

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00214 vom 31. August 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00214

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00214 du 31 août 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00214 del 31 agosto 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1962, war bei der Klinik Y.____, Z.____, als Krankenschwester in einem 100 %-Pensum angestellt und damit bei den Winterthur-Versicherungen (heute: AXA Winterthur AG; nachfolgend: AXA) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Am 13. Dezember 2005 liess sie durch ihren Arbeitgeber einen am 10. August 2005 beim Baden am Strand in A.____ erlittenen Zeckenbiss melden, der sich an einem Flecken am linken Bein gezeigt und in den folgenden Tagen zu Übelkeit und Schwachheit und als Folge davon zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt habe (Urk. 11/A 1). Der erste handelnde Arzt, Dr. med. B.____, Allgemein Medizin FMH, den die Versicherte am 17. August 2005 aufsuchte, verordnete

eine Antibiotika-Therapie

und schloss die Behandlung am 2. September 2005 bei attestierter voller Arbeitsfähigkeit ab (Urk. 11/M2, vgl. auch Urk. 11/M4). Seit dem

E. 6

. Oktober 2005 stand die Versicherte bei Dr. med. C.____, Innere Medizin FMH, in Behandlung, der eine Lyme -Neuroborreliose II diagnostizierte und eine Rocephin -Therapie durchführte. Dr. C.____

attestiert ab Beginn der Therapie am 10. Januar 2006

eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und

anschliessend ab März 2006 eine solche von

50 % (Urk. 11/M 8, Urk. 11/M15-M16 und Urk. 11/A12).

Zu einem anderen Schluss gelangte Prof. Dr. med. D.____, Arzt für Mikrobiologie und Infektionskrankheiten (D) und Spezialist für medizinische Analytik FAMH, im Gutachten vom 12. September 2006, indem er die klinische Annahme einer Neuroborreliose nicht bestätigen konnte (Urk. 11/M12). Auch der Vertrauensarzt der AXA, Dr. med. E.____, Innere Medizin FMH, verneinte einen kausalen Zusammenhang zwischen den anhaltenden Beschwerden und einer überwiegend wahrscheinlichen, ursprünglich unkomplizierten Borrelieninfektion (Bericht vom 2. Oktober 2006, Urk. 11/M13). Daraufhin stellte die AXA ihre Leistungen per 1. September 2005 ein (Verfügung vom 24. November 2006, Urk. 11/A 25). Mit Entscheid vom 8. März 2007 (Urk. 11/A33) hob sie die Leistungseinstellung wieder auf, da sie verfrüht erfolgt sei. In der Folge richtete die AXA weiter Taggeld bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus (vgl. Urk. 11/A108).

Bei anhaltender Arbeitsunfähigkeit veranlasste die AXA im Jahr 2010 eine polydisziplinäre Begutachtung bei der F.____ (Urk. 11/A123). Die se kam in ihrem Gutachten am 6. Juli 2011 (Urk. 11/M43) zum Ergebnis, die aktuellen Beschwerden stünden nicht überwiegend wahr scheinlich in einem kausalen Zusammenhang zum Ereignis vom 10.

August 2005 (Urk. 11/M43 S. 46) . Daraufhin verfügte die AXA am 20. September 2011 die Einstellung s ä mtlicher Leistunge n per 3 1. Juli 2011 (Urk. 11/A139). Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 3 1. Juli 2013 (Urk. 2) fest, zumal auch das zwischenzeitlich zuhanden der IV-Stelle Zürich erstellte Gutachten der G.____ , H.____ , vom 31. Dezember 2012 ebenfalls zum Schluss gekommen war , eine Neuroborreliose habe mit üb erwiegender Wahrscheinlichkeit früher nicht vorgelegen und liege auch im aktuellen Zeitpunkt nicht vor (vgl. Urk. 11/M45 S. 49). 2.

Hiergegen erhob X.____ mit Eingabe vom 1 6. September 2013 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflich ten, ihre Leistungen aus UVG ab 1. Aug ust 2011 auf der Basis einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit weiterhin zu entrichten; eventualiter sei die Beschwerdegeg nerin anzuweisen, weitere medizinische Erhebungen zur Feststellung des Sach verhaltes vorzunehmen (Urk. 2 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 7. Januar 2014 (Urk. 10) ersuchte die Beschwerde gegnerin um Abweisung der Beschwerde.

