

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2009.00077

vom 12. April 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-04-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2009.00077

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2009.00077 du 12 avril 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2009.00077 del 12 aprile 2010

Erwägungen

E. 1

Â Â Â Â Â

1.1 Â Â Â Â A.____, geboren 1965, war bei der Visana Krankenkasse (nachfolgend: Visana) obligatorisch gemäss dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) krankenversichert, als die Visana der Versicherten mit Schreiben vom 26. Februar 2007 mitteilte, dass zur Abklärung der Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wissenschaftlichkeit der von Dr. med. B.____ durchgeführten ärztlichen Behandlungen eine medizinische Begutachtung bei Prof. Dr. med. C.____, Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene, Departement für Innere Medizin, Spital D.____, anzuordnen sei. In der Folge lehnte die Versicherte Prof. Dr. C.____ als Gutachter wegen Befangenheit ab, worauf die Visana mit Verfügung vom 8. Mai 2007 an einer Begutachtung bei Prof. Dr. C.____ festhielt. In Gutheissung der von der Versicherten dagegen erhobenen Beschwerde hob das hiesige Gericht die Verfügung vom 8. Mai 2007 mit Urteil vom 25. Februar 2008 (Prozess Nr. KV.2007.00058; Urk. 13) wegen Befangenheit des Gutachters Prof. Dr. C.____ auf und wies die Sache zu weiterer Sachverhaltsabklärung an die Visana zurück.

1.2 Â Â Â Â In Nachachtung des Urteils vom 25. Februar 2008 liess die Visana die Versicherte am Spital E.____, Poliklinik für Infektiologie und Reisemedizin, medizinisch begutachten (Gutachten vom 18. November 2008, Urk. 8/11; Ergänzung vom 7. Mai 2009, Urk. 8/15). Mit Verfügung vom 17. Juli 2009 verneinte die Visana einen Anspruch der Versicherten auf Übernahme der Kosten weiterer Behandlungen gegen Borreliose und Babesiose (Urk. 9/1 = Urk. 8/16). Die von der Versicherten am 11. August 2009 dagegen erhobene Einsprache (Urk. 8/17) wies die Visana mit Einspracheentscheid vom 2. Oktober 2009 (Urk. 8/18 = Urk. 2) ab.

2. Â Â Â Â Â Â Â Â Dagegen erhob die Versicherte am 2. November 2009 Beschwerde und beantragte, es sei der Einspracheentscheid vom 2. Oktober 2009 aufzuheben und es sei die Visana zu verpflichten, für ihre Behandlung gegen Borreliose und Babesiose bei Dr. med. B.____ weiterhin uneingeschränkt Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu erbringen (Urk. 1 S. 2).

Â Â Â Â Â Â Â Â Mit Beschwerdeantwort vom 7. Januar 2010 beantragte die Visana die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Am 12. Januar 2010 wurde der Versicherten eine Kopie der Beschwerdeantwort zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 10).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Â Â Â Â Â Â Â

1.1. Vorweg zu prägen ist die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Verletzung des rechtlichen Gehörs (Urk. 1 S. 4). Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass ihr zwar das Gutachten vom 18. November 2008 (Urk. 8/11) und dessen ihre Zusatzfragen beantwortende Ergänzung vom 7. Mai 2009 (Urk. 8/15) vor Erlass der Verfügung vom 17. Juli 2009 zugestellt worden seien, dass sie vor Verfügungserlass jedoch keine Möglichkeit gehabt habe, zur Ergänzung des Gutachtens Stellung zu nehmen.

1.2. Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 370 Erw. 3.1).

