

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00191 vom 11. September 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2017.00191

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00191 du 11 septembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2017.00191 del 11 settembre 2018

Erwägungen

E. 1

4. November 2011

begründete Einsprache (Urk. 7/Z29, Urk. 7/Z31) zog diese nach am 12. Dezember 2012 ergangenen Gutachten von Prof. Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Infektiologie, Klinikdirektor der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene, A.____ (Urk. 7/ZM23) am 8. Januar 2013 zurück (Urk. 7/Z47).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dem entsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich in den Jahren 2008 respektive 2009 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden

E. 1.2

Ein Unfall ist gemäss Art.

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 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 Verwaltungsbeziehungsweise 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 Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 1.4

Nach der Rechtsprechung erfüllt der Zeckenbiss sämtliche Merkmale des Unfallbegriffs gemäss Art. 4 ATSG, wobei 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 (Müdigkeit, Malaise, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Fieber, Arthralgien, Myalgien, Heiserkeit, Nausea, Erbrechen, Konjunktivitis, Gewichtsverlust, Diarrhöe) 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_831/2016 vom 7. März 2017 E. 2.2 mit Hinweisen).

Eine Neuroborreliose gilt als wahrscheinlich, wenn neben dem typischen klinischen Bild Borrelien-spezifische IgG- und/oder IgM-Antikörper im Serum und ein positiver Liquorbefund mit lymphozytärer

Pleozytose, Blut/Liquorschrankenstörung und/oder intrathekaler

Immunglobulinsynthese vorhanden sind; zudem müssen andere Ursachen für die Symptomatik ausgeschlossen werden können (Urteil des Bundesgerichts U 77/05 vom 22. August 2005 E. 3.2 mit Verweis auf die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zur Neuroborreliose der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF).

E. 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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 28. August 2017 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Zürich vom 29. Juni 2017 (Urk. 2) und beantragte, die Verwaltungsleistungen seien nicht rückwirkend einzustellen, sondern es sei festzustellen, dass die Leistungen ab 1. April 2011 weiterhin geschuldet seien. Es sei ein medizinisches Gutachten eines neutralen Experten einzuholen (Urk. 1 S.

2). Mit Beschwerdeantwort vom 25. September 2017 (Urk. 6) beantragte die Zürich die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 7. November 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2) damit, dass gemäss dem Gutachten von Prof. Z.____ vom Dezember 2012 die Beschwerden des Beschwerdeführers nicht in einem Zusammenhang mit einem Zeckenbiss stünden. Weder klinisch, labormässig noch in anderen zahlreichen Befunden ergäben sich Hinweise dafür, dass er an einer systemischen Lyme-Borreliose gelitten habe oder immer noch leide. Insbesondere leide er auch nicht an einem Post-Lyme-Syndrom. Auch aus den neu eingereichten Akten ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine aktive oder in früherer Zeit durchgemachte Lyme-Borreliose (S. 3 f. Ziff. 5.1). Der histologische Befund sei nicht beweisend für eine Lyme-Borreliose. Die Lyme-Serologie sei bisher in den Suchtests immer negativ gewesen. Zusammenfassend habe sich nie eine klare klinische Präsentation einer Lyme-Borreliose präsentiert (S. 4 Ziff. 5.2). Eine erneute Untersuchung durch Prof. Z.____ werde nicht für notwendig erachtet. Die Diagnose einer Lyme-Borreliose könne nicht nur aufgrund der klinischen Befunde gestellt werden, sondern es sei auch eine positive Lyme-Serologie notwendig (S.

E. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, verschiedene Ärzte hätten in ihren Berichten das Vorliegen einer Lyme-Borreliose bestätigt. Er habe eine grosse Leidensgeschichte hinter sich (S. 2 f. II

Ziff. 3, S. 6 f. Ziff.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin und insbesondere, ob die Beschwerden des Versicherten auf einen Zeckenbiss zurückgeführt werden können respektive ob eine Lyme-Borreliose mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist. 3. 3.1

Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 22. März 2011 (Urk. 7/ZM8) folgende Diagnosen (S. 1): - Status nach Erythema migrans - Myalgien der linken Brust mit Ausstrahlung in den Oberarm unklarer Genese - Müdigkeit und Konzentrationsstörungen unklarer Genese

Dr. B.____ führte aus, es habe am 19. März 2010 eine ambulante Abklärung stattgefunden sowie eine Verlaufsbeobachtung bis 21. März 2011. Der Beschwerdeführer habe im August 2008 Stiche gehabt und seit November 2008 Schmerzen auf der Brust mit Ausstrahlung in die linke Brust. Im Mai 2009 habe er einen Zeckenstich bemerkt. Gemäss einem Foto habe ein etwa 10 cm grosses Erythema migrans am rechten Oberschenkel bestanden. Es sei keine antibiotische Behandlung erfolgt (S. 1 Mitte).

Dr. B.____ führte aus, bei der jetzigen Untersuchung habe physikalisch kein wesentlicher pathologischer Befund erhoben werden können. Die speziellen Untersuchungen bezüglich Borrelia

burgdorferi hätten bei normalen Antikörpertitern im Western Blot ein Resultat ergeben, das mit einem kurzfristigen Immunkontakt vereinbar sei. Die Komplementbindungsreaktion (KBR) sei normal ausgefallen. In den beiden Kontrollserologien hätten sich identische Resultate ergeben. Aufgrund der vorliegenden Resultate bestehe ein Status nach Erythema migrans wozu auch die Serologie passe. Die vom Patienten beklagten aktuellen Beschwerden könnten damit nicht erklärt werden. Serologisch liegt eine stabile Narbe vor, die keinen Krankheitswert habe (S. 2). 3.2

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 30. Mai 2011 (Urk. 7/ZM12) als Diagnose eine klinische Neuroborreliose. Es sei eine Rocephtherapie über vier Wochen durchgeführt worden. Es bestehe ein Status nach Zeckenbiss im September 2008 sowie im Mai 2009 mit fotodokumentiertem Erythema migrans am linken Oberschenkel (S. 1 Mitte).

Dr. C.____ führte aus, die Befunde und die Besserung auf eine vierwöchige Rocephtherapie seien für ihn Ausdruck einer Neuroborreliose (S.

2). 3.3

Dr. B.____ nannte in seinem Bericht vom 3. Juni 2011 (Urk. 7/ZM5) als Diagnose einen Status nach Erythema

migrans im Mai 2008 (Ziff. 2). Der Beschwerdeführer sei seit dem 19. März 2010 bei ihm in Behandlung (Ziff. 1). Er leide an Schwindelzuständen sowie an Gleichgewichts- und an Konzentrationsstörungen (Ziff. 3a). Zur Zeit finde keine Behandlung statt (Ziff. 5). 3.4

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 7. Juli 2011 (Urk. 7/ZM 11) als Diagnose einen Verdacht auf eine Neuroborreliose (Ziff. 1). Der Beschwerdeführer klagte immer wieder über Schwindel, Übelkeit mit Erbrechen und über verschiedene arbeitsbetonte sensomotorische Ausfälle, die relativ kurz andauerten und sich wieder von selber erholten.

Dr. D.____ führte aus, bei den Konsultationen hätten die Beschwerden nicht mehr objektiviert werden können, weil sie schon vorbei gewesen seien (Ziff. 2). Die letzte Konsultation habe am 1. Juli 2011 stattgefunden (Ziff. 5). Laut mündlichem Bericht vom Spital Uster sei der Liquor unauffällig (Ziff. 9). Der Patient sei wieder auf der neurologischen Klinik des A.____ zu weiteren Abklärungen (Ziff. 6). 3.5

Prof. Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Infektiologie, Chefarzt des

F.____, führte anlässlich der Besprechung mit der Beschwerdegegnerin vom 30. September 2011 (Urk. 7/ZM15) aus, die vorliegende Borrelienserologie inklusive Liquoruntersuchung sei negativ. Damit könne eine aktive Borreliose ausgeschlossen werden. Was die Ursache der Beschwerden sei, sei unklar. Damit seien die beklagten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge eines Zeckenstiches. 3.6