In einem zweiten Schriftenwechsel ergänzte die Beschwerdeführerin ihr Eventual be gehren (vgl. Urk. 2, Rechtsbegehren Ziffer 3) mit dem Zusatz, dabei sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, „ bis zum Erlass einer neuen Verfü gung und den Beweis des Wegfalles der Kausalität der heutigen Beschwerden zum Unfallereignis die bis anhin anerkannte Rentenleistung im Umfang von 50 % Invalidität weiterhin zu erbringen “ (Replik vom 2 8. April 2014, Urk. 16). Mit Duplik vom 9. September 2014 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag um Abweisung der Beschwerde fest, ebenso ersuchte sie um Abweisung des mit der Replik gestellten Zusatzantrages (Urk. 23; der Beschwerdeführerin zugestellt am 1 0. September 2014, Urk. 25). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erfor derlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. 4.

Seitens der Invalidenversicherung wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 7. August 2009 und Wirkung ab 1. August 2006 eine halbe Rente zuge sprochen. Diese Rente wurde mit Verfügung vom 2 8. Januar 2014 wiedererwä gungsweise aufgehoben . Die hiergegen erhobene Beschwerde ist Gegenstand des Verfahrens Prozess-Nr. IV.2014.00238 und wurde mit heutigem Urteil in abweisendem Sinn entschieden . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädi gende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschli chen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychi schen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (BGE 129 V 402 E. 2.1).

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfall ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natür licher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausal zusammenhangs

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 entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 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 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Nach der Rechtsprechung erfüllt der Zeckenbiss sämtliche Merkmale des Unfallbegriffs gemäss Art. 4 ATSG (BGE 122 V 230). Dabei ist nicht entscheidend, ob sich die versicherte Person an einen Zeckenstich erinnern kann. Massgebend ist, ob aufgrund der fachärztlichen Stellungnahmen darauf geschlossen werden kann, dass im Zeitpunkt der vorhandenen Versicherungsdeckung überwiegend wahrscheinlich von einem Zeckenstich auszugehen ist, der die Gesundheitsschädigung bewirkt hat. Der erfolgte Kontakt mit dem Borreliose-Erreger kann mit serologischen Untersuchungen belegt werden; indessen genügen diese nicht für den Schluss auf eine daraus entstandene Lyme-Borreliose. Deren Diagnose

gleich welchen Stadiums - setzt ein entsprechendes klinisches Beschwerdebild und den Ausschluss von Differentialdiagnosen voraus, wobei je nach Krankheitsstadium ein pathologischer laborchemischer Test die Wahrscheinlichkeit der Diagnose erhöhen kann. Ebenso hilfreich können bei rückblickender Einschätzung der Verlauf und die Ergebnisse einer Therapie sein. Weitere Indizien sind denkbar (Urteil des Bundesgerichts 8C_924/2011 vom 7. März 2012 E. 3 mit Hinweisen auf weitere Rechtsprechung und Literatur).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2.1

Die in den Akten enthaltenen Angaben zum Unfallereignis und dessen unmittelbare gesundheitliche Folgen

sind nicht durchwegs konsistent. In der am 13. Dezember 2005 erfolgten Unfallmeldung ist von einem unbemerkten Zeckenbiss am 10.

August 2005 beim Baden am Strand in A.____ die Rede, worauf sich ein Flecken am linken Bein gebildet habe und an den folgenden Tagen Übelkeit und Schwachheit aufgetreten seien (Urk. 11/A1). Dr. B.____ als erstbehandelnder Arzt bestätigte eine Läsion mit grösser

werdender Rötung und Schmerzen am linken Fuss und ging von einem Zeckenbiss aus. Hinsichtlich des Allgemeinzustandes führte er keine besonderen Wahrnehmungen an. Dies erstaunt insofern, als sich die Beschwerdeführerin bei Behandlungsbeginn bei Dr. C.____

nur wenige Wochen später laut diesem Arzt in "miserabelstem Allgemeinzustand" befand und am Rande ihrer Kräfte war (Bericht vom 11. Dezember 2006, Urk. 11/A28). Davon liess die Beschwerdeführerin indessen an der Besprechung vom 8. November 2007 mit einer Vertreterin der Beschwerdegegnerin und ihrem Anwalt nichts verlauten. Im Protokoll ist lediglich vermerkt, sie habe im September 2005 ihre Tätigkeit als Pflegefachfrau wieder aufgenommen und Weiterbildungen absolviert (Urk. 11/A62).