1.3. Nach Art. 42 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Sie müssen nicht angehört werden vor Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind. Weitere Teilaspekte des Gehörsanspruchs werden im ATSG durch eine Reihe von Spezialnormen geordnet. So sind etwa die Erforderlichkeit der vorangehenden schriftlichen Mahnung bei Leistungskürzungen (Art. 21 Abs. 4 ATSG), die vorangehende schriftliche Mahnung bei Verletzung der Auskunft- oder Mitwirkungspflichten (Art. 43 Abs. 3 ATSG), die Mitwirkungsrechte bei Einholung eines Gutachtens (Art. 44 ATSG), die Akteneinsicht (Art. 47 ATSG) und die Begründung der Verfügung (Art. 49 Abs. 3 ATSG) separat geregelt.

1.4. Nach der Rechtsprechung enthält Art. 44 ATSG für das Sozialversicherungsverfahren mit Bezug auf die Parteirechte hinsichtlich der Fragen an die Sachverständigen eine abschliessende Regelung. Von Art. 44 ATSG wird nicht geregelt, dass sich die Parteien vor oder zusammen mit der Gutachtensanordnung über die Fragen zuhanden der medizinischen Sachverständigen zu einigen hätten (BGE 132 V 368), geschweige denn, dass diese in einer anfechtbaren Zwischenverfügung festzulegen wären, zumal auch die Anordnung eines Gutachtens nicht Verfügungsgegenstand bildet (vgl. BGE 132 V 93). Die Rechte der versicherten Personen bleiben jedoch insofern gewahrt, als sie sich im Rahmen des rechtlichen Gehörs zum Beweisergebnis äussern und erhebliche Beweisanträge vorbringen können. Die Abklärung des Sachverhalts und die Gewährung des rechtlichen Gehörs sind klar zu unterscheiden. Die Anhörung der Parteien, welche einen Teilgehalt des Anspruchs auf rechtliches Gehör darstellt, ist im Abklärungsverfahren der Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind, nicht erforderlich (BGE 132 V 368).

1.5. Vor Erlass der Verfügung vom 17. Juli 2009 war die Beschwerdegegnerin daher weder gestützt auf Art. 44 ATSG noch gestützt auf Art. 42 ATSG verpflichtet, das Gutachten vom 18. November 2008 (Urk. 8/11) und dessen Ergänzung vom 7. Mai 2009 (Urk. 8/15) der Beschwerdeführerin zuzustellen und sie zu diesem Beweisergebnis vor Verfügungserlass anzuhören (vgl. BGE 132 V 376 Erw. 7). Im Umstand, dass die

Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin lediglich die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Gutachten vom 18. November 2008 (Urk. 8/11), nicht jedoch zu dessen Erganzung vom 7. Mai 2009 einräumte, ist daher keine Verletzung des rechtlichen Gehors zu erblicken.

E. 2

2.1  Gestützt auf das Gutachten von Dr. H.____ vom 18. November 2008 (Urk. 8/11) ging die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 2. Oktober 2009 (Urk. 2) davon aus, dass eine weitere ärztliche Behandlung der Beschwerdeführerin wegen Borreliose die Gebote der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit einer medizinischen Behandlung nicht mehr erfüllten, weshalb eine Leistungspflicht zur Übernahme solchen Kosten zu verneinen sei.

2.2  Die Beschwerdeführerin bringt hiegegen vor, dass Dr. H.____, welcher sich in seinem Gutachten auf die Empfehlungen der Infectious Diseases Society of America gestützt habe, in Bezug auf die Behandlung der Borreliose eine andere medizinische Lehrmeinung vertrete als ihre behandelnde Ärztin, welche sich auf die Empfehlungen der International Lyme and Associated Diseases Society stütze. Ein Staatsanwalt des amerikanischen Bundesstaates Connecticut habe wegen des Verdachts auf eine Verletzung kartellrechtlicher Bestimmungen ein Untersuchungsverfahren gegen die Infectious Diseases Society of America eröffnet. Im Rahmen dieses Untersuchungsverfahrens habe sich die Infectious Diseases Society of America im Rahmen einer Vereinbarung mit der Staatsanwaltschaft verpflichtet, ihre Empfehlungen zur Behandlung der Borreliose durch aussenstehende Dritte zu überprüfen und allenfalls anzupassen (Urk. 1 S. 5). Dr. H.____ habe sich in seinem Gutachten mit dieser abweichenden Lehrmeinung nicht auseinander gesetzt. Da zur Zeit nicht feststehe, bei welcher der beiden gegensätzlichen medizinischen Lehrmeinungen es sich um die herrschende Lehre handle, sei daher entweder die Wirksamkeit der von Dr. B.____ durchgeführten Behandlung zu bejahen oder ein weiteres medizinisches Gutachten einzuholen (Urk. 1 S. 11 f.).

