

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2001.00148 vom 11. September 2003

ZH Sozialversicherungsgericht, 2003-09-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2001.00148](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2001.00148)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2001.00148 du 11 septembre 2003

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2001.00148 del 11 settembre 2003

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1943 geborene M. \_\_\_ war seit dem 1. Januar 1995 bei der A. \_\_\_ AG im Bereich Weiterverarbeitung (Sammelhefter) tätig und demzufolge bei der SUVA gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert.

Am 30. Juni 1997 erstattete die Arbeitgeberin der SUVA Meldung, dass der Versicherte von einer Zecke gebissen worden sei, wobei zum Hergang angegeben wurde:

■ Unfalldatum unbekannt, ■ Festgestellt am 11.06.97, ■ Vermutlich in der Umgebung seines Wohnortes (Urk. 13/1).

1.2 Am 16. Juni 1997 hatte der Versicherte Dr. med. B. \_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin, "\_\_\_", aufgesucht, der zwei Krusten okzipital sowie einen Status nach Kontusion okzipital feststellte und einen möglicherweise beginnenden grippalen Infekt diagnostizierte (Urk. 13/2). Anschliessend hatte sich der Versicherte zu den Dres. med. C. \_\_\_, Spezialärzte für Innere Medizin, "\_\_\_", in Behandlung begeben, welche eine Kruste ohne Zeckenreste in loco erhoben und diese auf einen ungefähren am 13. Juni 1997 erfolgten Zeckenbiss im Nacken zurückführten; angesichts eines in der Folge serologisch nachgewiesenen erhöhten Borrelia burgdorferi-Titers (IgG-Titer: 128 am 16. Juni 1997, 256 am 9. August 1997 und 512 am 3. Oktober 1997; IgM-Titer: mit einem Wert von 32 jeweils negativ) und einschlägiger Beschwerden (Kopfschmerzen, Kraftlosigkeit, Parästhesien in Armen und Beinen, Nackensteife, ausgeprägte Müdigkeit, unspezifische Beschwerden) wurde eine Tetracyclin-Therapie (Doxysol) verordnet (Urk. 13/5-6).

Nach einer anscheinenden Besserung klagte der Versicherte im September 1997 erneut über Müdigkeit, schwere Hände und Füsse, Kraftlosigkeit und Gelenkschmerzen, worauf vom 27. Oktober bis zum 3. November 1997 eine stationäre poliklinische Abklärung im Kantonsspital Winterthur (KSW), Departement Innere Medizin, erfolgte. Dort wurden ein dekompenzierter Strabismus divergens concomitans (ICD-9 368.2), Finger-Polyarthrosen (ICD-9 715.1) und Spreizfüsse (ICD-9 734) diagnostiziert; Hinweise auf eine aktive Lyme-Borreliose oder eine entzündliche Gelenkserkrankung wurden angesichts serologisch erhöhter IgG-Titer gegen Borrelia burgdorferi und laborchemisch nicht nachweisbarer IgM-Fractionen, aufgrund fehlender Anhaltspunkte für eine Neuro-Borreliose oder eine Lyme-Arthritis sowie zufolge eines intakten Neurostatus und einer zellfreien Lumbalpunktion verneint (Urk. 13/11; Urk. 13/14; Urk. 13/29-30). Nach weiteren ophthalmologischen Abklärungen im Augenambulatorium des KSW wurde im März 1998 eine vorwiegend nah dekompenzierte, im Verlauf regrediente Exophorie diagnostiziert, wobei das Bild als zu einer Borrelien-Affektion eigentlich gut

passen[d] bezeichnet wurde (Urk. 13/15). Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialärztin für Ophthalmologie, SUVA-Ärzteteam Unfallmedizin, "\_\_\_\_", verneinte in ihrer diesbezüglichen Beurteilung vom 20. Januar 1999 dann aber das Vorliegen einer aktiven Borreliose und führte die Beschwerden ophthalmologisch auf eine vorbestehende Störung des binokularen Sehens zurück (Urk. 13/33).

Von Anfang Juli bis Anfang Oktober 1998 wurde der Versicherte von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, "\_\_\_\_", ambulant abgeklärt. Dieser äusserte den dringenden Verdacht auf eine Lyme-Borreliose Stadium II mit Beteiligung des Zentralen Nervensystems und des Bewegungsapparats (vorwiegend in Form von Periarthralgien/-arthritiden). Er stellte die Diagnose einer Finger-Polyarthrose sowie eines Zervikal-Syndroms und verordnete aufgrund der seiner Ansicht nach noch floriden Borreliose-Erkrankung die Durchführung einer Rocephin-Therapie (Urk. 13/22-23). Unter dieser am 16. Dezember 1998 abgeschlossenen Behandlung war dann zwar ein Rückgang der Kopfschmerzen zu verzeichnen, doch hielten die generalisierten Weichteilschmerzen mit verminderter Muskelkraft weiterhin an (Arthralgien/Periarthralgien mit fibromyalgieformen Zügen; Myotendinitiden; Urk. 13/35; Urk. 13/43; Urk. 13/45; Urk. 13/53). In seinen Beurteilungen vom 26. Juli 1999 (Urk. 13/45) und vom 3. Februar 2000 (Urk. 13/53) bezeichnete Dr. E.\_\_\_\_ die Diagnose einer Lyme-Borreliose angesichts des Umstands, dass die durchgeführte Rocephin-Therapie (noch) nicht den erwarteten Erfolg gezeitigt habe, als (einstweilen) zweifelhaft beziehungsweise ungesichert.

