

200 13 366 UV
GRD/PES/KRK

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 6. Mai 2014

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Peter

A. _____
Beschwerdeführer



gegen

Sympany Versicherungen AG
Peter Merian-Weg 4, 4002 Basel
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 3. April 2013

Sachverhalt:

A.

Der 1967 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war als ... bei der B._____ angestellt und aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Sympany Versicherungen AG (nachfolgend Sympany bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als er ca. im September/Oktober 2010 einen Zeckenbiss erlitt. Gemäss Unfallmeldung UVG vom 16. Januar 2011 sowie den ergänzenden Angaben des Versicherten vom 16. März 2011 war er in der Folge ab dem 3. Januar 2011 zu 100% arbeitsunfähig (Antwortbeilage [AB] 1 und 5).

Nach Eingang diverser medizinischer Unterlagen (AB 2 – 4 sowie 6 – 11) und vorübergehender Ausrichtung von Leistungen lehnte die Sympany die Ausrichtung von Versicherungsleistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung mit Verfügung vom 31. Januar 2012 (AB 12) rückwirkend per 1. Januar 2011 ab. Auf die Rückforderung der bereits erbrachten Heilkosten wurde unpräjudiziell verzichtet.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 21. Februar 2012 (AB 14) Einsprache. Am 1. März 2012 ging der Sympany zudem ein neuer Bericht von Dr. med. C._____ vom 27. Februar 2012 zur Einsprache zu (AB 15).

Im März 2012 wurde der Versicherte im Auftrag der IV-Stelle Bern durch Dr. med. D._____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie FMH, und Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, interdisziplinär begutachtet (Gutachten vom 3. April 2012 [D._____; AB 16] und Gutachten vom 10. April 2012 [E._____; AB 17]). Am 21. Juni 2012 fand zudem eine Untersuchung durch Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Kardiologie FMH (AB 18) sowie im September 2012 eine neurologische Begutachtung durch Dr. med. G._____, Facharzt für Neurologie FMH, statt (Gutachten vom 5. Oktober 2012 [AB 19]).

Nach Einholung einer versicherungsmedizinischen Stellungnahme ihres Vertrauensarztes Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, zu den eingelangten Akten und Gutachten (AB 20) hob die Sympany mit Verfügung vom 16. Januar 2013 (AB 21) ihre Verfügung vom 31. Januar 2012 (AB 12) wiedererwägungsweise auf und anerkannte für die Zeit bis und mit dem 17. Juni 2011 im Zusammenhang mit dem Zeckenbiss vom Oktober 2010 eine Leistungspflicht ihrerseits aus obligatorischer Unfallversicherung. Für die Zeit danach lehnte sie die Ausrichtung von Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung ab.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 8. Februar 2013 Einsprache (AB 23). Mit Entscheid vom 3. April 2013 (AB 25) wies die Sympany die Einsprache ab.

B.

Mit Beschwerde vom 6. Mai 2013 (Datum der Postaufgabe) beantragt der Versicherte sinngemäss die Aufhebung des Einspracheentscheides der Sympany vom 3. April 2013 und die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen über den 17. Juni 2011 hinaus. In der Begründung wird im Wesentlichen eine ungenügende Abklärung des medizinischen Sachverhalts geltend gemacht.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. Mai 2013 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

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. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er 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 3. April 2013 (AB 25). Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin aus UVG im Zusammenhang mit einem Zeckenbiss vom Herbst 2010 über den 17. Juni 2011 hinaus.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG). Sie beurteilen offensichtlich begründete oder offensichtlich unbegründete Fälle in Zweierbesetzung (Art. 56 Abs. 3 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 psychi-

schen 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 entfiel ("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 Ebenso wie der leistungsbegründende 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 blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

2.4 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).

