führe bei früher Durchführung wie hier zu einer vollständigen Abheilung ([www.cdc.gov/lyme](http://www.cdc.gov/lyme)). Dauerhafte Folgebeschwerden seien nicht wahrscheinlich und entsprächen nicht dem schulmedizinischen Kenntnisstand zur Prognose lege artis früh behandelter Borrelien-Kontakte. Die aktenkundigen und anamnestisch berichteten Arbeitsunfähigkeiten fussten auf den subjektiven Beschwerden ohne Nachweis korrelierender objektiver Läsionsbefunde. Eine über das ■ nicht namhaft einschränkende und abgeheilte ■ Erythem hinausgehende objektive Gesundheitsstörung sei nicht belegt worden (A.S. 69 + 71). Die Diagnosen bzw. die angegebenen Beschwerden könnten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dem Unfall vom 3. Juli 2015 zugeordnet werden. Die subjektiven Beschwerden seien mithin wahrscheinlich unfallfremd (A.S. 70). Eine jemals stattgehabte Auslenkung des Status prae ante durch das Ereignis im Juli 2015 sei nicht hinreichend wahrscheinlich (A.S. 71).

3.3 In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 29. Dezember 2017 (A.S. 92 ff.) erklärte Dr. med. B.\_\_\_\_, der Einwand des Beschwerdeführers, die frühzeitig erfolgte antibiotische Behandlung sei im Gutachten nicht begründet worden, treffe nicht zu; aus Anamnese und Akten Daten werde vielmehr schlüssig herausgearbeitet, dass noch im Juli 2015 lege artis eine orale Antibiose durchgeführt worden sei und allenfalls ein Frühstadium einer Infektion bestanden habe. Diese leitliniengerechte Behandlung eines Frühstadiums innerhalb weniger Tage führe nach geltender schulmedizinischer Kenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Heilung bzw. einer neben einem Erythema migrans gar nicht auftretenden generalisierenden Infektion. Diese Kenntnis sei nicht «veraltet», sondern gehöre zum medizinischen Grundwissen (A.S. 92). Die auf ein Erythema migrans beschränkte Manifestation bei ansonsten fehlenden objektiven anderen Manifestationen belege ein Frühstadium, für das die schulmedizinische Grundregel (hochgradig wahrscheinliche kurative Behandlung bei Einsatz eines oralen Antibiotikums) gelte (A.S. 93).

Der Hinweis des Beschwerdeführers, er habe auch nach der Antibiose im Jahr 2016 über persistierende Beschwerden geklagt, sei irreführend, da Beschwerden (im Sinne von Symptomen) mit objektiven Befunden verwechselt würden. Der Beschwerdeführer habe unbestrittenermassen weiterhin Beschwerden vorgetragen, doch fehlten objektive Befunde einer anhaltenden Infektionsaktivität. Namentlich würden keine Organmanifestationen einer Borreliose mehr belegt und die Klagen verblieben ohne Korrelat. Organmanifestationen einer Borrelien-Infektion seien wie bei allen bakteriellen Infektionskrankheiten morphologisch in aller Regel nachweisbar (z.B. klinisch und bildmorphologisch an Gelenken, inneren Organen oder dem zentralen bzw. peripheren Nervensystem). Der Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom März 2016 belege ebenfalls keine objektiven Infektmanifestationen, die über das abgeheilte Erythem hinausgingen, sondern stütze vielmehr die Annahme fehlender objektiver Belege einer anhaltenden Infektion (A.S. 93).

