

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00162 vom 28. September 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-09-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2014.00162](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00162)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00162 du 28 septembre 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00162 del 28 settembre 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

8. Juni 2013 liess er der SUVA einen am 26. April 2013 erlittenen

Zeckenbiss

und eine daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit ab dem gleichen Tag melden ( Urk. 6/1).

Die SUVA tätigte medizinische Abklärungen und erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Taggeld und Heilkostenvergütungen). Mit Verfügung vom 29. Januar 2014 (Urk. 6/53)

schloss sie den Fall per 15. August 2013 ab und verneinte für die Zeit danach einen weiteren Leistungsanspruch. Die vom Versicherten dagegen am

### **E. 1.1**

Nach der Rechtsprechung erfüllt der Zeckenbiss sämtliche Merkmale des Unfallbegriffs gemäss

Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), weshalb der obligatorische Unfallversicherer für die damit verbundenen Infektionskrankheiten (Lyme-Krankheit, Enzephalitis) und deren Folgen aufzukommen hat (BGE 122 V 230 und seitherige Entscheide, Urteil des Bundesgerichts 8C\_208/2015 vom 17. Juni 2015 E. 3).

### **E. 1.2**

Nach Art.

### **E. 1.4**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a). 1. 5

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).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen

(RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c). 2.

## **E. 2**

6. Februar 2014 erhoben

Einsprache (Urk. 6/58) wies die SUVA mit Einspracheentscheid vom 6. Juni 2014

(Urk. 6/74 = Urk. 2) ab. Der Krankenversicherer zog seine am

### **E. 2.1**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin eine über den 15. August 2013 hinausgehende Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem im Juni 2013 gemeldeten Zeckenbiss trifft.

### **E. 2.2**

Die Beschwerdegegnerin verneinte dies

gestützt auf die neurologischen Beurteilungen eines Arztes ihres Kompetenzzentrums für Versicherungsmedizin mit der Begründung, dass

ein leichter Verlauf einer unkomplizierten Virusmeningitis vorliege, bei welcher medizinisch-theoretisch spätestens nach Ablauf von drei Monaten eine komplette Remission zu erwarten sei. Es lägen keine abweichenden ärztlichen Beurteilungen vor. Im vom Beschwerdeführer im Rahmen des Einspracheverfahrens eingereichten Bericht der Ärzte des Spitals Y.\_\_\_\_

vom

6. November 20

### **E. 2.3**

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, nach wie vor an den Folgen der Zeckenbiss-Infektion mit einer anhaltenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit

zu leiden. FSME-Infektionen mit den dazugehörigen Symptomen seien regelmäßig länger nachweisbar, zumal er vor dem Zeckenbiss kein Migräniker gewesen sei und auch sonst nie Kopfschmerzen gehabt habe.

Die Ärzte des Spitals Y.\_\_\_\_ hätten am 6. November 2013 nach wie vor ausgeprägte Kopfschmerzen festgestellt. Bei einigen Menschen könne eine FSME-Infektion zu schweren Erkrankungen und längerer verringerter Leistungsfähigkeit führen. Bei ihm habe eine FSME-Viralinfektion beim Zeckenbiss stattgefunden und die Beschwerden seien

nach wie vor identisch. Studien und Fachliteratur zeigten auf, dass ein signifikanter Prozentsatz der FSME-infizierten Männer nicht einfach einen sogenannten

Regelverlauf aufweisen, wie ihn der Versicherungsmediziner der Beschwerdegegnerin annehme. Die einfache Hypothese des Versicherungsmediziners der Beschwerdegegnerin genüge nicht, um den Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhangs überwiegend wahrscheinlich darzutun (Urk. 1 S. 4 ff.). 3.

### **E. 3**

1. Januar 2014 vor sorglich erhobene Einsprache (Urk. 6/54) am 19. Februar 2014 zurück (Urk. 6/57). 2.

Der Versicherte erhob am 3. Juli 2014 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 6. Juni 2014 (Urk. 2) und beantragte, unter Aufhebung des angefochtenen Entscheids seien ihm die gesetzlichen Leistungen aus dem Unfallereignis vom 26. April 2013 auszurichten. Eventuell sei ein fachärztliches Gutachten bei einem Infektiologen zur Abklärung der Unfallfolgen durch die Beschwerdegegnerin zu veranlassen (Urk. 1 S. 2 oben). Die SUVA schloss mit Beschwerdeantwort vom 9. September 2014 auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

#### **E. 3.1**

Am 26. April 2013 suchte der Beschwerdeführer wegen Glieder- und Kopfschmerzen seinen Hausarzt, Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, auf, welcher ihn gemäss Bericht vom 30. Juni 2013 symptomatisch behandelte (Urk. 6/10 Ziff. 2).

