

200 16 752 UV
GRD/SCC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. März 2017

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin



betreffend Einspracheentscheid vom 19. Juli 2016

Sachverhalt:

A.

Der 1956 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist für die B._____ AG tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Er meldete der Suva im Oktober 2013, er habe im August 2013 einen Zeckenbiss erlitten und leide an einer Borreliose (Akten der Suva, act. II 1). Nach Einholung der medizinischen Berichte, u.a. des Austrittsberichts des Spitals C._____ vom 4. September 2013 (act. II 7), veranlasste die Suva eine neurologische Beurteilung durch Dr. med. D._____, Facharzt für Neurologie FMH, Versicherungsmedizin der Suva, vom 9. Januar 2014 (act. II 16). Nach weiteren Abklärungen (vgl. u.a. Konsilium des Spitals E._____, vom 6. November 2014 [act. II 59]) erfolgte eine neuerliche neurologische Beurteilung durch Dr. med. D._____ vom 23. Dezember 2014 (act. II 68). Mit Schreiben vom 29. Januar 2015 stellte die Suva den Fallabschluss per 31. Oktober 2013 in Aussicht mit der Begründung, die nach dem 25. Oktober 2013 neu aufgetretenen Beschwerden seien nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur (act. II 69). Nachdem die Krankenversicherung des Versicherten beanstandet hatte, dass nicht die gesamte Aktenlage berücksichtigt worden sei (act. II 78), erfolgte am 3. März 2015 eine weitere neurologische Beurteilung durch Dr. med. D._____ (act. II 80). Mit Verfügung vom 19. März 2015 schloss die Suva den Fall betreffend der Unfallfolgen des Ereignisses von August 2013 per 31. Oktober 2013 ab und stellte die bisherigen Versicherungsleistungen auf diesen Zeitpunkt ein (act. II 83). Hiergegen erhob der Versicherte am 30. März 2015 Einsprache (act. II 87). Die Krankenversicherung des Versicherten verzichtete auf eine Einsprache (act. II 90). Mit Entscheid vom 19. Juli 2016 wies die Suva die Einsprache ab (act. II 103).

B.

Nach einer Früherfassung im Juli 2015 (IVB; Akten der Invalidenversicherung, act. III 1) meldete sich der Beschwerdeführer im August 2015 bei der IV-Stelle Bern (IVB) zum Bezug von Leistungen an (act. III 9). Die IVB veranlasste eine interdisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS F. _____ (MEDAS-Gutachten vom 7. September 2016 [act. III 46.1], psychiatrisches Fachgutachten [act. III 46.4], neurologisches Fachgutachten [act. III 46.5], pneumologisches Fachgutachten [act. III 46.7], neuropsychologisches Fachgutachten [act. III 46.8]).

C.

Am 25. August 2016 erhob der Versicherte beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der Suva vom 19. Juli 2016 (act. II 103). Er beantragt, es seien ihm Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis von August 2013 auch über den 31. Oktober 2013 hinaus zu erbringen.

Mit Beschwerdeantwort vom 25. Oktober 2016 beantragt die Suva die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 27. Oktober 2016 holte der Instruktionsrichter die IV-Akten ein. Nach Aufforderung reichten die Parteien keine Schlussbemerkungen ein.

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 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 der Suva vom 19. Juli 2016, mit welcher die Leistungen bezüglich des Ereignisses von August 2013 per 31. Oktober 2013 eingestellt wurden. Streitig ist die Leistungspflicht der Suva ab dem 1. November 2013.

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 UVG).

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).

2.3

2.3.1 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). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

2.3.2 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).

Die Anforderungen an den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs in Medizin und Recht müssen nicht immer gänzlich deckungsgleich sein. Deshalb kann es vorkommen, dass der natürliche Kausalzusammenhang aufgrund (unfall-)medizinischer Erfahrung rechtlich bejaht wird, obwohl im Einzelfall ein strikter Beweis im medizinisch-wissenschaftlichen Sinn nicht zu erbringen ist (BGE 117 V 369 E. 3e S. 379).

