

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00007 vom 9. September 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00007

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00007 du 9 septembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00007 del 9 settembre 2019

Erwägungen

E. 1

4. August 2018 einen Leistungsanspruch der Versicherten (Urk. 7/A12).

Die von der EGK Grundversicherungen AG dagegen erhobene Einsprache (Urk. 7/A13) wies der Unfallversicherer mit Entscheid vom 30. November 2018 ab (Urk. 2).

E. 1.1

Zur Beschwerde ist berechtigt, wer durch den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung hat (Art. 59 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Entsprechend dem Grundsatz der Einheit des Verfahrens dürfen an die Beschwerdebefugnis auf kantonaler Ebene nicht strengere Anforderungen gestellt werden, als sie Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) für die Legitimation im Verfahren vor dem Bundesgericht vorsieht. Wer im letztinstanzlichen Verfahren beschwerdebefugt ist, muss mithin im erstinstanzlichen Beschwerdeverfahren ebenfalls zum Weiterzug berechtigt sein. Daher sind die mit dieser Bestimmung gesetzten bundesrechtlichen Massstäbe sowie die hierzu ergangene Praxis auch für das kantonale Rechtsmittelverfahren richtungweisend (BGE 131 V 298 E. 2; 130 V 560 E. 3.2). Namentlich ist der Begriff des schutzwürdigen Interesses gemäss Art. 59 ATSG gleich auszulegen wie derjenige nach Art. 89 Abs. 1 lit. c BGG für das bundesrechtliche Beschwerdeverfahren (BGE 133 V 188 E. 4.1 mit Hinweis).

Die Beschwerdeführerin hat als vorleistungspflichtiger KVG-Versicherer

von X. _____

offensichtlich ein schutzwürdiges Interesse an der Aufhebung des angefochtenen Entscheides. Entsprechend wurden ihr auch die Verfügung vom 14. August 2018 und der Einspracheentscheid vom 30. November 2018 direkt zugestellt (Urk. 7/A12 und 2).

E. 1.2

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 am 18. Juni 2016 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.3

Gemäss Art.

E. 1.4

Ein Unfall ist gemäss Art. 4 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. 1.5

im Normalbereich gewesen. Gemäss Laborkommentar sei damit eine intrathekale Synthese von Borrelien-Antikörpern unwahrscheinlich. Die Ergebnisse der routinemässig durchgeführten Liquoruntersuchungen für Zellen, Eiweiss und Glucose seien sowohl 2016 als auch 2017 völlig normal gewesen. Insbesondere hätten sich dabei mit normaler Zellzahl und normalem Eiweiss keine Hinweise auf eine entzündliche Liquorveränderung gefunden. Zusammenfassend spreche die Sero logie-Konstellation im Blut (negative IgM, positive IgG) gegen eine frische Borrelieninfektion im Juni 2016. Die Beschwerden könnten deshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen am 18. Juni 2016 erfolgten Zeckenstich zurückgeführt werden. Eine im September/Oktober 2016 aktive Neuroborreliose sei zudem auszuschliessen, da bei normaler Zellzahl und normalem Eiweiss kein entzündliches Liquorsyndrom vorgelegen habe. Das alleinige Vorhandensein eines erhöhten IgG-Antikörperindex beweise das Vorliegen einer aktiven Neuroborreliose nicht. Diesbezüglich verwies Dr. B. auf die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zur Neuroborreliose der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF, insbesondere auf die beiden Abbildungen zum diagnostischen Algorithmus für die frühe und die späte Neuroborreliose, S. 28/29. Der erhöhte, zwischen 2016 und 2017 rückläufige Antikörperindex könne auf eine frühere Exposition gegenüber Borrelien zurückgeführt werden, nicht jedoch auf eine Exposition im Juni 2016. Bei einem erhöhten Antikörperindex ohne entzündliches Liquorsyndrom liege keine aktive Neuroborreliose vor (Urk. 7/M17). 3.5

Der KVG-Vertrauensarzt Dr. med. C., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte

in seiner Stellungnahme vom 17. Juli 2018

aus, dass er sich der Beurteilung von Dr. B. nicht anschliessen könne. Bei stets negativem IgM in Serum und Liquor bei den Messungen im September 2016 und August 2017, jedoch einem für den Ablauf einer Neuroborreliose suggestiven IgG-Verlauf, stelle sich die Frage nach möglichen Ursachen einer isolierten

IgG-Antikörper-Konstellation. Dabei würden folgende Möglichkeiten bestehen: - länger bestehende Infektion: IgM-Antikörper könnten vorhanden sein oder auch fehlen - mit oder ohne Behandlung überstandene Infektion:

IgM -Antikörper könnten vorhanden sein oder auch fehlen - nochmalige Infektion (Reinfektion): laufe oft ohne IgM -Antikörper ab

Aufgrund des Gesamtbildes aus Klinik und Laborwerten

sei er der Meinung, dass die Diagnosestellung des Kantonsspitals Z. ___ korrekt gewesen sei und der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit für die Unfallkausalität erstellt sei. Es handle sich am ehesten um eine Neuinfektion durch Borrelien im Rahmen des beschriebenen Zeckenstichs. Die Beurteilung durch einen Borrelien-Spezialisten sei zu empfehlen (Urk. 3/2, 7/A11).