#### **E. 3.2**

Am 3. Mai 2013 begab sich der Beschwerdeführer ins Notfallzentrum der Klinik A.\_\_\_\_, wo er über seit etwa einer Woche bestehende Ganzkörperschmerzen

klagte. Im Bericht vom gleichen Tag (Urk. 6/70) diagnostizierten die dortigen Ärzte eine Torticollis, am ehesten muskulär bei muskulärem Hartspann Trapezius rechts.

#### **E. 3.3**

Am 14. und 15. Mai 2013 wurde der Beschwerdeführer aufgrund von

seit drei Tagen massiv progredienten HWS-Beschwerden, hohem Fieber mit Schüttelfrost und stärksten Kopfschmerzen erneut im Notfallzentrum der Klinik A.\_\_\_\_

vorstellig, wo gemäss Berichten vom 15. Mai 2013 (Urk. 6/71-72) folgende Diagnosen gestellt wurden (jeweils S. 1 Mitte): - Verdacht auf protrahierten viralen Infekt mit/bei - leichter meningealer Mitbeteiligung - ausgeprägte muskuläre Hartspann nuchal /Schultern beidseits - Status nach Infiltration der Halswirbelsäule (HWS) am 3. Mai 2013 - passagere Transaminasenerhöhung unter Paracetamol (Mai 2013)

Zur Anamnese wurde unter anderem ausgeführt, der Beschwerdeführer habe Bewusstseinsveränderung, Seh-/Hörstörungen sowie Kraft- oder Gefühlsverluste verneint. Er habe angegeben, mit seinem Hund häufig im Wald gewesen zu sein und an sich selbst nie Zecken bemerkt zu haben (Urk. 6/71 S. 1 unten). 3. 4

Im infektiologischen Bericht vom 30. Mai 2013 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers in der Klinik A.\_\_\_\_

vom 15. bis 21. Mai 2013 sowie die Nachkontrolle vom 27. Mai 2013 (Urk. 6/11) nannte Prof. Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Infektiologie und Innere Medizin, als Diagnose einen Verdacht auf Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME) mit ausgeprägter Cephalaea (S. 1 Mitte). Er führte aus, die durchgeführte Lumbalpunktion habe nur eine geringgradige Zellzahlerhöhung und eine leichte Eiweisserhöhung ergeben. Die Liquorkulturen seien negativ geblieben. Die Hospitalisation sei wegen der ausgeprägten Kopfschmerzen erfolgt. Unter Einsatz von nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR), Novalgin und Lycra sei es gelungen, die Schmerzen allmählich zu reduzieren. Antibiotika seien nicht eingesetzt worden, da keine Hinweise auf eine bakterielle Infektion des Zentralnervensystems vorgelegen hätten.

Die serologische Untersuchung aus der Serumprobe vom 15. Mai 2013 hätten positive Antikörper gegen FSME ergeben. Der IgM-Titer und der IgG-Titer seien deutlich erhöht gewesen. Die CMV-Serologie sei negativ gewesen, die Epstein-Barr-Virus-Serologie habe der Konstellation einer vor längerer Zeit durchgemachten Infektion entsprochen. Die PCR bezüglich FSME aus dem Liquor sei negativ gewesen. In der Nachfolgeserologie vom 27. Mai 2013 sei ein nicht signifikanter Anstieg des IgG-Titers feststellbar gewesen. Der IgM-Titer sei leicht, aber nicht signifikant rückläufig gewesen (S. 1 unten, S. 2 oben).