2.5 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).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte 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 in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen Folgendes:

3.1.1 Im Bericht vom 21. Januar 2011 diagnostizierten die Ärzte des Spitals J._____ beim Beschwerdeführer ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts ohne Ausfallerscheinungen. Laborchemisch hätten sie eine positive Borrelien-Serologie im Sinne einer frischen Borrelien-

Infektion bei ausserdem pathologischem Blutbild gefunden. Einen Zusammenhang zwischen der kürzlich erfolgten Borrelien-Infektion und den lumbospondylogenen Schmerzen sei im Kontext eher unwahrscheinlich. Dennoch würden sie eine Lumbalpunktion als indiziert erachten (AB 2 S. 2).

Im Rahmen der in der Folge durchgeführten Lumbalpunktion vom 15. Februar 2011 fanden sich keine Hinweise auf eine Neuroborreliose bei grenzwertigem Protein. In der Folge hielten die Ärzte des Spitals J. _____ an ihrer Diagnose eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms rechts ohne Ausfallerscheinungen fest (AB 4).

3.1.2 Im Bericht vom 20. Juni 2011 führte Dr. med. C. _____ als Diagnosen im Wesentlichen ein multilokuläres Schmerzsyndrom und eine Borreliose rechte Schulter im Dezember 2010 auf. Aufgrund der Anamnese, des Status, der rezidivierend erhöhten Proteine im Liquor und einer intratekalen IgM-Produktion müsse seines Erachtens von einer Neuroborreliose ausgegangen werden (AB 7).

Im Bericht vom 18. Juli 2011 hielt Dr. med. C. _____ fest, dass hinsichtlich der Schmerzen die Ätiologie weiterhin unklar bleibe. Differentialdiagnostisch könne es sich um ein Post-Lyme-Syndrom handeln (AB 9).

3.1.3 Im Austrittsbericht vom 30. September 2011 des Spitals J. _____ Bern wurden als Diagnosen generalisierte rezidivierende Gelenkschmerzen unklarer Ätiologie, differentialdiagnostisch im Rahmen einer axialen und peripheren Hypermobilität, und rezidivierende Hinterhauptschmerzen, möglicherweise Analgetika induziert, aufgeführt. In Berücksichtigung aller Befunde habe sich kein Hinweis für eine Affektion des Zentralnervensystems (ZNS) als Ursache der Symptomatik ergeben. Ein rheumatologisches Konzil habe die diffusen, flüchtigen Gelenkschmerzen im Rahmen einer axialen und peripheren Hypermobilität und einer beginnenden muskulären Dekonditionierung beurteilt. Die Kopfschmerzen seien möglicherweise mit einer Dekonditionierung und einem erhöhten Gebrauch von Analgetika zu erklären. Dass die Ende 2010 abgelaufene Borrelieninfektion einen Auslöser der nun chronifizierten Beschwerden darstelle, sei durchaus möglich, aktuell fänden sich jedoch keine Hinweise, dass eine weitere floride Infektion die Symptome unterhalte (AB 10).

3.1.4 Im Bericht vom 27. Februar 2012 hielt Dr. med. C. _____ fest, die Falldefinition eines Post-Lyme-Syndroms sei gegeben. Dies auch insbesondere im Hinblick auf die wiederholte Untersuchung der Neurologie des Spitals J. _____ vom Herbst 2011, in welcher eine andere internistische resp. neurologische Erkrankung habe ausgeschlossen werden können (AB 15).

3.1.5 Im rheumatologischen Gutachten vom 3. April 2012 hielt Dr. med. D. _____ als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen unspezifische rezidivierende Gelenkschmerzen und unspezifische Rückenschmerzen, rezidivierende Kopfschmerzen und eine aktivierte leichtgradige Spondylarthrose L4/5 beidseits fest. Rheumatologisch bestehe keine spezifische Symptomatik, welche die Schmerzen erkläre. Es bestehe jedoch vor allem am rechten Bein, eventuell auch am rechten Arm ein Verdacht auf eine neurologische Symptomatik. Es könne nicht ausgeschlossen werden, dass sich darunter ein somatischer Kern verstecke, der zumindest teilweise die Symptome erkläre. Der Beschwerdeführer leide an unklaren, chronischen generalisierten Rückenschmerzen und Arthralgien und fühle sich dadurch subjektiv stark beeinträchtigt, was jedoch rheumatologisch nicht begründet werden könne. Aus rheumatologischer Sicht bestehe keine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit sei zu 8½ Stunden täglich zumutbar (AB 16 S. 19 ff.).