E. 3

3.1  Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung, KVG) haben die anerkannten Krankenkassen (Art. 12 KVG) und die zugelassenen privaten Versicherungseinrichtungen (Art. 13 KVG) als obligatorische Krankenpflegeversicherer (Art. 11 KVG) unter anderem im Falle der Krankheit (Art. 1 Abs. 2 lit. a KVG) die Kosten für die Leistungen gemäss den Art. 25 - 31 KVG nach Massgabe der in den Art. 32 - 34 KVG festgelegten Voraussetzungen zu übernehmen (Art. 24 KVG). Art. 32 Abs. 1 KVG hält fest, dass die Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen (Satz 1). Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein (Satz 2).

3.2  Der Bundesrat, allenfalls das Departement des Innern oder das Bundesamt, kann die von Ärzten und Ärztinnen erbrachten Leistungen bezeichnen, deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen übernommen werden (Art. 33 Abs. 1 und 5 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. a der Verordnung über die Krankenversicherung, KVV). Er legt den Umfang der Vergütungspflicht bei neuen oder umstrittenen Leistungen fest, deren Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit sich noch in Abklärung befindet (Art. 33 Abs. 3 KVG in Verbindung mit Art. 33 lit. c KVV). Der Bundesrat setzt Kommissionen ein, die

ihn bei der Bezeichnung der Leistungen beraten (Art. 33 Abs. 4 erster Satz KVG). Laut Art. 1 der Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (KLV) bezeichnet der Anhang 1 zur Verordnung diejenigen Leistungen, die nach Artikel 33 lit. a und c KVV von der Leistungskommission geprüft wurden und deren Kosten von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden (lit. a), nur unter bestimmten Voraussetzungen übernommen werden (lit. b) oder nicht übernommen werden (lit. c).

Leistungen zur Behandlung der Borreliose und der Babesiose sind in der KLV nicht aufgenommen worden.

3.3 Gemäss Art. 32 Abs. 1 KVG muss die Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. Damit sollte den Errungenschaften der Komplementärmedizin Rechnung getragen werden (vgl. BGE 123 V 62 f. Erw. 2c/bb mit Hinweisen). Für den Bereich der klassischen Medizin muss die Wirksamkeit einer therapeutischen Vorkehr hingegen weiterhin nach den Kriterien und Methoden der wissenschaftlichen Schulmedizin nachgewiesen sein, weshalb hier der Begriff der wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit demjenigen der wissenschaftlichen Anerkennung entspricht (BGE 125 V 28 Erw. 5a). Massgebend ist somit, ob eine therapeutische oder diagnostische Massnahme von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis als geeignet erachtet wird, das angestrebte therapeutische oder diagnostische Ziel zu erreichen, wobei die Beurteilung der Wirksamkeit nicht einzelfallbezogen und retrospektiv auf Grund der konkreten Behandlungsergebnisse erfolgen darf. Vielmehr geht es dabei um eine vom einzelnen Anwendungsfall losgelöste und retrospektive allgemeine Bewertung der mit einer diagnostischen oder therapeutischen Massnahme erzielten Ergebnisse (BGE 133 V 118 Erw. 3.2.1 mit Hinweisen auf BGE 123 V 66 Erw. 4a und RKUV 2000 Nr. KV 132 S. 281 f. Erw. 2b). Neben streng naturwissenschaftlichen sind auch andere wissenschaftliche Methoden (beispielsweise die Statistik) möglich und zulässig (BGE 123 V 63 Erw. 2c/bb mit Hinweisen). Der Beweis der Wirksamkeit lässt sich am zuverlässigsten mit dem klinischen Versuch führen, wobei die Wirkung einer Therapie nach naturwissenschaftlichen Kriterien objektiv feststellbar, der Erfolg reproduzierbar und der Kausalzusammenhang zwischen dem therapeutischen Agens und seiner Wirkung ausgewiesen sein muss. Für eine wissenschaftlich begründete Heilmethode ist ferner wichtig, dass sie auf soliden experimentellen Unterlagen beruht, die den Wirkungsmechanismus bezeugen (BGE 133 V 118 Erw. 3.2.1).

