

200 19 91 UV  
SCI/ZID/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 6. Juni 2019**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Ackermann  
Gerichtsschreiber Zimmermann

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**Suva**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 19. Dezember 2018



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1976 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bei der C. \_\_\_\_\_ angestellt und aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als er am 17. Juli 2016 einen Zeckenstich erlitt (Akten der Suva, Antwortbeilage [AB] 1). In der Folge klagte er über zunehmend starke Kopfschmerzen, begleitet von Nackenschmerzen (AB 4, 16), und es wurde eine akute Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) nachgewiesen (AB 13, 16). Für die Folgen dieses Nichtberufsunfalls übernahm die Suva die Versicherungsleistungen (namentlich Heilkosten und Taggelder; AB 18 ff.).

### **B.**

Im Februar 2017 meldete sich der Versicherte zudem bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (AB 87; vgl. auch AB 34, 44, 47, 49). Deren Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) ging mit Bericht vom 3. April 2017 von einer Ausheilung der FSME mit noch vorübergehenden quantitativen Leistungseinschränkungen bis längstens Juli 2017 aus (AB 76/12 unten). Nachdem die IV ein Belastbarkeitstraining (vom 10. April bis 9. Juni 2017 [AB 110; vgl. auch AB 60, 66 f., 75, 80]) durchgeführt hatte und ein anschliessendes Aufbautraining (vom 10. Juni bis 9. September 2017 [AB 99]) infolge geringer Leistung in Absprache mit allen Beteiligten per 10. August 2017 abgebrochen worden war (AB 122; vgl. auch AB 82 f., 94, 102, 105, 120), veranlasste die Suva unter Beteiligung der IV (AB 136 ff.) ein bidisziplinäres neurologisch-psychiatrisches Gutachten unter Beteiligung der Neuropsychologie (neurologisches Gutachten mit interdisziplinärer Beurteilung vom 31. Mai 2018 [AB 161, 181] unter Berücksichtigung des neuropsychologischen Gutachtens vom 17. Mai 2018 [AB 163] und psychiatrisches Gutachten vom 29. Mai 2018 [AB 166]). Gestützt darauf stellte die Suva mit Verfügung vom 10. Juli 2018 ihre Leis-

tungen per 31. Juli 2018 mangels Adäquanz ein (AB 176). Die hiergegen erhobene Einsprache des Versicherten, vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ (AB 184, 200), wies die Suva mit Entscheid vom 19. Dezember 2018 ab (AB 203).

### **C.**

Hiergegen liess der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 31. Januar 2019 Beschwerde erheben und beantragen, unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids seien ihm die gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Zeckenstich vom 17. Juli 2016 auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung lässt er im Wesentlichen vorbringen, der adäquate Kausalzusammenhang sei nach den bei mittlerem Schweregrad anzuwendenden Kriterien zu beurteilen und entsprechend zu bejahen.

Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 14. Februar 2019 auf eine umfassende Beschwerdeantwort.

### **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 vom 19. Dezember 2018 (AB 203). Streitig und zu prüfen ist der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers aus der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit einem Zeckenstich vom 17. Juli 2016 über den 31. Juli 2018 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** Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG). Der Beschwerdeführer erlitt den Unfall (vgl. E. 2.2 nachfolgend) am 17. Juli 2016 (AB 1), womit das bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Recht zur Anwendung gelangt.

**2.2** 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). Nach der Rechtsprechung erfüllt der Zeckenstich sämtliche Merkmale dieses Unfallbegriffs, weshalb der obligatorische Unfallversicherer gemäss ständiger Rechtsprechung für die damit verbundenen Infektionskrankheiten (Lyme-Krankheit, Enzephalitis) und deren Folgen aufzukommen hat (BGE 122 V 230).

**2.3** 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 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**2.4** 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 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C\_781/2017, E. 5.1).

Steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, braucht die Frage, ob der natürliche Kausalzu-

sammenhang tatsächlich besteht, nicht geprüft zu werden (BGE 135 V 465 E. 5.1 S. 472; Entscheid des BGer vom 14. Juni 2017, 8C\_833/2016, E. 5.2).