In einer weiteren Kurzstellungnahme vom 8. Januar 2019 monierte

Dr. C. ___ die fehlende Auseinandersetzung der AXA Versicherungen AG mit seinen Einwänden (Urk. 3/3). 3.6

Mit Bericht vom 6. Februar 2019 nahm der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. D. ___ , Facharzt für

Physikalische Medizin und Rehabilitation , speziell Rheumaerkrankungen, Stellung. Er hielt fest, er könne den Argumenten des KVG-Vertrauensarztes insofern folgen, als isolierte IgG -Antikörper bei chronischen Borrelieninfektionen unabhängig der antibiotischen Behandlung und vor allem bei Reinfektionen anzutreffen seien . Bei einer aktiven Neuroborreliose sei aber immer ein entzündliches Liquor-Syndrom vorhanden, was vorliegend nicht nachzuweisen gewesen sei. Dies gelte auch bei im Liquor erhöhter Borrelien-Antikörper -Indexpositivität, wie es vorliegend im

Rahmen der Liquoruntersuchung vom 28. August

2017 festzustellen gewesen sei. Ohne gleichzeitigen Nachweis eines entzündlichen Liquorsyndroms sei eine aktive Neuroborreliose ausgeschlossen , wozu insbesondere auf den Algorithmus aus den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zur Neuroborreliose der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF,

2018, S. 28 , zu verweisen sei . Die Einwände von Dr. C. ___ würden die serologische Gesamtkonstellation im Liquor nicht berücksichtigen. Die Erwägungen von Dr. B. ___ seien demgegenüber nachvollziehbar und würden den Leitlinien entsprechen (Urk. 7/M18). 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 30. November 2018 (Urk. 2) in medizinischer Hinsicht auf die Beurteilungen von Dr. B. ___ und Dr. D. ___ , welche diese in Kenntnis der

Vorakten abgegeben hätten. Sie setzten sich ausführlich - und in Übereinstimmung mit den am 21. März 2018 vollständig überarbeiteten Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zur Neuroborreliose der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF - mit den erhobenen Befunden und insbesondere den vorliegenden Laborwerten auseinander.

Dabei

nahmen sie in nachvollziehbarer und begründeter Weise zur entscheidungsrelevanten Frage Stellung, ob mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine aktive Neuroborreliose zu

schliessen sei und mithin die von der Versicherten geklagten Beschwerden überwiegend wahrscheinlich im Ereignis vom 18. Juni 2016 (Zeckenstich) gründen würden. Dies verneinten sie schlüssig mit Blick auf das Fehlen eines entzündlichen Liquorsyndroms. Dabei schadet nicht, dass die Versicherungsmediziner die Versicherte nicht selbst untersucht haben, da auch reinen Aktengutachten voller Beweiswert zukommt, sofern – wie im konkreten Fall – ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts 8C_641/2011 vom

22. Dezember 2011 E.

3.2.2 mit Hinweisen) . 4.2

Die Stellungnahme des KVG-Vertrauensarztes Dr. C.____ vermag keine Zweifel an dieser Einschätzung zu erwecken. Dr. C.____

legt e

in seiner Kurzbeurteilung verschiedene Konstellationen

dar, in welchen isolierte IgG-Antikörper vorkommen können (E. 3.5). Anschliessend sprach er sich für die Variante der Neuinfektion aus, ohne hierfür allerdings eine

nachvollziehbare

medizinischen Begründung

zu liefern. Dabei setzt er sich insbesondere nicht mit den fehlenden Entzündungszeichen im Liquor auseinander. Besteht jedoch lediglich die Möglichkeit, dass der Zeckenstich im Sinne einer Reinfektion die beklagten Beschwerden verursacht hat, so ist es beweisrechtlich mindestens ebenso wahrscheinlich, dass die erhöhten IgG-Werte auf eine länger bestehende Infektion oder eine mit oder ohne Behandlung bereits überstandene Infektion zurückzuführen sind. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (E. 1.5).

Insoweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die Beschwerdegegnerin habe sich nicht ausreichend mit der Einschätzung von Dr. C.____

beschäftigt, kann ihr nicht gefolgt werden. Die Beschwerdegegnerin hat sich im Einspracheentscheid vom 30. November 2018 umfassend mit der medizinischen Sachlage auseinandergesetzt. Sie begründete ausführlich, dass ohne Nachweis eines entzündlichen Liquorsyndroms eine aktive Neuroborreliose ausgeschlossen sei. Dies belegte sie anhand des Diagnosealgorithmus aus den oben erwähnten Leitlinien (Urk.

E. 1.6

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).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat

hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

E. 1.7

Nach der Rechtsprechung erfüllt der Zeckenstich 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 welchem 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 vormaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts 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). 1.8

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

Dagegen erhob die EGK Grundversicherungen AG am 14. Januar 2019 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und es seien die aus dem Ereignis vom 18. Juni 2016 resultierenden Behandlungen als Folge eines Zeckenstichs von der Beschwerdegegnerin nach UVG zu übernehmen. Eventualiter sei der Fall an die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines Gutachtens zurückzuweisen (Urk.

1). Mit Beschwerdeantwort vom 20. Februar 2019 beantragte die AXA Versicherungen AG die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was der EGK Grundversicherungen AG am 2. Februar 2019 unter gleich zeitiger Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Innert Frist reichte die Beschwerdeführerin keine Replik ein. Mit Verfügung vom 4. April 2019 wurde X.____ zum Prozess beige laden (Urk. 11). Sie reichte innert Frist keine Stellungnahme ein . Davon wurden die Parteien mit Verfügung vom 5. Juni 2019 in Kenntnis gesetzt (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre Leistungspflicht im angefochtenen Entscheid mit der Begründung, dass zwischen dem Zeckenstich vom Juni 2016 und den von der Versicherten beklagten Beschwerden kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang bestehe. Der erhöhte, zwischen 2016 und 2017 rückläufige Antikörperindex könne auf eine frühere Exposition mit Borrelien zurückgeführt werden, jedoch nicht auf eine solche im Juni 2016. Zum fraglichen Zeitpunkt habe bei einem erhöhten Antikörperindex ohne entzündliches Liquorsyndrom keine aktive Neuroborreliose vorgelegen (Urk. 2 , 6).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin wandte dagegen im Wesentlichen ein , dass der Sachverhalt ungenügend abgeklärt

worden sei . Auf die

Berichte ihres Vertrauensarztes , welcher zum Schluss gekommen sei, es würden überwiegend wahrscheinlich Folgen eines Zeckenstiches vorliegen, sei die Beschwerdegegnerin gar nicht eingegangen (Urk. 1) .

E. 2.3

Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob zwischen dem an und für sich unbestrittenen Zeckenstich von Juni 2016 und den beklagten Beschwerden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht.

3. 3.1

Mit Austrittsbericht vom 3. November 2016 diagnostizierten die Ärzte des

Kantonsspitals

Z.____

eine Neuroborreliose (ED 30.09.2016) mit lumboradikulärem Schmerzsyndrom. Sie notierten, die Patientin sei vor rund drei Monaten von einer Zecke in das rechte Bein gestochen worden. Vor gut vier Wochen habe die betroffene Extremität angefangen, schwer zu werden. Im Verlauf seien «Nervenschmerzen» im selben Gebiet hinzugekommen. Am 22. September 2016 sei eine Serologie abgenommen und eine Antibiotikatherapie mit Supracyclin 100 mg 1-0-1 gestartet worden. Am 28. September 2016 sei zum Ausschluss einer Neuroborreliose eine Lumbalpunktion auf der Notfallstation durchgeführt worden . Bei hochpositivem Befund in der Liquordiagnostik sei am 1. Oktober 2016 die stationäre Aufnahme zur intravenösen Antibiotikatherapie mit Ceftriaxon erfolgt . Der zentral neurologische Status sei unauffällig gewesen ; zu keiner Zeit hätten Hinweise auf eine Fazialisparese bestanden. Peripherneurologisch

habe ein ein schiessender, elektrifizierender Schmerz L3-L5 und S1 bis S3 rechtes Bein bestanden. Während

keine Paraesthesien

erhoben worden seien, seien zuletzt neuropathische Schmerzen auch gürtelförmig unteres Abdomen und dorsal beidseits angegeben worden.

Unter antibiotischer und analgetischer Therapie sei es zusehends zu einer Abnahme der neuropathischen Schmerzen und zu einer Besserung des Allgemeinzustandes gekommen, so dass die analgetische Therapie abgeschlichen werden können. Am 3. November 2016 sei die Entlassung aus der stationären Behandlung erfolgt (Urk. 7/M1).

Am 13. Dezember 2016 wurde im Kantonsspital Z.____ eine Blutentnahme und eine Knieergusspunktion durchgeführt (Urk. 7/M6).