E. 4

4.1 Dr. med. F., Oberarzt, erwähnte im Bericht des Spitals G., Medizinische Klinik, vom 10. Oktober 2008 (Urk. 8/23/4), dass bei der Beschwerdeführerin anamnestisch seit 1994 eine chronifizierte Lyme-Borreliose bestehe. Nach intravenöser Verabreichung von Cefotaxim sei es am 21. Mai 2008 zu einer Synkope gekommen, weshalb die Beschwerdeführerin notfallfässig mit dem Krankenwagen ins Spital transportiert worden sei.

4.2 Dr. med. H., Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie FMH, führte im Gutachten des Spitals E., Universitätsklinik für Infektiologie, vom 18. November 2008 aus, dass die Symptome der Beschwerdeführerin schon in der Kindheit begonnen hätten. Im Jahre 1996 seien weitere neurologische Symptome, wie starke

Müdigkeit, Gleichgewichtsstörungen und Lichtempfindlichkeit aufgetreten. Da bei der Mutter und der Schwester der Beschwerdeführerin eine Borreliose diagnostiziert worden sei, habe sich die Beschwerdeführerin auch ärztlich untersuchen lassen. Die serologischen Untersuchungen vom Oktober 1996 hätten Hinweise auf eine frische Infektion mit den Erregern der Borreliose ergeben, weshalb noch im Oktober 1996 eine erste antibiotische Behandlung von vier Wochen Dauer begonnen worden sei. Da die Beschwerden persistierten, sei im September 1997 und im April 1998 eine erneute antibiotische Therapie durchgeführt worden. Im November 1998 sei die Serologie für Babesien erstmals positiv gewesen, weshalb ab September 1999 neben Antibiotika auch antiparasitäre Medikamente eingesetzt worden seien.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss den Testergebnissen sei davon auszugehen, dass ein früherer Kontakt oder Infekt mit Borrelien im Jahre 1996 erfolgt sei. Auf Grund der später durchgeführten Testergebnisse sei davon auszugehen, dass die Infektion in einem frühen Stadium adäquat antibiotisch behandelt worden sei, weshalb eine Lyme-Borreliose als Ursache der gegenwärtigen Beschwerden nicht in Frage komme. Gemäss den Liquor-Untersuchungen sei eine chronische Neuroborreliose oder eine Babesien-Infektion auszuschliessen. Allenfalls könne ein Post-Lyme-Syndrom vorliegen (Urk. 8/11 Ziff. 1). Nach einer adäquat durchgeführten Therapie sei eine Persistenz von Borrelien äusserst selten und am ehesten bei einer Arthritis zu erwarten. Bei schwerer Immunsuppression, wie beispielsweise bei Organtransplantationen oder HIV-Infektionen, seien gelegentlich therapierefraktäre Verläufe beobachtet worden. Diese Fälle hätten jedoch stets auf einen zweiten Therapiedurchgang angesprochen (Urk. 8/11 Ziff. 8). Für mehrmals jährlich wiederholte antibiotische Behandlungen gebe es keine wissenschaftliche Evidenz. Ein positiver Effekt könne allenfalls auf einen unspezifischen antiinflammatorischen Effekt gewisser Antibiotika zurückgeführt werden. Die mikrobiologischen Untersuchungsergebnisse und der Verlauf rechtfertigten die während mehrerer Jahre durchgeführten repetitiven antibiotischen Behandlungen nicht. Neben den Kosten und den Nebenwirkungen sei mit der Selektion von resistenten Keimen der Atemwege und des Gastrointestinaltrakts und dadurch verursachten schwer behandelbaren Infekten zu rechnen (Urk. 8/11 Ziff. 9 f.).