Eine FSME-Infektion sei durchaus möglich. Die Serologie spreche für eine relativ frische FSME-Infektion. Ein eindeutiger Titerablauf

mit deutlichem Anstieg des IgG-Titers und ebenso deutlichem Rückgang des IgM-Titers sei aber in diesem kurzen Zeitintervall nicht zu beobachten gewesen. Hierzu wäre eine weitere Nachkontrolle in etwa einem Monat sinnvoll. Die Entzündungsreaktion bei der FSME könne in unterschiedlichem Ausmass auftreten. Unter der eingeleiteten Medikation mit Prednison und Voltaren sei es dem Beschwerdeführer bereits während der Hospitalisation besser gegangen. Die Kopfschmerzen hätten rasch abgenommen und ein erträgliches Ausmass erreicht (S. 2 oben). In der Nachkontrolle vom 27. Mai 20

### **E. 3.6**

In seinem Bericht vom 12. September 2013 über die Ergebnisse der am 3. September 2013 durchgeführte Kontrolluntersuchung (Urk. 6/23) diagnostizierte

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Infektiologie und Innere Medizin, Klinik E.\_\_\_\_, eine FSME (April 2013) mit persistierender Cephalaea (S.

1 Mitte). Er führt e aus, auf eine erneute Liquorpunktion verzichtet zu haben, da davon keine Zusatzinformationen erwartet werden könnten. FSME-Antikörper könnten im Liquor nicht bestimmt werden und die FSME RNA sei nur ganz initial positiv, zu einem Zeitpunkt, in dem noch keine Liquorpunktion durchgeführt werde. Die serologische Untersuchung habe nun einen eindeutigen Ablauf ergeben: der

IgG-Titer sei angestiegen, IgM-Antikörper hätten nicht mehr nachgewiesen werden können. Zusammen mit der Klinik sei die Diagnose eindeutig; es liege eine symptomatische FSME-Infektion vor, die durch einen Zeckenstich verursacht worden sei. Die von ihm (Dr. D.\_\_\_\_) zusätzlich veranlasste Borrelienserologie sei negativ ausgefallen. Damit sei eine Lyme-Borreliose praktisch ausgeschlossen (S. 1 unten, S. 2 oben).

### **E. 3.7**

Am 20. November 2013 erstattete Dr. C.\_\_\_\_ (vorstehend E.

3.5) eine erneute neurologische Beurteilung (Urk. 6/36). Er stützte sich auf die Vorakten inklusive Laborberichte (S. 1 f.). Dr. C.\_\_\_\_

führte aus, die dokumentierte Liquorbefundkonstellation entspreche einer abortiven Form eines entzündlichen Liquorsyndroms mit minimaler Schrankenstörung und minimaler granulozytär-lymphozytärer Zellzahlerhöhung. Bei einer manifesten viralen Meningitis wäre mit einer deutlichen Zellzahlerhöhung (Pleozytose) mit aktivierten Lymphozyten bei einer deutlicheren Schrankenstörung, das hiesse einem höheren Gesamtprotein, zu rechnen gewesen. Bis auf vorübergehend aufgetretene Koordinationsstörungen mit einer Dysmetrie im Finger-Nase-Versuch während der stationären Behandlung in der Klinik A.\_\_\_\_ seien zu keinem Zeitpunkt objektivierbare neurologische Defizite oder Zeichen eines Meningismus festgestellt worden. Unter

einer symptomatischen Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika, Novalgine und Lyrica sowie einer Behandlung mit Prednison während des stationären Aufenthalts sei es zu einer deutlichen klinischen Besserung der Beschwerden gekommen. Anlässlich der ambulanten Nachkontrolle vom 27. Mai 2013 und der letzten ambulanten Kontrolle vom 3. September 2013 habe der Beschwerdeführer über nicht näher präzisierbare Kopfschmerzen geklagt (S. 2 f.).

