

200 13 806 UV
SCP/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. Juli 2015

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsanwältin Dr. iur. C. _____
Beschwerdeführer

gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 26. Juli 2013 (E 1691/13)



Sachverhalt:

A.

Der 1961 geborene A. _____ (fortan Versicherter bzw. Beschwerdeführer) stand vom 1. August 2001 bis 30. September 2011 in einem Arbeitsverhältnis mit der D. _____ (Akten der SUVA [act. II], 23; Akten der IV-Stelle Bern im Verfahren UV/2014/1004 [act. IIA IV], 82/1 Ziff. 2.1, 83.4) und war über seine Arbeitgeberin bei der SUVA obligatorisch unfallversichert. Am 23. März 2013 gelangte die behandelnde Psychiaterin mit einem als «Schadenmeldung» betitelten Schreiben an die SUVA und äusserte den Verdacht, dass der Versicherte an einer chronischen langjährigen Borreliose leiden könnte (act. II 1). Die SUVA verneinte ihre Leistungspflicht mit Verfügung vom 24. April 2013 (act. II 7) gestützt auf eine Beurteilung ihrer Abteilung Arbeitsmedizin (act. II 3) mit der Begründung, dass es sich bei den geklagten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine durch einen allfälligen Zeckenstich ausgelöste chronische Borreliose handle. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. II 16, 20) im Entscheid vom 26. Juli 2013 (act. II 25) fest und verneinte gleichzeitig eine Kausalität zwischen den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und einem neu geltend gemachten Eindringen eines Glassplitters in den Körper.

B.

Mit Eingabe vom 16. September 2013 erhob der Versicherte, vertreten durch den B. _____, Beschwerde. Er beantragt sinngemäss, der angefochtene Einspracheentscheid sei kostenfällig aufzuheben und ihm seien im Zusammenhang mit den geklagten Beschwerden die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen zu gewähren.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 10. Dezember 2013 schloss die SUVA (fortan Beschwerdegegnerin) auf Abweisung der Beschwerde.

In teilweiser Gutheissung eines entsprechenden Verfahrensantrags des Beschwerdeführers sistierte der Instruktionsrichter das Verfahren mit pro-

zessleitender Verfügung vom 20. Dezember 2013 bis zum Vorliegen von neurologischen und infektiologischen Teilexpertisen, die im Rahmen einer im Invalidenversicherungsverfahren veranlassten polydisziplinären Begutachtung erstellt werden sollten.

Am 23. Juni 2014 reichte die IV-Stelle Bern das Gesamtgutachten der MEDAS vom 28. Mai 2014 ein (Akten der IV-Stelle Bern [act. III], 1). Nachdem die Expertise zu den Akten erkannt worden war und der Beschwerdeführer unter Hinweis auf weitere medizinische Unterlagen (Akten des Beschwerdeführers [act. I], 10-18) ein Obergutachten beantragt hatte, holte der Instruktionsrichter am 20. November 2014 eine Stellungnahme der MEDAS ein.

Nach mehrmaligen Fristerstreckungen gelangte am 15. Mai 2015 seitens der MEDAS die Stellungnahme des infektiologischen Gutachters vom 8. Mai 2015 (in den Gerichtsakten) samt Beilagen (Akten der MEDAS [act. IIIA], 1-8) ein, worauf das Beschwerdeverfahren wieder aufgenommen wurde.

In ihren Schlussbemerkungen vom 18. bzw. 19. Juni 2015 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest, wobei der Beschwerdeführer weitere Unterlagen ins Recht legte (act. I 19 f.).

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (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 Abs. 2 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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 26. Juli 2013 (act. II 25). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit einem geltend gemachten Zeckenstich bzw. dem Eindringen eines Glassplitters in den Körper.

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 vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [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).

2.2 Der Beschwerdeführer macht geltend, seine gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien entweder auf einen Zeckenstich oder auf einen im

Bereich des Halses eingedrungenen Glassplitter zurückzuführen (Beschwerde S. 2 Ziff. III Ziff. 1).

