

200 13 1031 UV
GRD/PES/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 21. April 2015

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin



gegen

Basler Versicherung AG
Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel
vertreten durch Rechtsanwalt C. _____
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 21. Oktober 2013

Sachverhalt:

A.

Die 1960 geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war bei der ... angestellt und aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Basler Versicherungen AG (nachfolgend Basler bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als sie am 17. Juni 2012 mittags einen Zeckenbiss erlitt. Gemäss Schadenmeldung UVG vom 17. Juli 2012 war sie in der Folge ab dem 12. Juli 2012 arbeitsunfähig (act. IIA 80).

Gemäss Arztzeugnis UVG des Hausarztes Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 17. August 2012 leidet die Versicherte seit dem Zeckenbiss nach eigenen Angaben an einem allgemeinen Krankheitsgefühl mit Müdigkeit, Kopfschmerzen, Druck auf den Augen sowie Fieber. Laborchemisch seien erhöhte Antikörper für FSME gefunden worden. Die Beschwerdeführerin sei seit dem 12. Juli arbeitsunfähig. Er rechne mit einem Fallabschluss Ende August (act. IIA 77).

Mit Versicherungsbericht vom 12. Dezember 2012 hielt Dr. med. D._____ fest, im Vordergrund stünden eine Leistungsintoleranz mit starker Lärmempfindlichkeit, Gleichgewichtsstörungen, Konzentrationsstörungen, Nachtschweiss, Kopfschmerzen, Nackenschmerzen mit verspanntem Schultergürtel und eine Lichtüberempfindlichkeit. An objektiven Befunden bestehe der entsprechende Laborbefund, welcher für eine FSME-Infektion typisch sei. Die Versicherte komme ca. alle vier Wochen in seine Sprechstunde zur Beurteilung des Verlaufes, insbesondere der Arbeitsfähigkeit. Leider sei noch keine Verbesserung des Zustandes eingetreten. Gegen das FSME-Virus gebe es keine Therapie. Es müsse der spontane Verlauf abgewartet werden (act. IIA 74).

Nach Rücksprache mit ihrem beratenden Arzt (act. IIA 65) beauftragte die Basler in der Folge Dr. med. E._____, Facharzt für Neurologie, mit einer gutachterlichen Untersuchung der Versicherten (act. IIA 61). Das entsprechende Gutachten datiert vom 3. Juni 2013 (act. IIA 45 ff.).

Mit Verfügung vom 5. Juni 2013 stellte die Basler gestützt auf dieses Gutachten ihre Leistungen per 9. Juni 2013 mangels Kausalität ein (act. IIA 43 f.).

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, am 8. Juli 2013 Einsprache mit den Anträgen, die Verfügung sei aufzuheben und die Kausalität zwischen ihren Beschwerden und dem Zeckenbiss vom 17. Juni 2012 zu bejahen. Zur Klärung der Frage der Kausalität seien das MEDAS-Gutachten und die Krankengeschichte zusammen mit einem gezielten Fragenkatalog einem anerkannten Facharzt für Zeckenkrankheiten zur Prüfung vorzulegen (act. IIA 26 – 29).

Mit Eingabe vom 5. August 2013 (act. IIA 17 – 18) reichte Fürsprecher B._____ in Ergänzung zur Einsprache ein von ihm eingeholtes Aktengutachten vom 1. August 2013 (act. IIA 19 – 24) von Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, zu den Akten.

Die Basler unterbreitete die Akten in der Folge ihrem beratenden Arzt Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, zur versicherungsmedizinischen Stellungnahme (Stellungnahme vom 16. Oktober 2013; act. IIA 5 – 16).

Mit Einspracheentscheid vom 21. Oktober 2013 wies die Basler die Einsprache ab. Die geltend gemachten Beschwerden seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den am 17. Juni 2012 erlittenen Zeckenbiss zurückzuführen (act. IIA 1 – 4).

B.