Dr. B.____

fürhte in seinem Bericht vom 2. April 2012 (Urk. 7/ZM31) aus, es sei ein Jahr nach der ersten Untersuchung bei gesamthaft unverändertem Beschwerdebild (siehe Bericht vom März 2012) eine Nachkontrolle erfolgt. Die speziellen Untersuchungen bezüglich Borreliaburgdorferi, das heisse der IgG -Antikörpertiter, habe gegenüber der Voruntersuchung kein signifikant unterschiedliches Resultat ergeben. Damit könne mit Eindeutigkeit eine durchgemachte oder noch floride

Lyme -Borreliose im Stadium II oder III als Ursache der Beschwerden ausgeschlossen werden. Der serologische Befund sei damit als Narbe ohne Krankheitswert zu interpretieren. Da die Beschwerden seit dem durchgemachten Erythema migrans im Mai 2009 bestünden, sei differenzialdiagnostisch ein Postlyme -Syndrom als Ursache der Beschwerden möglich. 3 . 7

Am 12. Dezember 2012 erstattete Prof. Z.____

das von der Beschwerdegegnerin veranlasste Gutachten (Urk. 7/ZM 23) .

Prof. Z.____ führte aus, er habe den Patienten am 19. Oktober und am 11. Dezember 2012 persönlich gesehen (S. 1).

Auf die Frage, ob die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Versicherten auf den Unfall vom 15. September 2009 (Zeckenstich) als alleinige oder als Teilursache zurückzuführen seien, führte Prof. Z.____ aus, das aktuelle Beschwerdebild könne nicht auf eine

Lyme -Borreliose zurückgeführt werden. Serologisch ergäben sich keine Hinweise, dass der Patient je an einer Lyme -Borreliose gelitten habe. Seltenerweise gebe es die Situation, dass nach einem Erythema migrans und sofortiger antibiotischer Therapie die Serologie negativ bleibe. Somit sei nicht ausgeschlossen, dass die vom Patienten gezeigten Fotos tatsächlich ein Erythema migrans darstellten. Selbst wenn ein Erythema migrans stattgefunden hätte, wäre es höchst unwahrscheinlich, dass der Patient jetzt mit negativer Lyme -Serologie an einem Post- Lyme -Syndrom oder anderen Beschwerden im Zusammenhang mit einer durchgemachten Lyme -Borreliose leiden würde. Die vom Patienten gezeigten Fotos seien nicht datiert. Wie in der Tabelle beschrieben, wären sie theoretisch vereinbar mit einem Erythema migrans, doch könnten ähnliche Läsionen auch im Rahmen einer Furunkulose oder anderen Hautinfektionen auftreten. Auch eine artifizielle Läsion könnte so aussehen (S. 9 Ziff. 5.1) .

Prof. Z.____ hielt fest, dass es immerhin für die meisten Beschwerden eine auf der Hand liegende plausible Erklärung gebe, insbesondere für die diskret pathologischen Laborwerte und die Nackenbeschwerden. Die am A.____ durchgeführte neurologische Untersuchung habe keine Hinweise auf ein neurologisches Leiden ergeben. Der leichte Schwindel, die Gleichgewichtsstörungen wie auch die Kopfschmerzen könnten durchaus im Rahmen eines Cervikalsyndroms auftreten. Die übrigen berichteten Beschwerden seien sehr diffus und könnten kaum objektiviert werden. Sie seien vom Beschwerdemuster her kaum mit einer Lyme -Borreliose vereinbar. Die leicht erhöhte Creatinkinase (CK) sei höchstwahrscheinlich mit dem Training assoziiert, das der Patient - trotz Beschwerden - bis zu dreimal wöchentlich durchführe. Klinisch, internistisch und neurologisch ergäben sich keine Hinweise auf eine Myopathie. Der Patient wolle eine Muskelbiopsie durchführen lassen, was erfahrungsgemäss bei dieser leicht erhöhten CK keine klaren Pathologien ergebe. Was auch immer eine Muskelbiopsie ergeben würde, bei negativer Lyme -Serologie werde die Myopathie nicht als Borreliose verursacht interpretiert werden

können.