In einem zuhanden der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-Stelle, erstatteten Gutachten vom 20. April 2000 (Urk. 13/56) wurden von Dr. med. F.\_\_\_\_, Chefarzt Rheumatologie, Schulthess Klinik, Zürich, ein Zervikobrachial-Syndrom bei Osteochondrose und Spondylarthrose mit muskulärer Dysbalance, ein lumbovertebrales Syndrom bei Osteochondrose und Spondylarthrose sowie muskulärer Verspannung im Lumboglutealbereich rechts, eine beginnende Gonarthrose, eine beginnende Heberdenarthrose, Spreizfussveränderungen, ein Status nach Borrelien-Infekt sowie ein Strabismus divergens concomitans diagnostiziert. Es wurde der Schluss gezogen, dass klinisch und labormässig kein Hinweis auf das Vorliegen eines Borrelien-Infekts oder auf einen bleibenden Nachteil aus einem solchen Infekt bestehe; die geklagten Beschwerden seien psychosomatisch bedingt und folglich psychiatrisch zu beurteilen.

1.3 Nachdem die SUVA zunächst mit Mitteilung vom 20. November 1997 (Urk. 13/13) ihre Leistungspflicht negiert hatte und der Versicherte wie auch der zuständige Krankenversicherer, Wincare Versicherungen, hiergegen am 3. Februar 1998 (Urk. 13/13a) beziehungsweise am 16. September 1998 (Urk. 13/20) opponiert hatten, verneinte die SUVA mit Verfügung vom 17. Mai 2000 (Urk. 13/58) einen Leistungsanspruch mit der Begründung, die geklagten, nach ärztlicher Feststellung psychosomatisch bedingten Beschwerden fielen nicht in den Zuständigkeitsbereich der Unfallversicherung, da weder ein Unfall noch eine unfallähnliche Körpererschädigung vorliege; ebenso wenig lägen Folgen eines Zeckenbisses mit Borrelien-Infekt vor.

Hiergegen erhoben der zuständige private Krankentaggeldversicherer, Helsana Versicherungen AG, und der Versicherte selbst am 23./29. Mai 2000 (Urk. 13/59; Urk. 13/61) respektive am 7. Juni 2000 (Urk. 13/62) Einsprache.

Nach ergänzender Einholung des Berichts von Dr. E. \_\_\_ vom 30. August 2000 (Urk. 13/66), demgemäss die nach wie vor vorhandenen, wenngleich gesamthaft und über einen längeren Zeitraum betrachtet rückläufigen Beschwerden ätiologisch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, wenn auch nicht mit letzter Sicherheit als Folgezustand einer früher durchgemachten Lyme-Borreliose zu qualifizieren seien, veranlasste die SUVA eine Begutachtung im Universitätsspital Zürich (USZ), Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin.

Das von Prof. Dr. med. G. \_\_\_ und Dr. med. H. \_\_\_ am 21. Mai 2001 erstattete Gutachten (Urk. 13/79) unterbreitete die SUVA den Einsprechern je zu Stellungnahme (Urk. 13/80-81; Urk. 13/85) und wies die Einsprachen anschliessend mit Entscheid vom 7. August 2001 (Urk. 2 = Urk. 13/88) ab; dies mit der Begründung, die geklagten Beschwerden könnten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einem versicherten Ereignis zugeschrieben werden.

## **E. 2**

2.1     Am 1. Januar 2003 sind das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) und die Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 11. September 2002 (ATSV) in Kraft getreten und haben in einzelnen Sozialversicherungsgesetzen und -verordnungen zu Revisionen geführt, so auch im Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) und in der dazugehörigen Verordnung (UVV).

In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1 und 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen).

2.2     Da sich der hier zu beurteilende Sachverhalt vor dem 1. Januar 2003 verwirklicht hat (gemäss Unfallmeldung vom 30. Juni 1997 [Urk. 13/1] angeblich festgestellt am 11. Juni 1997) - und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des streitigen Entscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 121 V 366 Erw. 1b; vorliegend: 7. August 2001; Urk. 2 = Urk. 13/88) -, gelangen die materiellen Vorschriften des ATSG und der ATSV sowie die gestützt darauf erlassenen Gesetzes- und Verordnungsrevisionen im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung.

Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2002 beziehungsweise zum Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids (7. August 2001) in Kraft gewesen sind.

## **E. 3**

3.1     Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt.

3.2     Nach Art. 9 Abs. 1 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) gilt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper (BGE 122 V 232 Erw. 1, mit Hinweisen).

Der Zeckenbiss (Typ Ixodes) erfüllt praxisgemäß sämtliche Merkmale des so definierten Unfallbegriffs, weshalb die obligatorische Unfallversicherung für die damit verbundenen Infektionskrankheiten (Lyme-Krankheit, Enzephalitis) und deren Folgen aufzukommen hat (BGE 122 V 230 ff. = Pra 86/1997 Nr. 82 S. 414 ff.).

3.3 Die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens sind von der versicherten Person glaubhaft zu machen. Kommt sie dieser Forderung nicht nach, indem sie unvollständige, ungenaue oder widersprüchliche Angaben macht, die das Bestehen eines unfallmässigen Schadens als unglaubhaft erscheinen lassen, besteht keine Leistungspflicht des Unfallversicherers.

Im Streitfall obliegt es dem Gericht zu beurteilen, ob die einzelnen Voraussetzungen des Unfallbegriffs erfüllt sind. Der Untersuchungsmaxime entsprechend hat es von Amtes wegen die notwendigen Beweise zu erheben und kann zu diesem Zwecke auch die Parteien heranziehen. Ist aufgrund dieser Massnahmen das Vorliegen eines Unfallereignisses nicht wenigstens mit Wahrscheinlichkeit erstellt - die blosser Möglichkeit genügt nicht -, so hat dieses als unbewiesen zu gelten, was sich zu Lasten der versicherten Person auswirkt (BGE 116 V 140 Erw. 4b, 114 V 305 Erw. 5b und 111 V 201 Erw. 6b; RKUV 1990 Nr. U 86 S. 50).