2.3.3 Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversiche-

rungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе 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 leistungsbe gründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, 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. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Nach der Rechtsprechung erfüllt der Zeckenbiss sämtliche Merkmale des Unfallbegriffs gemäss Art. 9 Abs. 1 UVV bzw. Art. 4 ATSG (BGE 122 V 230 ff.). Bei der durch Zeckenbiss übertragenen Lyme-Borreliose handelt es sich um eine Infektionskrankheit mit komplexem Krankheitsbild, welches aus unspezifischen Allgemein- und spezifischen Symptomen besteht, die aus dem Befall der einzelnen Organe resultieren. Zu den wichtigsten Allgemeinsymptomen gehören Müdigkeit, Malaise, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Fieber, Arthralgien, Myalgien, Heiserkeit, Nausea, Erbrechen, Konjunktivitis, Gewichtsverlust, Diarrhöe. Bekannt sind auch Beeinträchtigungen der Psyche wie insbesondere depressive Verstimmungen. Als Folge kann ferner ein Chronic Fatigue-Syndrom auftreten, wobei für dessen Diagnose andere Krankheiten ausgeschlossen sein müssen (vgl. Norbert Satz, Klinik der Lyme-Borreliose, 2. Aufl. Bern 2002, S. 95 ff. und 190 ff.). Psychische Beeinträchtigungen können eine direkte Folge der Infektionskrankheit sein. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwi-

schen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden kann diesfalls ohne weiteres bejaht werden, weil die Infizierung mit dem Borreliose-Erreger nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung, wozu in erster Linie die wissenschaftlichen Erkenntnisse gehören, einen Erfolg von der Art des eingetretenen zu bewirken vermag (BGE 129 V 181 Erw. 3.2 u. 405 Erw. 2.2, je mit Hinweisen). Handelt es sich dagegen um sekundäre Folgen in dem Sinne, dass die betroffene Person mit der Krankheit insgesamt oder mit Folgen davon psychisch nicht fertig wird und deshalb erkrankt, hat die Adäquanzprüfung nach den für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen massgebenden Kriterien zu geschehen (BGE 115 V 133 ff.). Die Qualifikation der psychischen Beschwerden als direkte Auswirkungen der Erkrankung oder aber als sekundäre Folge davon bzw. als rein psychische Erkrankung hat aufgrund der ärztlichen Berichte zu erfolgen (Entscheid des Eidg. Versicherungsgerichts [heute: Bundesgericht] vom 14. März 2005, U 282/04, E. 2.2).

Es ist unter den Parteien unbestritten, dass im August 2013 eine Neuroborreliose aufgetreten ist (vgl. act. II 68 S. 8). Die Beschwerdegegnerin erbrachte in der Folge Leistungen, wobei sie diese per 31. Oktober 2013 einstellte (act. II 83). Umstritten ist die Leistungseinstellung durch die Suva und damit die Frage, ob die natürliche Kausalität zwischen den weiterhin vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden und dem Ereignis von August 2013 ab November 2013 weggefallen ist.

3.2 Den Akten ist aus medizinischer Sicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Im Austrittsbericht vom 4. September 2013 – nach Aufenthalt vom 24. August bis 2. September 2013 – diagnostizierten die Ärzte des Spitals C._____ eine Neuroborreliose mit Doppelbilder bei Abducenparese links (act. II 7).

3.2.2 Im Arzzeugnis vom 8. November 2013 ging die Hausärztin Dr. med. G._____ von einem Status nach Neuroborreliose, vollständig regredient, und aktuell einer persistierenden Fatigue aus (act. II 8).

3.2.3 In der neurologischen Beurteilung vom 9. Januar 2014 hielt der Suva -Neurologe Dr. med. D._____ fest, der Beschwerdeführer sei im

August 2013 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an einer Neuroborreliose erkrankt (act. II 16 S. 3).

