

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00249 vom 13. September 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-09-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00249

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00249 du 13 septembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00249 del 13 settembre 2021

Erwägungen

E. 1

, war seit dem 15 . November

1991 bei m Spital

Y.____

in einem 60 %-Pensum angestellt und in dieser Eigenschaft bei der

AXA Versicherungen AG (nachfolgend: AXA) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (vgl. Urk. 13/A6).

Die Versicherte liess die AXA mit Schadenmeldung UVG vom

E. 1.1

X.____ , geboren 196

E. 1.2

Am

26 . Mai 2020 (Urk.

E. 3

. September 201 9 (Urk. 13 / A6) wissen, dass sie unbemerkt einen Zeckenstich erlitten habe . Oberärztin Dr. med. Z.____ und Assistenzarzt Dr. med. A.____ vom Spital B.____ , wo die Versicherte vom 26. August bis 7. September 2019 hospitalisiert war, diagnostizierte n am

E. 6

September 2019 (Urk.

E. 11

/M3) eine Frühsommer- Meningoenzephalitis (FSME) . Die AXA tätigte medizinische Abklä rungen und erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Heilungskosten und Taggeld).

E. 13

/ A108) dagegen erhobene Ein sprache wies die AXA mit Entscheid

vom 12 . Oktober 2020 ab , soweit sie darauf eintrat (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob die Versicherte am 4 . November 2020 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 12. Oktober 2020 sei aufzuheben und es seien ihr die

gesetzlichen und allfälligen vertraglichen Leistungen

zuzu sprechen. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie ein Gutachten einhole und hernach über die Leistungen neu entscheide (S. 2). In ihrer Beschwerdeantwort vom 9. Dezember 2020 (Urk. 8) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit auf diese einzutreten sei. Dies wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 10. Dezember 2020 (Urk.

E. 14

) zur Kenntnis gebracht wurde.

Am 21. Dezember 2020 (Urk. 15) reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. med. C. ____, Facharzt für Innere Medizin FMH, vom 16. November 2020 (Urk. 16) ein. Am 20. Januar 2021 (Urk. 19) nahm die Beschwerdegegnerin dazu Stellung unter Beilage eines Schreibens des Spitals Y. ____, vom 19. Dezember 2019 (Urk. 20). Die Stellungnahme samt Beilage wurden der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 25. Januar 2021 (Urk. 21) zur Kenntnis zugestellt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Hinsichtlich des Antrages der Beschwerdeführerin

auf Zusprache von allfälligen vertraglich geschuldeten Leistungen (vgl. Urk. 1 S. 2) ist vorweg zu bemerken, dass solche nicht Gegenstand des vorliegenden auf Leistungen aus dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) beschränkten Verfahrens bilden. Auf den diesbezüglichen Antrag ist daher nicht einzutreten. 2. 2. 1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_170/2019 vom 16. Mai 2019 E. 2.2.2 mit Hinweisen).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. 2. 2

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).

2.3

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen). 2.4

2.4.1

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, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a). Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (Urteil des Bundesgerichts 8C_75/2016 vom 18. April 2016 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 2.1). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (BGE 138 V 248 E. 5.1 mit Hinweis).

Bei psychischen Beschwerden nach einem Schreckereignis erfolgt die Adäquanzprüfung gemäss der allgemeinen Adäquanzformel. Gleich wurde bei Beschwerden als direkte Folgen eines zeckenstichbedingten Leidens entschieden. Bei Schleudertraumen und

vergleichbaren Unfallmechanismen erfolgt die Adäquanzbeurteilung nach der sog. Scheulertrauma-Praxis und im Übrigen gemäss den zu psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall entwickelten Grundsätzen (Urteil des Bundesgerichts 8C_208/2015 vom 17. Juni 2015 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen).