Im Gutachten vom 10. April 2012 hielt Dr. med. E. _____ fest, aus psychiatrischer Sicht lasse sich keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41). Beim Exploranden liessen sich Belastungen nachweisen, welche als schwerwiegend genug zu betrachten seien, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Schmerzen zu stehen. Aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerden von Seiten der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, wie diese selbst, als leichtgradig zu beurteilen seien, könne aus psychiatrischer Sicht sowohl in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer alternativen Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und auch keine Verminderung der Leistungsfähigkeit begründet werden. Beim Beschwer-

deführer liessen sich zudem Ressourcen erkennen; diesbezüglich sei insbesondere die intakte psychosoziale Funktionsfähigkeit zu nennen. Die Copingstrategien seien als gut zu beurteilen. Auf diese Ressourcen und Copingstrategien könne sich der Beschwerdeführer bei der Ausübung einer Tätigkeit aus rein psychiatrischer Sicht abstützen (AB 17 S. 8 ff.).

In ihrer interdisziplinären Beurteilung verwiesen Dr. med. D._____ und Dr. med. E._____ auf die Einschätzung gemäss dem rheumatologischen Gutachten (AB 16 S. 26, AB 17 S. 14).

3.1.6 Im Bericht vom 6. Juli 2012 führte Dr. med. F._____ als Diagnose ein Post-Lyme-Syndrom nach akquirierter Neuroborreliose mit klinisch relevanter Verschlimmerung des vorgängig asymptomatischen Vorzustandes Diskopathie L4/S1 auf. Die bisherige Therapierefraktärität bestätige das Post-Lyme-Syndrom. Es bestünden persistierende, den Beschwerdeführer in seinen täglichen Aktivitäten beeinträchtigende Symptome wie Müdigkeit, Arthralgien, Myalgien und radikuläre Beschwerden während mehr als sechs Monaten nach Abschluss der intravenösen Antibiose. Aufgrund der anhaltenden Klinik sei die Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit nicht möglich. Es stelle sich die Frage, ob die vorgeschlagene stationäre Neurorehabilitation eine dem Leiden angepasste Tätigkeit erlauben werde. Dabei dürfte es sich um eine leichte Tätigkeit mit abwechslungsreichem Bewegungsmuster handeln (AB 18).

3.1.7 Im neurologischen Gutachten vom 5. Oktober 2012 führte Dr. med. G._____ als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fluktuierende Schmerzen unklarer Ursache und differentialdiagnostisch ein mögliches Post-Lyme-Syndrom auf. Es bestehe eine Beeinträchtigung im Sinne eines Schmerzsyndroms von fluktuierendem Ausmass und wechselnder Lokalisation betreffend den Kopf, diverse Gelenke und den Rücken. Diese Beeinträchtigung bestehe subjektiv und sei nicht objektivierbar. Eine chronische Neuroborreliose liege nicht vor. Aus neurologischer Sicht könne kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Kopfschmerzen könnten bei starkem Ausmass eine gewisse Beeinträchtigung bedingen, begründeten aber per se keine prinzipielle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bezüglich des Rückens sei klinisch kein pathologischer Befund objektivierbar, die MRI-Bilder vom Januar 2011 zeigten degenerative Veränderungen,

welche nicht über das Altersentsprechende hinausgingen. Die Funktionalität sei intakt und die Belastbarkeit gegeben. Aus neurologischer Sicht bestehe weder in der bisherigen Tätigkeit noch in anderen Tätigkeiten eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (AB 19 S. 7 ff.).