4.3 Ä Ä Ä Ä In ihrer das Gutachten vom 18. November 2008 ergänzenden Stellungnahme vom 7. Mai 2009 erwähnten Dr. H. ___ und Prof. Dr. med. I. ___, Leitender Arzt der Poliklinik für Infektiologie und Reisemedizin des Spitals E. ___, dass Borrelien wie auch andere Erreger von Infektionskrankheiten in der Lage seien, im Körper zu persistieren, was den Verlauf der Erkrankung in verschiedenen Stadien erklären. Die immun-evasiven Eigenschaften der Borrelien seien bekannt und in die Konzepte der Diagnostik und Therapie integriert. Obwohl Doppelinfektionen mit Borrelien und Babesien initial mit schwereren Symptomen assoziiert sein könnten, sei dies nicht mit einem anderen, einem aggressiveren oder einem chronischen Verlauf gleichzusetzen (Urk. 8/15 Ziff. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie habe - unabhängig von der Infectious Diseases Society of America - eigene Empfehlungen zur Behandlung von Borreliose verfasst, welche von den Empfehlungen der International Lyme and Associated Diseases Society abwichen. Im Gegensatz zu den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie würden die Empfehlungen der International Lyme and Associated Diseases Society unter anderem eine Therapiedauer bis zum Verschwinden der Symptome propagieren. Diese Empfehlung beruhe nicht auf

Studienresultaten. Daneben beinhalteten die Empfehlungen der International Lyme and Associated Diseases Society weitere Falschaussagen (Urk. 8/15 Ziff. 3).

E. 5

5.1 Gemäss den Autoren der in der Zeitschrift Expert Review of Anti-infective Therapy veröffentlichten Empfehlungen zur Behandlung der Borreliose der International Lyme Associated Diseases Society (The International Lyme Associated Diseases Society, Evidence-based guidelines for the management of Lyme disease, in: Expert Review of Anti-infective Therapy 2004/2 S. S1-S13; Urk. 9/5) handle es sich bei den persistierenden und rezidivierenden Formen der Infektion mit *Borrelia burgdorferi* um die am meisten gefürchteten Langzeitfolgen der Borreliose (Lyme Disease). In Laboruntersuchungen habe eine persistierende Infektion mit *Borrelia burgdorferi* bei Patienten mit chronischer Borreliose nachgewiesen werden können. Die Symptomatik der chronischen Borreliose könne mit derjenigen der rheumatischen Arthritis oder der Fibromyalgie übereinstimmen (Urk. 9/5 S. S6). Zur Behandlung der chronischen Borreliose sei eine Langzeitbehandlung mit Antibiotika bis zum Abklingen der Symptome angezeigt (Urk. 9/5 S. S10).

5.2 Die Autoren der Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie zur Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern (J. Evison et al., Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern, Teil 3: Prävention, Schwangerschaft, Immundefizienz, Post-Lyme-Syndrom, in: Schweizerische Ärztezeitung 2005/86 S. 2422-2428) erwähnten, dass bei wenigen Patienten selbst nach adäquater Therapie Arthralgien, Myalgien und Müdigkeit persistierten, ohne dass eine aktive Infektion vorliege (Urk. 9/6 S. 2425). Liege keine aktive Borreliose vor oder sei eine solche bereits adäquat behandelt worden, sei von einer erneuten Antibiotikatherapie kein Erfolg zu erwarten. Eine spezifische Therapie des Post-Lyme-Syndroms sei nicht etabliert (Urk. 9/6 S. 2426).