Dr. C.\_\_\_\_

gelange zum Schluss, dass der Beschwerdeführer überwiegend wahrscheinlich eine akute FSME-Infektion infolge eines unbeobachteten Zeckenbisses Mitte April 20

### **E. 3.8**

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 25. November 2013 (Urk. 6/38) führte

Dr. C.\_\_\_\_ aus, in der Regel sei das Infektionsgeschehen bei einer unkomplizierten Virusmeningitis innerhalb von 10 bis 14 Tagen abgeschlossen. Medizinisch-theoretisch sei bei einem leichten Verlauf einer unkomplizierten Virusmeningitis spätestens nach Ablauf von drei Monaten eine komplette Remission zu erwarten. Eine postmeningitische Kopfschmerzneigung sei nicht evidenzbasiert. Im Falle des Beschwerdeführers seien Beschwerden, die als klinisches Korrelat einer Meningitis betrachtet werden müssten, ab dem 14. Mai 2013 dokumentiert. Der Heilverlauf sei ohne Komplikationen gewesen. Demgemäss sei medizinisch-theoretisch davon auszugehen, dass der Heilverlauf spätestens ab dem 15. August 2013 abgeschlossen gewesen sei (S. 1). Bis dahin sei von einer vollen oder teilweise Arbeitsunfähigkeit infolge FSME-Infektion auszugehen (S. 2).

### **E. 3.9**

Am 6. November 2013 (Urk. 6/58) berichteten die Ärzte der Klinik für Neurologie des Spitals Y.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer sei - zugewiesen durch den Hausarzt - gleichentags zur Abklärung von holokraniellen

Cephalgien seit einer FSME im Mai 2013 vorstellig geworden. Als Hauptdiagnose nannten sie einen Zustand nach FSME mit ausgeprägten Kopfschmerzen. Zum Prozedere führten sie aus, dem Beschwerdeführer für die Dauer von ein bis zwei Monaten eine medikamentöse Therapie mit Pregabalin verordnet zu haben. Falls gewünscht/per sistentend, könnten die vom Beschwerdeführer subjektiv berichteten Konzentrations- und Merkfähig-

gekeitsstörungen neurop sychologisch untersucht werden. Hierfür sei ein separates Aufgebot erforderlich. 4. 4.1

Unbestritten und durch die medizinischen Akten ausgewiesen (vgl. vorstehend E.

3.6-7) ist, dass der Beschwerdeführer

Ende April 2013 eine FSME-Infektion durch einen Zeckenbiss erlitten hat und die in der Folge in einem zweigipfligen Verlauf aufgetretenen Beschwerden (vgl. vorstehend E.

3.1-4) überwiegend wahr scheinlich in einem kausalen Zusammenhang mit dem Zeckenbiss standen.

Strittig und zu prüfen ist, ob die vom Beschwerdeführer über den 15. August 2013 hinaus geltend gemachten Kopfschmerzen überwiegend wahrscheinlich in

einem (natürlich) kausalen Zusammenhang stehen mit der

durchgemachten FSME- Infektion beziehungsweise dem erlittenen Zeckenbiss . 4.2

Dr. C.\_\_\_\_ ging da von aus, dass der Zecken biss im Falle des Beschwerdefüh rers

eine Virusmeningitis mit leichtem Verlauf

zur Folge hatte . Eine enzephalitische Verlaufsform mit relevanter Beteiligung des Zentralnervensystems erachtete er nicht als überwiegend wahr scheinlich. Vor diesem Hintergrund sowie ausgehend vom Regelfall, wonach das Infektionsgeschehen bei einer unkomplizierten Virusmeningitis innerhalb von 10 bis 14 Tagen abgeschlossen und spätestens nach Ablauf von drei Monaten eine komplette Remission zu erwarten sei, gelangte er zum Schluss, dass der Heilverlauf im Falle des Beschwerde führers spätestens ab dem 15. August 2013 abgeschlossen war (vgl. vorstehend E. 3.7-8). Darauf stellte die Beschwerdegegnerin bei ihrer Leistungseinstellung ab . 4.3

Dr. C.\_\_\_\_ gab seine Beurteilung in Kenntnis der Vorakten ab, wobei er insbesondere auch Einsicht in die Ergebnisse der im Mai und September 2013 durchgeführten Laboruntersuchungen (vgl.

Urk. 6/23 S.

6-8, Urk. 6/34 S.