Damit psychische Beschwerden (im Sinne von organisch nicht klar ausgewiesenen Beschwerden) als Auswirkung

eines zeckenstichbedingten Leidens qualifiziert werden können, müssen sie mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenen Wahrscheinlichkeit als direkte Folge auf das Unfallereignis zurückzuführen sein. Die Qualifikation der psychischen Beschwerden als direkte Auswirkungen der Erkrankung oder aber als sekundäre Folge davon beziehungsweise reine psychische Erkrankung hat aufgrund der ärztlichen Berichte zu erfolgen (Urteil des Bundesgerichts U 245/99 vom 17. Mai 2001 E. 4 ; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_208/2015 vom 17. Juni 2015 E. 4.2.1). 2 . 4 . 2

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie beispielsweise einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse ohne aufwendige Abklärungen im psychischen Bereich davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (vgl. BGE 120 V 352 E. 5b/ aa , 115 V 133 E. 6a). 2 . 5

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 praxismässig 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). 3 . 3 . 1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungseinstellung per 29. Februar 2020 im Einspracheentscheid (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte sowie die aktengestützte Beurteilung des beratenden Dr. med. D. ____, Facharzt FMH für Innere Medizin und für Physikalische Medizin und Rehabilitation, mit der Wiedererlangung der vorbestehenden Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 2.3), dem Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhanges (S. 4 f. Ziff. 2.4) sowie dem fehlenden adäquaten Kausalzusammenhang (S. 5 Ziff. 2.5). Zudem erachtete die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt aufgrund der vorhandenen medizinischen Unterlagen als umfassend abgeklärt, womit von weiteren Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten seien (S. 5 Ziff. 2.6; vgl. auch die Beschwerdeantwort vom 9. Dezember 2020 [Urk. 8]).

In ihrer Stellungnahme vom 20. Januar 2021 (Urk. 19) zum Bericht von Dr. C.____ vom 16. November 2020 äusserte sie sich dahingehend, dass sich aus diesem hin sichtlich des medizinischen Sachverhaltes keine objektivierbaren neuen Erkenntnisse ergäben (S. 1 unten). 3 .2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber in ihrer Beschwerde (Urk. 1) geltend, ihre Behandler hätten im Bericht vom 28. April 2020 Funktionsstörungen beschrieben (Auffälligkeit im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktion, sehr lange Bearbeitungszeit bei der nonverbalen Handlungsplanung), aufgrund welcher sie ihrer Arbeit als Pflegeexpertin nicht nachgehen könne. Dieselben Beschwerden hätten bereits beim Austritt aus der Rehaklinik E.____ bestanden. Sei die Unfallkausalität einmal nachgewiesen, entfalle die anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstelle. Dies sei erst der Fall, wenn der Gesundheitsschaden ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhe. Die Beweislast dafür liege bei der Beschwerdegegnerin. Nur beim Nachweis des gänzlichen Ursachenswegfalls mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entfalle die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. Dr. D.____ habe geurteilt, dass ein Zusammenhang zwischen FSME-Erkrankung und den aktuellen Beschwerden nur noch möglich sei.

Diese Einschätzung sei nicht gleichzusetzen mit der für die Leistungseinstellung erforderlichen Aussage, dass Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gar keine Rolle mehr bei der Aufrechterhaltung des Krankheitsbildes spielten. Der Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt (S. 4-6) . 4 . 4 . 1

Dr. Z.____ und Dr. A.____ vom Spital B.____, wo die Beschwerdeführerin vom 26. August bis 7. September 2019 hospitalisiert war, diagnostizierten am 6.

September 2019 (Urk. 11 /M3) eine FSME (Erstdiagnose am 26. August 2019) bei labortechnischen Werten mit FSME- IgG 2696 U/ml und FSME- IgM positiv sowie einem klinischen Bild mit Fieber, Schwindel, Gang- und Standunsicherheit mit Fallneigung . 4 . 2