3.2.4 Im Bericht vom 6. Juni 2014 (act. II 47; act. III 19.3 S. 16 ff.) diagnostizierte Dr. med. H._____, Fachärztin für Innere Medizin, Infektiologie, Spital C._____, einen Status nach Neuroborreliose im August 2013, einen progredient radiologisch demyelinisierenden Prozess Medulla oblongata und Pons und multiple supratentorielle Signalstörungen, eine Diskushernie C4/5, C5/6 mit foraminale Einengung beidseits, ein mittelschweres Schlafapnoe/Hypopnoe Syndrom OSAS, einen chronischen Schwankschwindel bei peripher vestibulärer Störung und ein Impingement Syndrom Schulter rechts sowie eine arterielle Hypertonie (act. II 47 S. 1). Sie führte aus, ein Zusammenhang aller vom Patienten berichteter Symptome mit dem Status nach Neuroborreliose im August 2013 sei theoretisch denkbar. Aus der Literatur sei bekannt, dass Patienten mit einer Neuroborreliose insbesondere bei ZNS-Manifestation über Monate bis Jahre unter residuellen Symptomen leiden können. Aufgrund der schnellen und korrekten Behandlung des Patienten sei aber von einer guten Prognose auszugehen. Dennoch seien in der Literatur residuelle Symptome auch nach neun Monaten nach korrekter Behandlung von bis zu 30 bis 50 % beschrieben, welche auch noch über Jahre hinweg andauern könnten (act. II 47 S. 2).

3.2.5 Im Bericht vom 18. August 2014 führte der behandelnde Neurologe Dr. med. I._____ aus, die erhöhte Liquor-Zellzahl belege, dass ein zentraler Immunprozess immer noch aktiv sei. Dies könne grundsätzlich die Neuroborreliose sein, die nicht suffizient behandelt sei, oder ein anderer Immunprozess. Eine weitere Differenzierung sei labortechnisch nicht möglich. Es werde daher eine Behandlung mit Rocephin durchgeführt (act. II 51 S. 1).

3.2.6 Im Konsiliumsbericht vom 3. November 2014 – gestützt auf bildgebende Untersuchungen – führte Prof. Dr. J._____, Spital E._____, aus, die in der MRI-Untersuchung vom 26. August 2014 beschriebene KM-Anreicherung entlang des N. trigeminus links passe gut zu einem akuten entzündlichen Prozess. Die KM-Anreicherung sei im Verlauf vollständig regredient gewesen. Die beschriebenen T2/FLAIR-Hyperintensitäten könn-

ten ebenfalls entzündlich bedingt sein, DD mikrovaskulär bedingt. Das Erscheinungsbild der T2-, FLAIR-Hyperintensitäten in der Medula oblongata passten zu einer hypertrophen Olivendegeneration (Hypertrophic olivary degeneration, HOD), möglicherweise bedingt durch die kleine ischämische Läsion im dorsalen Pons links, DD kämen in erster Linie entzündlich demyelinisierende Läsionen in Frage (act. II 59 S. 2).

3.2.7 Im Bericht vom 18. November 2014 hielt Dr. med. I. _____ fest, bei der heutigen Untersuchung hätten keine eindeutigen pathologischen Befunde bestanden, wobei die Reflexprüfung der oberen Extremitäten nicht ganz symmetrisch gewesen sei und eine minime Babinski-Tendenz auf der rechten Seite nicht auszuschliessen sei. Wenn eine Borreliose jetzt ausreichend behandelt sei, sei mit einer Erholung der Fatigue über viele Monate zu rechnen (act. II 60 S. 1). Am 18. Dezember 2014 ergänzte er in der Zwischenanamnese, es lägen keine wesentliche Änderung, keine neuen Symptome vor, aber die Fatigue sei auch nicht verschwunden (act. II 67 S. 1)

3.2.8 In der neurologischen Beurteilung vom 23. Dezember 2014 ging der Suva -Neurologe Dr. med. D. _____ davon aus, dass sich aus dem klinischen Verlauf, den radiologischen Befunden und den Liquorbefunden zwei Phasen unterscheiden liessen. Eine akute Erkrankungsphase im August 2013, welche nach antibiotischer Behandlung bis spätestens am 15. Oktober 2013 zu einer vollständigen Regredienz der initial vorhandenen Doppelbilder geführt habe. Eine zweite Phase könne etwa ab Anfang des Jahres 2014 abgegrenzt werden, in der Erschöpfbarkeit, Tagesmüdigkeit, Gliederschmerzen und ein unklarer Schwankschwindel aufgetreten seien. Die Symptome der zweiten Phase unterschieden sich vom initial vorhandenen, peripher-neurologischen Krankheitsbild und stünden nach suffizienter antibiotischer Behandlung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit der im August 2013 aufgetretenen Neuroborreliose (act. II 68 S. 7).

