

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2009.00078 vom 28. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_KV.2009.00078

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2009.00078 du 28 février 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT KV.2009.00078 del 28 febbraio 2011

Erwägungen

E. 2

2.1. Gestützt auf das Gutachten von Dr. Z.____ vom 9. Januar 2009 (Urk. 7/15/2) und dessen Ergänzung vom 7. Mai 2009 (Urk. 7/19) ging die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 2. Oktober 2009 (Urk. 2) davon aus, dass einerseits keine Borreliose-Erkrankung nachgewiesen sei, und dass andererseits eine weitere ärztliche Behandlung des Beschwerdeführers wegen Borreliose den Geboten der Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit einer medizinischen Behandlung nicht mehr entspreche, weshalb eine Leistungspflicht zur Übernahme solcher Kosten zu verneinen sei.

2.2. Der Beschwerdeführer bringt hiegegen vor, dass Dr. Z.____, welcher sich in seinem Gutachten auf die Empfehlungen der Infectious Diseases Society of America gestützt habe, in Bezug auf die Behandlung der Borreliose lediglich eine andere medizinische Lehrmeinung vertrete als seine behandelnde Ärztin, welche sich auf die Empfehlungen der International Lyme and Associated Diseases Society stütze (Urk. 1 S. 6 f.), und dass gemäss dem heutigen Wissenstand bei der Behandlung der Borreliose nicht von einer etablierten Lehrmeinung gesprochen werden könne (Urk. 1 S. 10). 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. 6). Dr. Z.____ 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. Y.____ durchgeführten Behandlung zu bejahen oder ein weiteres medizinisches Gutachten einzuholen (Urk. 1 S. 11).

E. 3

3.1. Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 1a 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. 1a 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. Y. ____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 22. Mai 2008 (Urk. 7/4/1) eine Borreliose mit Gelenkbeteiligung. Sie führte aus, der Beschwerdeführer leide unter Lyme-Arthritiden vor allem im Bereich der Fingergelenke sowie unter einer Ziliariakie (Urk. 7/4/1).

4.2 Dr. med. Z. ____, Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie FMH, Spital A. ____, Klinik und Poliklinik für Infektiologie, erwähnte in seinem Gutachten vom 9. Januar 2009 (Urk. 7/15/2), dass er den Beschwerdeführer am 27. Oktober 2008 untersucht habe (S. 1). Der Beschwerdeführer leide seit den Jahren 1996 und 1997 unter Schmerzen der Zehen-, Hand- und Fingergelenke sowie unter einer Kraftlosigkeit der Hand. Wenn er einen Borrelienschub verspüre, seien die Gelenksschmerzen verstärkt vorhanden. Letztmals sei dies im Dezember 2007 aufgetreten. Nach einer intravenösen Therapie mit dem Antibiotikum Vibramycin sei es zu einer Besserung der Beschwerden gekommen (S. 1 Ziff. 1).

Bei den vom Beschwerdeführer geschilderten Symptomen handle es sich um Arthralgien. Der chronische Verlauf mit Befall der kleinen Finger- und Zehengelenken sei untypisch für eine Lyme-Borreliose. Bei einer chronischen Lyme-Arthritis sei hingegen ein Befall von einem oder von mehreren der grossen Gelenke zu erwarten (S. 1 Ziff. 2).

Obwohl ein vom zoologischen Institut B. ____, durchgeführter Bluttest auf Borrelien ein schwach positives Resultat und ein in den Vereinigten Staaten von Amerika durchgeführter Urintest ein positives Resultat ergeben habe, habe der durchgeführte Westernblot-Test ein negatives Resultat ergeben. Bei einer chronischen Lyme-Arthritis sei indes erfahrungsgemäss ein positives Resultat des Westernblot-Tests zu erwarten. Neben einer positiven Serologie fehlten beim Beschwerdeführer auch die klinische Zeichen einer chronischen Lyme-Arthritis, wie ein Gelenkserguss sowie eine Überwärmung und Rötung der Gelenke. Auf Grund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse könne daher weder eine akute noch eine chronische Lyme-Arthritis diagnostiziert werden (S. 1 Ziff. 4).