Am 3. Mai 2017 fand im Kantonsspital Z.____ eine neurologische Untersuchung statt. Im anschliessenden Bericht wurde ausgeführt, dass sich bei St. n. Borrelien-Radikulitis Bein rechts ein persistierendes neuropathisches Schmerzsyndrom mit Punctum maximum im Kniebereich rechts entwickelt habe, welches sich vorwiegend in Ruhephasen und während der Nacht manifestiere und zu erheblichen Schlafstörungen führe. Klinisch-neurologisch habe sich kein richtungsweisender Befund ergeben, ohne Nachweis eines sensomotorischen Defizits (Urk. 7/M2).

Am 28. August 2017 wurde im Kantonsspital Z.____

wegen weiterhin bestehender Schmerzen erneut eine Lumbalpunktion durchgeführt (Urk. 7/M3). 3.2

Mit Kurzbericht vom 3. Februar 2018 wies Dr. med. A.____, Facharzt für

Rheumatologie, eine aktivierte Gonarthrose rechts aus, welche er einmalig mit einer intraartikulären Steroidinfiltration behandelt habe

(Urk. 7/M8). 3.3

Auf Vorlage der Akten hielt der beratende Arzt

der Beschwerdegegnerin, Dr. med. B.____, Facharzt für

Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation, in seiner Kurzbeurteilung vom 29. März 2018 fest, dass die im Austrittsbericht des Kantonsspitals Z.____ gestellte Diagnose einer Neuroborreliose mit lumboradikulärem Schmerzsyndrom nicht mit der dazu nötigen überwiegenden Wahrscheinlichkeit bestätigt werden könne. Die vorliegenden Werte der Lumbalpunktionen vom 28. September 2016 und 28. August 2017 seien praktisch identisch und völlig normal. Das gleiche gelte für die am 13. Dezember 2016 durchgeführte Kniegelenkpunktion. Ergänzend sei zu bemerken, dass in den vorliegenden Laborwertkopien weder Serologiewerte im Blut noch im Liquor erwähnt würden. Solange diese nötigen Serologiewerte (Blut und Liquor) sowohl initial 2016 als auch im Rahmen der Nachkontrollen 2016 und 2017 nicht vorliegen würden, müsse die Frage einer überwiegend wahrscheinlichen Kausalität des Krankheitsbildes mit dem gemeldeten Zeckenstich verneint werden (Urk. 7/M14). 3.4

Nach Erhalt der Serologiewerte vom 28. August 2017 mit Angabe der Vorwerte vom

28. September 2016 nahm Dr. B.____ am 9. Mai 2018 erneut Stellung. Die zugestellten Serologiewerte

würden im Blut 2016 für Borrelien negative IgM (d.h. keine auf einen frischen Infekt hinweisende Antikörper im Blut)

zeigen, hingegen – mit jedoch nur zwei Banden – positive IgG (hinweisend auf einen früheren, älteren

Borrelienkontakt). 2017 seien sowohl die IgM als auch die IgG negativ gewesen. Im Liquor habe sich 2016 für IgG

ein erhöhter Borrelien -Antikörper-Index (AI) von 15.4 und 2017 noch ein solcher von 5.4 ergeben. Gemäss Laborkommentar seien Antikörper-Index-Werte (AI) von mehr als

E. 6

und 7/M18). Indem sie an der Stellungnahme ihres beratenden Arztes Dr. B.____ festhielt, war es für die Beschwerdeführerin erkennbar, dass die Beschwerdegegnerin die Argumente von Dr. C.____ nicht als stichhaltig erachtete. Eine sachgerechte Anfechtung war damit ohne weiteres möglich, weshalb keine Verletzung der Begründungspflicht vorliegt. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin ihr Anliegen mit der Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 30. November 2018 vor einer Beschwerdeinstanz, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüft, vortragen konnte, womit eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt zu betrachten wäre (vgl. BGE 127 V 431 E. 3d/aa). 4.3

Auch die Beurteilungen der Ärzte des Kantonsspitals Z.____ sprechen nicht gegen die Zuverlässigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Einschätzung. Sie äussern sich ebenso wenig zur serologischen Gesamtkonstellation

im Liquor wie den einschlägigen Leitlinien und setzen sich auch nicht im Einzelnen mit der Frage der Kausalität auseinander. 4.4

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die versicherungsinterne ärztliche Beurteilung der Dres. B.____ und D.____ abgestellt, wonach die von der Versicherten seit September 2016 geklagten Beschwerden jedenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich auf den gemeldeten Zeckenstich vom Juni 2016 zurückzuführen sind. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht in diesem Zusammenhang verneinte. Für weitere medizinische Abklärungen besteht kein Anlass, zumal davon keine anderen entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3)

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 30. November 2018 erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - EGK Grundversicherungen AG - AXA Versicherungen AG - X.____ - 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. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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 Vogel Schilling

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