5.3 Gemäss den im Internet (www.guideline.gov) und in der Zeitschrift Clinical Infectious Diseases (Gary P. Wormser et al., The Clinical Assessment, Treatment, and Prevention of Lyme Disease, Human Granulocytic Anaplasmosis, and Babesiosis: Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America, in: Clinical Infectious Diseases 2006/43, S. 1089-1134) veröffentlichten Empfehlungen der Infectious Diseases Society of America zur Abklärung, Therapie und Prävention der Borreliose, Anaplasrose und Babesiose gebe es unter Patienten, welche adäquat gegen Borreliose behandelt worden seien, keine überzeugende biologische Evidenz für die Existenz einer symptomatischen chronischen Infektion mit dem Erreger *Borrelia burgdorferi*. Eine antibiotische Therapie habe sich nicht als wirksam erwiesen und werde für Patienten mit chronischen, mehr als sechs Monate andauernden, subjektiven Symptomen, welche bereits adäquat gegen Borreliose behandelt worden seien, nicht empfohlen.

5.4 In einem am 4. Oktober 2007 im New England Journal of Medicine erschienen Artikel (Henry M. Feder et al., A Critical Appraisal of Chronic Lyme Disease in: New England Journal of Medicine 2007/357 S. 1422-1430; Urk. 8/20) erwähnten die Autoren, dass chronische Borreliose (Lyme Disease) das neueste Syndrom einer Reihe von Syndromen darstelle, welche postuliert worden seien, um in medizinischer Hinsicht nicht zu erklärende Symptome einer bestimmten Infektion zuzuordnen. Als andere Beispiele dafür seien das chronische Candida-Syndrom und die chronische

Epstein-Barr-Virus-Infektion zu nennen. Die Annahme, dass chronische, subjektive Symptome durch eine persistierende Infektion mit dem Erreger *Borrelia burgdorferi* verursacht wärden, sei durch Laboruntersuchungen oder wissenschaftliche Studien nicht zu erhellen. Die Bezeichnungen chronische Borreliose beziehungsweise chronische Lyme Disease seien Fehlbezeichnungen und die Anwendung einer langfristigen antibiotischen Medikation zu deren Behandlung sei gefährlich, teuer und aus medizinischer Sicht nicht zu rechtfertigen (Urk. 8/20 S. 1428).

5.5 Die Autoren der Broschüre «Diagnostik und Therapie der Lyme-Borreliose», Stand Februar 2008, der Deutschen Borreliose-Gesellschaft (Urk. 9/7) erwähnten, dass in den deutschen Leitlinien Innere Medizin 2007/2008 das Krankheitsbild der chronischen Lyme-Borreliose mit Ausnahme der chronischen Neuroborreliose nicht aufgeführt sei. Daraus folge, dass jede Behandlung, insbesondere auch eine antibiotische Behandlung, der chronischen Lyme-Borreliose einen Off-Label-Use darstelle. Andererseits belegten zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten die Existenz einer chronischen Lyme-Borreliose (Urk. 9/7 S. 6).

5.6 In einer vom Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit, Abteilung Übertragbare Krankheit, im Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit Nr. 24 vom 9. Juni 2008 (www.bag.admin.ch; Urk. 8/19) vorgestellten Masterarbeit kamen deren Autoren zum Schluss, dass für Patienten mit einem Post-Lyme-Syndrom beziehungsweise einer chronischen Lyme-Borreliose in der Schweiz eine wiederholte Antibiotika-Therapie von mehr als 30 Tagen Dauer keine wissenschaftlich gesicherte Therapieoption darstelle. Insbesondere könne eine solche Therapie aufgrund der nur spärlich vorhandenen Evidenz für deren Wirksamkeit, möglicher unerwünschter Medikamentennebenwirkungen, wie auch der Kosten nicht empfohlen werden. Zum gleichen Schluss kämen auch neuere amerikanische evidenzbasierte Richtlinien und Empfehlungen. Im Gegensatz dazu basierten alternative Therapieempfehlungen einig auf Fallserien und unkontrollierten Studien.