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte, wiederum vertreten durch Fürsprecher B._____, am 21. November 2013 u.a. unter Beilage einer Stellungnahme von Dr. med. F._____ vom 6. November 2013 (act. I 9) Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit den Rechtsbegehren, der Einspracheentscheid sei aufzuheben und der medizinische Sachverhalt von Amtes wegen durch Anordnung eines fachärztlichen Gutachtens abzuklären. Eventuell seien die Akten zur Neubeurteilung an die Vorinstanz

zurückzuweisen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Februar 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt C._____, unter Beilage einer erneuten versicherungsmedizinischen Stellungnahme von Dr. med. G._____ vom 19. Dezember 2013 (act. II 2) die Abweisung der Beschwerde.

Mit ergänzender Stellungnahme vom 10. März 2014 liess die Beschwerdeführerin ein bei Prof. Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Infektiologie FMH, eingeholtes Aktengutachten vom 22. Januar 2014 (act. I 10) zu den Akten reichen. Gleichzeitig wurden die Rechtsbegehren dahingehend modifiziert, als neu nicht mehr eine weitergehende Abklärung, sondern direkt eine Leistungszusprache über den 9. Juni 2013 hinaus beantragt wird. Mit Eingabe vom 20. März 2014 liess die Beschwerdeführerin zudem noch eine Stellungnahme von Prof. Dr. med. H._____ vom 4. März 2014 zum Bericht von Dr. med. G._____ vom 19. Dezember 2013 nachreichen (act. I 12).

Mit Duplik vom 13. Mai 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin unter Beilage eines in Kenntnis sämtlicher zwischenzeitlich eingegangener Berichte und Stellungnahmen erstellten neurologischen Aktengutachtens des Erstbegutachters vom 1. Mai 2014 (act. II 3) unverändert die Abweisung der Beschwerde.

Im Rahmen von Schlussbemerkungen hielten die Parteien je an ihren Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über

den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 21. Oktober 2013 (act. IIA 1 – 4). Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin aus UVG im Zusammenhang mit einem Zeckenbiss vom 17. Juni 2012 über den 9. Juni 2013 hinaus.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG). Nach der

Rechtsprechung erfüllt ein Zeckenbiss sämtliche Merkmale dieses Unfallbegriffs (vgl. BGE 122 V 230).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. 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 Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.2.2 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 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

2.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

2.4 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3).

Ein Parteigutachten besitzt nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich be-

stellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c S. 354; SVR 2013 IV Nr. 40 S. 119 E. 2).

2.5 Das Sozialversicherungsrecht kennt keinen allgemeinen Rechtsgrundsatz, wonach im Zweifelsfalle zugunsten der versicherten Person zu entscheiden sei. Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur, wenn die Voraussetzungen dafür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind (ZAK 1983 S. 260 E. 2b). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs einer möglichen Ursache genügt es nicht, dass die andern in Betracht fallenden Ursachen als weniger wahrscheinlich erscheinen, sondern es ist auch bezüglich der am ehesten möglichen Ursache näher abzuklären, welche konkreten Gründe für die Kausalität zwischen dieser Ursache und dem Krankheitsbild sprechen (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 5. Dezember 2003, U 140/03, E. 2). Für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist die Formel "post hoc, ergo propter hoc" nicht massgebend, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3).

3.

3.1 Dr. med. E. _____ kam in seinem neurologischen Gutachten vom 3. Juni 2013 (act. IIA 45 – 58) aufgrund der Akten sowie der Ergebnisse seiner persönlichen Befragung und klinischen Untersuchung der Beschwerdeführerin zum Schluss, dass die Annahme einer frischen FSME-Infektion nicht mit dem hinreichenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu begründen sei. Ein Zusammenhang mit dem Zeckenbiss vom 17. Juni 2012 sei allenfalls möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Die angegebene Beschwerdesymptomatik mit Kopfschmerz, Nackenschmerz, Licht- und Lärmempfindlichkeit sowie Konzentrationsstörungen sei in der dargestellten intensiven Form nicht durch objektive Befunde hinreichend begründbar. Es könne keine neurologische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Es liege ein Status nach möglicher Meningitis im Juli 2012 unklarer Genese vor, möglicherwei-