3.4 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zum Einen 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 beziehungsweise 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1 und 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 119 V 338 Erw. 1 und 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

3.5 Für die Leistungspflicht des Unfallversicherers ist zum Andern erforderlich, 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 125 V 461 Erw. 5a, 123 V 103 Erw. 3d, 139 Erw. 3c, 122 V 416 Erw. 2a, 121 V 49 Erw. 3a, mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 172 Erw. 3a). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu. Sie hat grundsätzlich bei allen Gesundheitsschädigungen, die aus ärztlicher Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als natürliche Unfallfolge gelten können, Platz zu greifen.

Bei organisch nachweisbaren Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung praktisch keine Rolle, indem die Unfallversicherung auch für seltenste, schwerwiegendste Komplikationen haftet, welche nach der unfallmedizinischen Erfahrung im Allgemeinen gerade nicht einzutreten pflegen (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b und 118 V 291 Erw. 2a, vgl. auch BGE 117 V 365 Erw. 5d/bb, mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung).

Besondere Regeln hat die Rechtsprechung für die Beurteilung der Adäquanz psychischer Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellt. Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b). Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7, mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2). Bei der entsprechenden Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallerlebnis der betroffenen Person massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa und 115 V 139 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91).

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie beispielsweise einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa und 115 V 139 Erw. 6a). Bei schweren Unfällen ist der adäquate

Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa und 115 V 140 Erw. 6b; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90 Erw. 3b). Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, Nr. U 335 S. 207 ff. und Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff. und 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

Zu betonen ist, dass die Beurteilung der Adäquanz nur bei psychischen Beschwerden, die als sekundäre Folgen der Erkrankung auftreten, nach den erwähnten Grundsätzen stattfindet. In diesem Zusammenhang ist nämlich darauf hinzuweisen, dass es sich bei der durch den als Unfall qualifizierten Zeckenbiss übertragenen Lyme-Borreliose um eine

Infektionskrankheit mit komplexem Krankheitsbild und meist schwerwiegenden Folgen handelt. Die Lyme-Borreliose ist eine Multiorganerkrankung, bei welcher prinzipiell alle Organe befallen werden können. Das Beschwerdebild besteht aus unspezifischen Allgemein- und spezifischen Symptomen, 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, Diarrhoe. Anerkannt 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 E. \_\_\_\_, Klinik der Lyme-Borreliose, Bern 1992, S. 89, 93 und 161 ff.). Die Beschwerden sind somit teilweise klar organischer Natur, teilweise liegen psychische Erkrankungen vor. Neben diesen direkten Auswirkungen der Erkrankung ist es sodann möglich, dass sekundäre Folgen in dem Sinne auftreten, dass die betroffene Person mit der Krankheit insgesamt oder mit Folgen davon psychisch nicht fertig wird und deshalb erkrankt, was als psychische Fehlentwicklung nach einem Unfall zu bezeichnen ist. Dieser speziellen Ausgangslage muss bei der Prüfung der Kausalität Rechnung getragen werden. Damit die psychischen Beschwerden als Auswirkung der Infektionskrankheit qualifiziert werden können, müssen sie mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als direkte Folge auf das Unfallereignis zurückzuführen sein. Die Adäquanz kann diesfalls - wie bei den somatischen Beschwerden - ohne weiteres bejaht werden, weil die Infizierung mit dem Borreliose-Erreger nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung, wozu in erster Linie die wissenschaftlichen Erkenntnisse gehören, einen Erfolg von der Art des eingetretenen zu bewirken vermag. Die Qualifikation der psychischen Beschwerden als direkte Auswirkungen der Erkrankung oder aber als sekundäre Folge davon beziehungsweise reine psychische Erkrankung hat aufgrund der ärztlichen Berichte zu erfolgen (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 4. Oktober 2001 in Sachen K., U 222/00, und D., U 131/01, sowie vom 9. Juli 2001 in Sachen P., U 17/00).

### **E. 3.6**

3.6.1.1 Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formale Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss werten.

Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. So unterliegen auch Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen wie andere Beweismittel der freien richterlichen Beweiswürdigung (BGE 123 V 333 f. Erw. 1c, mit Hinweisen). Der Umstand, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, rechtfertigt für sich allein nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (AHI 2001 S. 115 Erw. 3c; BGE 122 V 161, mit Hinweis). Allerdings darf und soll in Bezug auf Hausarztberichte der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass Hausärzte und Hausärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125

V 353 Erw. 3b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist letztlich entscheidend, ob der Bericht 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 oder der Expertin begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a und 122 V 160 Erw. 1c).

3.6.2.2 Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seine Entscheidung, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die bloße Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste wurdigen (BGE 126 V 360 Erw. 5b und 125 V 195 Erw. 2, je mit Hinweisen). Ein Rechtsgrundsatz des Inhalts, dass die Verwaltung oder das Gericht im Zweifelsfall zugunsten der versicherten Person zu entscheiden hätte, besteht im Sozialversicherungsrecht nicht (vgl. ARV 1990 Nr. 12).

#### **E. 4**

4.1.1 Umstritten und zu präfen ist der (natürliche und adäquate) Kausalzusammenhang zwischen dem am 30. Juni 1997 angemeldeten Ereignis und den ausgemachten und weiter anhaltenden gesundheitlichen Beschwerden und Beeinträchtigungen.