Die Konstellation der Transaminasen weist auf eine Fettleber hin, was klinisch durch das massive Übergewicht zu erklären sei. Das aktuell diskutierte Beschwerdebild könnte auch nicht mit einer Lebererkrankung erklärt werden (S. 9).

Abschliessend hielt Prof. Z. ___ fest, dass sich zusammenfassend weder klinisch, labormässig noch in anderen zahlreichen Befunden Hinweise darauf ergäben, dass der Patient an einer systemischen Lyme-Borreliose gelitten habe oder immer noch leide. Insbesondere leide er nicht an einem Post-Lyme-Syndrom (S. 11 Ziff. 9). 3. 8

Dr. B. ___ führte in seinem Bericht vom 10. April 2013 (Urk. 7/ZM27) aus, bei einem Status nach Erythema migrans sei ein Postlyme-Syndrom möglich. Die speziellen Untersuchungen bezüglich Borrelia

burgdorferi, das heisse der IgG-Antikörper, habe gegenüber der Voruntersuchung vom 21. März 2012 kein signifikant unterschiedliches Resultat ergeben. Damit könne davon ausgegangen werden, dass weiterhin keine Immunaktivität bezüglich Borrelia

burgdorferi vorliege. Der Beginn der Beschwerden falle zusammen mit dem Erythema migrans, welches der Patient 2009 durchgemacht habe. Es sei daher möglich, dass das heutige Beschwerdebild Ausdruck eines Postlyme-Syndroms sei.

Eine antibiotische Therapie sei in dieser Situation nicht indiziert. 3.9

PD Dr. med. G. ___ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, H. ___ , Deutschland, nannte in seinem zuhanden des Beschwerdeführers erstellten Bericht vom 25. November 2013 (Urk. 7/ZM38) als Diagnose eine Lyme-Borreliose Stadium III. Die Borrelien Serologie sei positiv, 10/12 LTT Borrelien leicht positiv, CD 57 NK-Zellen seien bisher nicht bestimmt. Es bestehe eine extreme Fatigue und ein Kopfdruck (S. 1 Mitte).

PD Dr. G. ___ führte aus, seit März 2010 seien wiederholt serologische Untersuchungen erfolgt. Zunächst seien die Befunde wenig ausgeprägt gewesen oder zweifelhaft. Im Jahr 2011 habe sich jedoch bereits ein signifikanter pathologischer Befund gezeigt. Auch nachfolgende serologische Kontrollen hätten jeweils signifikant pathologische Werte gezeigt (S. 11 oben).

Ein im Jahr 2012 durchgeführter LTT sei leicht pathologisch gewesen. Die CD 57 NK-Zellen seien bisher nicht bestimmt worden. Bei der jetzigen körperlichen Untersuchung habe sich kein pathologischer Befund ergeben, und insbesondere die körperlich neurologische Untersuchung sei unauffällig gewesen (S. 11 Mitte).

PD Dr. G. ___ hielt abschliessend fest, im vorliegenden Fall sei eine sorgfältige Verlaufsbeobachtung erforderlich. Die Diagnose werde nicht zuletzt durch eine effektive Behandlung gestützt. Eine aktuelle Bestimmung von LTT Borrelien und die Bestimmung der CD 57 NK-Zellen wäre hilfreich (S. 12 oben). 3.10

PD Dr. med. I. ___ , Facharzt für Dermatologie und Venerologie, Oberarzt, Dermatologische Klinik, Dermatologisches Labor, A. ___ , nannte nach Untersuchung der Probe vom 6. März 2014 in seinem undatierten Bericht (Urk. 7/ZM37) als histologische Diagnose des Exzises von 8 x 8 mm eine Atrophie der Dermis sowie schütter gemischtzellige Entzündungsinfiltrate mit Residuen einer entzündlichen Reaktion, möglicherweise im Rahmen einer Lyme-Borreliose

vereinbar (S. 1 Mitte). Hinsichtlich des 6 mm messenden Punch- Exzissats nannte PD Dr. I.____ als histologische Diagnose eine deutliche atrophe