2.2.1 Nach der Rechtsprechung erfüllt ein Zeckenstich sämtliche Merkmale des Unfallbegriffs (BGE 122 V 230). Ein Eindringen eines Glassplitters in den menschlichen Körper stellt einen äusseren Faktor dar und kann – soweit auch die übrigen kumulativen Tatbestandselemente gemäss Legaldefinition erfüllt sind – ebenso als Unfall qualifiziert werden. Ob der Leistungsansprecher den Unfallnachweis (vgl. BGE 116 V 136 E. 4b S. 140, 114 V 298 E. 5b S. 305; RKUV 2003 U 485 S. 259 E. 5) erbracht hat, ist allerdings fraglich. Eine den Anforderungen entsprechende formelle Unfallmeldung (vgl. Art. 45 UVG i.V.m. Art. 53 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]) liegt nicht vor und eine nähere zeitliche Eingrenzung der alternativ vorgebrachten Ereignisse erfolgte nicht, was auch im Zusammenhang mit der Frage der Versicherungsdeckung relevant sein könnte (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 6. September 2010, 8C_868/2009, E. 4.2; act. II 23/2). Immerhin war der Beschwerdeführer nach der Auflösung des langjährigen Arbeitsverhältnisses per 30. September 2011 zwischenzeitlich wiederum in einem SUVA -Betrieb (... [act. III 1.5/5 Ziff. 2.1]; Art. 66 Abs. 1 lit. e UVG) tätig und bezog Taggeld der Arbeitslosenversicherung (act. II 26/12; act. III 1.8/11), womit er bei der SUVA weiterhin bzw. erneut obligatorisch unfallversichert war (vgl. 2 der Verordnung vom 24. Januar 1996 über die Unfallversicherung von arbeitslosen Personen [UVAL; SR 837.171]).

2.2.2 Wenngleich der Beschwerdeführer vom 1. August 2001 bis 30. September 2011 in der ... tätig war, ist nicht erstellt, dass tatsächlich ein Glassplitter in seinen Körper eindrang. Es handelt sich um eine blosse Vermutung, wobei auch ein anderer Fremdkörper in Betracht gezogen wurde (act. II 1/11 lit. a). Der Beschwerdeführer unterzog sich zweimal einem Eingriff im Bereich des Halses rechts, wobei ihm ein Neurom am Nervus auricularis magnus (grosser Ohrnerv) entfernt wurde (act. II 1/32, 1/35; act. III 1.1/23 Ziff. 5.3). Daraufhin vertrat er die Auffassung, nach der ersten Operation sei «etwas darin geblieben», das auf und ab wandere und herausgeschnitten werden müsse (act. II 1/40). Weil die Schmerzen ebenso

ein Residuum im Zusammenhang mit dem Neurom darstellen können, könnte der Unfallbegriff nur dann als erfüllt geltend, wenn sich die Gesundheitsschädigung ihrer Natur nach zweifelsfrei einem äusseren Faktor zuordnen liesse. Diese Voraussetzung ist nicht erfüllt, nachdem feststeht, dass der Beschwerdeführer nicht weiss, sondern lediglich vermutet, dass ein Glassplitter oder ein anderer Fremdkörper in seinen Hals eingedrungen ist (vgl. Entscheid des BGer vom 21. Oktober 2011, 8C_689/2011, E. 7.1). Im Übrigen wies die Beschwerdegegnerin zutreffend darauf hin (Beschwerdeantwort S. 7 f. Ziff. III Ziff. 6.5 ff.), dass auch intraoperativ kein Fremdkörper gefunden wurde, diesbezüglich keine objektiven medizinischen Befunde vorliegen und die diagnostizierte Eosinophilie (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 606 f.) keinen zwingenden Rückschluss auf einen Fremdkörper zulässt, was seitens des Beschwerdeführers unwidersprochen blieb. Bei dieser Ausgangslage ist bezüglich des geltend gemachten Fremdkörpers ein Unfallgeschehen nicht glaubhaft gemacht und besteht folglich von vornherein keine Leistungspflicht des Unfallversicherers.

