

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00266 vom 8. Dezember 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-12-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00266

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00266 du 8 décembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00266 del 8 dicembre 2020

Erwägungen

E. 1

3. Februar 2018 liess X. ___ bei der AXA die Prüfung von weiteren Leistungen aus dem Ereignis vom 26. Oktober 2015 beantragen . Er

liess ausfüh ren, dass er - entgegen der urs prünglichen Hoffnung, dass er wieder zu seiner Leistungs f ähigkeit zurückfinden würde - noch immer ausserordentlich und massgeblich eing e schränkt sei , und dass die noch bestehenden Einschränkungen auf die durchgemachte Hirn haut entzündung aufgrund des FSME- Virus zurück zuführen seien (Urk. 8/ A22). Die AXA tätigte in der Folge weitere medizinische Abkläru n gen und holte Stellungnahmen ihres beratenden Arztes Dr. med. A. ___ , Facharzt FMH für Innere Medizin, Physikalische Medizin und Reha bilitation, ein. Gestützt auf dessen Stellungnahme vom 2 6. November 201 8

(Urk. 10/M 27) verneinte sie mi t Verfügung vom 14. Januar 2019 einen weiteren Leistungsanspruch im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 2 6. O ktober 2015 (Urk. 8/ A54). Dagegen erhob der Versicherte am 1 4. Februar 2019 Einsprache (Urk.

8/ A64) ,

welche die AXA mit Einspracheentscheid vom 30. September 2019 ab wies (Urk. 8/ A74 = Urk. 2).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die 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 ver wirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b). Dementsprechend 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 ausgebro chen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Über gangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 2 6. Oktober 2015 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

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 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).

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).

E. 1.5

Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art.

E. 1.6

hier vor). Eine ausnahmsweise zuzugestehende

längere Frist für die Intervention fällt entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk.

E. 1.7

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. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im

Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin aller dings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee , 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). 2.

E. 2

Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen gemäss dem Unfallversicherungsgesetz in Form von Taggeldern beziehungsweise einer Rente ab 1. März 2016 auszurichten.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre Leistungspflicht im Wesentlichen damit, dass auf die Stellungnahme von Dr. A.____, welche sich auf objektivierbare – und gegen ein postenzephalitisches Syndrom sprechende - Befunde stütze und mit den Angaben des involvierten Spezialisten korrespondiere, abgestellt werden könne. Danach sei ein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen den geltend gemachten Beschwerden zum Ereignis vom 26. Oktober 2015 nicht erstellt. Die Folgen der Beweislosigkeit trage der Versicherte, da die Sachlage unter dem Aspekt des Rückfalles zu prüfen sei (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer lässt dagegen zur Hauptsache vorbringen, es werde bestritten, dass die FSME je ausgeheilt war und zwischen dem Unfallereignis und den jetzigen Beschwerden kein Kausalzusammenhang bestehe. Zwar habe er zeitweilig versucht, seine Beschwerden und Einschränkungen zu ignorieren beziehungsweise auszuhalten, um im Arbeitsalltag wieder Fuss zu fassen, was ihm jedoch nicht gelungen sei. Die behandelnde Neurologin bestätige, dass der Beschwerdeführer noch immer an einer leichten neuropsychologischen Funktionsstörung mit/bei St. nach Frühsommer-Meningoenzephalitis leide und zu 50

% arbeitsunfähig sei, womit der Zusammenhang zwischen dem Zeckenbiss und den gesundheitlichen Folgen von fachärztlicher Seite erstellt sei. Alsdann sei die Leistungspflicht unter dem Aspekt des Grundfalls zu prüfen (Urk. 1 und Urk. 13).

E. 2.3

Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer im Oktober 2015 eine FSME- Infektion (wohl)

infolge eines Zeckenbisses erlitt und die in der Folge - im November 2015 zu einer Hospitalisation führenden – Beschwerden zunächst überwiegend wahrscheinlich in einem kausalen Zusammenhang mit dieser Infektion standen. Strittig und zu prüfen ist hingegen, ob die am 18. März 2018 erneut geltend gemachten Beschwerden weiterhin überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang stehen zur FMSE- Infektion. 3.

E. 3

Es seien die unfallbedingten Heilungskosten des Beschwerdeführers ab 1. Mai 2016 zu übernehmen.