se zeckenbissassoziiert, jedoch keine überwiegend wahrscheinliche frische FSME-Infektion und keine überwiegend wahrscheinliche frische Borrelioseinfektion. Medizinisch-theoretisch lägen keine objektivierbaren organischen Befunde vor, welche eine Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Die Laborbefunde zeigten eine Konstellation, wie sie mit einer alten, mit Immunität einhergehenden früheren FSME-Infektion vereinbar sei. Der Laborbefund vermöge keine frische FSME-Infektion zu belegen. Er weise bei gleichbleibendem Wert von 3.4/3.5 IgG bei negativ bleibenden IgM-Titern sehr viel wahrscheinlicher auf eine Immunität bei früher durchgemachtem FSME-Infekt hin. Betrachte man die Entwicklung der Beschwerdesymptomatik, so gebe die Beschwerdeführerin insbesondere eine chronische anhaltende Müdigkeit und rasche Ermüdbarkeit an, die nach ihren wiederholt erfragten Angaben aber völlig unverändert vormittags wie auch abends bestehe.

Eine derartige Fatigue-Symptomatik ohne Variabilität über den Tag erscheine ausgesprochen ungewöhnlich. Üblicherweise komme es bei einer organisch begründeten Fatigue-Symptomatik im Tagesverlauf zu einer deutlichen Zunahme der Müdigkeit, was die Beschwerdeführerin aber explizit verneine. Betrachte man die Ergebnisse des durchgeführten Symptomvalidierungstests, so falle ein deutlich pathologisches, deutlich verzögertes Reaktionsverhalten auf, was als Hinweis für eine mangelhafte Anstrengungsbereitschaft bzw. reduzierte Motivation gewertet werden müsse, zumal der Test üblicherweise auch von schwer hirngeschädigten Personen gut bewältigt werde. Während der gesamten Anamnese hätten sich keinerlei Einschränkungen in der Auffassungsgabe oder der Umstellungsfähigkeit gezeigt. Auch die Konzentration habe nicht nachgelassen und es sei zu keinen erkennbaren Fehlleistungen gekommen. Das themenabhängig etwas wenig modulierte und etwas matt wirkende Ausdrucksverhalten sei durchgehend in etwa gleicher Form erkennbar gewesen, ohne im Verlauf zuzunehmen, obwohl die Untersuchung abends von 16.30 bis nach 18.00 Uhr durchgeführt worden sei. Die gesamte neurologische Untersuchung habe keinerlei Hinweis für ein organisch begründbares, zentral neurologisches Defizit ergeben. Trotz angegebener Schwindelgefühle habe sich auch keinerlei Unsicherheit oder Ataxie bei der Koordination der Extremitäten oder den Stand- und Gangproben gezeigt. Betrachte man das Tagesprofil der Versicherten, so beschreibe sie eine sehr gute Fähigkeit zu

mehrfach täglichen Spaziergängen mit ihrem Hund von jeweils einer halben bis einer Stunde, die Besorgung des Haushaltes und die tägliche Durchführung ihrer einstündigen Morgengymnastik. Aus neurologischer Sicht bestünden keine Gesundheitsbeschwerden, die überwiegend wahrscheinlich unfallkausal seien. Es seien keine objektivierbaren organischen Befunde festzustellen, welche eine Arbeitsunfähigkeit oder einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung begründen könnten.