2.2.3 Was den Zeckenstich anbelangt, gab der Beschwerdeführer anlässlich der MEDAS-Begutachtung im Dezember 2013 an, er habe vor zehn bis zwölf Jahren zwei Zeckenstiche erlitten und vor sechs Monaten eine Zecke am Rücken entfernen lassen bzw. er sei vor zirka einem halben Jahr dreimal von Zecken gestochen worden, wobei ihm vorher ein Zeckenstich nicht bewusst gewesen sei (act. III 1.1/14 Ziff. 4.1, 1.7/2 Ziff. 2). Ob sich die versicherte Person an einen Zeckenstich erinnern kann, ist nicht entscheidend. 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 (Entscheid des BGer vom 7. März 2012, 8C_924/2011). Unbestritten und in tatsächlicher Hinsicht erstellt ist, dass aufgrund des Serologiestatus in der Vergangenheit ein Immunkontakt mit *Borrelia burgdorferi* erfolgte (act. II 1/4, 3/2), ob der Nachweis eines Unfalls im Zeitpunkt der Versicherungsdeckung damit erbracht ist, kann mit Blick auf das Nachstehende aber letztlich offen bleiben.

3.

3.1 Der Unfallversicherer haftet für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zu einem versicherten Ereignis steht.

3.2 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).

3.3 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

4.

4.1 Der erfolgte Kontakt mit dem Borreliose-Erreger kann mit serologischen Untersuchungen belegt werden; indessen genügen diese nicht für den Schluss auf eine daraus entstandene Borreliose. Deren Diagnose – gleich welchen Stadiums – setzt ein entsprechendes klinisches Beschwerdebild und den Ausschluss von Differentialdiagnosen voraus, wobei je nach Krankheitsstadium ein pathologischer laborchemischer Test die Wahrscheinlichkeit der Diagnose erhöhen kann. Ebenso hilfreich können bei rückblickender Einschätzung der Verlauf und die Ergebnisse einer Therapie sein. Weitere Indizien sind denkbar (BGer 8C_924/2011 E. 3; SVR 2008 UV Nr. 3 S. 11 E. 4.3; NORBERT SATZ, Klinik der Lyme-Borreliose, 3. Auflage, Bern 2010, S. 189 f. Ziff. 6.1 und S. 525 ff., insbes. S. 529; JOHN EVISON et al., Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern, Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie, Teil 1: Epidemiologie und Diagnostik, in: Schweizerische Ärztezeitung [SAeZ] 2005/41, S. 2332 ff., S. 2333 Ziff. 3 [= act. IIIA 1]). In diesem Zusammenhang lassen sich den medizinischen Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

4.1.1 Die behandelnde Dr. med. E. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, überwies den Beschwerdeführer am 6. Februar 2013 (act. II 1/5-7) zur konsiliarischen Abklärung einer Borreliose an Dr. med. F. _____, der eine Laboruntersuchung veranlasste. Im entsprechenden Laborbericht vom 19. Februar 2013 (act. II 1/4) wurde hinsichtlich *Borrelia burgdorferi* ein positiver Befund im Immunglobulin G (IgG) bzw. ein negativer im Immunglobulin M (IgM) aufgeführt. Die Psychiaterin diagnostizierte daraufhin im Schreiben vom 23. März 2013 (act. II 1/1-3) eine chronische Borreliose. Sie führte aus, nachdem sie die Checkliste nach Dr. G. _____ durchgearbeitet und eine grosse Gewissheit sowie den dringenden Verdacht auf eine chronische Borreliose erhalten habe, sei diese Diagnose durch Dr. med. F. _____ nun bestätigt worden.