E. 3.1

Im Austrittsbericht des Z.____ vom 19. November 2015 diagnostizierten die verantwortlich zeichnenden Ärzte eine Frühsommer- Meningo -Encephalitis . Sie führten im Wesentlichen aus, die Zuweisung sei hausärztlich aufgrund einer seit ca . 4 Wochen bestehenden unklaren Allgemeinzustandsverschlechterung mit diffusen Gliederschmerzen, Abgeschlagenheit , Halsschmerzen und Schnupfen ohne Fieber sowie starken Kopfschmerzen mit Schwindel ohne Erbrechen sowie Bauchkrämpfen , betont nach dem Essen, erfolgt. Nach durchgeführten vielseitigen Abklärungen habe sich im Liquor letztendlich eine aktive Frühsommer- Meningoencephalitis gefunden, was auch zur Symptomatik des Patienten passe. Bei unter symptomatischer Therapie fast vollständig regredienten Beschwerden habe der Patient am 19. November 2015 in verbessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können . Für die Verlaufskontrolle verwiesen sie den Versicherten zur Wiedervorstellung an die Neurologin Dr. B.____ (Urk. 10/ M3).

E. 3.2

Nachdem der Versicherte bereits am 2. Dezember 2015 bei Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie B.____ vorstellig geworden war, hielt diese gestützt auf die Konsultation vom 21. Dezember 2015 fest, der Versicherte berichte über eine deutliche Besserung im Vergleich zur Voruntersuchung. Er fühle sich belastbarer und die Geschmacksstörungen seien rückläufig, die Schwäche der Extremitäten nur noch gering vorhanden . Er habe jeden Tag eine Stunde arbeiten können. In der klinisch -neurologischen Untersuchung bestehe nach wie vor ein (mutmasslich vorbestehender) Haltetremor der Hände, die Reflexe seien eher lebhaft auslösbar, das Gangbild deutlich gebessert, insbesondere der Seitengang mit geschlossenen Augen problemlos durchführbar. Ab Januar werde die Arbeitsfähigkeit auf 30

% erhöht, voraussichtlich ab Februar 50

% bei weiterhin günstigem Verlauf, ab März wieder vollständige Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/M 5 /5- 6) .

E. 3.3

).

Ebensowenig erwähnte die behandelnde Neurologin

B.____ in ihrem Bericht vom 29. Januar 2016

eine vom Beschwerdeführer geklagte neurologische oder

kognitive Problematik sondern hielt gestützt auf ihre klinisch-neurologische Untersuchung abschliessend fest , dass

sich – mit Ausnahme eines vorbestehenden Tremors -

keine neurologischen Folgen mehr objektivieren liessen

(E.

E. 3.4

).

Im Juli 2016 wurde

der Beschwerdeführer durch Dr. C.____

untersucht , welcher gestützt auf ausführliche Untersuchungen (anamnestische, klinische ,

bildgebende

sowie Laboruntersuchungen)

festhielt, dass aufgrund der aktuellen Serologie (stark erhöhter IgG-Titer) zwar davon ausgegangen werden könne, dass der Versicherte im Oktober 2015 eine FSME durchgemacht habe.

Jedoch sei diese aufgrund des im Untersuchungzeitpunkt normalen Liquorbefundes abgeheilt und auch klinisch ausgeheilt; da

mehrere Symptome der (aktuellen) Erkrankung (u.a. Hautausschlag, Pruritus, benigner Lagerungsschwindel) nicht zu einer FSME passten und diese abgesetzt von der akuten Erkrankung aufgetreten seien,

sei von einer

im Dezember 2015 neuen Erkrankung (viraler Genese)

auszugehen

(Urk. 10/M 20).

Auch im Rahmen der Nachkontrolle vom 25. November 2016 schloss Dr. C.____ – nachdem Schwindelbeschwerden und Müdigkeit zu diesem Zeitpunkt praktisch verschwunden waren – aufgrund des klinischen Verlaufs einen Zusammenhang der noch bestehenden Beschwerden mit der FSME

aus (Urk. 10/M 20). Dass Dr. A.____

mit Blick auf diese echtzeitlichen

Berichte

schlussfolgerte, dass

ein Zusammenhang zwischen den noch bestehenden Beschwerden und der FSME zwar möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich sei, leuchtet daher ein. Dies gilt um so mehr als – worauf Dr. A.____ ebenfalls zu Recht hinwies (Urk. 10/M 27 S. 5) –

auch das am 17. Oktober 2016 im Z.____ durchgeführte MRI Neurokranium

keine objektiven Hinweise auf eine durch die FSME verursachte aktuelle/ residuelle Enzephalitis ergab (E. 3.6 hievore).