3.2.9 Im Bericht vom 5. Januar 2015 führte der behandelnde Neurologe Dr. med. I. _____ aus, die Laboranalyse zeige eine Normalisierung der Liquor-Zellzahl, damit sei eine Entzündungsaktivität klar regredient. Das MRI habe neue Läsionen nicht gezeigt. Damit bleibe eine Neuroborreliose im Ablauf die wahrscheinlichste Diagnose (act. III 22 S. 26).

3.2.10 In der neurologischen Beurteilung vom 3. März 2015 führte Dr. med. D._____ aus, dass der behandelnde Neurologe Dr. med. I._____ bei seiner letzten eingehenden neurologischen Untersuchung im November 2014 keinen eindeutig pathologischen Befund habe erheben können. Auch habe die am 18. Dezember 2014 durchgeführte MRI-Untersuchung von Gehirn, Hals- und Brustwirbelsäule keine Veränderungen zur Voruntersuchung gezeigt. Insofern ergäben sich aus den nachträglich ausgewerteten Unterlagen keine neuen Anhaltspunkte bezüglich der Kausalitätsfrage. Es könne an der Stellungnahme vom 23. Dezember 2014 festgehalten werden (act. II 80 S. 3).

3.2.11 Im Austrittsbericht vom 20. Oktober 2015 führten die Ärzte des Spitals K._____, aus, kernspintomographisch habe sich am 6. Oktober 2015 hauptbefundlich die vorbekannte alte hyperintense Läsion im Bereich des Guillain-Mollaret Dreiecks des pontomedullären Übergangs beidseits, im Sinne einer bilateralen „hypertrophen Olivendegeneration“ (HOD) gezeigt. Da sich die Neuroborreliose initial mit Doppelbildern manifestiert habe und zu diesem Zeitpunkt bereits die pontomedulläre Läsion im MRI beginnend habe abgegrenzt werden können, sei eine entzündliche Ursache der HOD naheliegend. Ob die Erschöpfbarkeit durch diese Läsion mitbedingt sei, müsse offen gelassen werden. Anhaltende Erschöpfungssyndrome seien jedenfalls im Allgemeinen nach Enzephalitiden (ohne nähere ätiologische oder lokalisatorische Spezifikation) beschrieben. Weitere Läsionen des ZNS oder andere neurologische Ursachen hätten nicht gefunden werden können (act. III 22 S. 6).

3.2.12 Im MEDAS-Gutachten vom 7. September 2016 (act. III 46.1) diagnostizierten die Gutachter mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit das Folgende (S. 23):

1. Chronisches Erschöpfungssyndrom mit/bei
 - Status nach Neuroborreliose 08/13 (ICD-10: A69.2) mit/bei
 - Klinisch: Post-Lyme-Disease-Syndrom mit leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störungen
 - Nachweis Borrelien-spezifischer intrathekalen Antikörpersynthese 08/2013
 - Status nach 2-maliger Antibiose mit Rocephin 09/2013 sowie Herbst 2014
2. Schwindelbeschwerden bei grenzwertiger peripher-vestibulärer Unterfunktion rechts, DD zentral bedingt
3. Leichtgradige hochtonbetonte sensorineurale Hörminderung, links > rechts