Dr. med. F.____, Fachärztin Neurologie, und Assistenzärztin Quadflieg von der Rehaklinik E.____, wo die Beschwerdeführerin vom 7. September bis 18. Oktober 2019 stationär behandelt wurde, nannten in ihrem definitiven Austrittsbericht vom 11. November 2019 (Urk. 11 /M 10) als Diagnose eine FSME mit der Symptomatik Fieber, Schwindel, Gang- und Standunsicherheit mit Fallneigung (S. 1) sowie eine leichte kognitive Störung mit verminderter Belastbarkeit sowie mit Defiziten bei Aufmerksamkeit, visuellem Scanning, Gedächtnis und Exekutivfunktionen (ICD-10 F06.7) und eine Anpassungsstörung, verlängerte depressive Reaktion bei vorbestehender Belastungssituation (ICD-10 F43.21; S. 3). Sie führten aus, bei Austritt sei die Beschwerdeführerin selbständige Fussgängerin ohne Hilfsmittel gewesen. Sie sei in den Aktivitäten des alltäglichen Lebens selbständig. Insgesamt hätten sich einzelne leichte kognitive Defizite in einzelnen kognitiven Teilfunktionen (Aufmerksamkeitsteilung, freier Gedächtnisabruf, Planen und Problemlösen) gezeigt (S. 1). 4 . 3

Dr. rer. soc. G.____, Leitung Neuropsychologie / Neurorehabilitation, und lic. phil. H.____, Neuropsychologin, von der Klinik I.____, wo sich die Beschwerdeführerin vom 21. Oktober 2019 bis 25. Februar 2020 in ambulanter Rehabilitation befand, hielten in ihrem Bericht vom 9. März 2020 (Urk. 11/M14) zum neuropsychologischen Befund fest, die Beschwerdeführerin sei zu allen Qualitäten vollständig orientiert und stets pünktlich

zweimal monatlich zu den Therapieterminen erschienen und habe motiviert an den Sitzungen teilgenommen. Im Kontakt sei sie stets freundlich und zugewandt und ihr Antrieb sei adäquat. Die Grundstimmung sei zu Beginn der Therapie ausgeglichen gewesen, im weiteren Verlauf habe sie bei belastender gesundheitlicher und beruflicher Situation zunehmend bedrückt und besorgt gewirkt. Affektiv sei sie hinreichend gut schwingungsfähig. Die Kritikfähigkeit und das Störungsbewusstsein seien adäquat, die kognitive Belastbarkeit sei über 60 Minuten gegeben, das Arbeitsverhalten sei motiviert und bezüglich des Tempos regelrecht. Das Konzentrationsvermögen und die Auffassungsgabe hätten sich als unauffällig erwiesen (S. 2).

Ende Februar 2020 seien subjektive Befindlichkeitsfragebögen durchgeführt worden, wobei sich in einem Fragebogen zur depressiven Symptomatik (BDI II) eine mittelschwere Ausprägung gezeigt habe. Ein weiterer Fragebogen zur Aufmerksamkeit habe eine erlebte Ablenkbarkeit und eine Verlangsamung in geistigen Prozessen ausgewiesen und auch das subjektive Erleben der Fatigue (FSMC) sei als schwer eingestuft worden (S. 3). 4.4

Der beratende Dr. D.____

hielt in seiner aktengestützten Stellungnahme vom 27. März 2020 (Urk. 11 /M15) fest, die weiterhin vorliegende Leistungsminderung sei nur noch möglicherweise als Folge einer FSME zu beurteilen. Einerseits habe sich von Beginn weg eine rasche Erholung der neurologischen Ausfälle (sowohl bezüglich Mobilität als auch bezüglich der kognitiven Defizite) gezeigt. Die diesbezügliche neuropsychologische Testung in E.____ habe nur noch eine leichte kognitive Beeinträchtigung gezeigt, was auch in der Eintrittsuntersuchung in der Klinik I.____ mit unauffälligem Konzentrationsvermögen und unauffälliger Auffassungsgabe bestätigt worden sei. Der in der Klinik I.____ frisch erhobene subjektive Fragebogen-Test zur Depression (BDI II) zeige - im Gegensatz zu den in E.____ erhobenen Tests (HADS) - eine mittelschwere depressive Symptomatik. Bei dieser zunehmenden depressiven Symptomentwicklung handle es sich nicht um eine FSME-Folge, insbesondere hätten sich die typischen kognitiven Defizite bereits zu Beginn - und wie bei einem günstigen Verlauf zu erwarten - rasch zurückgebildet. Gründe für eine nun zunehmende depressive Symptomatik seien einerseits in der vorbestehenden Krankheitsproblematik (Arbeitsunfähigkeit wegen Bursitis) und andererseits in der geschilderten Arbeitsplatzproblematik zu suchen. Neurologische Ausfälle von Seite der FSME lägen nicht vor (S. 3).