Aber auch vor dem Hintergrund der weiteren medizinischen Akten

hat Dr. A.____ einen überwiegend wahrscheinlich

ursächlichen Zusammenhang zwischen der FSME Infektion und den noch bestehenden Beschwerden nachvollziehbar verneint.

Soweit die verantwortlich zeichnenden Fachpersonen

der E.____

in ihrem Bericht vom 29. Dezember 2016 gestützt auf die im Dezember 2016 durchgeführte neuropsychologische Abklärung

eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung feststellten und ein postencephalitisches

Syndrom bei St. nach FSME, anamnestic ab Dezember 2015 neue Symptomatik, diagnostizierten (Urk. 10/M 12/2), belegt dies keinen überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang. Dies muss schon daher gelten, als die Fachpersonen (lediglich) ausführten, dass die Störung vor dem Hintergrund der FSME «interpretierbar»

sei und zur Begründung (einzig)

darauf verwiesen, dass bei bis zu 46% der an FSME erkrankten Personen permanente kognitive oder neuropsychiatrische Beschwerden bestehen würden. Auch wenn kognitive

oder neuropsychologische Beeinträchtigungen eine Spätfolge einer FSME Infektion darstellen können, ist nicht dargetan, inwiefern dies auch im Falle des Beschwerdeführers zutrifft

und ist ein überwiegend wahrscheinlicher Zusammenhang auch aufgrund des statistischen Wertes von «bis zu 46

%»

nicht

erstellt. Kommt hinzu, dass

eine neuropsychologische Untersuchung nach dem derzeitigen Wissensstand die Beurteilung der Kausalität eines Beschwerdebildes nicht selbstständig und abschliessend zu klären vermag (BGE 119 V 335

E. 2b/b).

Aber auch der Verlaufsbericht der E.____ vom 3. Oktober 2018 ergibt nichts zugunsten eines ursächlichen Zusammenhangs. So nehmen die verantwortlich zeichnenden Fachpersonen zur

Kausalität zwischen Beschwerden und FSME nicht substantiiert Stellung und

ist vor dem Hintergrund der von ihnen in diesem Bericht diagnostizierten mittel- bis schwergradigen depressiven Episode nicht mit dem Beweisgrad der überwiegend en

Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die von ihnen erwähnten Einschränkungen auf kognitiver und affektiver Ebene auf

die FSME Infektion zurückzuführen sind zumal sie - worauf Dr. A.____ zu Recht hinweist

- auch durch die depressive Störung erklärbar sind.

E. 3.5

Am 6. Juni und 13. Juli 2016 wurde der Versicherte durch Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, untersucht.

In seinem Bericht vom 16. Juli 2016 nannte Dr. C.____ als aktuelle Diagnosen einen Verdacht auf einen benignen Lagerungsschwindel mit Begleitsymptomen, Verdacht

auf periphere Polyneuropathie, Status nach FSME 10/2015 mit Restitutio ad integrum sowie einen Status nach kurzfristigem Immunkontakt mit Borrelia

burgdorferi . In seiner Beurteilung führte Dr. C.____ aus, bei dem 49 jährigen Patienten seien im Herbst 2015 meningoenzephalitische Beschwerden aufgetreten, deren Abklärung im Z.____ im November 2015 eine FSME ergeben habe ; die Diagnose habe sich auf die Symptomatik, auf die mononukleäre

Pleozytose im Liquor und auf erhöhte IgG - und IgM -Titer

gestützt . Die Heilung sei komplikationslos verlaufen. Im Dezember 2015 seien grippale Beschwerden aufgetreten, ein genereller Ausschlag mit Juckreiz und u.a. auch ein Drehschwindel, der Patient sei 100

% arbeitsunfähig geworden.