4.1.2 Im Aktenbericht der Abteilung Arbeitsmedizin der Beschwerdegegnerin vom 10. April 2013 (act. II 3) ging Dr. med. H. _____, Facharzt für Arbeitsmedizin, diagnostisch von einem Status

nach Immunkontakt mit *Borrelia burgdorferi* aus, hielt aber eine chronische Borreliose für unwahrscheinlich. Er erklärte unter anderem, der erhobene Serologiestatus zeige lediglich, dass in der Vergangenheit einmal ein Immunkontakt mit dem Erreger erfolgt und eine «Seronarbe» zurückgeblieben sei, der Befund beweise jedoch nicht das Vorliegen einer chronischen Borreliose. Spezifische Befunde einer chronischen Borreliose habe Dr. med. E._____ nicht vorlegen können, hingegen erkläre die Diagnoseliste des Beschwerdeführers die erheblichen gesundheitlichen Probleme zwanglos.

4.1.3 Am 21. Mai 2013 wies Dr. med. F._____ gegenüber der Beschwerdegegnerin darauf hin, dass der Laborbefund vom 19. Februar 2013 eindeutig auf eine Lyme-Borreliose hindeute und bat sie, nochmals auf die Befunde einzugehen und eine stichhaltige Begründung für die Ablehnung dieser Diagnose zu geben (act. II 18).

4.1.4 Dr. med. E._____ hielt in den Berichten vom 29. Juni und 29. August 2013 (act. I 7 f.) an der gestellten Diagnose einer chronischen Borreliose fest und kritisierte die Beurteilung von Dr. med. H._____.

4.1.5 Im MEDAS-Teilgutachten vom 6. Januar 2014 (act. III 1.7) schloss Prof. Dr. med. I._____, Facharzt für Infektiologie FMH sowie Allgemeine Innere Medizin FMH, eine chronische Borreliose mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit aus. Er begründete diese Einschätzung hauptsächlich mit der atypischen Anamnese, der im Halsbereich anders erklärbaren Beschwerden, des nicht vorhandenen Antibiotika-Therapieeffekts sowie der nur marginal positiven Borrelienserologie. Auch das Bestehen einer Lyme-Arthritis, einer späten Neuroborreliose sowie eines Post-Lyme-Syndroms negierte er.

4.1.6 Im Schreiben vom 14. November 2015 (act. I 18; vgl. auch act. I 10) erachtete Dr. med. E._____ die infektiologische MEDAS-Expertise für nicht schlüssig. Sie beanstandete unter anderem, dass Prof. Dr. med. I._____ gestützt auf die Resultate der von ihm veranlassten Laboruntersuchung vom 12. Dezember 2013 (act. III 1.7/2) den serologisch positiven Borreliose-Befund nicht mit weiteren Untersuchungsmethoden validiert habe. Aus dem neusten Laborbericht vom 27. Oktober 2014

(act. I 13) ergebe sich ein klarer Hinweis für eine aktuelle Infektion. Zudem habe sie eine eindrückliche Handschwellung, welche sich durch die Antibiose verbessert habe, dokumentiert (act. I 15), was für ein Ansprechen der Therapie spreche und ein zusätzliches Indiz für das Vorliegen einer chronischen Borreliose sei.

4.1.7 In der im Rahmen des gerichtlichen Beweisverfahrens eingeholten Stellungnahme von Prof. Dr. med. I. _____ vom 8. Mai 2015 (in den Gerichtsakten) bestätigte dieser seine gutachterliche Beurteilung und setzte sich mit den Argumenten der behandelnden Psychiaterin auseinander. Zudem erklärte er, im Sinne einer «transparenten Begutachtung», könne durchaus eine nochmalige Begutachtung anderorts hinsichtlich der Borrelioseinfektion in Betracht gezogen werden.