Zwar liegen über die konkreten Umstände des Unfallgeschehens, namentlich bezüglich Zeitpunkt und Ort des gemeldeten Zeckenbisses, bloss ungenaue beziehungsweise widersprüchliche Angaben vor (vgl. Urk. 13/1 Ziff. 4-6; Urk. 13/2-3; Urk. 13/5-6; Urk. 13/22; Urk. 13/29; Urk. 13/33; Urk. 13/56; Urk. 13/79; s. auch Urk. 7/14-16 und Urk. 7/39 S. 5 Ziff. 7.3 der Akten im sozialversicherungsgerichtlichen Verfahren Proz.-Nr. IV.2001.00759), doch wird der glaubhafte Eintritt eines unfallmässigen Schadens an sich seitens der Beschwerdegegnerin nicht in Frage gestellt. Es besteht daher kein Anlass, hierauf (von Amtes wegen) zurückzukommen. Dies, zumal Mitte Juni 1997 für einen Zeckenbiss grundsätzlich einschlägige serologische Borrelia burgdorferi-Titer erhoben worden sind (Urk. 13/5-6 Beilagen) und der Beschwerdeführer damals bereits einige Zeit bei dem der Beschwerdegegnerin unterstellten Arbeitgeber tätig gewesen ist (Datum der Anstellung: 1. Januar 1995; Urk. 13/1).

#### **E. 4.2**

4.2.1.1 Zu beurteilen ist somit zunächst das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs.

Während sich die Beschwerdegegnerin diesbezüglich auf den Standpunkt stellt, der Beschwerdeführer habe zwar nachgewiesenermassen eine Borrelien-Infektion durchgemacht - wobei der nicht (mehr) genau bestimmbare Zeitpunkt des Infekts beziehungsweise des dafür verantwortlichen Zeckenbisses mit Sicherheit vor Juni 1997 liege -, doch sei ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den seit Juni 1997 geklagten Beschwerden und der durchgemachten Borrelien-Infektion höchstens möglich, nicht jedoch überwiegend wahrscheinlich, erachtet der Beschwerdeführer

diesen anspruchsbegründenden Zusammenhang für erstellt.

4.2.2.2 In dem von der Beschwerdegegnerin herangezogenen USZ-Gutachten vom 21. Mai 2001 (Urk. 13/79) wurden im Anschluss an die Anamnese (Aktenzusammenfassung, Sozial-, persönliche und Systemanamnese), die Wiedergabe der vom Beschwerdeführer gemachten Angaben zu den aktuellen Beschwerden und die Darstellung der objektiven Befunde (Klinik, Neurostatus, Wirbelsäulenstatus, peripherer Gelenkstatus, Röntgenbefunde [konventionell, computertomographisch und sonographisch], Labor [inkl. Bursa subacromialis-Punktion rechts] und Elektromyographie) folgende Diagnosen gestellt:

- Zustand nach Zeckenbiss:

Zeitpunkt nicht definitiv bestimmbar,

mit Immunreaktion auf *Borrelia burgdorferi*;

- Verdacht auf depressive Entwicklung mit somatoformer Störung;

- Polyartikuläre beginnende Arthrose;

- Periarthropathia humero-scapularis tendinotica und calcarea beidseits;

- Leichtes Zerviko-Thorako-Lumbovertebralsyndrom bei:

- Haltungsinsuffizienz/Dekonditionierung,

- radiologisch beginnenden degenerativen Veränderungen.

In der Beurteilung wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer leide seit dem 11. Juni 1997 an einem komplexen Beschwerdebild, welches von ihm auf einen Biss durch eine gleichentags entfernte Zecke zurückgeführt werde. Im Vordergrund stehe subjektiv eine anhaltende Verschlechterung des Allgemeinbefindens mit Verlust der Leistungsfähigkeit, Erschöpfung, Schlafstörung, vorzeitiger Ermüdbarkeit, ungerichteter Schwindel, muskulärer Schwäche und generalisierten Schmerzen sowohl im Bereich der Weichteile als auch der Gelenke. Im Weiteren würden unspezifische Schwindelbeschwerden, chronische Kopfschmerzen, Appetitverlust, vermehrtes Völlegefühl und Nahrungsmittelunverträglichkeiten beklagt (letzteres v.a. seit der applizierten Rocephin-Infusionstherapie). Eine günstige Beeinflussung dieses Beschwerdebilds habe weder durch eine orale noch durch eine intravenöse Antibiose mit Rocephin erreicht werden können.

Bei der am 15. März 2001 durchgeführten Untersuchung hätten folgende Befunde von Wichtigkeit erhoben werden können: Die funktionellen Untersuchungen seien durch eine deutliche Schmerzpräsentationsstörung erschwert worden; ansonsten habe sich der Beschwerdeführer während der 2-stündigen Untersuchung sehr kooperativ verhalten, habe weder eine Einschränkung der spontanen Bewegungen noch Konzentrationsstörungen gezeigt und habe die Anamnese sehr detailliert und auffällig besorgt geschildert. Im Bereich der Wirbelsäule seien in erster Linie eine Fehlhaltung, eine leichte Fehlform und die Insuffizienz der Haltemuskulatur aufgefallen. Zwar beständen in sämtlichen Wirbelsäulenabschnitten leichte Bewegungseinschränkungen, doch erklärten diese die geschilderten Schmerzen mit Sicherheit nicht. Im Bereich der Weichteile habe eine generalisierte Druckdolenz bestanden. Die Kraftprüfung habe weder an den unteren noch an den oberen