**2.5** 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).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33). Dem Erfordernis eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung als Voraussetzung für die Leistungspflicht der Versicherung kommt die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 129 V 177 E. 3.3 S. 182, 125 V 456 E. 5c S. 462; SVR 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.3).

**2.5.1** Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen, insbesondere bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und

die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

**2.5.2** Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358, 115 V 133 E. 6c aa S. 140). Bei psychischen Unfallfolgen setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 an das objektiv erfassbare Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2013 UV Nr. 3 S. 8 E. 5.2) – eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183). Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (SVR 2011 UV Nr. 10 S. 36 E. 4.2.2).

**2.5.2.1** Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel (vgl. jedoch BGE 140 V 356 E. 5.3 S. 360) ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139).

**2.5.2.2** Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in

der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6b S. 140).

**2.5.2.3** Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Das Bundesgericht hat daher festgestellt, dass weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6c aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalles;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen ist oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Sowohl einem mittelschweren wie auch einem im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Ereignis kommt nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung für die aktuelle Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder aber diese in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (RKUV 2005 U 548 S. 232 E. 3.2.3). Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien

in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 7 E. 3.5). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2010 UV Nr. 25 S. 102 E. 4.5). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz (BGE 117 V 359 E. 6b S. 367, BGE 115 V 133 E. 6c bb S. 140; vgl. RKUV 1997 U 272 S. 174 E. 4b).

**2.6** Bei Beschwerden als direkte Folgen eines zeckenstichbedingten Leidens kommt grundsätzlich die allgemeinen Adäquanzformel (vgl. E. 2.5 erster Abschnitt hiervor) zur Anwendung (Entscheid des BGer vom 17. Juni 2015, 8C\_208/2015, E. 3). Falls aber bei Beschwerdebildern psychische Beschwerden sekundäre Folgen der Erkrankung sind, so sind die organisch nicht objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen nach der Rechtsprechung für eine psychische Fehlentwicklung nach Unfall (vgl. E. 2.5.2 hiervor) zu beurteilen (vgl. Entscheid des BGer vom 9. Juni 2011, 8C\_695/2010, E. 3; vgl. auch BGer 8C\_208/2015, E. 4.2.1).

**2.7** 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 (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

**3.1** Dass der Zeckenstich vom 17. Juli 2016 die kumulativen Tatbestandselemente des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.2 hiervor) erfüllt, ist unbestritten und aufgrund der Akten erstellt. Für diesen Unfall ist in intertemporalrechtlicher Hinsicht die bis 31. Dezember 2016 gülti-

ge Rechtslage massgebend (vgl. E. 2.1 hiervor), was sich im vorliegenden Fall indes nicht anspruchrelevant auswirkt.

**3.2** Den medizinischen Unterlagen lassen sich im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

**3.2.1** Nachdem anlässlich einer Behandlung im Spital D.\_\_\_\_\_ vom 21. Juli 2016 wegen der Anamnese mit Müdigkeit, Konzentrationsverlust und Arthralgien sowie der zeitlichen Korrelation mit dem Zeckenstich vom 17. Juli 2016 und der fehlenden FSME-Impfung eine Frühphase der FSME-Infektion nicht ausgeschlossen werden konnte, aufgrund der Frühphase aber vorerst auf eine Serologie verzichtet worden war (AB 23), wurde anlässlich der weiteren Behandlung vom 13. bis 18. August 2016 eine akute FSME mit typischer monozytärer Pleozytose in der Lumbalpunktion sowie positiver Serologie gegenüber FSME nachgewiesen. Es wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit bis 28. August 2016 attestiert (AB 13; vgl. AB 16).