Laut Dr. C.____

gründet seine Diagnose einer Neuroborreliose auf dem deutlich erhöhten Antikörper-Index (vgl. Urk. 11/M8 und Urk. 11/M10), womit er die Neuroborreliose für eindeutig bewiesen erachtete (vgl. auch Urk. 11/M16 S. 2 oben). Demgegenüber konnten Dr. E.____ und der beigezogene Experte Prof. D.____ die Annahme einer Neuroborreliose aufgrund der Laborresultate nicht bestätigen, weil im Liquor keine spezifischen Lyme-Borreliose Antikörper nachgewiesen worden seien und der PCR zum Erregernachweis negativ ausgefallen sei. Insbesondere seien auch die Zellzahl und die Proteine im Normbereich gewesen. Zwar sei oligoklonales

IgG im Liquor nachgewiesen worden, doch stehe dieser Befund im Gegensatz zu den übrigen normalen Liquorbefunden und dürfe deshalb ruhig angezweifelt werden, zumal die Methodik technisch schwierig und nicht gut standardisiert sei. Einziges Element sei somit der im Grenzbereich liegende IgG-Index, der eine Neuroborreliose wohl möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich erscheinen lasse (Urk. 11/M11-M12).

Der von der Beschwerdegegnerin angesichts dieser kontroversen Beurteilungen zusätzlich beigezogene Experte PD Dr. med. I.____, Innere Medizin und Infektiologie, gelangte im Gutachten vom 25. Juni 2008 zum Schluss, es bestehe eine Neuroborreliose bei Status nach Erythema migrans im August 2005 und aktuell persistierender Residualsymptomatik unter anderem mit Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen, rascher Ermüdbarkeit und Arthralgien (Urk. 11/M25). Zum fehlenden Nachweis einer intrathekalen Produktion spezifischer Antikörper gegen Borrelien führte PD Dr. I.____ aus, wohl sei dieser Nachweis noch in den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie im Jahr 2005 als obligat erachtet worden, spätere Untersuchungen in Slowenien hätten aber gezeigt, dass die intrathekale Antikörperproduktion bei Infektionen gewisser Borrelien auch fehlen könne. PD Dr. I.____ attestierte eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit als Pflegefachfrau, wobei auch in einer angepassten Tätigkeit sehr wahrscheinlich nicht mit einer besseren Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei (Urk. 11/M25 S. 5 f.).

Am 20. Januar 2011 nahm der Leiter des medizinischen Dienstes der Beschwerdegegnerin, Dr. med. J.____, Stellung zum bisherigen Verlauf und gelangte zum Schluss, eine Neuroborreliose könne weder mit Sicherheit bewiesen noch ausgeschlossen werden. Wohl habe er in Borrelieninfekt stattgefunden und die vorliegenden Beschwerden seien zumindest teilkausal darauf zurückzuführen. Dass aber deswegen eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit auf die Dauer bestehen bleiben sollte, vermochte Dr. J.____ nicht nachzuvollziehen, zumal an vorbestehenden Diagnosen degenerative Halswirbelsäulenveränderungen und Migräne bekannt seien. Er schlug deshalb vor, die Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren neu zu evaluieren, da auch nach mehreren Jahren noch mit einer Verbesserung des Zustandes und

der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei (Urk. 11/M31-32). 2.2

Bei dieser medizinischen Aktenlage ist mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass eine durch Zeckenstich hervorgerufene Borrelien-Infektion stattgefunden hat. Fraglich ist, ob die seit August 2005 aufgetretenen und anhaltenden Beschwerden (schmerzhafte Nackenverspannungen, starke Kopfschmerzen, Schlaf- und Gleichgewichtsstörungen, wandernde Gelenkschmerzen sowie Konzentrationsstörungen, vgl. Urk. 11/M25) Folge der Borrelien-Infektion sind. 2.3