Dermis mit hochgedrückten Schweissdrüsen, mit dem atrophem Stadium einer Borreliose im 3. Stadium (Akrodermatitis

chronica

atrophicans) vereinbar (S. 2 Mitte). 3.11

Dr. med. J.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in sei nem Bericht vom 2 4. August 2014 (Urk. 7/ZM24) aus, der Beschwerdeführer sei seit dem Jahr 2012 bei ihm in hausärztlicher Behandlung. Er leide seit Jahren an einem sehr komplexen Beschwerdebild und sei teilweise erheblich beeinträchtigt. Ursprünglich hätten sich im Jahr 2009 mehrere Zeckensticke mit nachfolgendem klarem Erythema chronicum

migrans gefunden, welches nicht antibiotisch behandelt worden sei. Die anhaltenden Beschwerden seien am 1 0. April 2013 durch Dr. B.____ im Rahmen eines möglichen Postlyme -Syndroms gesehen worden. Hinsichtlich des bei PD Dr. G.____ in H.____ Deutschland durchgeführten Lymphozytentransformationstest s LTT und de s

Immun fluor eszenz test s (IFT) führte Dr. J.____

aus, diese beiden Nachweisverfahren seien schul medizinisch zu wenig anerkannt, so dass die Infektiologen des A.____ nur von einem Status nach Borrelieninfektion ausgegangen seien.

In der aktuellsten Unter suchung vom 6. März 2014 habe im Rahmen einer Biopsie der Haut, untersucht am A.____ , jedoch eine deutliche atrophe

Dermis mit hochgedrückten Schweissdrüsen, welche mit dem Stadium 3 einer Borreliose (Akrodermatitis

chronica

atrophicans) einher gehe, festgestellt werden können.

Dieser Befund stützte nun klar die Diagnose einer chronischen Borreliose im Stadium 3. Die Diagnose sei mit diesem Befund gesichert . 3.12

Prof. Z.____ führte in seiner Aktenbeurteilung vom 1. Mai 2016

(Urk. 7/ZM41) aus, in den neuen Akten, die ihm anlässlich seines Gutachtens vom 1 2. Dezember 2012 noch nicht zur Verfügung gestanden hätten, ergäben sich keine Anhalts punkte für eine zur Zeit aktive oder eine früher durchgemachte Lyme - Borreliose. Neu stehe ein Befund vom 1 1. Dezember 2013 vom Institut für Diagnostik Berlin zur Verfügung , welcher eine n positiven Lymphozytentrans for mations test LTT Borrelien dokumentiere. Prof. Z.____ hielt fest, der Lymphozyten transformations test sei als diagnostische Methode einer Borreliose nicht anerkannt, da der Test bekannterweise unspezifisch sei (S. 2 Mitte) .

Ebenfalls neu stehe ein histologischer Befund zur Verfügung , welcher am 1 9. März 2014 einen unspezifischen Befund beschreibe, welcher das Vorliegen einer aktiven Borreliose nicht bewei se . Insbesondere gebe es in der histologischen Untersuchung keine direkten Hinweise auf eine Lyme - Borreliose wie zum Beispiel einen Borreliennachweis .

Z um Schreiben von PD Dr. G.____

fürhte Prof. Z.____

aus, dass dieses ebenfalls keine Hinweise darauf enthalte, die den Befund einer aktiven Lyme -Borreliose stützen würden (S. 2 unten f.) . Mit der Interpretation des Lymphozytentransformationstest LTT Borrelien

sei er nicht einverstanden. Insbesondere sei dieser ohne positive Lyme - Serologie nicht hilfreich (S. 3 oben).

Auch die Akten von Dr. B.____ zeigten keine Befunde, die überwiegend wahrscheinlich mit einer Borreliose vereinbar wären. Aufgrund des Beschwerdebildes des Patienten und aufgrund der Anamnese diskutiere Dr. B.____ die Möglichkeit eines Postlyme -Syndroms, dies jedoch sehr zurückhaltend, so dass dieses als nicht überwiegend wahrscheinlich postuliert werde .