4.1.8 Am 18. Juni 2015 äusserte sich Dr. med. E. _____ zur Stellungnahme des Gutachters (act. I 19) und hielt an ihren Einschätzungen fest. Sie vertrat insbesondere die Auffassung, dass sich Prof. Dr. med. I. _____ auf veraltete Fachliteratur stütze und wies auf Entwicklungen in den USA hin, wo gemäss einer Pressemitteilung des Generalstaatsanwaltes von Connecticut vom 1. Mai 2008 im Rahmen einer kartellrechtlichen Überprüfung ernsthafte Fehler der Leitlinien der IDSA (Infectious Diseases Society of America) zur «Lyme-Borreliose» festgestellt worden seien (act. I 20).

4.2 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).

4.2.1 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. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

4.2.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund 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). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

4.3 Die Verfügung vom 26. April 2013 (act. II 7) sowie der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. Juli 2013 (act. II 25) basieren auf der medizinischen Einschätzung von Dr. med. H. _____ (act. II 3). Dessen Schlussfolgerungen wurden im während des hängigen Beschwerdeverfahrens edierten MEDAS-Teilgutachten (act. III 1.1-1.8) bzw. der eingeholten

gutachterlichen Stellungnahme vom 8. Mai 2015 (in den Gerichtsakten) bestätigt.

4.3.1 Sowohl die Beurteilung des Arbeitsmediziners der SUVA als auch die Expertise von Prof. Dr. med. I. _____ – zusammen mit seiner Stellungnahme zuhanden des Gerichts – erfüllen die höchstrichterlichen Beweisforderungen (vgl. E. 4.2 hievov) und erbringen vollen Beweis. Wenngleich die Exploration erst nach Erlass des Einspracheentscheids erfolgte, erlaubt das gestützt darauf erstellte infektiologische Teilgutachten dennoch Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Einspracheverfahrens bestehende Situation, weshalb es hier ebenfalls zu berücksichtigen ist (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Hinzu kommt, dass es sich bei der MEDAS-Expertise um ein nach den einschlägigen Vorschriften (Art. 44 ATSG, Art. 72^{bis} der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) für die Belange der finalen Invalidenversicherung eingeholtes verwaltungsunabhängiges Gutachten handelt, welches im Zweig der Unfallversicherung seinen erhöhten Beweiswert (vgl. E. 4.2.2 hievov) nicht verliert, zumal den Parteien umfassend Gelegenheit eingeräumt wurde, sich dazu zu äussern (vgl. Entscheid des BGer vom 3. Januar 2008, 8C_131/2007, E. 3.2).

4.3.2 Die Dres. med. H. _____ und I. _____, beides Spezialisten auf dem Gebiet der Infektiologie bzw. Arbeitsmedizin, gingen überzeugend davon aus, dass der serologische Befund wohl für einen Kontakt mit dem Borreliose-Erreger spricht, jedoch Differentialdiagnosen für die geklagten Beschwerden in Betracht fallen (act. II 3/2; act. III 1.7/3). Der Infektiologe würdigte auch den retrospektive Symptomverlauf sowie den fehlenden Erfolg der Antibiotikatherapie (act. III 1.7/2 f.). Was die von Dr. med. E. _____ festgestellte Handschwellung und den in diesem Zusammenhang postulierten Therapieerfolg anbelangt, ist festzustellen, dass die Trophik der Hände im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens bei unauffälligem Tonus keinem pathologischen Befund zugeordnet werden konnte (act. III 1.5/6 Ziff. 2.2), mithin im Rahmen der antizipierten Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162) davon ausgegangen werden kann, dass von weiteren Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten wären.