Weiter führte Dr. D.____ aus, es lägen heute mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Folgen einer FSME mehr vor. Die FSME habe von Beginn weg einen günstigen Heilverlauf gezeigt, insbesondere hätten sich die kognitiven Defizite rasch zurückgebildet. Sie seien bei Austritt aus der Rehaklinik E.____ am 18. Oktober 2019 nur noch als leicht bezeichnet worden. Anhaltende strukturelle Hirnschädigungen seien nicht zu erwarten und seien in der initialen Bildgebung auch nicht nachgewiesen worden. Die aktuell im Vordergrund stehende depressive psychische Symptomatik sei nicht darauf zurückzuführen. Neurologische Ausfälle bestünden nicht.

Eine neuropsychologische Behandlung sei aus unfallkausalen Gründen nicht mehr ausgewiesen.

Unfallbedingt sei eine ausführliche neuropsychologische Abklärung nicht indiziert (S. 3 f.).

Am 12. Mai 2020 (Urk. 11 /M16) diagnostizierten Dr. G.____ und lic . phil. J.____ , Neuropsychologe, von der Klinik I.____ , eine leichte neuropsychologische Funktions störung (ICD-10 F06.7; S. 3 Mitte) und berichteten, d a davon ausgegangen wer den könne, dass aufgrund der Bursitis bis auf weiteres nur eine mehrheitlich sitzende Tätigkeit ausgeführt werden könne, sei eine Arbeit als Pflege fachfrau/

Fachexpertin im herkömmlichen Sinn aktuell nicht als realistisch anzusehen. Je doch sei es der Wunsch der Beschwerdeführerin , als Pflegeexpertin ein Betä tigungsfeld zu finden, das mehrheitlich Arbeiten am Schreibtisch beinhalte. Mit dem vorliegenden neuropsychologischen Profil könne angenommen werden, dass die geschilderten Tätigkeiten qualitativ gut ausgeführt werden könnten . Die un systematisch vorliegenden Minderleistungen

in den einzelnen Unterfunktionen

seien eher aufgrund prämorbid vorhandener minimaler

Schwächen oder aufgrund der Auswirkungen der reduzierten Belastbarkeit zu vermuten (S. 4; vgl. auch S.

2

f.) . Im Vordergrund stehe eine alltagsrelevante Fatiguesymptomatik mit erhöhter Müdigkeit und einer reduzierten psychophysischen Belastbarkeit (S. 2 und S. 3). 4 .6

Dr. med. K.____ , Facharzt für Neurologie FMH, hielt in seiner von der Beschwer deführerin in Auftrag gegebenen und im Laufe des vorliegenden Beschwerde ver fahrens eingereichten aktengestützten Stellungnahme vom 25. Juni 2020 (Urk. 3/4) fest, es handle sich nicht um einen schweren Verlauf der FSME-Erkrankung. Die Beschwerdeführerin habe nicht unter einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung gelitten, habe keine epileptischen Anfälle erlitten und habe keiner intensivme dizinischen Behandlung bedurft . Bereits im Spital B.____ sei es ihr unter symptomatischer Therapie deutlich besser

gegangen . Bei Eintritt in die Reha-Klinik E.____

habe sie noch leichte feinmotorische Störungen und Gleichgewichtsstörungen auf gewiesen, die sich im sechswöchigen stationären Behandlungsverlauf zurück bil det hätten. Es sei eine diskrete, kompensierte Schwäche im Hüftbereich ver blie ben, wahrscheinlich i m Zusammenhang mit dem Vorzustand. Das rein kog nitive Leistungsprofil spiegle eher eine minime bis leichte als eine leichte neu ropsy chologische Funktionsstörung wider. Die klinischen Beobachtungen in der Klinik I.____ vom 21. Oktober 2019 bis 25. Februar 2020 , insbesondere des Sozial- und Arbeitsverhaltens , hätten keine Auffälligkeiten gezeigt. Die Beschwerdeführerin sei im Verlauf affektiv aber zunehmend belastet gewesen. Dies in zeitlichem Zusammenhang mit der erfolgten Kündigung des Arbeitsverhältnisses. Die psy chische Symptomatik habe Ende

Februar 2020 gemäss Fragebogen das Ausmass einer mittelschweren Depression angenommen (S. 6 f.) .