Weiter sei die Differenzialdiagnose einer Acrodermatitis

chronica

atrophicans

aufgrund der vorliegenden Dokumentation nicht nachvollziehbar. Immerhin habe der Patient am 16. Oktober 2014 eine dermatologische Untersuchung am A.____ gehabt, und im Hautstatus sei keine Acrodermatitis

chronica

atrophicans beschrieben worden, die ja in der Regel klar auffalle (S. 3 Mitte). Zusammenfassend habe er keine Hinweise, dass der Patient an einer vergangenen oder aktiven Borreliose leiden würde (S. 3 unten). 3.13

Ergänzend führte Prof. Z.____ in seinem Bericht vom 29. Mai 2017 (Urk. 7/ZM43) aus, auch die deutlich atrophe

Dermis mit hochgedrückten Schweißdrüsen, mit dem Atrophiestadium einer Borreliose im Stadium 3 vereinbar, sei unspezifisch und zeige eine mögliche Differenzialdiagnose, müsse aber im Kontext mit klinischen Befunden sowie der Lyme -Serologie interpretiert werden. Prof. Z.____ führte aus, er könne nur feststellen, dass sich seit seinem Gutachten vom 12. Dezember 2012 keine neuen Gesichtspunkte oder Befunde ergeben hätten, die mit einer Lyme - Borreliose vereinbar wären . 4.

E. 4

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

E. 4.1

Vorab ist festzuhalten, dass nicht von einem Rückfall im eigentlichen Sinne gesprochen werden kann, zumal die Beschwerdegegnerin mit rechtskräftiger Verfügung vom 7. November 2011 (Urk. 7/ZM21) ihre Leistungspflicht für den Zeckenbiss per 1. April 2011 gestützt auf die Einschätzung durch Prof. E.____

vom 30. September 2011 (vgl. vorstehend E. 3.5) abgelehnt hat mit der Begründung, dass aufgrund der vorliegenden insgesamt negativen Borrelienserologie inklusive

Liquoruntersuchung eine aktive Borreliose ausgeschlossen werden könne und die Ursache der Beschwerden nach wie vor unklar sei. Mit der gleichen Begründung verneinte auch der Gutachter Prof. Z.____ in seinem Gutachten vom Dezember 2012 (vgl. vorstehend E. 3.7) das Vorliegen einer Lyme -Borreliose, woraufhin die Krankenversicherung ihre vorsorglich erhobene

Einsprache am 8. Januar 2013 zurückzog (vgl. Urk. 7/Z47) .

Im vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2)

ging die Beschwerde gegnerin

gestützt auf das Gutachten von Prof. Z.____ vom Dezember 2012 sowie dessen Aktenbeurteilung vom Mai 2016 und seine ergänzende Stellungnahme vom Mai 2017 (vgl. vorstehend E. 3.12-13) davon aus, dass die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden nach wie vor nicht in einem Zusammenhang mit einem Zeckenbiss stünden. Es ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine aktive oder in einer früheren Zeit durchgemachte Lyme -Borreliose, insbesondere seien die Serologien immer negativ gewesen (vgl. vorstehend E. 2.1). Dagegen machte der Beschwerdeführer unter Hinweis auf verschiedene behandelnde Ärzte, namentlich Dr. C.____ (vgl. vorstehend E. 3.2), Dr. D.____ (vgl. vorstehend E. 3.4), PD Dr. G.____ (vgl. vorstehend E. 3.9) sowie seine in Serbien behandelnden Ärzte der L.____ und Dr. K.____ (vgl. Urk. 7/ZM16 -19) und insbesondere auf die Ergebnisse der histologischen Untersuchung vom März 2014 bei PD Dr. I.____ (vgl. vorstehend E. 3.10) geltend, das Vorliegen einer Lyme -Borreliose sei ausgewiesen (vgl. vorstehend E. 2.2 , Urk. 1 S. 2 f. II Ziff. 3, S. 6 f. Ziff.

E. 4.2

Wie ausgeführt (vgl. vorstehend E. 1.4) bedarf es zum Nachweis einer durch einen Zeckenstich verursachten Lyme -Borreliose respektive Neuroborreliose nebst den erforderlichen klinischen Symptomen einer positiven Blutserologie.