Im Gutachten der F.____ vom 6. Juli 2011

(Urk. 11/M43) wurden die Hauptdiagnosen einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0; differenzialdiagnostisch Neurasthenieform Beschwerden bei affektiver Störung am ehesten aus dem Formenkreis der Angststörungen), einer vorbestehenden Migräne, zervikogen

getriggerte Spannungskopfschmerzen, eines chronischen Zervikovertebralsyndroms und eines diskreten Thorakovertebralsyndroms erhoben. Dazu liess sich eine Berührungshyp-/Dysästhesie der Finger IV und V und ein leichtes Hyperabduktionssyndrom

nachweisen. Dies bei Zustand nach unklarer Hautinfektion (diagnostiziert am 17. August 2005), welche möglicherweise ein Erythema chronicum

migrans entsprach, differentialdiagnostisch Erysipel bzw. einer anderen Hautinfektion und bei positiver Borrelienserologie, überwiegend wahrscheinlich nicht resultierend aus dem Ereignis vom 10. August 2005. Alle Diagnosen seien nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 10.

August 2005 zurückzuführen und begründeten keine unfallkausale Arbeitsunfähigkeit (S. 45).

Diese Einschätzung gründet im Wesentlichen auf dem Teilgutachten des infektiologischen Experten, Prof. Dr. med. K.____, Direktor der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des L.____ (Anhang zu Urk. 11/M43). Zu den einzelnen

infektiologisch relevanten Elementen der Krankengeschichte führte Dr. K.____ u.a. aus, bei der initialen Läsion am linken Unterschenkel könnte es sich wohl um ein Erythema migrans gehandelt haben, die Beschreibung passe aber auch gut zu einem Erysipel und sei nicht pathognomonisch für ein Erythema migrans. Weitere Differentialdiagnosen seien zu erwägen, retrospektiv aber nicht mehr zu klären. Die von Dr. B.____ durchgeführte antibiotische Therapie mit Amoxicillin-Clavulansäure sei sowohl für ein Erythema migrans wie für ein Erysipel korrekt gewesen, auch nach Bekanntwerden des ersten positiven serologischen Laborresultats. Weiter befasste sich der Experte ausführlich mit den zu verschiedenen Zeitpunkten erhobenen Laborwerten (zusammengestellt im Anhang zum Gutachten) und interpretierte diese wie folgt: Die Liquor-Serologie vom 24. November 2005 sei eindeutig und absolut negativ bezüglich Antikörper gegen Borrelia

burgdorferi. Es sei keine spezifische intrathekale Antikörperbildung vorhanden. Das Muster der Serologie-Resultate mache eine akute Infektion am 10. August 2005 höchst unwahrscheinlich. Wäre die Beschwerdeführerin am 10. August 2005 akut mit Lyme-Borrelien infiziert worden, dann wäre im Suchtest ein Anstieg und später Abfall der IgM sowie ein Anstieg der IgG im Verlauf gefunden worden. Das sei aber nicht der Fall gewesen, vielmehr hätten sich die Titerstufen im Verlauf nicht wesentlich verändert, was

eben darauf hinweise, dass keine Immunreaktion auf eine im Unfallzeitpunkt ablaufende Lyme-Borreliose stattgefunden habe.

Anzunehmen sei indessen, dass die Beschwerdeführerin früher Kontakt mit Lyme-Borrelien gehabt habe und es sich somit um eine asymptomatische positive Lyme-Serologie handle. Insbesondere aber sprächen die Befunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegen eine Neuroborreliose oder einen Status nach Neuroborreliose. Der Experte wies zudem darauf hin, dass gewisse der heute geklagten Beschwerden (Migräne und Rückenbeschwerden) schon vor dem Ereignis vom 10. August 2005 dokumentiert seien. Auch der neurologische Gutachter, Dr. med. M.____, Facharzt FMH Neurologie, Psychosomatik APPM, beurteilte die Laborbefunde ähnlich wie Dr. K.____ (vgl. Urk. 11/M43 S. 38 f.). Weiter führte der Experte aus, die nach dem 10. August 2005 aufgetretene Symptomatik sei unspezifisch und nicht verdächtig für eine frühe Neuroborreliose. Es sei im Verlauf auch nicht zu Hirnnervenausfällen und zu einer

Polyradikulitis gekommen.