Bezüglich FSME führte Dr. C.____ aus, obwohl ihm die genauen Titerwerte vom Z.____ nicht vorlägen, könne aufgrund der aktuellen Serologie (stark erhöhter IgG -Titer) davon ausgegangen werden, dass der Patient im Oktober 2015 eine FSME durchgemacht habe. Die Entzündung sei aber aufgrund des jetzt normalen Liquorbefundes abgeheilt und auch klinisch sei die FSME ausgeheilt. Im Dezember 2015 habe sich , deutlich abgesetzt von der FSME , und nach einer Phase des gesundheitlichen Wohlbefindens , ein neues Beschwerdebild gezeigt, deren Ursache er (Dr. C.____) in erster Linie in einem viralen Infekt sehe. Jedenfalls habe er zur Bildung eines Drehschwindels geführt und zu anderen Symptomen, die den Patienten völlig invalidisierten. Mehrere Symptome (Hautausschlag, Pruritus, benigner Lagerungsschwindel) passten nicht zu einer FSME. Chronische Beschwerden träten auch nicht abgesetzt von der akuten Erkrankung auf, diese müsse nahtlos in die chronische übergehen. Zusammenfassend bestehe ein Status nach FSME, der geheilt sei . Ab Dezember 2015 sei eine neue Erkrankung aufgetreten, die am ehesten viraler Genese sei (Urk. 10/M 20 /3-4) . 3. 6

Am 17. Oktober 2016 wurde auf Veranlassung des Hausarztes Dr. D.____ im Z.____ ein MRI Neurokranium durchgeführt. Dieses

ergab im Vergleich zur Voruntersuchung vom 13. November 2015 einen stationären Befund mit altersentsprechender Darstellung des Neurokraniums im MRI sowie insbesondere keine Anhaltspunkte für eine aktuelle/ residuelle Enzephalitis (Urk. 10/M 21). 3. 7

Gestützt auf die Nachkontrolle vom 25. November 2016 führte Dr. C.____ aus, die Beschwerden seien deutlich besser geworden respektive die Schwindelbeschwerden und die Müdigkeit praktisch verschwunden. Aufgrund der durchgeführten Abklärungen könne mit Eindeutigkeit eine zusätzlich durchgemachte Borreliose im Stadium II oder III als Ursache der Beschwerden ausgeschlossen werden. Auch ein Zusammenhang der Schwindelbeschwerden und der Müdigkeit mit der früher durchgemachten FSME könne aufgrund des klinischen Verlaufs ausgeschlossen werden

(Urk. 10/M 20 /1) . 3. 8

Auf Zuweisung des Hausarztes Dr. D.____

wurde der Versicherte am 5. und 13. Dezember 2016 in der E.____ ,

F.____ ,

neuropsychologisch untersucht. Die verantwortlich zeichnenden Fachpersonen diagnostizierten in ihrem Bericht vom 29. Dezember 2016 ein postenzephalitisches Syndrom (ICD-10

F.07.1) bei Status nach FSME sowie anamnestisch ab Dezember 2015 neue Symptomatik, am ehesten viraler Genese (Bericht Dr. C.____ vom 16. Juli 2016). Sie gaben in der Anamnese an, der Versicherte berichtete, seit der FSME sei die Vergesslichkeit ein starkes Problem, vor allem im Geschäft, wo es zu Fehlern, oft Fehlleistungen komme. Auch seien Aufmerksamkeit und Konzentration etwas beeinträchtigt. Im Dezember 2015 habe er laut behandelnden Ärzten eine unbekannte Infektion erlitten, seither habe er Hautausschläge, Gelenkschmerzen, welche auch zu Schlafstörungen führen würden, sowie teilweise Übelkeit. Aus all diesen Beeinträchtigungen und dem mittlerweile mehrmonatigen Verlauf resultiere auch eine gewisse psychische Belastung.

Aufgrund der Untersuchungen gaben sie an, die Befunde entsprächen einer leicht- bis mittelschweren neuropsychologischen Störung. Diese sei vor dem Hintergrund der erlittenen FSME interpretierbar. Gemäss aktuellen wissenschaftlichen Daten bestünden bei bis zu 46