Vorliegend fällt ins Gewicht, dass sämtliche, regelmässig seit März 2010 und zuletzt im März 2013

durchgeführten Blutserologien und Liquor-Tests (vgl.

Urk. 7/ZM1-4, Urk. 7/ZM6, Urk. 7/ZM9-10, Urk. 7/ZM26, Urk. 7/ZM29-30 , Urk. 7/ZM32) keinen überwiegend wahrscheinlichen Nachweis einer Lyme -Borreliose erbrachten. Prof. E.____

(vgl. vorstehend E. 3.5) hielt diesbezüglich im September 2011 zu den bis dato vorliegenden Borrelienserologien inklusive Liquoruntersuchungen fest, dass diese negativ seien, weswegen eine Borreliose ausgeschlossen werden könne. Auch Dr. B.____ führte im April 2012 (vgl.

vorstehend E. 3.6) nach erneut im März 2012 veranlassten Serumkontrollen (vgl.

Urk. 7/ ZM29-30) aus, dass damit mit Eindeutigkeit eine durchgemachte oder noch floride

Lyme -Borreliose ausgeschlossen werden könne und der serologische Befund als ohne Krankheitswert zu interpretieren sei. Auch Prof. Z.____ führte in seinem Gutachten vom Dezember 2012 nach Untersuchung des Beschwerdeführers und Vorlage der Ergebnisse der durchgeführten Laboruntersuchungen aus, dass sich serologisch keine Hinweise darauf ergäben, dass der Beschwerdeführer je an einer Lyme -Borreliose gelitten habe. Erneut

bestätigte Dr. B.____ in seinem Bericht vom April 2013 (vgl. vorstehend E. 3.8), nach erneut im März 2013 negativ ausgefallener Borrelienserologie (vgl. Urk. 7/ZM26), dass weiterhin keine Immunaktivität betreffend Borrelia

burgdorferi vorliege. Lediglich für möglich erachtete er das Vorliegen eines Postlyme-Syndroms.

Nicht zu überzeugen vermag die von Dr. D.____ im Juli 2011 gestellte Verdachtsdiagnose einer Neuroborreliose (vgl. vorstehend E. 3.4), zumal Dr. D.____ gemäss Auskunft des Spitals Uster vom 22. Juni 2011 bereits mitgeteilt worden war, dass eine Neuroborreliose gemäss Krankengeschichteintrag vom 9. März 2011 mit den durchgeführten Untersuchungen (Serologie und Liquor) ausgeschlossen werden konnte (vgl. Urk. 7/ZM6).

Daran, dass demnach sämtliche Blutserologien und Liquoruntersuchungen negativ ausgefallen waren, ändert auch der Bericht von PD Dr. G.____ vom November 2013 (vgl. vorstehend E. 3.9) nichts, zumal sich der von ihm genannte positive Lymphozytentransformationstest LTT Borrelien

(vgl. Urk. 7/ZM40), wie Dr. J.____ im August 2014 (vgl. vorstehend E. 3.11) und Prof. Z.____ im Mai 2016 (vgl. vorstehend E. 3.12) ausführten, zum Nachweis einer Lyme-Borreliose als unspezifisch erweist. Wird das Testresultat nicht in den klinischen Kontext gestellt und zusammen mit den anderen Laborbefunden (Titer, Western Blot) beurteilt, so kommt es mit Regelmässigkeit zur Überdiagnostizierung einer Lyme-Borreliose (vgl. Satz, Klinik der Lyme-Borreliose, 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern 2010, S. 237).

Soweit der in Serbien behandelnde Arzt Dr. K.____ in seinem Bericht vom 12. März 2012 (vgl. Urk. 7/ZM16) ausführte, die Serologie auf Borrelia

burgdorferi sei positiv, erweist sich dies vor dem Hintergrund, dass die zum gleichen Zeitpunkt behandelnden Ärzte der L.____

in Serbien (vgl.

Urk. 7/ZM 17-19) nach Untersuchung des Beschwerdeführers am 14. März 2012 ausführten, dass der IgG- und IgM-Titer auf Borrelia

burgdorferi negativ sei, als nicht plausibel.