Aus neurologischer Sicht liege ein klinisch anhaltendes Post-Lyme-Disease-Syndrom bei Status nach Neuroborreliose im August 2013 vor. Klinisch hätten sich initial unklare Doppelbilder gezeigt. In den nachfolgenden Untersuchungen mittels MRI-Schädel und Lumbalpunktion sei der Verdacht auf eine Neuroborreliose geäussert worden. Unter der antibiotischen Therapie mit Rocephin habe sich eine Regredienz bzw. komplettes Sistieren der Doppelbilder gezeigt, jedoch sei im Verlauf bis dato anhaltend eine chronische Fatigue aufgetreten. Diese sei nach einer erneuten verlängerten antibiotischen Therapie mit Rocepin bei nachgewiesener erhöhter Zellzahl in einer Lumbalpunktion im Verlauf trotzdem persistierend aufgetreten. Sowohl klinisch und auch laborchemisch hätten anderweitige Erkrankungen ausgeschlossen werden können, so dass die Beschwerdesymptomatik auf die Neuroborreliose zurückgeführt werden könne. Auch aus psychiatrischer Sicht habe sich ein chronisches Erschöpfungssyndrom bei Status nach einer Neuroborreliose gezeigt (S. 24). Neuropsychologisch habe sich in den durchgeführten Tests eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung gezeigt. Sowohl die neuropsychologischen Defizite wie auch die Fatigue (Erschöpfungssyndrom) könnten zwanglos mit den Folgen einer Neuroborreliose in Zusammenhang gebracht werden. Aus pneumologischer Sicht liege ein mittelschweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom vor, welches mit nächtlicher Überdruckventilation mittels APAP-Therapie aktuell gut eingestellt sei und keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit habe. Passend zum obigen Befund einer primär durch die Neuroborreliose bedingten Fatigue habe sich am Erschöpfungssyndrom trotz Maskenbehandlung des OSAS nichts verbessert (S. 25). Zur Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf führten die Gutachter aus, es sei die Arbeitsfähigkeit aktuell im angestammten Beruf aufgrund der leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung und der persistierenden Fatigue im Rahmen des Post-Lyme-Syndroms zu 60 % gegeben. Für alle sturzgefährdenden Arbeiten sei keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Für Verweistätigkeiten würden die gleichen Einschränkungen gelten wie für Arbeiten im angestammten Beruf. Ein Berufswechsel sei nicht sinnvoll, da der Explorand in der selbstständigen Tätigkeit optimale Bedingungen habe, das Arbeitspensum auf den Tag zu verteilen und seinen Beschwerden gemäss einzuteilen (S. 25).

3.2.13 In der Aktenbeurteilung vom 29. September 2016 (act. II 112) nahm der Suva -Neurologe Dr. med. D. _____ zum MEDAS-Gutachten Stellung: Er hielt fest, die Beschwerdeschilderung sei nicht konsistent; der Beschwerdeführer habe den verschiedenen Gutachtern teils übereinstimmende, aber auch in wichtigen Punkten abweichende Angaben zu den Beschwerden gemacht. Dr. med. D. _____ beanstandete weiter, dass die Verhaltensbeobachtung mit der Beschwerdeschilderung nicht kongruent sei. Der psychiatrische Gutachter habe während seiner Exploration keinerlei Funktionsstörungen sehen bzw. sicher objektivieren können, er habe die Aussagen des Beschwerdeführers zur Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit aber für glaubhaft gehalten. Dr. med. D. _____ bemerkte weiter, der neuropsychologische Gutachter habe eine leicht erhöhte Ermüdbarkeit zum Ende der Testung hin vermerkt, er habe diese aber an keiner konkreten Verhaltensweise beschrieben, und er habe auch keine mentale oder praktische Verlangsamung erkannt. Dr. med. D. _____ erachtete die neuropsychologischen Befunde als in sich nicht konsistent (S. 6). Es sei fraglich, ob die Kriterien einer leichten neuropsychologischen Störung erreicht seien (S. 7). Dr. med. D. _____ ging davon aus, dass die Diagnose eines Post-Lyme-Syndroms richtig, für die Kausalitätsbeurteilung aber unbeachtlich sei. Die Diagnosekriterien für das Post-Lyme-Syndrom stellten den Versuch dar, eine Kausalität zwischen einem unspezifischen und letztlich ungeklärten Beschwerdebild und einer durchgemachten Borreliose herzustellen (S. 8).

3.3

3.3.1 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).

3.3.2 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).

3.3.3 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).