Extremitäten eine auf einzelne Muskelgruppen bezogene Parese oder Hypotrophie gezeigt, jedoch eine proximal betonte Schwäche, welche eindeutig im Kontrast zu den guten Komplexfunktionen gestanden habe (z.B. Kniebeugen, Gangbild in sämtlichen Variationen). Der Muskeltonus sei bei vorhandener Relaxierbarkeit nicht beurteilbar gewesen, und es seien leichte Faszikulationen aufgefallen, wobei die deshalb ergänzend durchgeführte neurologische Abklärung keine Hinweise auf eine organische Läsion ergeben habe. Die peripheren Gelenksbefunde hätten einer klinisch leichten Arthrose entsprochen. Im Bereich der Finger- und Hüftgelenke seien klinisch und radiologisch Befunde erhoben worden, welche einer leichten Arthrose entsprächen. Im Bereich beider Schultergelenke bestehe eine von den generalisierten Weichteilschmerzen wahrscheinlich abgrenzbare Impingement-Symptomatik der Rotatorenmanschette. Links hätten sich radiologisch und sonographisch diskrete Verkalkungen der Supraspinatussehne gezeigt; rechts habe sich wenig Flüssigkeit im Bereich der Bursa subacromialis und entlang der langen Bizepssehne objektivieren lassen. Eine diagnostische Punktion habe vereinzelte Apatitkristalle ergeben, so dass auch hier von einer Periarthropathia humero-scapularis calcarea ausgegangen werden könne. Die zum Ausschluss eines für die generalisierten Schmerzen und die Allgemeinzustandsverschlechterung ursächlichen systemisch-entzündlichen wie auch metabolischen Grundleidens durchgeführten Laboruntersuchungen hätten keine Auffälligkeiten ergeben, insbesondere hätten sich keine Hinweise auf eine Schilddrüsenstörung objektivieren lassen.

Zusammenfassend wurde festgehalten, die seit Juni 1997 beklagten multiplen Beschwerden würden sich nicht auf die Affektion eines einzelnen Organsystems, einschliesslich des Zentralen Nervensystems, zurückführen lassen und seien als solche unspezifisch. Ein Erythema chronicum migrans sei nicht beobachtet worden, und es sei weder anamnestisch noch aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde eine Arthritis zu diagnostizieren. Zwar stellten weder das Erythema chronicum migrans noch die Arthritis obligate Symptome einer chronischen Lyme-Erkrankung dar, doch seien sie als typische und unbestrittene Befunde der Borreliose akzeptiert. Die konkret zur Verfolgung stehenden Befunde erlaubten keine Diagnose einer Neuro-Borreliose. Eine Erhöhung der Zellzahl habe sich in zwei Liquoruntersuchungen nicht nachweisen lassen. Die Banden im Liquor und im Serum seien gegen identische Ziele gerichtet, und es habe keine vermehrte Reaktion im Liquor dokumentiert werden können. Der Zeitpunkt der als solche nicht anzuzweifelnden Borrelien-Infektion könne nicht festgelegt werden, sei jedoch mit Sicherheit vor Juni 1997 zu datieren. Die entsprechenden Beurteilungen würden auch von Dr. med. J. \_\_\_\_, Serologe im Zentralinstitut der Walliser Spitäler in " \_\_", und PD Dr. med. K. \_\_\_\_, Leitender Arzt der Abteilung für Infektionskrankheiten am USZ, geteilt, mit welchen die Laborbefunde durchgegangen worden seien. Erschöpfung, chronische Müdigkeit, Unwohlsein, Myalgien, Arthralgien, kognitive Defizite, Kopfschmerzen und andere Begleitsymptome würden zwar in der Fachwelt mitunter unter dem Begriff Post-Lyme-Syndrom immer wieder in Zusammenhang mit chronischen Borrelien-Infekten gebracht, indessen beruhten die jeweils geschilderten chronischen Verlaufsformen ohne objektivierbare Befunde an den Gelenken, der Haut und dem Nervensystem auf Fallbeschreibungen. Eine identisches Beschwerdebild sei zudem wesentlich häufiger bei depressiven Entwicklungen mit Somatisierungsstörung anzutreffen. Der Leidensdruck des Beschwerdeführers an sich sei glaubhaft, wenngleich in der klinischen Untersuchung unübersehbare Zeichen einer Schmerzpräsentationsstörung bestanden hätten, bei denen es sich durchaus um den Versuch einer Verdeutlichung des Leidensdrucks gehandelt

haben können.

Alles in allem besteht eine Symptomatik, welche am Besten im Rahmen einer depressiven Entwicklung mit somatoformer Störung erklärt werden können. Zusätzlich finden sich leichte degenerative Veränderungen der peripheren Gelenke und der Wirbelsäule, welche allerdings das Beschwerdebild nicht zu erklären vermöchten. Die im Schulterbereich bestehenden Schmerzen entsprechen zum Teil einer Impingement-Symptomatik bei verkalkender Tendinopathie der Supraspinatussehne, würden aber auch wesentlich durch die generalisierte Weichteilproblematik überlagert. An den Beschwerden des Bewegungsapparats sei die allgemeine Dekonditionierung wesentlich beteiligt.

Die Frage, ob der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Lyme-Borreliose durchgemacht habe, beantworteten die USZ-Gutachter wie folgt:

■Nein[,] sofern sich die Frage auf das Krankheitsbild der Borreliose bezieht. Ja, sofern sich die Frage auf einen [i]mmun-relevanten Borrelien-Kontakt bezieht.■

Zur Frage, ob zwischen den seit Juni 1997 bis heute beklagten Beschwerden und einer durchgemachten Borrelien-Infektion ein Kausalzusammenhang bestehe, äusserten sich die USZ-Gutachter dahingehend, dass höchstens ein möglicher Kausalzusammenhang bestehe (Wahrscheinlichkeitsgrad unter 50 %).

Abschliessend wiesen die Gutachter darauf hin, dass eine psychiatrische Abklärung indiziert erscheine.