Dr. K.____ schloss, bei der Beschwerdeführerin wirk t en unfallfremde und unfall kausale Faktoren an der

Aufrechterhaltung der Arbeitsunfähigkeit mit. Dr. D.____

habe geurteilt , dass ein

Zusammenhang zwischen der FSME-Erkrankung und den aktuellen Beschwerden nur noch möglich sei. Diese Einschätzung sei allerdings nicht gleichzusetzen mit der für die Leistungseinstellung erforderlichen Aussage, dass Unfallfolgen heute mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr bei der Aufrechterhaltung des Krankheitsbildes spielen. Es empfehle sich daher, den Sachverhalt durch ein interdisziplinäres Gutachten (Psychiatrie, Neuropsychologie, Neurologie) abzuklären (S. 7). 4.7

Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, welcher die Beschwerdeführerin am 3. und 16. November 2020 untersuchte, führte im von der Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren eingereichten Bericht vom 16. November

2020 (Urk. 16/1-3) aus, bei der jetzigen Untersuchung habe physikalisch kein wesentlicher pathologischer Befund erhoben werden könne. Insbesondere sei keinerlei Eindruck aufgekommen, dass eine Psychopathie bestehe. Aufgrund der vorliegenden Resultate könne die Diagnose einer durchgemachten FSME im August 2019 mit Eindeutigkeit bestätigt werden. Allerdings bestehe eine erhebliche Restsymptomatik, insbesondere eine ausgeprägte Müdigkeit und neurofunktionelle Defizite, die mit Schwankungen aber letztendlich seit Spitalaustritt bis heute nicht wesentlich gebessert hätten. Die beiliegende Studie (Urk. 16/4-6) von FSME-Patienten aus der Region L.____ zeige, dass auch nach fünf Jahren rund ein Drittel der Patienten an den Folgen der FSME litten, vor allem an neurofunktionellen Defiziten, Müdigkeit et

cetera. Es sei nicht auszuschliessen, dass jetzt nach einem Jahr noch leichte Verbesserungen der neurofunktionellen Beschwerden erreicht werden könnten. 5.

5.1

Unbestritten und durch die medizinischen Akten ausgewiesen ist, dass die Beschwerdeführerin in Ende August

2019 eine FSME-Infektion durch einen Zeckenbiss erlitten hat und in der Folge deswegen unter Fieber, Schwindel, Gang- und Standunsicherheiten gelitten hat, welche überwiegend wahrscheinlich in einem kausalen Zusammenhang mit dem als Unfall zu wertenden Zeckenbiss standen (vgl. Urk. 2 S. 3, E. 3.1-2, E. 4.1-2).

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin für die weiterhin geltend gemachten Beschwerden (wie Auffälligkeit im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktion, sehr lange Bearbeitungszeit bei der nonverbalen Handlungsplanung; vgl. E. 3.2) auch über den 29. Februar 2020 hinaus leistungspflichtig ist. 5.2 5.2.1

Als Grundlage für ihre(n) Einspracheentscheid vom 12.

Oktober 2020 diene der Beschwerdegegnerin die Beurteilung des beratenden Dr. D.____ vom 27. März 2020 (E. 4.4). Dieser begründete unter Berücksichtigung der Aktenlage nachvollziehbar und schlüssig, dass die vorliegende Leistungsminderung zwar

allenfalls auf die FSME zurückgehen könnte, jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Folge der FSME ist. So zeigte er insbesondere

mit Verweis auf die Berichte der Kliniken E.____

vom 11. November 2019 (E. 4.2) und I.____

vom 9. März 2020 (E. 4.3) überzeugend auf, dass sich die Beschwerdeführerin nach der Infektion betreffend Mobilität und der kognitiven Defizite rasch erholte sowie, dass sich zunehmend eine depressive Symptomentwicklung ohne Zusammenhang mit der FSME aufgrund vorbestehender Arbeitsplatz- und Krankheitsproblematik (Arbeitsunfähigkeit wegen Bursitis) zeigte, keine neurologischen Ausfälle wegen der FSME vorlagen sowie dass anhaltende strukturelle Hirnschädigungen in der initialen Bildgebung nicht nachgewiesen und auch nicht zu erwarten sind (E. 4.4). 5.2.2