3.4 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.5 Bezüglich der Frage, ob die natürliche Kausalität der weiterhin bestehenden Beschwerden zum Ereignis von August 2013 weggefallen ist, stellt die Beschwerdegegnerin auf die neurologischen Aktenbeurteilungen von Dr. med. D. _____ vom 23. Dezember 2014 (act. II 68) und 3. März 2015 (act. II 80) ab. Danach seien die Beschwerden (Erschöpfbarkeit, Tagesmüdigkeit, Gliederschmerzen und ein unklarer Schwankschwindel) einer zweiten Phase ab Anfang des Jahres 2014 zuzuordnen, welche sich vom initial vorhandenen, peripher-neurologischen Krankheitsbild unterscheiden würden. Ab November 2013, d.h. bereits drei Monate nach dem Ereignis, seien diese nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit natürlich kausal zum Ereignis von August 2013 (act. II 68 S. 7). Wie nachfolgend aufgezeigt überzeugt diese Beurteilung mit Blick auf die Berichte der behandelnden Ärzte nicht. Zwar verschwanden die initial beschriebenen Doppelbilder (act. II 7 S. 2) nach einer ersten Behandlung mit Rocephin wieder (act. III 46.3 S. 6) und der Schwankschwindel könnte aufgrund einer peripheren Vestibulopathie rechts erklärbar sein (act. II 36). Es verblieb jedoch eine persistierende Fatigue (Bericht vom 8. November 2013 act. II 8) und es wurden magnetresonanztomographisch neue Demyelinisierungen festgestellt (act. II 53 S. 2; vgl. auch act. II 50 S. 1, 62 S. 2), wobei eine weitere bildgebende Abklärung gegen eine demyelinisierende Erkrankung im Sinne einer MS sprach (act. II 66, 67 S. 1). Patienten können denn auch über Monate bis Jahre unter residuellen Symptomen leiden (vgl. act. II 47 S. 2). Der behandelnde Neurologe Dr. med. I. _____ ging im Jahr 2014 von einem immer noch aktiven zentralen Immunprozess aus und führte eine weitere Behandlung mit Rocephin durch (Bericht vom 18. August 2014 [act. II 51]). Erst im Januar 2015 ging auch er von einer klar regredienten Entzündungsaktivität aus (act. II 22 S. 26). Es kann damit nicht auf die Beurteilung von Dr. med. D. _____ abgestellt werden. Vielmehr liegen Hinweise vor, dass der Fallabschluss per Ende Oktober 2013 zu früh erfolgte. Soll ein Versicherungsfall jedoch 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 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Solche nicht bloss geringe Zweifel an der Beurteilung der Kausalität durch Dr. med. D. _____ liegen insbesondere aufgrund der Ausführun-

gen des behandelnden Dr. med. I. _____ sowie des MEDAS-Gutachtens vor.

3.6 Im MEDAS-Gutachten vom 7. September 2016 (act. III 46.1) gingen die Gutachter davon aus, dass im Begutachtungszeitpunkt im Jahr 2016 aus neurologischer Sicht ein anhaltendes Post-Lyme-Disease-Syndrom bei Status nach Neuroborreliose bestehe und die Beschwerdesymptomatik somit auf die Neuroborreliose zurückgeführt werden könne. Aus psychiatrischer Sicht beschrieben sie ein chronisches Erschöpfungssyndrom bei Status nach Neuroborreliose und aus neuropsychologischer Sicht gingen sie von einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung aus, wobei die Defizite wie auch die Fatigue zwangslos mit den Folgen einer Neuroborreliose in Zusammenhang zu bringen seien (act. III 46.1 S. 24 f.). Dieser Beurteilung kann nicht ohne weiteres gefolgt werden, hat doch der Neurologe Dr. med. D. _____ in der Beurteilung vom 29. September 2016 zu Recht verschiedene Punkte des MEDAS-Gutachtens beanstandet (act. II 112). Es ist festzustellen, dass in den MEDAS-Fachgutachten Inkonsistenzen vorliegen (vgl. act. II 112 S. 6). Einerseits gab der Beschwerdeführer an, er sei mittags „total kaputt“ (act. III 46.4 S. 3), er arbeite von 06.45 bis 17.00 Uhr (act. III 46.4 S. 12), er sei zwar 100 % im Büro, wobei er schätzungsweise noch ein Pensum von 50 % absolvieren könne (act. III 46.5 S. 3). Andererseits ist die Schilderung des Tagesablaufs des Beschwerdeführers in den einzelnen Fachgutachten teils widersprüchlich: Der Beschwerdeführer beschreibt, dass er am Mittag, nach einem kurzen Mittagsschlaf, Arbeiten im Büro erledige (act. III 46.1 S. 20 oben). Weiter gab er an, seine Konzentration- sowie Aufmerksamkeitsfähigkeit lasse im Verlauf des Vormittags stetig nach und er fühle sich auch körperlich abgeschlagen, so dass er am Nachmittag eigentlich nur noch vor sich hin vegetiere (act. III 46.5 S. 2 unten, S. 3). Bei der psychiatrischen Begutachtung gab er an, nach einem „Pownap“ mit einer Dauer von 15 bis 20 Minuten arbeite er weiter. Auch mittags sei er oft auf ... präsent, bisweilen gehe er auf dieselbe ... auch zweimal täglich, allein um Präsenz zu zeigen (act. III 46.4 S. 6). In einer weiteren Anamnese gab er an, dass er ab dem Mittag eine Abnahme seiner Leistungsfähigkeit bemerke (er fühle sich erschöpfter), er verneinte jedoch einen Schlafdruck in dieser Situation; zudem hielt er fest, dass er drei bis vier Mal pro Woche ... (act. III