E. 6

6.1 Gemäss der Beurteilung durch Dr. H. ___ vom 18. November 2008 ist bei der Beschwerdeführerin erstmals im Oktober 1996 eine frische Infektion mit den Erregern der Borreliose und im November 1998 eine Infektion mit Babesien festgestellt worden. Gemäss der Beurteilung durch Dr. H. ___ wurden diese Infektionen indes in einem frühen Stadium adäquat antibiotisch behandelt. Aus diesem Grund seien eine Lyme-Borreliose und eine Babesien-Infektion als Ursachen der gegenwärtigen Symptome auszuschliessen. Allenfalls könne ein Post-Lyme-Syndrom vorliegen (Urk. 8/11 Ziff. 1). Für mehrmals jährlich wiederholte antibiotische Behandlungen gebe es keine wissenschaftliche Evidenz, weshalb für die durch Dr. B. ___ durchgeführte wiederholte antibiotischen Behandlung der Beschwerdeführerin keine Indikation bestehe (Urk. 8/11 Ziff. 9 f.).

6.2 Es ist davon auszugehen, dass das Gutachten von Dr. H. ___ vom 18. November 2008 (Urk. 8/11) und dessen Ergänzung vom 7. Mai 2009 (Urk. 8/15) die nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (Beweiseignung) vorausgesetzten Kriterien erfüllt. Denn einerseits ist auf Grund des Umstandes, dass Dr. H. ___ Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ist, davon auszugehen, dass er über die für die Beurteilung des streitigen medizinischen

Sachverhalts notwendige ärztliche Spezialisierung verfährt. Andererseits berücksichtigte der Gutachter, welchem die medizinischen Vorakten bekannt waren (vgl. Urk. 8/7), die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzte sich eingehend mit der medizinischen Fachliteratur zur Therapie der Borreliose auseinander. Die Schlussfolgerungen des Gutachters erscheinen daher als nachvollziehbar begründet. Die Beurteilung durch Dr. H. ___ vermag sodann inhaltlich zu überzeugen. Insbesondere vermag zu überzeugen, dass der Gutachter die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie zur Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern berücksichtigte, wonach, wenn keine aktive Borreliose vorliegt oder eine solche bereits adäquat behandelt wurde, eine erneute Antibiotikatherapie nicht angezeigt ist (Urk. 9/6 S. 2426). Zum gleichen Schluss kamen auch die Autoren der im Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit Nr. 24 vom 9. Juni 2008 (Urk. 8/19) vorgestellten Masterarbeit (Urk. 8/19 S. 427) sowie die Autoren der Empfehlungen der Infectious Diseases Society of America. Auf die nachvollziehbare Beurteilung durch Dr. H. ___ ist vorliegend daher abzustellen.

6.3 Die Empfehlungen der International Lyme Associated Diseases Society (Urk. 9/5) können vorliegend indes keine Berücksichtigung finden. Denn dabei handelt es sich nicht um die vorherrschende medizinische Lehrmeinung in der Behandlung der Borreliose. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie und die inhaltlich damit weitgehend übereinstimmenden Empfehlungen der Infectious Diseases Society of America die in der Schweiz gegenwärtig vorherrschende medizinische Lehrmeinung in der Behandlung von Borreliosen darstellt.