Die Lokalisation der Arthralgien, die Morgensteifigkeit und das Fehlen von Entzündungszeichen würden gegen ein infektiöses oder entzündliches und eher für ein degeneratives Geschehen sprechen. Da keine Lyme-Arthritis vorliege, habe keine Indikation für die durchgeführte antibiotische Therapie mit Vibramycin während sechs Wochen bestanden. Wiederholte Antibiotikatherapien würden weder von der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie noch von der infektiologischen Gesellschaft der Vereinigten Staaten von Amerika empfohlen (S. 2 Ziff. 5).

4.3 In ihrem Gutachten vom 18. November 2008 ergänzenden Stellungnahme vom 7. Mai 2009 (betreffend die Ehefrau des Beschwerdeführers) erwähnten Dr. Z. ____, Prof. Dr. med. C. ____, Leitender Arzt der Poliklinik für Infektiologie und Reisemedizin des Spitals A. ____, 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 könne. 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. 7/19 Ziff. 2).

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. 7/19 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. 8/5) handelt es sich bei den persistierenden und rezidivierenden Formen der Infektion mit *Borrelia burgdorferi* um die am meisten gefährlichsten 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. 8/5 S. S6). Zur Behandlung der chronischen Borreliose sei eine Langzeitbehandlung mit Antibiotika bis zum Abklingen der Symptome angezeigt (Urk. 8/5 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 1: Epidemiologie und Diagnostik und Teil 3: Prävention, Schwangerschaft, Immundefizienz, Post-Lyme-Syndrom, in: Schweizerische Ärztezeitung 2005/86 S. 2332-2338, Urk. 8/6/1; S. 2422-2428; Urk. 8/6/3) erwähnten, dass die Serologie in zwei Schritten durchgeführt werde. In einem ersten Schritt würden Antikörper gegen konservierte Antigene von *Spirochäten* nachgewiesen. Dabei müsse zu Gunsten einer hohen Sensitivität eine niedrigere Spezifität in Kauf genommen werden. Dies bedeute, dass es zu falsch positiven Testresultaten kommen könne. Zum Ausschluss von falsch-positiven Resultaten werde in einem zweiten Schritt ein Bestätigungstest (Westernblot) durchgeführt, welcher spezifische gegen die verschiedenen Spezies von *Borrelia burgdorferi sensu lato* gerichtete Antikörper erfasse (Urk. 8/6/1 S. 2336). Ein Urintest sei für die Vereinigten Staaten von Amerika mit den dort vorkommenden *Borrelia-burgdorferi-sensu-strictu*-Stämmen entwickelt worden. In Europa sei der Test nicht anwendbar, da hier andere Borrelienarten vorkommen würden. Zudem weise der Urintest auch in den Vereinigten Staaten von Amerika eine geringe Sensitivität und Spezifität auf (Urk. 8/6/1 S. 2337).

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. 8/6/3 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 gibt es unter Patienten, welche adäquat gegen Borreliose behandelt worden sind, 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. 7/24/2) 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 würden, sei durch Laboruntersuchungen oder wissenschaftliche Studien nicht zu erhärten. 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 (S. 1428).

5.5. Die Autoren der Broschüre Diagnostik und Therapie der Lyme-Borreliose, Stand Februar 2008, der Deutschen Borreliose-Gesellschaft (Urk. 8/7) erwähnten, dass in den deutschen Leitlinien Innere Medizin 2007/2008 das Krankheitsbild der chronischen Lyme-Borreliose mit Ausnahme der chronischen Neuroborreliose nicht aufgeklärt 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. 8/7 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. 7/23) 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 einzig auf Fallserien und unkontrollierten Studien.

E. 6

6.1. Aus den obenerwähnten medizinischen Akten ist ersichtlich, dass Dr. Y.____ und Dr. Z.____ das Leiden des Beschwerdeführers in diagnostischer Hinsicht sowie in Bezug auf die Therapieempfehlungen unterschiedlich beurteilten. Während Dr. Y.____ eine Borreliose mit Gelenkbeteiligung und Lyme Arthritiden vor allem an den Fingergelenken feststellte (Urk. 7/4/1) und offensichtlich davon ausging, dass eine chronische Infektion bestehe, welche antibiotisch behandelt werden müsse (vgl. Urk. 7/5), ging Dr. Z.____ davon aus, dass mangels einer positiven Serologie eine Borreliose nicht zu diagnostizieren sei, und dass weder eine akute noch eine chronische Lyme-Arthritis diagnostiziert werden könne, weil es an der dafür in diagnostischer Hinsicht vorausgesetzten positiven Serologie sowie an den für die Diagnose einer Lyme-Arthritis erforderlichen klinischen Zeichen fehle (Urk. 7/15/2 S. 1). Vielmehr sei davon auszugehen, dass es sich beim Gelenksleiden des Beschwerdeführers um ein degeneratives Geschehen handle. Für die von Dr. Y.____ durchgeführte antibiotische Therapie habe daher keine Indikation bestanden (Urk. 7/15/2 S. 2).