Prof. Dr. med. I. _____ zeigte unter Hinweis auf die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie im Übrigen nachvollziehbar auf, dass eine über vierwöchige Therapiedauer nicht indiziert ist und ein Teil der Beschwerden allenfalls sogar durch Antibiotikanebenwirkungen zustande gekommen sein könnte (act. III 1.7/2, Stellungnahme vom 8. Mai 2015, S. 1 f.; SAeZ 2005/42 S. 2381 [= act. IIIA 2]). Demgegenüber zog Dr. med. E. _____ gestützt auf den Serologiebefund und im Sinne der beweisrechtlich unmassgeblichen Formel «post hoc, ergo propter hoc» (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3) den Schluss, die vom Beschwerdeführer geklagte Beeinträchtigungen seien die zwingende Folge eines Zeckenstichs. Obwohl der Beschwerdeführer bei ihr in psychiatrischer Behandlung steht, negiert sie mit dem hartnäckigen Festhalten an einer organischen Schmerzursache ein psychisches Krankheitsbild und blendet dabei namentlich aus, dass ihr Patient seit jeher in schwierigsten psychosozialen Verhältnissen lebt und die Beschwerden im Zusammenhang mit erlittenen Verlusten (Scheidung, Tod der Mutter [act. II 1/21, 1/41]) aufgetreten sind. Zudem wurde auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert (act. III 1.1/33 Ziff. 6).

Dr. med. E. _____ befasste sich mit der Anamnese und den vorhandenen Differentialdiagnosen nicht eingehend, sondern ordnet den gesamten Symptomenkomplex einer chronischen Borreliose zu. Soweit sie diesbezüglich dem SUVA -Arbeitsmediziner vorwirft, dieser verneine eine Borreliose aber erkläre nicht, woher die anderen massiven Krankheitssymptome sonst herkämen (act. I 8/2), ist ihr nicht zu folgen. Einerseits verwies Dr. med. H. _____ sehr wohl auf die Diagnoseliste des Beschwerdeführers. Andererseits ist es nicht Sache des obligatorischen Unfallversicherers, die Ursache eines Gesundheitsschadens zu erforschen, hat er doch lediglich abzuklären, ob zwischen den geltend gemachten Beschwerden und einem versicherten Ereignis ein Kausalzusammenhang besteht (Entscheid des BGer vom 19. Dezember 2011, 8C_755, 2011, E. 5.2). Die von Dr. med. E. _____ am infektiologischen MEDAS-Teilgutachten erhobene Kritik findet in den fachmedizinisch anerkannten und damit vorliegend massgeblichen Richtlinien (vgl. E. 4.1 hievore bzw. act. IIIA ff.) keinen Rückhalt und verfängt damit nicht. Sie bezeichnet sich zwar als «Borreliosespezialistin» (act. I 7/3), argumentiert jedoch mit blossen Mutmassungen über die Fol-

gen einer vorhandenen «Seronarbe» und benennt insbesondere keine wesentlichen Aspekte, die im Rahmen der fachärztlichen Administrativbegutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Mit ihren allgemeinen Ausführungen in Bezug auf den «Missstand der untauglichen Tests» bzw. die ihres Erachtens stark veralteten Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie (act. I 19/1 f., 19/4) verkennt sie, dass das Bundesgericht den laborchemischen Tests ohnehin kein umfassendes Gewicht beimisst und es – unbesehen der länger zurückliegenden Entwicklungen in den USA (act. I 20) – auch in neueren Entscheiden nach wie vor auf diese Empfehlungen abstellt (vgl. E. 4.1 hievor). Selbst wenn sie sich tatsächlich «über viele Wochen ins Gebiet der chronischen Borreliose eingearbeitet» haben sollte (act. I 8/2 Ziff. 4), befähigt dies die behandelnde Psychiaterin mangels eines spezifischen Facharztstitels unter beweisrechtlichen Gesichtspunkten nicht, mit ihrer Kritik und ihren Mutmassungen über eine nicht psychische Krankheitsursache die schlüssige Beurteilung des infektiologischen Gutachters zu erschüttern.

4.3.3 Weil anhand der beweiskräftigen Beurteilungen der Dres. med. H._____ und I._____ nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine durch einen Zeckenstich hervorgerufene chronische Borreliose vorliegt, erübrigen sich weitere medizinische Sachverhaltserhebungen bzw. die vom Beschwerdeführer beantragte (Eingabe vom 14. November 2014, S. 3 lit. c; Schlussbemerkungen) Oberbegutachtung.

4.4 Der Einspracheentscheid vom 26. Juli 2013 (act. II 25) ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden; die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - SUVA
 - 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.