% der an FSME erkrankten Personen permanente kognitive oder neuropsychiatrische Beschwerden. Der Fachexperte Dr. C.____ wies in seinem Bericht auf eine andere virale Erkrankung hin; inwieweit auch diese ätiologisch mit den beobachtbaren kognitiven Einschränkungen zusammen hänge, könne gegenwärtig nicht schlüssig beantwortet werden. Es könne von einer Arbeitsunfähigkeit

von 30

% bis 40

% ausgegangen werden (Urk. 10 / B 10/1). 3. 9

Dr. D.____

stellte am 28. März 2018 zuhanden der AXA

die Diagnose einer akuten FSME- Meningoenzephalitis mit Entwicklung eines postenzephalitischen Syndroms. Er gab im Wesentlichen an, die Befunde seien stationär. Die Geschäftsführung des Schlüsselfachgeschäftes habe bedingt durch die enzephalitische Erkrankung und erhebliche Defizite der Hirnleistung aufgegeben und das Geschäft verkauft werden müssen. Der Versicherte sei bei der IV angemeldet. Dr. D.____ attestierte dem Versicherten ab 26. Oktober 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, ab 19. November 2015 von 90 %, ab 1. Januar 2016 von 70

% und ab 1. Februar 2016 von 50

% und gab an, eine Steigerung sei nicht mehr möglich gewesen (Urk. 10/M 10). 3. 10

In ihrem Verlaufsbericht von 3. Oktober 2018 an die AXA diagnostizierten die verantwortlich zeichnenden Fachpersonen der E.____

ein postenzephalitisches Syndrom (ICD-10 F07.1) bei Status nach FSME; anamnestisch ab Dezember 2015 neue Symptomatik, am ehesten viraler Genese (Bericht von Dr. med. C.____ vom 16. Juli 2016) sowie eine mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10 F32.1/2). Im Vordergrund stünden neben den körperlichen Beschwerden weiterhin die Einschränkungen auf kognitiver und affektiver Ebene, die laut Expertenbericht übereinstimmend dem postencephalitischen Syndrom zugeordnet würden. Aus psychiatrischer Sicht stehe die Behandlung der depressiven Symptome im Vordergrund und

bestehe eine 100 % ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/M 24). 3.

E. 4

Es sei dem Beschwerdeführer eine angemessene Integritätsentschädigung zuzusprechen.

E. 5

Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen im Rahmen eines polydisziplinären Gutachtens unter anderem in den Fachrichtungen Neuropsychologie, Neurologie und Psychiatrie zu treffen. 6. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (inkl. MWST) zu Lasten der Beschwerdegegnerin » (Urk. 1 S. 2).

In formeller Hinsicht beantragte

er

die Ansetzung einer (Nach -)Frist zur allfälligen Änderung oder Ergänzung des Rechtsbegehrens und zur Einreichung von zusätzlichen medizinischen Unterlagen (Urk. 1 S. 2) , welchem Antrag unter Hinweis auf die Äusserungsmöglichkeit in einem allfälligen zweiten Schriftenwechsel nicht entsprochen wurde (Urk. 5). Mit Beschwerdeantwort vom 22. Januar 2020 beantragte die AXA Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Mit Verfügung vom 6. Februar 2020 wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 11). Mit Eingabe vom 12. März 2020 liess der Beschwerdeführer unter Festhalten an den gestellten Rechtsbegehren Replik erstatten (Urk. 13) und am 2. April 2020 ergänzende Unterlagen ins Recht reichen (Urk. 17-18/1-8). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Duplik vom 14. Mai 2020 weiterhin Abweisung der Beschwerde (Urk. 21), was dem Beschwerdeführer mit Gerichtsverfügung vom 18. Mai 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 22). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stützte den angefochtenen Entscheid

auf die

Stellungnahme von Dr. A.____ vom 26. November 2018 (Urk. 10/M 27) , was nicht zu beanstanden ist . So gab

Dr. A.____

seine Beurteilung gestützt auf eine

einlässliche Würdigung der

Vorfälle ab und ist seine Schlussfolgerung ,

wonach die im Februar 2018 geltend gemachten – als solche nicht in Frage gestellten - namentlich kognitiven bzw. neuropsychologischen Beschwerden nicht mehr überwiegend wahrscheinlich auf die FSME Infektion zurückzuführen seien , schlüssig und im Lichte der Akten nachvollziehbar.

E. 5.2

So geht aus den Akten hervor , dass sich der Versicherte , welcher sich im Dezember 2015 Kontrolluntersuchungen bei der Neurologin B.____

unterzogen hatte,

am 4. Januar 2016 wegen verschiedener Leiden (Schluckweh , Aufstossen, Schwindel, Juckreiz)

zu

Dr. D.____ in hausärztliche Behandlung begeben und

unter anderem angegeben hatte , es bestünden aktuell keine neurologischen Fol gen mehr (vgl. E.