Die Tatsache, dass im Stadium 1 behandelte Borrelien-Kontakte regelhaft und mit hoher Wahrscheinlichkeit folgenlos abheilen, habe Eingang in alle Lehrprogramme der Schulmedizin, speziell der Infektiologie und weiterer befasster Fachgebiete (u.a. Neurologie), gefunden. Hiervon abweichende Einlassungen bewegten sich ausserhalb der naturwissenschaftlichen Medizin (A.S. 93). Die vom Beschwerdeführer irreführend zitierte Literatur belege vielmehr, dass die nach initialer Antibiose anhaltenden subjektiven Klagen nicht durch weitere extensive antibiotische Behandlungen namhaft beeinflussbar seien, was somit auch eine anhaltende Infektion als Ursache der beklagten Beschwerden unwahrscheinlich mache (A.S. 93 f.). Insoweit wären allenfalls nicht primär infektiöse Folgeschäden diskutierbar (z.B. postinfektiöse entzündliche Ursachen), für die jedoch hier ebenfalls keine schlüssigen Belege anhand morphologisch fassbarer Befunde erbracht worden seien. Das spontan vorkommende humane Modell der quartären Lues und auch die tertiären (teils der multiplen Sklerose ähnlich erscheinenden) Lyme-Borreliosen gingen mit morphologischen Läsionen und entsprechenden objektiven klinischen Befunden einher. Das vom Beschwerdeführer aufgerufene Bild sekundärer Infektfolgen sei also allenfalls spekulativ. Eine überwiegend wahrscheinliche Folge des stattgehabten Borrelien-Kontakts sei hier somit nicht gegeben (A.S. 94).

Die Infektiologie sei integraler Bestandteil der Inneren Medizin, ein Internist also für die hier im Raum stehenden Fragen bestens geeignet; ein einfacher Blick in das weltweit verbreitete Standardwerk der Inneren Medizin «Harrison's Principles of Internal Medicine» genüge hier (A.S. 94).

Die vom Beschwerdeführer dokumentierten Körpertemperaturen (s. BB-Nr. 6) lägen unter 38° C, ein Fieber bestehe also nicht. Die bildgebende Untersuchung des Kopfes am 24. August 2015 sei regelrecht ausgefallen (A.S. 94).

Zusammenfassend ergäben sich keine neuen medizinischen Sachverhalte. Die Beantwortung der Gutachtenfragen ändere sich damit nicht (A.S. 94).

### **E. 3.4**

3.4.1 Von einem Gerichtsgutachten darf nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein solcher Grund kann vorliegen, wenn das Gerichtsgutachten widersprüchlich ist oder ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine divergierende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des

Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C\_429/2017 vom 30. August 2017 E. 3.1.3).

3.4.2 Im vorliegenden Fall besteht kein Anlass, vom Gerichtsgutachten (nebst Ergänzung) abzuweichen. Dieses genießt vollen Beweiswert, stammt es doch von einem unabhängigen Facharzt, welcher den Beschwerdeführer gründlich untersucht, dessen Angaben festgehalten sowie sich mit den Vorakten befasst hat. Der Experte begründet seine Schlussfolgerung, wonach eine allfällige Borrelien-Infektion im Juli 2015 frühzeitig *lege artis* behandelt worden und folgenlos abgeheilt sei, nicht nur mit der medizinischen Erfahrung, sondern vor allem auch mit dem Fehlen von objektiv fassbaren Infektionszeichen und Folgeschäden einer Borreliose. Dies ist nachvollziehbar und überzeugend, zumal es sich mit der Einschätzung des Versicherungsarztes Dr. med. I.\_\_\_\_ deckt. Die Berichte [der Praxis] D.\_\_\_\_ und [von] Dr. med. H.\_\_\_\_ vermögen keine Zweifel am Gerichtsgutachten zu erwecken. Einmal abgesehen davon, dass sie ziemlich knapp sind ■ also schon von daher nicht den gleichen Beweiswert wie ein ausführliches Gutachten beanspruchen können ■, lassen sich ihnen keine objektivierbaren klinischen und bildgebenden Befunde entnehmen, welche der Gutachter übersehen hätte. Dr. med. H.\_\_\_\_ listet zwar verschiedene Beschwerden auf, doch handelt es sich dabei um die subjektive Darstellung des Beschwerdeführers, welche von Dr. med. H.\_\_\_\_ nicht weiter gewürdigt wird und für eine versicherungsmedizinische Beurteilung nicht ausreicht. Arztberichte, welche das Gutachten mit fundierter Begründung kritisieren würden, liegen keine vor.