3.2 Mit Aktengutachten vom 1. August 2013 (act. IIA 19 – 24) hielt Dr. med. F. _____ als Diagnose einen Status nach Meningoenzephalitis mit Restbeschwerden fest. Differentialdiagnostisch liege anamnestisch/klinisch ein dringender Verdacht auf einen Status nach FSME vor. Ein konstant hoher FSME-Titer wie bei der Beschwerdeführerin schliesse eine frische FSME nicht aus, da der Wert ja erst einen Monat nach Beginn der Beschwerden erhoben worden sei. Auch seien die IgM-Titer als Zeichen einer frischen Infektion nach einem Monat häufig schon wieder negativ. Beachte man die Serologie isoliert (erhöhte IgG-Titer), so könne eine frische Infektion weder eindeutig diagnostiziert noch ausgeschlossen werden. Beurteile man die Titer aber unter Einbezug des Beschwerdebildes und der zeitlichen Verhältnisse (Zeckenstich in einem FSME-Hochrisikogebiet, ein für eine FSME zeitgerechtes Auftreten von Beschwerden, ein für eine FSME-Meningoenzephalitis typischer zweizeitiger Symptomablauf, für eine Meningoenzephalitis typische Symptome und der Ausschluss anderer Ursachen), so werde eine FSME überwiegend wahrscheinlich.

3.3 Dr. med. G. _____ hielt in seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 16. Oktober 2013 (act. IIA 5 – 16) diesbezüglich fest, dass die Serologie bei der Beschwerdeführerin gegen einen frischen Infekt spreche. Sie lasse lediglich die Aussage zu, dass ein Kontakt zu FSME vorgelegen habe, welcher längere Zeit zurückliege. Für FSME sprächen der Aufenthalt in einem Risikogebiet sowie der Zeckenbiss. Die Prodromalphase mit grippeähnlichen Symptomen und anschliessend einer Meningitis bewiesen FSME nicht überwiegend wahrscheinlich, da dieser Verlauf auch bei anderen viralen Meningitiden vorkomme. Dr. med. E. _____ habe hier korrekt versicherungsmedizinisch beurteilt, wonach eine durch den

Zeckenbiss vom 17. Juni 2012 verursachte FSME zwar möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich sei.

3.4 In seiner Stellungnahme vom 6. November 2013 (act. I 9) hielt Dr. med. F. _____ hierauf fest, es sei richtig, dass die Symptome der Patientin als unspezifisch beurteilt werden könnten. Auch sei richtig, dass für die aufgeführten Beschwerden eine breite Differentialdiagnose in Frage komme. Dr. med. G. _____ unterscheide aber nicht zwischen Symptomatik und Verlauf. Für eine FSME typisch respektive spezifisch sei eine Zweizeitigkeit, die sich bei keiner anderen viralen Meningitis resp. Meningoenzephalitis finde. Bei der FSME sei der Verlauf wie folgt: Prodromalstadium, beschwerdefreies (-armes) Zwischenstadium während Tagen, dann meningoenzephalitisches Stadium. Beurteile man den IgG-Antikörpertiter im zeitlichen Zusammenhang und im Verbund mit den anamnestischen Angaben und der Klinik sowie dem Verlauf, so sei eine durch den Zeckenbiss vom 17. Juni 2012 verursachte FSME überwiegend wahrscheinlich.

3.5 Mit erneuter versicherungsmedizinischer Stellungnahme vom 19. Dezember 2013 (act. II 2) hielt Dr. med. G. _____ fest, dass bei der Beschwerdeführerin kein zweiphasiger Verlauf dokumentiert sei und es sich somit erübrige, auf gutachterlicher Ebene darüber zu streiten, ob ein solcher typisch oder spezifisch sei. Dass ein frischer oder kürzlich stattgefunden Infekt mit FSME stattgefunden habe, sei eine reine Hypothese ohne Beweiskraft. Es sei zwar korrekt, dass ein IgM-Titer bei der FSME nach einem Monat wieder negativ sein könne. Dies stelle jedoch eine Ausnahme dar. Dass vorliegend zum Zeitpunkt der Akutphase mit Bild einer Meningitis kein IgM-Nachweis serologisch habe dokumentiert werden können, spreche gegen einen frischen Infekt mit FSME. Die Fakten vermöchten eine FSME lediglich als möglich zu klassifizieren, jedoch nicht als überwiegend wahrscheinlich und schon gar nicht als gesichert. Dabei verwies er mehrfach auf die Leitlinien für Diagnostik und Therapie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zur Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME).