Bei den heute von der Beschwerdeführerin geschilderten Kopfschmerzen dürfte es sich um einen chronifizierten Spannungskopfschmerz mit einer zervikogenen Komponente handeln, der im Gesamtkontext, insbesondere der vorbestehenden Migräne und Rückenproblematik, nicht auf eine Neuroborreliose zurückgeführt werden könne. Aus neurologischer Sicht bestünden aktuell keine objektivierbaren Schäden am zentralen oder peripheren Nervensystem, welche allenfalls auf einen Zeckenstich im Jahr 2005 zurückgeführt werden könnten. Dementsprechend könne auch die Diagnose einer chronischen Neuroborreliose klinisch nicht gestellt werden. 2.4

Im Rahmen des zuhanden der Invalidenversicherung erstellten Gutachtens der G.____

wurde ebenfalls eine infektiologische Beurteilung vorgenommen (Teilgutachten vom 17. Januar 2013, Urk. 11/M 45/89-93). Die Infektiologie-Experten der G.____ kamen im Wesentlichen zum gleichen Schluss wie Dr. K.____. Auch sie stellten fest, aufgrund der positiven Borrelien-Serologien sei ein früherer Infekt als wahrscheinlich anzunehmen. Eine aktive oder floride

Lyme-Borreliose aber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen, weil keine Evidenz für eine persistierende Infektion mit Borrelia

burgdorferi existiere. Ebenso sei eine chronische Neuroborreliose mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Die Experten begründen dies damit, dass sich in der drei Monate nach dem Unfallereignis durchgeführten Lumbalpunktion keine Antikörperproduktion oberhalb der bekannten Normgrenzen habe feststellen lassen. Eine völlig normale Liquoranalyse drei Monate nach dem vermuteten Ereignis mache eine durchgemachte Neuroborreliose sehr unwahrscheinlich, da üblicherweise die IgM-Produktion intrathekal, auch nach Antibiotikatherapie, über Jahrzehnte persistiere. Für eine chronische Neuroborreliose sei der Nachweis einer intrathekalen Antikörperproduktion im Liquor aber obligat. Aus infektiologischer Sicht handle es sich um einen residuellen, unspezifischen Beschwerdekomples (Müdigkeit, Kopfschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten), welcher im Anschluss an einen Haut-/Weichteilinfekt mit systemischer Entzündungsreaktion im August 2005 aufgetreten sei.

Differentialdiagnostisch möglich sei ein Post-Lyme-Disease-Syndrom (PLDS) oder ein Chronic

Fatigue -Syndrom.

Die Experten äusserten sich ferner zu den Vorbeurteilungen von Dr. C.____ und PD Dr. I.____, welche beide eine Neuroborreliose diagnostiziert hatten (vgl. vorstehend E. 2.1). Dr. C.____ begründe seine Diagnose mit dem Argument, im Liquor sei eindeutig eine autochthone Antikörperproduktion nachgewiesen worden. Er beziehe sich dabei auf nachgewiesene oligoklonale Banden (vgl. dazu etwa den Bericht von Dr. C.____ vom 11. Dezember 2006, Urk. 11/A28), welche unspezifisch und in den Diagnoserichtlinien für eine Neuroborreliose nicht anzuwenden seien. Weiter argumentiere Dr. C.____, dass zur Diagnosestellung einer Neuroborreliose keine Liquorantikörper vorliegen müssten, was an sich fachlich korrekt sei, aber sehr selten auftrete (< 4 %). Insgesamt gehe Dr. C.____ in allen Bereichen (klinisch und liquordiagnostisch) von Ausnahmefällen aus. PD

Dr. I.____ argumentiere ähnlich wie Dr. C.____ und gehe davon aus, der fehlende Nachweis von spezifischen Immunoglobinen im Liquor sei für die Diagnosestellung der Neuroborreliose nicht zwingend. Wie erwähnt, würden diese Fälle aber Ausnahmen darstellen. 3.