2) nahm. Seine Beurteilung , wonach im Falle des Beschwerdeführer s von einem lediglich leichten Krankheitsverlauf auszugehen sei und keine Hinweise für eine schwere Verlaufsform im Sinne einer Enzephalitis oder Myelitis vorlägen, erweist sich als nachvollziehbar begründet. So legte Dr. C.\_\_\_\_ dar, dass beim Beschwerde führer abgesehen von vorübergehend aufgetretenen Koordinationsstörungen mit einer Dysmetrie im Finger-Nase-Versuch während der stationären Behandlung , welche sich rasch normalisiert habe,

keine neurologischen Defizite festgestellt worden seien. Im Weiteren wies er auf das Fehlen qualitativer oder quantitativer Veränderungen der Bewusstseinslage sowie zuverlässiger neurologischer Herdsymptome hin. Diese Feststellungen stehen im Einklang mit den in den Berichten der Ärzte der Klinik A.\_\_\_\_ vom 14. und 15. Mai 2013 (vorstehend E.

3.3) so wie vom 30. Mai 2013 (vorstehend E.

3.4)

beschriebenen

anamnestischen Angaben und Befunden. Zudem analysierte Dr. C.\_\_\_\_ auch die dokumentierte Liquorbefundkonstellation (vgl. Urk. 6/34 S.

2) und gelangte zum Schluss, dass diese einer abortiven Form eines entzündlichen Liquorsyndroms entspreche und bei einer manifesten viralen Meningitis mit einer deutlichen Zellzahlerhöhung mit aktivierten Lymphozyten bei einer deutlicheren Schrankenöffnung beziehungsweise einem höheren Gesamtprotein zu rechnen gewesen wäre (vorstehend E. 3.7).

Es liegen keine medizinischen Berichte vor, welche die schlüssige Beurteilung

durch Dr. C.\_\_\_\_ in Bezug auf die schwere der durchgemachten FSME-Infektion in Frage stellen würden. Eine schwere Verlaufsform mit relevanter Beteiligung des zentralen Nervensystems geht insbesondere auch nicht aus dem (Dr. C.\_\_\_\_ nach Lage der Akten nicht bekannten) Bericht der Neurologen des Spitals Y.\_\_\_\_ vom November 2013 (vorstehend E.

3.9) hervor. Es hat daher als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt zu gelten, dass der Beschwerdeführer nach

dem stattgefundenen Zeckenbiss eine Virusmeningitis ohne relevante Beteiligung des zentralen Nervensystems durchmachte. 4.4

Seine Schlussfolgerung, wonach beim Beschwerdeführer spätestens per 15. August 2013 von einem abgeschlossenen Heilverlauf auszugehen sei, begründete Dr. C.\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise mit dem lediglich leichten und komplikationslosen Infektionsverlauf ohne relevante Beteiligung des Zentralnervensystems sowie damit, dass bei einer FSME-Infektion mit Meningitis erfahrungsgemäss mit einer Abheilung innert weniger Monate gerechnet werden könne und eine postmeningitische Kopfschmerzneigung nicht evidenzbasiert sei.

Allein die Tatsache, dass ein Zeckenbiss - wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht - bei gewissen Menschen schlimmer verlaufen kann als bei anderen, vermag keine Zweifel an der Einschätzung durch

Dr. C.\_\_\_\_

zu erwecken, zumal sich aus dem vom Beschwerdeführer im Rahmen des Einspracheverfahrens ein gereichten Artikel zur FSME (Urk. 6/58 S.

7 ff.) ergibt, dass schwere Verläufe mit über lange Zeit anhaltenden oder dauerhaften Beschwerden bei Patienten zu beobachten waren, bei welchen in der zweiten Phase (meist nach einer fieberfreien Periode von sechs bis zehn Tagen) eine Hirnentzündung (Meningoencephalitis) oder eine Entzündung des Hirn- und Rückenmarkgewebes (Meningoencephalomyelitis, -radikulitis) diagnostiziert worden war (Urk. 6/58 S.

7 unten, S. 8 oben), was

beim Beschwerdeführer nach dem Gesagten nicht der Fall ist.

Die Rechtsfigur „post hoc ergo propter hoc“, bei der eine Schädigung bereits des halb als durch einen Unfall verursacht erachtet wird, weil sie nach diesem aufgetreten ist (vgl.

Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Auflage Bern 1989, S. 460, Anm. 1205), genügt rechtsprechungsgemäss

für die Annahme eines Kausalzusammenhangs

nicht (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb ). In diesem Sinne kann der Beschwerdeführer auch aus dem Umstand, dass er vor dem Zeckenbiss nicht unter Kopfschmerzen litt, nichts zu seinen Gunsten ableiten. 4.5

Soweit die Neurologen des Spitals Y.\_\_\_\_ im Bericht vom November 2013 (vorstehend E.