E. 5.3

Schliesslich

legen auch die vom Beschwerdeführer i m vorl i e genden Verfahren

aufgelegten Unterlagen keine andere Betrachtungsweise nahe. Der Untersu chungsbericht der Psychologin G.____ vom 5. Dezember 2019 bez e i chnet die von ihr festgestellte leichte neuropsychologische Störung (des verbalen Gedächtnisses und der Vigilanz) lediglich als mit eine m Status nach FSME « ver einbar », zeigt jedoch keinen überwiegen d wahrscheinlich ursächlichen Zusam menhang mit der Infektion auf

(Urk. 14/ 1 S. 3) . Letzteres gilt auch für den Bericht d er b e h andelnden Neurologin B.____ vom 2 8. November 2019 (Urk. 14/3) . N ach dem in ihrem Bericht über die Abschlussuntersuchung vom 2 9. Januar 201 6 keine k ogniti ven Beschwerden (mehr) dokumentiert worden waren, geht aus ihren Aus führ u ngen nicht schlüssig hervor , inwieweit die im Dezember 2016

aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung festgestellten Beeinträchtigungen überwie gend wahrscheinlich wieder auf die FSME zurückzuführen sein sollen . So beruht ihre Bejahung der Unfallkausalität n eben dem

Hinweis , dass es sich im Falle des Beschwerdeführers um eine typische FSME- Infektion gehand e lt habe und der

A ngabe , dass statistisch bei bis zu 50

% der an FSME erkrankten Patie n ten per manente kognitive oder neuropsychiatri sc he Beschwerden bestehen bleiben ,

im Wesentli ch en darauf, dass die Beeinträchti g ung nach der Infektion aufgetreten ist . Jedoch läuft dies beweisrechtlich auf eine post hoc ergo propter hoc Argu mentation hinaus , wonach eine S chädigung bereits des halb als durch einen Unfall ver ursac ht erachtet wird, weil sie nach diesem aufgetreten ist, was rechtspre chungsgemäss für die Annahme eines Kausalzusammenhanges jedoch nicht genügt (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb) .

Schliesslich lässt sich den beschwerdeweise aufgelegten Unterlagen zu den im IV-Verf a h ren durchgeführten beruflichen Massnahmen (Urk. 3/5-6, Urk. 18/1-2) bzw. den

Ar beitsunfäh i gkeitsattes te n von Dr. med. H.____ , Fach ä r z t in FMH für Allgemeine Innere Medizin (Urk. 18/3- 8) ,

mangels Bezugnahme auf die vorliegend interessierende Frage (Unf allkau salität) von Vorneherein nichts E ntscheid wesentliches entnehmen.

E. 5.4

Nach dem Gesagten ist

der Kausalzusammenhang zwischen den als Rückfall gemeldeten Beschwerden und der FSME Infektion vom Oktober 2015 nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Daher und weil eine neuerliche

Abklärung

vor allem

der im Vordergrund stehenden neuropsychologischen Beschwerden die Beurteilung der Kausalität nicht zu klären vermag, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung davon abzusehen ist, trägt der Beschwerdeführer die Folgen der Beweislosigkeit (BGE 115 V 133 E. 8a). 6.

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Entscheidung vom 30. September 2019 als rechtsens, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Magdalena Schaer - AXA Versicherungen 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 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 Gräub Bachmann

E. 6

UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 11

Nach Einholung auch eines Auszuges aus der hausärztlichen Krankengeschichte von Dr. D.____ (Urk. 10/ M26; 15.04.15-2.10.2018) hielt Dr. A.____

in seiner abschliessenden Stellungnahme vom 26. November 2018 im Wesentlichen fest,