6.2. Das Gutachten von Dr. Z.____ vom 9. Januar 2009 (Urk. 7/15/2) und dessen Ergänzung vom 7. Mai 2009 (Urk. 7/19) erfüllen die nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (Beweiseignung) vorausgesetzten Kriterien. Denn einerseits ist auf Grund des Umstandes, dass Dr. Z.____ Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie ist, davon auszugehen, dass er über die für die Beurteilung des streitigen medizinischen Sachverhalts notwendige ärztliche Spezialisierung verfügt. Andererseits berücksichtigte der Gutachter, welchem die medizinischen Vorakten bekannt waren (vgl. Urk. 7/11), die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden angemessen und setzte sich eingehend mit der medizinischen Fachliteratur zur Therapie der Borreliose auseinander. Die Schlussfolgerungen des Gutachters erscheinen sodann als nachvollziehbar begründet und vermögen auch 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 - um falsch-positive Testresultate auszuschliessen - für die Diagnose einer Borreliose ein positives Ergebnis des Bestätigungstests (Westernblot) vorliegen müsse (Urk. 8/6/1 S. 2336), und wonach der für die Vereinigten Staaten von Amerika entwickelte Urintest eine geringe Sensitivität und Spezifität aufweise und in Europa nicht anwendbar sei (Urk. 8/6/1 S. 2337). Es vermag daher zu überzeugen, dass Dr. Z.____ weder die Diagnose einer Borreliose noch diejenige einer Lyme-Arthritis stellte. Sodann vermag zu überzeugen, dass Dr. Z.____ davon ausging, dass eine Antibiotikatherapie nicht angezeigt sei, wenn keine aktive Borreliose vorliege. Zum gleichen Schluss kamen auch die Autoren der Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie zur Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern (Urk. 8/6 S. 2426) und die diejenigen des im Bulletin des Bundesamtes für Gesundheit Nr. 24 vom 9. Juni 2008 vorgestellten Masterarbeit (Urk. 7/23 S. 427) sowie die Autoren der Empfehlungen der Infectious Diseases Society of America. Auf die nachvollziehbare Beurteilung durch Dr. Z.____ ist daher abzustellen.

6.3. Die Empfehlungen der International Lyme Associated Diseases Society (Urk. 8/5) 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 des Beschwerdeführers 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. 8/4), entgegen den diesbezüglichen Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 6), am Beweiswert des Gutachtens von Dr. Z. ___ 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. Schliesslich hat das durch einen unabhängigen Ombudsman ausgesuchte Gremium ausstehender Dritter ohne Interessenskonflikte die Empfehlungen überprüft und hielt einstimmig daran fest (IDSA News Release April 22, 2010: Special Review Panel unanimously upholds Lyme disease treatment guidelines; www.idsociety.org). Im Übrigen stützt sich Dr. Z. ___ 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 des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 11) - daher abzusehen, sind doch hiervon keine abweichenden Erkenntnisse zu erwarten (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. Z. ___ steht daher fest, dass der Beschwerdeführer bis zum Zeitpunkt der Begutachtung weder an einer Borreliose noch an einer Lyme-Arthritis litt, und dass aus diesen Gründen eine antibiotische Behandlung nicht angezeigt war. Demnach ist die Wirksamkeit der von Dr. Y. ___ nach dem 29. Oktober 2007 (vgl. Urk. 7/3/4) durchgeführten antibiotischen Behandlungen des Beschwerdeführers gegen Borreliose und Lyme-Arthritis zu verneinen.

7. Unter diesen Umständen ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 17. Juli 2009 (Urk. 7/20) und mit dem diese bestätigenden Einspracheentscheid vom 2. Oktober 2009 (Urk. 2) einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Übernahme der Kosten weiterer Behandlungen gegen Borreliose und Lyme-Arthritis 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.