4.2.3 Das USZ-Gutachten erfüllt grundsätzlich die von der Rechtsprechung an ärztliche Beurteilungen gestellten Anforderungen:

Es werden darin auf der Grundlage einschlägiger, namentlich auch laborieller und neurologischer Untersuchungen, in Kenntnis der in den wesentlichen Zügen vollständig und korrekt wiedergegebenen Vorakten sowie unter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer selbst gemachten Angaben unspezifische Multiorgansymptome konstatiert, die mangels anamnestisch ausgewiesener einschlägiger Wanderröte oder Arthritis jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (Wahrscheinlichkeitsgrad über 50 %) im Sinne einer chronischen Lyme-Erkrankung oder einer Neuro-Borreliose gedeutet werden könnten. Ein Borrelien-Kontakt als solcher wird nicht angezweifelt, aber mit Sicherheit vor Juni 1997 datiert. Aufgrund der erhobenen Laborbefunde, zufolge fehlender objektiver Befunde im Bereich der Gelenke, der Haut und des Zentralen Nervensystems sowie angesichts der konstatierten psychischen Auffälligkeiten wird ein Post-Lyme-Syndrom verneint und - nebst vielfältigen degenerativen Ursachen, einer generalisierten Weichteilproblematik und einer allgemeinen Dekonditionierung - ein näher abklärungsbedürftiger Verdacht auf eine depressive Entwicklung mit Somatisierungstörung postuliert. Diese Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet für sich allein betrachtet ein.

4.2.4 Die Schlussfolgerungen der USZ-Experten erscheinen sodann auch im Kontext der weiteren medizinischen Akten als begründet:

So hat der Beschwerdeführer gegenüber dem am 16. Juni 1997 konsultierten Dr. B. angegeben, in der Vorwoche den Kopf angeschlagen zu haben, worauf der Arzt nach Erhebung zweier okzipitaler Krusten ohne pathologischen Befund auf einen beginnenden grippalen Infekt geschlossen hat (Urk. 13/2). Dr. C. hat in der Folge zwar Borrelien

burgdorferi IgG-Titer erheben, jedoch weder Zeckenreste **in loco** feststellen noch einschlägige IgM-Fractionen nachweisen können (Urk. 13/5-6, inkl. Beilagen). Im Laufe der stationären poliklinischen Abklärung im KSW haben weder klinisch noch laborchemisch (Serum wie Liquor) Hinweise auf eine aktive Borreliose oder eine entzündliche Gelenkserkrankung (Borreliose des Zentralen Nervensystems oder Lyme-Arthritis) ausgemacht werden können (Urk. 13/11; Urk. 13/14; Urk. 13/29). Die von Dr. L. \_\_\_ zunächst als eigentlich gut ins Bild einer Zeckenbiss-Affektion passend bezeichneten Sehstörungen (Urk. 13/15) sind im Rahmen der nachfolgenden spezialärztlichen Beurteilung durch Dr. D. \_\_\_ unter Ausschluss einer Nervenparese als angeborene, dekompensierte - und mittels Brille gut therapierbare - Störung des binokularen Sehens, das heisst mithin als Schielen, qualifiziert worden (Urk. 13/33). Die anlässlich der in der Schulthess Klinik im April 2000 durchgeführten rheumatologischen Begutachtung gestellten Diagnosen haben sich auf ein Zervikobrachial-Syndrom bei Osteochondrose und Spondylarthrose mit muskulärer Dysbalance, ein Lumbovertebral-Syndrom bei Osteochondrose und Spondylarthrose sowie muskulärer Verspannung im Lumboglutealbereich rechts, eine beginnende Gonarthrose, eine beginnende Heberdenarthrose, Spreizfussveränderungen, einen Status nach Borrelien-Infekt sowie einen Strabismus divergens concomitans beschränkt, wobei ausdrücklich festgehalten worden ist, dass weder klinisch noch labormässig ein Hinweis auf das Vorliegen eines aktiven Borrelien-Infekts beziehungsweise auf einen bleibenden Nachteil nach solch einem Infekt vorliege (Urk. 13/56).

Dr. E. \_\_\_ hat zwar aufgrund seiner mehrmonatigen ambulanten Abklärung Anfang Oktober 1998 nebst der Diagnose einer Fingerpolyarthrose und eines Zervikal-Syndroms den dringenden Verdacht auf eine **noch floride** Lyme-Borreliose Stadium II mit Beteiligung des Zentralen Nervensystems und des Bewegungsapparats geäussert; wengleich die Lyme-Borreliose im Liquor nicht **im letzten Detail** habe bewiesen werden können, bestehe dafür eine überwiegende Wahrscheinlichkeit, welche eine Rocephin-Therapie rechtfertige (Urk. 13/22-23). Mitte Juli 1999 hat er dann aber konstatiert, die Arthralgien/Periarthralgien hätten trotz der im November 1998 applizierten 4-wöchigen Rocephin-Therapie nicht gebessert, wobei das Beschwerdebild gegenteils fibromyalgieforme Züge annehme; unter Hinweis auf ein stabiles Borrelia burgdorferi-Bild ohne signifikante Erregermenge hat der Internist ausdrücklich darauf hingewiesen, die Diagnose der Lyme-Borreliose erscheine noch nicht gesichert, wobei für die definitive Beurteilung noch bis Ende 1999 zugewartet werden müsse (Urk. 13/45). In der Folge hat Dr. E. \_\_\_ anfangs Februar 2000 unter Hinweis auf ein in den wesentlichen Zügen unverändertes Beschwerdebild festgehalten, er könne sich die Wahrscheinlichkeit der Diagnose der Lyme-Borreliose betreffend immer noch nicht definitiv entscheiden und wolle dies in den nächsten Monaten noch offen lassen; die Rocephin-Therapie habe nicht den erwarteten Erfolg gezeitigt, was bezüglich der Richtigkeit der vermuteten Lyme-Borreliose natürlich Zweifel aufkommen lasse (Urk. 13/53). Ende August 2000 hat sich Dr. E. \_\_\_ dann wie folgt geäussert (Urk. 13/66):

**Wie schon in meinem Bericht vom 3.10.1998 [erwähnt,] besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, wenn auch nicht mit letzter Sicherheit ein Folgezustand einer früher durchgemachten Lyme-Borreliose. Ich bin der Auffassung, dass diese [Ätiologie] schon von Anfang an bestanden [...] und nicht nur vorübergehend auf den Gesundheitszustand gedrückt hat.**