den Akten lasse sich eine Vielzahl von verschiedenen teilweise schon vor bestehend dokumentierten Symptomen entnehmen, welche im Verlauf in mehr oder weniger unterschiedlicher Stärke/Ausprägung vorhanden gewesen waren bzw. seien. Hauptsymptome seien Schwindel, Hautveränderungen, Juckreiz, Gelenkschmerzen, Müdigkeit, Antriebsverminderung und Vergesslichkeit. Bereits zu Beginn, im November 2015, habe diagnostisch ein unklares Erkrankungsbild vorgelegen. So habe der Versicherte schon früher über Schwindel geklagt und sei er wegen erhöhten Blutdrucks behandelt worden. Nach Ausschluss anderer Leiden sei aufgrund von leicht entzündlichen Liquorveränderungen die Diagnose einer Frühsommer - Meningoenzephalitis als überwiegend wahrscheinlich beurteilt worden. In der Folge sei jedoch eine rasche Besserung der Beschwerden festgestellt worden bzw. auch in den Berichten der Neurologin B.____ dokumentiert. Auch habe der Versicherte im Rahmen einer grippalen Erkrankung Ende Dezember 2015 in der Krankengeschichte des Hausarztes festgehaltenen Konsultation angegeben, dass er sich damals von den Folgen der FSME erholt habe. Gleiches, mit rascher Erholung nach Spitalaustritt, habe er anlässlich der Konsultationen bei Dr. C.____ angegeben. Aus den beiden Berichten von Dr. C.____ gehe klar hervor, dass es sich bezüglich FSME um eine restitutio ad integrum handle und kein Zusammenhang der Schwindelbeschwerden und der Müdigkeit mit der durchgemachten FSME bestehe. Vielmehr sei deutlich abgesetzt im Dezember 2015 ein anderes Beschwerdebild aufgetreten.

Es sei zwar nachvollziehbar, dass die behandelnde Neurologin (obwohl sie gemäss KG Eintrag des Hausarztes vom 4. Januar 2016 vom Patienten wegen Hals- und Schluckbeschwerden telefonisch konsultiert worden sei) Ende Januar 2016 die (subjektiv) noch fehlende volle Belastbarkeit nicht weiter differenziert und auf die FSME- Erkrankung zurück geführt habe ; ausser dem bereits vorbestehenden Haltetremor habe sie jedoch (objektiv) keine neurologischen Befunde mehr gefunden, welche auf die FSME zurückzuführen gewesen seien. Trotz Bericht von Dr. C.____ im Juli 2016 und später im November 2016 sowie einem erneut negativen MRI-Befund im November 2016 habe Hausarzt Dr. D.____ an einer FSME- Erkrankung als Ursache von Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit etc. festgehalten und den Patienten deswegen im Dezember 2016 zu einer neuropsychologischen Untersuchung an die E.____ überwiesen. Da man als habe sich erst das Bild einer milden depressiven Symptomatik gezeigt , während jetzt das Vorliegen einer mittelgradig bis schweren depressiven Episode bestätigt werde, und diese derzeit bei der Behandlung im Vordergrund stehe.

Zusammenfassend hielt Dr. A.____ fest,

es würden überwiegend wahrscheinlich keine Folgen einer Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) mehr vorliegen. Die Symptome seien auch mit einem depressiven Zustandsbild (mittelgradig bis schwere depressive Episode) zu erklären (Urk. 10/M 27 S. 6 f.). 4.

Soweit sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt stellt, die
am 13.

Februar 2018 gemeldeten Beschwerden seien im Rahmen des Grundfalles vom

26. Oktober 2015 abzuwickeln und nicht unter dem Aspekt einer Rückfallkonstellation (vgl. Urk. 1 Ziff.13, Urk.

E. 13

Ziff. 34 ff.)

vorliegend ausser Betracht .

So konnte er

- auch wenn rechtsunkundig und damals noch nicht anwaltlich vertreten - angesichts des klaren Wortlauts im Schreiben vom 4. Oktober 2016 nicht in guten Treuen annehmen, die Beschwerdegegnerin habe noch keinen abschliessenden Entscheid gefällt und sei – zumal von solchen keine Rede war - mit weiteren Abklärungen befasst (vgl. zum ganzen BGE 134 V 145 E.

E. 16

. Januar 2017

erneut auf den

am 4. Oktober 2016 erfolgten Fallabschluss

bzw. die Leistungseinstellung hin

(Urk. 8/ A 14) . Erlangte demnach

das Schreiben vom 4. Oktober 2016 mit Ablauf eines Jahres Rechtsverbindlichkeit ,

ist von einer Rückfallkonstellation auszugehen, womit der Beschwerdeführer für das Vorliegen eines Kausalzusammenhanges zwischen dem Ereignis vom Oktober 2015 und den geltend gemachten Beschwerden beweisbelastet ist .

5.

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