Die Schlussfolgerungen von Dr. D.____ stehen in Übereinstimmung mit dem Bericht der Klinik E.____ vom 11. November 2019 (E. 4.2), wonach die Beschwerdeführerin nach erfolgter Rehabilitation bei initialer Symptomatik mit Fieber, Schwindel, Gang- und Standunsicherheit mit Fallneigung wieder ohne Hilfsmittel als Fussgängerin in den Alltagsaktivitäten selbständig war und nur noch leichte kognitive Defizite festgestellt werden konnten, wobei sich die Fachärzte über deren Ursprung nicht äusserten, diese jedoch als F-Diagnosen keiner somatischen Ursache zuwies (E. 4.2).

Ebenso steht die Beurteilung von Dr. D.____ im Einklang mit dem Bericht der Klinik I.____ vom

9. März 2020 (E. 4.3), worin deren Fachpersonen betreffend den neuropsychologischen Befund feststellten, dass die kognitive Belastbarkeit über 60 Minuten gegeben war und das Konzentrationsvermögen sowie die Auffassungsgabe unauffällig waren, jedoch eine erhebliche depressive Symptomatik festgestellt wurde. 5.2.3

Ebenso vereinbar ist die Beurteilung von Dr. D.____ mit dem nachgängigen Bericht der Klinik I.____ vom 12. Mai 2020 (E. 4.5), worin die leichte neuropsychologische Funktionsstörung in Form der unsystematischen Minderleistungen in den einzelnen Unterfunktionen eher prämorbid vorhandener minimaler Schwächen oder Auswirkungen der reduzierten Belastbarkeit,

denn der durchgemachten FSME zugeschrieben wurden.

Daneben ist zu bemerken, dass die Fachpersonen der Klinik I.____ – entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung, sie könne der Tätigkeit als Pflegeexpertin nicht mehr nachgehen (Urk. 1 Ziff. 11) – sie in dieser Tätigkeit sehr wohl als arbeitsfähig erachteten, stellten sie doch fest, dass mit dem vorliegenden neuropsychologischen Profil angenommen werden kann, dass die Tätigkeit als Pflegeexpertin qualitativ gut ausgeführt werden kann. Andauernde Einschränkungen in der Tätigkeit als Pflegeexpertin sahen die Fachpersonen der Klinik I.____ nur aufgrund der vorbestehenden Bursitis.

Im Vordergrund stand die reduzierte psychophysische Belastbarkeit, welche einen schrittweisen beruflichen Wiedereinstieg erforderlich machte. 5.2.4

Was die von der Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren eingereichten Berichte von Dr. K.____

vom 25. Juni

2020 (E. 4.6) und von Dr. C.____ vom 16. November 2020 (E. 4.7) angeht, vermögen diese keine Zweifel an der Beurteilung von Dr. D.____ zu wecken.

Dr. K.____ bestätigt mit seiner aktengestützten Stellungnahme den leichten Verlauf der FSME. So verwies er darauf, dass die Beschwerdeführerin nicht unter einer tiefgreifenden

Bewusstseinsstörung gelitten und keine epileptischen Anfälle erlitten hatte, keine intensivmedizinische Behandlung bedurft und sich ihr Zustand unter Therapie rasch verbessert hatte. Er wies zutreffend daraufhin, dass ihr Sozial- und Arbeitsverhalten in der Klinik I.____

(21. Oktober 2019 bis 25. Februar 2020) unauffällig war und die psychische Symptomatik im Zusammenhang mit der erfolgten Kündigung das Ausmass einer mittelschweren Depression angenommen hatte. Die Einschätzung von Dr. D.____ zog Dr. K.____ somit nicht in Zweifel. Im Grunde wies er im Sinne eines Kritikpunktes einzig darauf hin, dass mit dem Bericht von Dr. D.____ keine ausreichende Beurteilung vorliege, um den Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhangs zu begründen.