Im erwähnten Bericht vom 3. Oktober 1998 (Urk. 13/22) hatte Dr. E. \_\_\_ nun aber lediglich einen dringenden Verdacht auf eine Lyme-Borreliose Stadium II formuliert und keineswegs eine als solche gesicherte Diagnose gestellt. Er hatte in seiner damaligen Beurteilung ausgeführt, die Untersuchungen nach der Western-Blotting-Methode hätten zwar einen mit einem langen Erregerkontakt vereinbaren IgG-Gesamtantikörper-Titer ergeben, wobei im Liquor trotz fehlender Schrankenstellung auch Antikörper hätten nachgewiesen werden können, indessen hätten sich keine Entzündungszeichen gefunden. Zur Untermauerung seiner Aussagen hatte sich Dr. E. \_\_\_ auf einen Status nach bemerktem Zeckenstich mit konsekutiv aufgetretenem Beschwerdebild berufen, obgleich der eigentliche Zeckenbefall beziehungsweise -biss vom Beschwerdeführer weder schlüssig beschrieben (vgl. Urk. 13/3; Urk. 13/7; Urk. 13/13a) noch ärztlicherseits stichhaltig dokumentiert werden konnte (vgl. Urk. 13/2; Urk. 13/5). In seiner - zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Ilg, Zürich, verfassten - Stellungnahme vom 29. August 2001 (Urk. 3) hat Dr. E. \_\_\_ schliesslich den - im USZ-Gutachten keineswegs verkanteten - Grundsatz bestätigt, wonach ein Erythema migrans und Arthritiden nicht obligat für die Diagnose der Lyme-Borreliose seien. Wie er alsdann ausdrücklich eingeräumt hat, kann bei normaler Zellzahl im Liquor eine Neuro-Borreliose zwar nicht ausgeschlossen, aber auch nicht bewiesen werden. Einen direkten Zusammenhang zwischen den im Liquor bei fehlender Schrankenstellung nachgewiesenen Antikörper-Restwerten und einer ursprünglichen Beteiligung des Zentralen Nervensystems hat Dr. E. \_\_\_ nicht weiter belegt, sondern sich wiederum auf die Formulierung eines entsprechenden "dringenden Verdachts" beschränkt. Im Anschluss an das von ihm postulierte Vorliegen einer für ein Post-Lyme-Syndrom typischen Symptomatik hat Dr. E. \_\_\_ zudem selbst eingeräumt, die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden seien für ein solches Syndrom nicht im eigentlichen Sinne spezifisch. Seine Wahrscheinlichkeitsvermutung eines Post-Lyme-Syndroms gründet offenbar vorab auf der in dieser Form unzutreffenden beziehungsweise unfundierten Annahme, es liege ein genau datierbarer Zeckenstich vor und der Beschwerdeführer sei zuvor gänzlich gesund gewesen und habe ansonsten keinen Grund zur Entwicklung psychischer Beschwerden gehabt. Was seine allgemeine Bemerkung angeht, das Ausbleiben des Erfolgs der antibiotischen Therapien dürfe nicht als Ausschlusskriterium genommen werden, ist darauf hinzuweisen, dass Dr. E. \_\_\_ zuvor selbst ausdrücklich darauf hingewiesen hatte, das Nichtanschlagen der Rocephin-Therapie lasse selbstverständlich Zweifel bezüglich der Richtigkeit der vermuteten Lyme-Borreliose aufkommen (vgl. Urk. 13/53).

Der in den Gutachten der Schulthess Klinik wie auch des USZ übereinstimmend geäusserte Verdacht auf eine ursprüngliche psychische beziehungsweise psychosomatische Problematik hat sich sowohl in der von der SVA, IV-Stelle, als auch in der vom Beschwerdeführer selbst in Auftrag gegebenen psychiatrischen Evaluation bestätigt: Dr. med. N. \_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, "\_\_\_", hat im Rahmen seiner im Juni 2000 durchgeführten Begutachtung eine anhaltende somatoforme Schmerzstellung (ICD[-10] F45.4) mit Hypochondrie (ICD[-10] F45.2), eine Neurasthenie (ICD[-10] F48.0) sowie eine psychogene Anpassungsstellung (ICD[-10] F43.2) diagnostiziert (Urk. 7/14 der Akten im sozialversicherungsgerichtlichen Verfahren Proz.-Nr. IV.2001.00759). Und Dr. I. \_\_\_ hat im September 2002 die psychische Problematik zwar als depressive Entwicklung auf dem Boden einer Borreliose interpretiert, indessen die von Dr. N. \_\_\_ ausgemachte hypochondrische Stellung im Sinne einer organ-

beziehungsweise krankheitsbezogenen phobischen Angst mit gesteigerter Selbstbeobachtung und Überbewertung von Körperwahrnehmungen bestärkt und zudem auf den Eintritt einer schweren narzisstischen Kränkung mit pathologischer Konfliktverarbeitung und depressiv-phobischer Selbstwerteinschränkung hingewiesen (Urk. 22/3).

4.2.5 Zusammenfassend ergibt sich somit, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der - nicht ergänzungsbedürftigen - Aktenlage zwar offenbar eine immun-relevante Borrelien-Kontamination stattgefunden hat (deren Zeitpunkt sich nicht [mehr] genau festlegen lässt), sich die von ihm seit Juni 1997 geklagten gesundheitlichen Manifestationen jedoch aus ärztlicher Sicht nicht schlüssig respektive stichhaltig als durch eine Lyme- oder Neuro-Borreliose hervorgerufen qualifizieren lassen. Die multiplen organischen und psychischen Beschwerden können demnach nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der Überwiegenden Wahrscheinlichkeit als direkte Folge auf ein versichertes Unfallereignis zurückgeführt werden, sondern sind vielmehr als unfallfremde beziehungsweise sekundäre Folgen einzustufen.