E. 4.3

Zu den klinischen Symptomen, welche ausschliesslich durch Borrelia

burgdorferi verursacht sind, gelten als krankheitsweisend im ersten Stadium das Erythema migrans, das Borrelien-Lymphozytom und im III. Stadium die chronische Hautentzündung Akrodermatitis

chronica

atrophicans (vgl. Satz, a.a.O., S. 272 Tabellen 8.1-2).

Hierzu ist auszuführen, dass Prof. Z.____ zu den vom Beschwerdeführer in den Jahren 2008 und 2009 fotografisch festgehaltenen Hautrötungen im Dezember 2012 ausführte, es sei nicht auszuschliessen, dass diese ein Erythema migrans darstellten. Jedoch sei es höchst unwahrscheinlich, dass der Patient zu einem späteren Zeitpunkt mit negativer Lyme-Serologie an einem Post-Lyme-Syndrom oder an anderen Beschwerden im

Zusammenhang mit einer durchgemachten Lyme -Borreliose leiden würde (vgl. vorstehend E. 3.7).

Vorliegend erachtete der Beschwerdeführer die Diagnose einer Lyme -Borreliose im Wesentlichen gestützt auf die am 6. März 2014 erfolgte Hautbiopsie und die Ausführungen von PD Dr. I.____ (vgl. vorstehend E. 3.10) als ausgewiesen. Dr. I.____ führte zum zweiten Exzusat aus, dieses hätte eine deutliche atrophe

Dermis mit hochgedrückten Schweissdrüsen gezeigt, welches mit dem atrophischen Stadium einer Borreliose im 3. Stadium (Akrodermatitis

chronica

atrophicans) vereinbar sei. Gestützt auf diese Aussage respektive diesen Befund erachtete dann Dr. J.____ in seinem Bericht vom August 2014 (vgl. vorstehend E. 3.11) die Diagnose einer chronischen Borreliose im Stadium 3 als gesichert.

Diesbezüglich ist zu bemerken, dass ein negativer Titer das Vorliegen einer Lyme -Borreliose vor allem zu Beginn der Krankheit, also beim Auftreten des Erythema migrans , nicht ausschliesst . Die Diagnose des Erythema migrans ist daher in erster Linie eine klinische Diagnose, welche auch gestellt werden muss, wenn die Serologie negativ ausfällt. Bei Manifestationen der Lyme -Borreliose im Stadium II oder III steigt die Wahrscheinlichkeit erhöhter IgG -Titer bis gegen 100 % an (vgl. Satz , a.a.O , S. 246).

Insbesondere bei dem von PD Dr. I.____

postulierten Stadium III der Lyme - Borreliose ist abgesehen von Ausnahmefällen ein positiver Labortest (IgG -Antikörper, IgG -Western Blot) bezüglich der Borreliose bedingungslos erforderlich Conditio sine qua non (vgl. Satz , a.a.O , S. 190). Demnach bedarf eine klinisch festgestellte Akrodermatitis

chronica

atrophicans meistens der Bestätigung durch einen Western Blot (Spätantikörper, breites Antikörperspektrum) oder durch einen ELISA-/IF-Test, der in der Regel das Mehrfache des oberen Normwertes anzeigt (vgl. Satz , a.a.O , S. 242).

Die Diagnose einer Lyme -Borreliose erweist sich demnach, entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers, auch nicht gestützt auf die Berichte von PD Dr. I.____ vom März 2014 sowie auf jenen von Dr. J.____ vom August 2014 als ausgewiesen . 4 . 4

Aufgrund des Gesagten liegt nach wie vor keine positive Borrelienserologie vor, weshalb eine Lyme - Borreliose nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist.

Bei dieser Ausgangslage sind von weiteren Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b).

Damit entfällt eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin.

Der angefochtene Einspracheentscheid (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

Das Verfahren ist kostenlos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Claudia Mock Eigenmann - Zürich
Versicherungs-Gesellschaft AG - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizu legen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchucan

E. 5

Ziff. 5.4).

E. 10

).

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