Gleiches gilt für den im vorliegenden Verfahren eingereichten

Bericht von Dr. C.____ vom 16. November 2020 (E. 4.7). Er

beschrieb darin einen eigentlich unauffälligen Befund, indem er ausführte, dass er keinen physikalisch wesentlichen pathologischen Befund erheben konnte und dass ihm – als psychiatrisch-psychotherapeutisch fachärztlich nicht ausgebildeter Arzt – nicht der Eindruck gekommen sei, eine Psychopathie bestehe. Mit der zumindest im Verlauf aufgetretenen

psychischen Problematik, wie sie im Bericht der Klinik I.____ vom 9. März 2020 geschildert wurde (E. 4.3), setzte er sich nicht auseinander. Dass er die bestehende Restsymptomatik somit einzig und direkt der erlittenen FSME-Erkrankung zuschreibt, vermag unter diesen Umständen nicht zu überzeugen beziehungsweise die Beurteilung von Dr. D.____ nicht in Frage zu stellen.

Neue und relevante medizinische Aspekte, welche von Dr. D.____ nicht berücksichtigt worden wären, wurden weder von Dr. K.____ noch von Dr. C.____ angeführt. 5.2.5

Nach dem Gesagten vermögen die anderweitigen Einschätzungen an der Beurteilung von Dr. D.____

keine auch nur geringe Zweifel zu wecken. Es ist darauf abzustellen.

Dr. D.____ wurde seitens der Beschwerdegegnerin die im Hinblick auf den Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhangs entscheidende Frage, ob mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit vom Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens auszugehen sei, nicht gestellt. Ob damit die Leistungseinstellung aufgrund des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs begründet wäre, muss offen bleiben.

Jedoch ergibt sich aus der Beurteilung von Dr. D.____ sowie den weiteren Berichten, dass den nach der FSME

festgestellten,

in neuropsychologischen Testuntersuchungen validierten kognitiven Defiziten

keine relevante Bedeutung zukommt. Die durch Tests nachgewiesenen neuropsychologischen Defizite sind nach der Einschätzung von Dr. K.____ nicht nur als leicht, sondern als minim bis leicht zu beurteilen (E. 4.6).

Sie zeitigen für sich keine weiteren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit als Pflegeexpertin (E. 5.2.3) und bedürfen keiner weiteren Behandlung (E. 4.4).

Dementsprechend begründen sich daraus keine Leistungsansprüche. Im Vordergrund steht nach der überzeugenden

Beurteilung von Dr.

D.____

nunmehr die nach dem Unfall eingetretene depressive Symptomatik mit Auswirkung auf die Belastbarkeit, welche nicht (direkt) auf die Infektionskrankheit FSME zurückzuführen ist. An diesem Beweisergebnis vermöchten auch weitere Abklärungen nichts zu ändern, weshalb darauf in

antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist (BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1).

Im Hinblick auf die vorliegenden psychischen Einschränkungen ist im Rahmen der nachfolgenden Adäquanzprüfung

damit die Rechtsprechung anzuwenden, wie sie für psychische Fehlentwicklungen gilt. 6.

In Anwendung der Psycho-Praxis und in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ist vorliegend ein leichter Unfall anzunehmen, – was seitens der Beschwerdeführerin zu Recht unbestritten geblieben ist (Urk. 1 und Urk. 2 Ziff. 2.5). Damit sind

die adäquate Kausalität

zwischen dem Zeckenbiss und den geltend gemachten Beschwerden und Einschränkungen sowie der Anspruch auf Versicherungsleistungen nach dem 1. März 2020

zu verneinen (Urteil des Bundesgerichts 8C_208/2015 E. 4.2 ;).

Der angefochtene Entscheid erweist sich somit als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Diane Günthart - Rechtsanwältin Dr. Kathrin Hässig - 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubMüller

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