#### **E. 4.3**

4.3.1 Zu beurteilen ist damit weiter die Frage, ob das als sekundäre Folge des erlittenen Zeckbisses (ohne nachweisbare direkte Borreliose-Auswirkungen) entwickelte und bis heute anhaltende psychische Beschwerdebild als adäquat-kausale Unfallfolge zu qualifizieren ist.

Derweil die Beschwerdegegnerin dafürhält, die Adäquanz müsse aufgrund der Banalität beziehungsweise Leichtigkeit des Unfallereignisses von vornherein verneint werden, jedenfalls seien aber die für Unfälle im mittleren Bereich massgebenden Kriterien nicht erfüllt, vertritt der Beschwerdeführer den Standpunkt, die einschlägigen unfallbezogenen Kriterien seien gegeben.

4.3.2 Ein Zeckenbiss ist grundsätzlich - ausgehend vom augenfalligen Geschehensablauf - als banales Ereignis zu qualifizieren, das als solches nicht geeignet ist, im Rahmen einer weiten Bandbreite von Versicherten - worunter auch jene, die aufgrund ihrer Veranlagung (etwa infolge ungünstiger konstitutioneller Prädisposition oder allgemein angeschlagenen Gesundheitszustandes, psychisch belastender sozialer, familiärer oder beruflicher Situation oder einfach strukturierter Persönlichkeit) für psychische Störungen anfälliger sind und einen solchen Vorfall seelisch weniger gut (langsamer oder schlechter) verkraften als Gesunde - eine erlebnismässige Fehlverarbeitung auszulösen. Die Adäquanz ist demnach ohne weiteres zu verneinen.

4.3.3 Wollte man noch von einem Unfall aus dem mittleren Bereich ausgehen, wären zur Bejahung der Adäquanz weitere, objektiv erfassbare Umstände erforderlich, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen. Die entsprechenden, nach der Rechtsprechung massgebenden Kriterien sind jedenfalls nicht in der erforderlichen gehäuften oder auffallenden Weise gegeben:

Die im Juni 1997 aufgenommene ärztliche Behandlung hat im entscheidewesentlichen Zeitpunkt (7. August 2001) zwar noch andauert, was eine recht lange Dauer darstellt. Zudem sind gewisse körperliche Dauerschmerzen vorhanden. Von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindringlichkeit des Ereignisses kann indes schlechterdings keine Rede sein, nachdem der Beschwerdeführer

selbst angegeben hat, zunächst lediglich ein Bissen verspürt und eine Hautwunde festgestellt und sich vorerst nichts weiter dabei gedacht zu haben (Urk. 13/3; Urk. 13/13a). Obgleich Zecken in Epidemiegebieten wie dem Tessin zu einem erheblichen Anteil mit Borrelien infiziert sind und ein Stich einer infizierten Zecke beim Menschen relativ häufig zu einer Infektion führt (vgl. Urk. 13/31), was wohl eine gewisse Verunsicherung auslösen vermag, kann aufgrund der verhältnismässig hohen Befalldichte der Bevölkerung nicht gesagt werden, allein der Zeckenbiss mit Borrelien-Kontamination als solcher, aber ohne nachgewiesene direkte Folgeerkrankung vermög erfahrungsgemäss psychische Fehlentwicklungen auslösen. Eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde eigentliche ärztliche Fehlbehandlung wird vom Beschwerdeführer weder geltend gemacht, noch ergeben sich dafür aus den Akten irgendwelche Anhaltspunkte; die erfahrungsgemäss oft mit Nebenwirkungen verbundene Antibiotika-Behandlung kann jedenfalls nicht als solche angesprochen werden (vgl. Urk. 13/79; Urk. 13/45; Urk. 13/53). Der Heilungsverlauf ist wohl als schleppend zu bezeichnen, doch sind keine erheblichen, bedrohlichen Komplikationen eingetreten. Der Beschwerdeführer ist zwar ab Mitte Juni 1997 in wechselndem Grade arbeitsunfähig gewesen, wobei verschiedene Arbeitsversuche zufolge Schmerzexazerbation gescheitert sind. Indessen ist ihm bereits im Anschluss an die vom 27. Oktober bis zum 3. November 1997 dauernde Hospitalisation im KSW eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden (Urk. 13/29). Die im KSW festgestellten und weiter abgeklärten Sehbeschwerden haben nach spezialärztlicher Feststellung keine Arbeitsunfähigkeit bewirkt (Urk. 13/15; Urk. 13/29; Urk. 13/33). Am 20. April 2000 ist dem Beschwerdeführer in dem in der Schulthess Klinik erstellten Gutachten aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht wiederum eine 100%ige Arbeitsfähigkeit hinsichtlich seiner damaligen - körperlich leichten, mitunter auch von Frauen ausgeübten (vgl. Urk. 13/7; Urk. 7/24 der Akten im sozialversicherungsgerichtlichen Verfahren Proz.-Nr. IV.2001.00759) - Tätigkeit bei der A. AG bescheinigt worden (Urk. 13/56). Diese Einschätzung ist im zuletzt eingeholten USZ-Gutachten vom 21. Mai 2001 (Urk. 13/79) neuerdings bestätigt worden, worin festgehalten worden ist, die erhobenen Befunde am Bewegungsapparat schränken die Arbeitsfähigkeit bezüglich einer leichten bis mittelschweren, in ergonomischer Position verrichtbaren Tätigkeit nicht ein. Eine hochgradige, länger dauernde physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit liegt mithin nicht vor.

5. Zusammenfassend führt dies zur kosten- und entschädigungslosen Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Roland Ilg

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf

- Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit der Beschwerdeführer sie in Händen hat (Art. 132 des Bundesgesetzes über die Organisation der Bundesrechtspflege [Bundesrechtspflegegesetz/OG] in Verbindung mit Art. 106 OG und Art. 108 OG).

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