3.6 In seinem Aktengutachten vom 22. Januar 2014 (act. I 10) hielt Prof. Dr. med. H. _____ fest, dass eine FSME nur nach einem Zeckenbiss auftrete. Allerdings sei auch möglich, dass der Zeckenbiss vom 17. Juni 2012 bei der Beschwerdeführerin nicht zu einer Infektion geführt habe und

somit nicht mit der folgenden Krankheit kausal in Zusammenhang stehe und dass nach dem Zeckenbiss in der Folge „zufällig“ eine andere virale oder bakterielle Erkrankung die Symptomatik verursacht habe. Das gesamte Muster der Symptome, des klinischen Verlaufs, des Langzeitverlaufs und das Auftreten der Symptomatik nach einem klar dokumentierten Zeckenbiss, der innerhalb der bekannten Inkubationszeit auch ärztlich dokumentiert sei, machten eine FSME im Vergleich mit den anderen Differentialdiagnosen jedoch überwiegend wahrscheinlich (act. I 10). Zur Stellungnahme von Dr. med. G. _____ vom 19. Dezember 2013 hielt er zusammenfassend fest, dass dieser insofern recht habe, als dass im Falle der Beschwerdeführerin ganz entscheidende Elemente zum Beweis einer sicheren FSME fehlten. Er liege aber bei vielen Argumenten falsch und verstehe die Guideline der Deutschen Gesellschaft für Neurologie falsch oder zitiere sie nicht vollständig. Diese Leitlinien seien eine klinische Guideline, die patientenorientiert sei und nicht primär ein Papier, welches ausgelegt sei, um strittige Fälle juristisch lösen zu können (vgl. act. I 12 S. 4).

3.7 In seinem Aktengutachten vom 1. Mai 2014 (act. II 3) hielt Dr. med. E. _____ fest, zusammenfassend müsse unter besonderer Berücksichtigung der verschiedenen, völlig atypischen Phänomene davon ausgegangen werden, dass der Beweis einer in den letzten Jahre stattgefundenen FSME nach den geltenden wissenschaftlichen Kriterien nicht möglich sei. Zu keinem Zeitpunkt hätten in der Vergangenheit meningitische Veränderungen, Bewusstseinsstörungen, veränderte Sehnenreflexe, Paresen, reproduzierbare Sensibilitätsstörungen, Nystagmen, Schluckstörungen, Atemstörungen, Muskelzuckungen oder epileptische Krampfanfälle beobachtet oder beschrieben werden können. Bei der Beschwerdeführerin fehlten typische und spezifische Störungen der bewegungsbezogenen Funktionen sowie – abgesehen von atypischen (vieldeutigen) Schmerzen – Störungen der Sinnesfunktionen. Auch hätten keine Störungen der mentalen Funktionen reproduzierbar belegt und glaubhaft gemacht werden können. Der atypische Verlauf, die atypische serologische und klinische Befundkonstellation mit völlig unspezifischer Symptomatik berechtigten somit weder wissenschaftlich noch versicherungsmedizinisch zur hinreichend plausiblen Annahme einer abgelaufenen akuten FSME mit chronischen Auswirkungen. Es könne allenfalls die mögliche Verdachtsdiagnose einer

stattgehabten leichten FSME-Infektion diskutiert werden, ein Beweis mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit sei jedoch weiterhin nicht möglich.

4.