In den beiden polydisziplinären Gutachten der F.____ und der G.____

wird zur Frage der Unfallkausalität der bestehenden Beschwerden ausführlich Stellung genommen. Die infektiologischen Experten kommen weitgehend übereinstimmend zum Schluss, der klinische Verlauf und vor allem die serologischen Befunde sowie der Liquorbefund sprächen überwiegend wahrscheinlich gegen einen Zusammenhang des heutigen Beschwerdebildes mit einer aktiven oder floriden

Lyme -Borreliose oder einer Neuroborreliose. Gleicher Meinung waren bereits früher der Laborexperte Dr. D.____ und der Vertrauensarzt der Beschwerdegegerin, Dr. E.____, (vgl. E. 2.1) wie auch

der beratende Arzt der Beschwerdegegerin, Dr. med. N.____, Facharzt für Neurologie (vgl. Stellungnahme vom 5. November 2008, Urk. 11/M29).

Die beiden dem entgegenstehenden Meinungen von Dr. C.____ und PD Dr. I.____ vermögen diese Beurteilungen nicht überzeugend zu entkräften. Die massgebliche Frage, ob im Liquor eine autochthone Antikörperproduktion nachgewiesen werden konnte bzw. ob es für den Nachweis einer Neuroborreliose überhaupt eines solchen bedarf, wurde von allen anderen Experten ausser Dr. C.____ und PD

Dr. I.____ dahingehend beantwortet, dass ohne nachgewiesene autochthone Antikörperproduktion im Liquor keine chronische Neuroborreliose diagnostiziert werden könne. Theoretisch mögliche Ausnahmen seien äusserst selten. Letztlich handelt es sich vorliegend um einen Expertenstreit um die Frage der Zuverlässigkeit und Interpretation von Laborresultaten. Die überwiegende Mehrheit der infektiologischen Experten vertrat mit plausiblen und nachvollziehbaren Gründen die Auffassung, im vorliegenden Fall seien die heute noch geklagten Beschwerden nicht auf eine Neuroborreliose zurückzuführen. Dieser Auffassung ist zu folgen, zumal bei Dr. C.____ weitere Vorbehalte

anzubringen sind. Seine Berichte fokussieren alle auf die seiner Auffassung nach bewiesene Diagnose Neuroborreliose und lassen allfällige Differentialdiagnosen nicht zu. Insbesondere wehrte er sich gegen einen Zusammenhang der vorbestehenden Kopf- und Rückenbeschwerden mit dem aktuellen Beschwerdebild unter Hinweis auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 11/M44). Nicht ohne Weiteres

nachvollziehbar sind auch die Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit durch Dr. C.____. Laut dessen Aussagen war die Beschwerdeführerin "in miserabelstem Allgemeinzustand", als sie ihn im Oktober 2005 aufsuchte (vgl. Bericht vom 11. Dezember 2006, Urk. 11/A28). Trotzdem schrieb er sie ohne weitere Begründung (prospektiv am 6. Januar) erst ab Beginn der Rocephin -Therapie am 9. Januar 2006 arbeits unfähig (Urk. 11/M1), obwohl gemäss Dr. D.____ eine Rocephin -Therapie die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt (Urk. 11/M12). Es spricht auch nicht für eine besonders sorgfältige Anamnese, wenn Dr. C.____ - entgegen der klaren Aussage der Beschwerdeführerin selber, sie habe am 10. August 2005 eine rote Stelle am linken Unterschenkel entdeckt (vgl. Urk. 11/A28) - plötzlich von einer Erythema migrans in der Kniekehle spricht und damit das von andern Experten differentialdiagnostisch in Erwägung gezogene Erysipel faktisch ausschliessen konnte (Urk. 11/M44 am Schluss).

4.

Gestützt auf diese Erwägungen ist das heute noch geklagte Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf eine Neuroborreliose und damit nicht ursächlich auf das Ereignis vom 10. August 2005 zurückzuführen. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungen zu Recht per 31. Juli 2011 eingestellt. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Von weiteren Abklärungen zum Sachverhalt, wie von der Beschwerdeführerin verlangt (vgl. Rechtsbegehren Ziffer 3),

sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, zumal bereits zwei polydisziplinäre Begutachtungen mit weitgehend übereinstimmenden Beurteilungen vorliegen (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1d).

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Thomas Brender -
Rechtsanwältin Marianne I. Sieger - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstMöckli

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