3.1.8 In der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 29. Dezember 2012 hielt Dr. med. H. _____ fest, aufgrund der Akten und Leitlinien sei überwiegend wahrscheinlich eine akute Borreliose vorgelegen sowie überwiegend wahrscheinlich auch eine Neuroborreliose. Damit sei eine Unfallkausalität bis Mitte Juni 2011 überwiegend wahrscheinlich gegeben. Mit dem Auftreten einer somatoformen Schmerzstörung beim Versicherten, welche auf einem innerpsychischen Konflikt beruhe und somit unfallfremd sei, liege jedoch eine überholende Kausalität vor und es sei festzuhalten, dass die Beschwerden ab Mitte/Ende Juni 2011 lediglich noch möglich kausal zum Zeckenbiss vom September/Oktober 2010 seien, jedoch nicht mehr überwiegend wahrscheinlich (AB 20 S. 20 f.).

3.2 Das kombinierte rheumatologische und psychiatrische Gutachten der Dres. med. D. _____ und E. _____ vom 3. und 10. April 2012 sowie das neurologische Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 5. Oktober 2012 sind umfassend, beruhen auf einlässlichen anamnestischen Erhebungen sowie eigenen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis sowie unter Würdigung der Vorakten erstellt. Die in der Darlegung der Befunde, der Diagnosen und der daraus abzuleitenden Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit widerspruchsfrei und nachvollziehbar begründeten Gutachten erfüllen die vom Bundesgericht an den Beweiswert von solchen gestellten Anforderungen und sind damit voll beweiskräftig (vgl. E. 2.5 hiervor). Alle drei Gutachter kommen für sich bzw. gemeinsam nachvollziehbar zum Schluss, dass in keiner ihrer Disziplinen eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden kann. Im Einzelnen ist Folgendes festzuhalten:

3.3 In rheumatologischer Hinsicht konnten gemäss den Ausführungen von Dr. med. D. _____ vom April 2012 weder klinisch noch bildgebend objektivierbare Befunde festgestellt werden, welche die Schmerzen erklärten (AB 16 S. 20). Dementsprechend wurde aus somatisch-rheumatologischer Sicht nachvollziehbar keine Einschränkung der Arbeits-

fähigkeit attestiert (AB 16 S. 24). Das Vorliegen eines Post-Lyme-Syndroms bezeichnete Dr. med. D. _____ aus rheumatologischer Sicht als äusserst unwahrscheinlich (AB 16 S. 22).

Der von Dr. med. D. _____ (ausserhalb seines Fachgebiets) geäusserte Verdacht auf eine mögliche neurologische Symptomatik (AB 16 S. 20) konnte vom Neurologen Dr. med. G. _____ im Rahmen seiner Untersuchung vom September 2012 nicht bestätigt werden. Gemäss seinen Ausführungen präsentierte sich der klinisch-neurologische Status unauffällig. Anhaltspunkte für das Vorliegen einer radikulären Reiz- oder sensomotorischen Ausfallssymptomatik fanden sich nicht. Ein relevantes Vertebralesyndrom war nicht nachzuweisen. Ebenso konnte kein organisch-pathologisches Substrat der geklagten Kopfschmerzen erhoben werden (AB 19 S. 8). Weiter schloss der Gutachter aufgrund der erhobenen Befunde eine chronische Neuroborreliose aus. Das Vorliegen eines Post-Lyme-Syndroms bezeichnete er aufgrund der Untersuchungsergebnisse und nach einlässlicher Diskussion der hierfür geltenden fachlichen Kriterien (unter Einbezug der rheumatologischen Einschätzung von Dr. med. D. _____) zwar differentialdiagnostisch als möglich, aber nicht als überwiegend wahrscheinlich (AB 19 S. 7 und 9). Mangels objektivierbarer Befunde vermochte Dr. med. G. _____ aus neurologischer Sicht nachvollziehbar keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu formulieren (AB 19 S. 10).