46.7 S. 2). Gegenüber dem Neuropsychologen erwähnte er, dass er Termine und Beratungen im ... morgens habe, während er nachmittags Routinearbeiten erledige. Je nach ... fahre er täglich 10 bis 20 km selber Auto und er traue sich auch Fahrten bis zu zwei Stunden zu (act. III 46.8 S. 8 oben). In der psychiatrischen Fachbegutachtung ging der Gutachter von einem chronischen Erschöpfungssyndrom aus (act. III 46.4 S. 10), dabei stützte er sich offenbar auf die subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers, ohne dass Funktionsstörungen objektiviert wurden. Der psychiatrische Gutachter ging von glaubhaften Beschwerden aus, was mit Blick auf die verschiedenen Angaben zum Tagesablauf, das Auftreten des Beschwerdeführers („energischen Schrittes“ [act. 46.4 S. 3, S. 9 oben]) anlässlich einer Begutachtung nach dem Mittag (13.00 bis 15.05 Uhr [act. III 46.4 S. 1]), bei welcher die Aufmerksamkeitsspanne nicht einbrach (act. III 46.4 S. 9), nicht völlig überzeugt. Zu bemerken ist auch, dass der psychiatrische Fachgutachter im Medizinalberuferegister (<https://www.medregom.admin.ch/>) nicht mit einem psychiatrischen Facharztstitel registriert ist. Aus neurologischer Sicht ging der Gutachter davon aus, dass die unspezifischen Beschwerden syndromatisch als Chronic Fatigue einzustufen und das beklagte Beschwerdebild auf die Neuroborreliose zurückzuführen sei (act. III 46.5 S. 5); er begründete dies mit einer fehlenden Alternativhypothese, was für sich allein nicht überzeugt. Die Einschätzung der Gutachter (insbesondere auch bezüglich der Arbeitsfähigkeit) stützt sich vor allem auf das neuropsychologische Gutachten (act. III 46.8 S. 15), worin der Gutachter zwar eine erhöhte Ermüdbarkeit und eine leichte verminderte Arbeitsplanung feststellte (act. III 46.8 S. 15). Dr. med. D. _____ warf in seiner neurologischen Beurteilung vom 29. September 2016 jedoch – bei 30 von 32 durchschnittlich abgeschlossenen Tests und zwei Untertests mit leicht qualifizierten Minderleistungen – nachvollziehbar die Frage auf, ob überhaupt ein pathologisches Testprofil vorliegt (act. II 112 S. 7). Gestützt auf seine Ausführungen liegen Zweifel an der Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens vom 7. September 2016 vor, weshalb die entscheidungswesentliche Frage, ob die anfänglich bestandene natürliche Unfallkausalität im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Oktober 2013 (act. II 83) weggefallen ist – wofür die Beschwerdegegnerin beweispflichtig ist (vgl. E. 2.3.3 hiervor) –, sich gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 7. September 2016 auch nicht beantworten lässt.

3.7 Nach dem Dargelegten erweist sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. In Gutheissung der Beschwerde ist der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 19. Juli 2016 (act. II 103) aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zu weiteren Abklärungen und zu neuem Entscheid.

4.

4.1 Es sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

4.2 Trotz Obsiegens hat der nicht vertretene Beschwerdeführer nach konstanter Praxis keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da sein Aufwand den Rahmen dessen nicht überschreitet, was der Einzelne üblicherweise und zumutbarerweise nebenbei zur Besorgung seiner persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat (BGE 127 V 205 E. 4b S. 207).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 19. Juli 2016 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):

- A. _____
- Suva
- Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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.