6.4 Die weiteren Einwendungen der Beschwerdeführerin vermögen an diesem Beweisergebnis nichts zu ändern. Insbesondere vermag der Umstand, dass ein Staatsanwalt des amerikanischen Bundesstaates Connecticut wegen des Verdachts auf eine Verletzung kartellrechtlicher Bestimmungen ein Untersuchungsverfahren gegen die Infectious Diseases Society of America eröffnete und sich diese im Rahmen dieses Verfahrens gegenüber der Staatsanwaltschaft verpflichtete, ihre Empfehlungen durch ausstehende Dritte überprüfen zu lassen (Urk. 9/4), entgegen den diesbezüglichen Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 3), am Beweiswert des Gutachtens von Dr. H. ___ nichts ändern. Denn bei der Vereinbarung mit der Staatsanwaltschaft von Connecticut handelt es sich um eine freiwillige Vereinbarung, durch welche in medizinischer Hinsicht die Empfehlungen der Infectious Diseases Society of America nicht in Frage gestellt wurden. Den Empfehlungen der Infectious Diseases Society of America kam auch nach Abschluss der Vereinbarung mit der Staatsanwaltschaft von Connecticut unverändert weiterhin Geltung zu (vgl. Statement from IDSA on Selection of Panelists for Review; www.idsociety.org). Sodann stützt sich Dr. H. ___ auf die zwar inhaltlich mit den Empfehlungen der Infectious Diseases Society of America übereinstimmenden, aber unabhängig von diesen zu Stande gekommenen Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie.

6.5 Angesichts der klaren medizinischen Aktenlage bedarf es daher keiner zusätzlichen Abklärungen. Von ergänzenden Beweismassnahmen und insbesondere der Anordnung einer weiteren medizinischen Begutachtung ist - entgegen dem diesbezüglichen Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 11) - daher abzusehen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 Erw. 4b, 122 V 162 Erw. 1d

mit Hinweis; RKUV 2006 Nr. U 578 S. 176 Erw. 3.6; SVR 2001 IV Nr. 10 Erw. 4b S. 28).

6.6. Gestützt auf die nachvollziehbare Beurteilung durch Dr. H.____ steht daher fest, dass die Beschwerdeführerin im Jahre 1996 eine Infektion mit Borrelien und im Jahre 1998 eine solche mit Babesien erlitt, dass diese Infektionen initial adäquat antibiotisch behandelt wurden, und dass die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Begutachtung vom 27. Oktober 2008 (Urk. 8/11) weder an akuten noch an chronischen Infektionen mit Borrelien oder Babesien litt, weshalb eine antibiotische Behandlung der Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt nicht angezeigt war.

6.7. Es ist sodann davon auszugehen, dass die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie zur Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern, welche inhaltlich mit den Empfehlungen der Infectious Diseases Society of America sowie den Ergebnissen der im Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit Nr. 24 vom 9. Juni 2008 vorgestellten Masterarbeit (Urk. 8/19 S. 427) übereinstimmt, die vorherrschende medizinische Lehrmeinung in Bezug auf die Behandlung von Langzeitfolgen einer Borreliose darstellt. Demnach ist, wenn keine aktive Borreliose vorliegt oder eine solche bereits adäquat behandelt worden ist, eine erneuten Antibiotikatherapie nicht angezeigt.

6.8. In Berücksichtigung der Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie zur Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern war nach einer initial adäquaten antibiotischen Behandlung der Borreliose und der Babesiose eine weitere Antibiotikatherapie und insbesondere eine weitere antibiotische Langzeitmedikation nicht angezeigt. Demnach ist die Wirksamkeit der von Dr. B.____ nach dem 17. Juli 2009 durchgeführten antibiotischen Behandlungen der Beschwerdeführerin gegen Borreliose und Babesiose zu verneinen.

7. Unter diesen Umständen ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 17. Juli 2009 (Urk. 9/1) und mit dem diese bestätigenden Einspracheentscheid vom 2. Oktober 2009 (Urk. 2) einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf Übernahme der Kosten weiterer Behandlungen gegen Borreliose oder Babesiose verneinte. Die gegen den angefochtenen Einspracheentscheid erhobene Beschwerde ist daher abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fürsprecher Andreas Damke

- Visana

- Bundesamt für Gesundheit

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2.

Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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