Aus den weiteren medizinischen Unterlagen ergibt sich in somatischer Hinsicht nichts anderes. Im Januar 2011 wurde eine Borrelien-Serologie (AB 2 S. 2) sowie in den Monaten Februar und März 2011 je eine Liquoruntersuchung durchgeführt (AB 4, 7). Aufgrund der Untersuchungsergebnisse hielt Dr. med. C. _____ vom Spital K. _____ in seinen Berichten vom 20. Juni und 18. Juli 2011 diagnostisch eine Borrelieninfektion im Dezember 2010 fest (AB 7, 9); eine anhaltende bzw. chronifizierte Neuroborreliose beschrieb er in den erwähnten Berichten aber nicht. Das Vorliegen eines Post-Lyme-Syndroms bezeichnete er – wie Dr. med. G. _____ – im Sinne einer Differentialdiagnose allein als möglich (AB 7). Damit übereinstimmend wurde im Austrittsbericht des Spitals J. _____ vom 30. September 2011 eine Ende 2010 abgelaufene Borrelieninfektion bestätigt, eine weitere

floride Borrelieninfektion jedoch verneint. Im Übrigen konnte auch in diesem Bericht weder aus neurologischer Sicht noch von Seiten des rheumatologischen Konzils eine organisch-pathologische Ursache der geklagten Schmerzen beschrieben werden (AB 10).

Nicht zu überzeugen vermögen vor diesem Hintergrund die späteren Ausführungen von Dr. med. C. _____ im (als Einsprache gegen die leistungsabweisende Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 31. Januar 2012 bezeichneten) Bericht vom 27. Dezember 2012, worin er – im Widerspruch zu seiner früheren Einschätzung vom 18. Juli 2011 – das Vorliegen eines Post-Lyme-Syndroms auf der Basis derselben Laborergebnisse von Anfang 2011 nunmehr als „gegeben“ postuliert hat (AB 15 S. 2). Gleichzeitig hielt aber auch er fest, dass keine aktive Neuroborreliose mehr bestehe (AB 15 S. 1). Ebenfalls nicht zu überzeugen vermag der Bericht von Dr. med. F. _____ vom 6. Juli 2012, in welchem ohne Kenntnis der Gutachten vom 3. und 10. April 2012 sowie allein mit Hinweis auf eine Therapierefraktärität der Beschwerden vom Vorliegen eines Post-Lyme-Syndroms und deshalb von einer Unfallkausalität und einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen worden ist (AB 18).

Zusammenfassend liegt nach dem Gesagten eine Schmerzproblematik vor, für welche es an einem organisch-pathologischen Korrelat fehlt. Ein körperlicher, die Arbeits- und Leistungsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden ist somit nicht ausgewiesen. Dies auch dann nicht, wenn vom Vorliegen eines – allerdings nicht überwiegend wahrscheinlichen – Post-Lyme-Syndroms auszugehen wäre, da damit einzig ein Symptomenkomplex bezeichnet wird, dessen Pathogenese (Entstehung und Entwicklung der Krankheit) jedoch unklar ist. Massgebend ist, dass eine weiterhin aktive, die Arbeitsfähigkeit einschränkende Borreliose nach dem vorstehend Erwähnten ab Mitte Juni 2011 nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszuschliessen ist (vgl. das schlüssige Aktengutachten von Dr. med. H. _____ vom 29. Dezember 2012, AB 20). Unter diesen Umständen erübrigen sich weitere Abklärungen bzw. das Abwarten weiterer Befunde, da davon keine anderen bzw. neuen Erkenntnisse zu erwarten sind. Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass spätestens ab dem 17. Juni

2011 die vom Beschwerdeführer weiterhin geklagten Beschwerden nicht mehr unfallkausal sind.

Zusammenfassend ist der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 3. April 2013 damit nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde als offensichtlich unbegründet abzuweisen.

4.

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

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht weder für den unterliegenden Beschwerdeführer 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):
 - A. _____
 - Sympany Versicherungen AG
 - 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.