3.9) einen Zustand nach FSME mit ausgeprägten Kopfschmerzen diagnostizieren, impliziert dies entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers keinen kausalen Zusammenhang zwischen den geltend gemachten Kopfschmerzen und der durchgemachten FSME, sondern bedeutet lediglich, dass der Beschwerdeführer über Kopfschmerzen nach einer erlittenen FSME klagt. Der Bericht der Neurologen des Spitals Y.\_\_\_\_ enthält keine Aussagen zur Unfallkausalität der geklagten Kopfschmerzen und der subjektiv berichteten Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen. Sodann ist nicht ersichtlich, dass der Hausarzt in

Bezug auf

Letztere die von den Neurologen des Spitals Y.\_\_\_\_ angebotene neuropsychologische

Untersuchung veranlasst hätte, woraus zu schliessen ist, dass er sich nicht dazu veranlasst sah. 4.6

Nachdem Dr. C.\_\_\_\_ einen überwiegend wahrscheinlich ursächlichen Zusammenhang zwischen den über den 15. August 2013 geklagten Kopfschmerzen und

der durchgemachten FSME-Infektion in nachvollziehbar und schlüssig begründeter Weise verneint hat und das Vorliegen einer Lyme-Borreliose gemäss Beurteilung des Infektiologen

Dr. D.\_\_\_\_ praktisch ausgeschlossen werden kann, besteht keine Veranlassung, die Sache - wie vom Beschwerdeführer eventualiter beantragt - zur Einholung eines infektiologischen Gutachtens an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen.

Im Übrigen bleibt zu bemerken, dass die vom Beschwerdeführer beschwerdeweise geltend gemachte anhaltende vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen den Folgen des Zeckenbisses jedenfalls ab dem 28. Januar 2014 durch die Akten, insbesondere die Unfallursache (Urk. 6/41, 6/56), nicht belegt ist. 4.7

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass die vom Beschwerdeführer über den 15. August 2013 hinaus geklagten Kopfschmerzen nicht überwiegend wahrscheinlich in einem (natürlich) kausalen Zusammenhang stehen mit der durchgemachten FSME-Infektion beziehungsweise dem erlittenen Zeckenbiss, weshalb

nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen auf diesen Zeitpunkt hin eingestellt hat.

Der angefochtene Entscheid erweist sich somit als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter - Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf - 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 Die Gerichtsschreiberin MosimannRyf

#### **E. 5**

), was dem Beschwerdeführer am 30. September 2014 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 10**

Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, nämlich auf die ambulante Behandlung durch den Arzt, den Zahnarzt oder auf deren Anordnung durch eine medizinische Hilfsperson sowie im weitesten durch den Chiropraktor ( lit . a), die vom Arzt oder Zahnarzt verordneten Arzneimittel und Analysen ( lit . b), die Behandlung, Verpflegung und Unterkunft in der allgemeinen Abteilung eines Spitals ( lit . c), die ärztlich verordneten Nach- und Badekuren ( lit . d) und die der Heilung dienlichen Mittel und Gegenstände ( lit . e).

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ( Art. 6 ATSG), so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. 1. 3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst 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 anderen Worten nicht wegedacht 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 bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 13**

erlitten habe. Die Beschwerden mit einem zweigipfligen

Verlauf stünden überwiegend wahrscheinlich in einem kausalen Zusammenhang

zu der akuten FSME-Infektion. Nachdem keine qualitative oder quantitative Veränderung der Bewusstseinslage und keine zuverlässigen neurologischen Herdsymptome aufgetreten seien, könne eine relevante Beteiligung des Zentralnervensystems, das heisse eine enzephalitische Verlaufsform, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Angenommen werden könne höchstens

ein Verlauf im Sinne einer abortiven Meningitis ohne klinische Zeichen eines Meningismus und mit

minimale entzündliche

Liquorsyndrom. Die Prognose einer FSME-Infektion mit Meningitis sei gut, es sei in der Regel mit einer folgenlosen Abheilung in next weniger Monate zu rechnen (S. 3 unten).

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