Der Beschwerdeführer beruft sich in erster Linie auf die Leitlinie der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie sowie das Informationsblatt der Liga für Zeckenkranke. Dort finden sich aber nur allgemeine Angaben zum Krankheitsbild. Diese sind nicht geeignet, eine individuelle fachärztliche Beurteilung zu widerlegen. Das muss hier umso mehr gelten, als die im Gerichtsgutachten vertretene Auffassung nicht allein dasteht, sondern mit den beiden Stellungnahmen von Dr. med. I.\_\_\_\_ übereinstimmt und dadurch gestützt wird. Die Einwände des Beschwerdeführers ändern nichts daran, dass er seit der Abheilung des Erythems unter unspezifischen Beschwerden ohne organisches Korrelat leidet. Auch aus seinem Patiententagebuch (BB-Nr. 6) ergeben sich keine konkreten Hinweise für typische Folgeerscheinungen einer Borreliose wie Gelenkentzündungen. Auffällig sind einzig die erhöhten Blutdruckwerte (s. Messungen des Beschwerdeführers im Juli / August 2015, BB-Nr. 7), welche das Gutachten zwar bestätigt, aber nicht in einen Zusammenhang mit der Borreliose bringt.

Der Beschwerdeführer rügt weiter, die ergänzende Stellungnahme des Experten vom 29. Dezember 2017 sei wie erwartet ausgefallen, indem dieser das Gutachten verteidige und sich gegen die «Angriffe» des Beschwerdeführers wehre (A.S. 100). Dem ist zu entgegnen, dass Dr. med. B.\_\_\_\_ die Einwände gegen sein Gutachten nicht etwa pauschal zurückweist, sondern sich sachlich mit ihnen auseinandersetzt und erläutert, warum er an seiner Beurteilung festhält. Eine Befangenheit des Experten lässt sich daraus in keiner Weise ableiten.

3.4.3 Zusammenfassend ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Borreliose im Juli 2015 im Frühstadium erfolgreich behandelt wurde und innerhalb einiger Wochen ohne Folgeschäden abheilte. Zwischen dem Zeckenbiss und den nach der Erstbehandlung persistierenden Beschwerden besteht daher kein natürlicher

Kausalzusammenhang, vielmehr war der status quo sine erreicht worden. Folglich ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fall per 28. Februar 2016 ohne weitere Leistungen abgeschlossen hat, zumal der Beschwerdeführer in diesem Zeitpunkt auch nicht mehr arbeitsunfähig war (s. Helsana K-Nr. 15). Die Beschwerde stellt sich damit als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

4. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG). Der Umstand, dass ein Gerichtsgutachten eingeholt wurde, ändert nichts daran, dass der Beschwerdeführer für die Kostenregelung als unterliegend zu geltend hat (Urteil des Bundesgerichts 8C\_513/2012 vom 17. September 2012 E. 4.1 und 4.2, bestätigt u.a. im Urteil 8C\_293/2016 vom 11. Juli 2016 E. 5).

## **E. 5**

5.1 Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

5.2 Das Gerichtsgutachten wurde erforderlich, weil die Beschwerdegegnerin bei Erlass des Einspracheentscheidendes über keine medizinische Grundlage verfügte, welche sich hinreichend zuverlässig zur Unfallkausalität der Beschwerden äusserte. Auf die Berichte des beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin hätte nicht abgestellt werden dürfen, da zumindest geringe Zweifel an dessen Einschätzung bestanden (s. Verfügung vom 7. Juni 2017, A.S. 39, sowie E. II. 2.3.2 hiervor). Daher wäre es bereits Sache der Beschwerdegegnerin gewesen, weitere Abklärungen an die Hand zu nehmen. Ihr sind daher die Kosten des Gerichtsgutachtens aufzuerlegen (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 und 143 V 269 E. 2 + 8 S. 271 f. / 285), welche sich auf CHF 3335.10 belaufen.

Demnach widerkannt:

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

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

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