4.1 Das Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 3. Juni 2013 (act. IIA 45 – 58) erfüllt sämtliche der unter Erwägung 2.4 hiavor genannten, von der Rechtsprechung an medizinische Expertisen gestellten Anforderungen. Es ist im Hinblick auf die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die getätigten Schlussfolgerungen sind begründet. Dem Gutachten ist somit grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353). Die Beurteilung durch Dr. med. E. _____, wonach der Zeckenbiss vom 17. Juni 2012 bei der Beschwerdeführerin nur möglicherweise, aber nicht überwiegend wahrscheinlich zu einer FSME geführt und damit die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden ausgelöst hat, ist schlüssig und nachvollziehbar. Von den Privatgutachtern Dr. med. F. _____ und Prof. Dr. med. H. _____ werden in ihren Aktengutachten und Stellungnahmen keine Aspekte benannt, die von Dr. med. E. _____ unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, wie sich insbesondere auch aus dessen Aktengutachten vom 1. Mai 2014 (act. II 3) ergibt. In diesem Aktengutachten, das Dr. med. E. _____ in Kenntnis sämtlicher in der Zwischenzeit ergangener Stellungnahmen bzw. Privatgutachten erstattet hat, legt er erneut in überzeugender Weise dar, weshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass die Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit dem geklagten Zeckenbiss tatsächlich eine FSME durchgemacht hat. Seiner Beurteilung ist dabei erhöhtes Gewicht beizumessen, da Dr. med. E. _____ die Beschwerdeführerin als einziger persönlich untersucht hat und er zudem als einziger der Gutachter Facharzt für Neurologie ist, was zur Beurteilung einer FSME – welche eine neurologische Erkrankung darstellt – nicht unbedeutend ist. Wie Dr. med. E. _____ schlüssig darlegt,

ist eine durch den Zeckenbiss vom 17. Juni 2012 verursachte frische FSME-Infektion aufgrund der gesamten Umstände möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich. An dieser Beurteilung würde sich entgegen der Meinung von Prof. Dr. med. H. _____ selbst dann nichts ändern, wenn man mit ihm davon ausginge, dass eine durch den Zeckenbiss vom 17. Juni 2012 verursachte frische FSME-Infektion wahrscheinlicher sei, als die zahlreichen anderen möglichen Ursachen für die von der Beschwerdeführerin geklagten unspezifischen Beschwerden (vgl. E. 2.5 hiervoor). Eine frische FSME-Infektion wäre gemessen an den zahlreichen anderen möglichen Ursachen damit immer noch nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Beschwerdegegnerin hat nach dem Dargelegten einen Kausalzusammenhang zwischen den von der Beschwerdeführerin nach wie vor geklagten Beschwerden und dem Zeckenbiss vom 17. Juni 2012 zu Recht verneint. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 21. Oktober 2013 ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde als unbegründet abzuweisen.

4.2 Es bleibt darauf hinzuweisen, dass selbst wenn man davon ausginge, dass mit dem Zeckenbiss vom 17. Juni 2012 eine frische Infektion mit dem FSME-Virus stattgefunden hätte, der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 21. Oktober 2013 im Ergebnis nicht zu beanstanden wäre. Gegen das FSME-Virus gibt es unstrittig keine Behandlung (act. IIA 74, 22, 9). Zudem lagen im Zeitpunkt des Fallabschlusses durch die Beschwerdegegnerin gemäss dem schlüssigen Gutachten von Dr. med. E. _____ (vgl. E. 3.1 hiervoor) bei der Beschwerdeführerin keine objektiven Befunde mehr vor, die eine Arbeitsunfähigkeit oder einen Anspruch auf eine Integritätsentschädigung begründen könnten. Etwas Gegenteiliges wird auch von den Privatgutachtern nicht geltend gemacht und kann aufgrund des unbestritten gebliebenen aktiven Tagesablaufs der Beschwerdeführerin (vgl. act. IIA 54 sowie E. 3.1 hiervoor) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den 9. Juni 2013 hinaus wäre somit auch diesfalls zu verneinen.

5.

5.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht weder für die unterliegende Beschwerdeführerin noch für die obsiegende Beschwerdegegnerin ein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG; BGE 126 V 143 E. 4a S. 150).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Rechtsanwalt C. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.