**3.2.2** Im Bericht mit Druckdatum vom 2. November 2016 führten Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, und Dr. phil. F.\_\_\_\_\_, Neuropsychologin, zur neuropsychologischen Untersuchung am Spital ... vom 1. November 2016 aus, es habe sich beim allseits präzise orientierten, etwas belastet wirkenden sowie insgesamt umständlichen und etwas erhöht ablenkbaren Beschwerdeführer – (auch) testpsychologisch – eine im Vordergrund stehende und im Verlauf rasch abnehmende Belastbarkeit gezeigt. Klinisch falle zudem ein deutliches Zittern beider Hände auf. Die kognitiven Befunde sowie die Befunde auf Verhaltensebene entsprächen rechts präfrontaler sowie bifronto-limbischer Minderfunktionen. Diese seien vereinbar mit dem rechtstemporalen Herdbefund im EEG von August 2016 im Rahmen eines residuellen Status nach FSME mit möglicherweise Akzentuierung vorbestehender Teilleistungsschwächen (Aufmerksamkeit, Schriftsprache) und auf Basis einer anamnestisch frühkindlichen cerebralen Entwicklungsstörung mit entsprechend verminderten kognitiven Ressourcen und verzögertem Genesungsprozess. Die Arbeitsfähigkeit sei unter Berücksichtigung der nach wie vor verminderten Belastbarkeit noch immer eingeschränkt (AB 31).

**3.2.3** Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, hielt anlässlich seiner neurologischen Untersuchung vom 11. November 2016 im Neurozentrum H. \_\_\_\_\_ fest, vordergründig liessen sich leichte Gleichgewichtsschwierigkeiten sowie ein intermittierender Tremor an den Armen in fluktuierendem Ausmass mit teilweise Wechsel der Seite aufzeigen (DD bedingt durch die FSME, DD somatoforme Komponente). Zusätzlich würden in der neuropsychologischen Testung weiterhin eine leichtgradige mnestiche Störung sowie teilweise Konzentrationsschwierigkeiten und phasenweise grenzwertige Resultate in der Testung der exekutiven Funktionen auffallen. In der EEG-Untersuchung hätten keine Anzeichen einer erhöhten Hirnaktivität festgestellt werden können (Verbesserung im Vergleich zum aktuelanamnestischen Befund von August 2016). Insgesamt würden die aktuellen Resultate und der Verlauf mit einer unterdessen subjektiv durch den Beschwerdeführer empfundenen Besserung von knapp 50 % gut zur Diagnose einer akuten FSME passen. Es sei empfehlenswert, die Arbeitstätigkeit in einem Teilzeitpensum möglichst bald wieder aufzunehmen und im Verlauf graduell zu steigern (AB 33; vgl. auch AB 91, 113).

**3.2.4** Die RAD-Ärztin Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, rechnete im Bericht vom 3. April 2017 in Bezug auf die FSME mit einer Ausheilung. Lähmungen oder Hirnnervenausfälle beständen nicht. Anamnestisch habe noch im November 2016 ein neurastheniformes Erschöpfungssyndrom mit schneller Ermüdbarkeit bei komplexen kognitiven Aufgaben bestanden. Objektive herdneurologische Ausfälle fänden sich klinisch nicht. Elektroenzephalografisch seien im November 2016 weder ein Herdbefund noch Zeichen einer erhöhten zerebralen Erregbarkeit festgestellt worden. Der Beschwerdeführer habe komplexe Stand- und Gangvarianten ebenso sicher durchführen können wie die Ziel- und Wechselbewegungen, so dass der fluktuierende und spontan sistierende Tremor der Arme und die plötzlichen Ausfallschritte mehr demonstrativen als funktionellen Charakter zu haben schienen. Graphometrische Auffälligkeiten als auch eine erhöhte Ablenkbarkeit seien bereits zu Schulzeiten bekannt gewesen. Zusammengefasst habe im November 2016 – vier Monate nach dem Zeckenstich und nach Beginn der ersten Symptome – noch ein neurastheniformes Erschöpfungssyndrom rückläufiger Tendenz bestanden. Eine vorzeitige Erschöpfung könne bis zu 6 bis 12 Monate nach

Symptombeginn anhalten und nur vorübergehend eine quantitative Leistungseinschränkung bis längstens Juli 2017 bedingen. Ab sofort könne mit Massnahmen der beruflichen Wiedereingliederung in einem Pensum von 50 % begonnen werden (AB 76).

**3.2.5** Der Suva-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, erachtete im Bericht vom 6. Juni 2017 die Fallkriterien einer FSME als erfüllt und ging ebenfalls von einer prinzipiell günstigen Prognose aus. FSME-Patienten mit einer Meningoenzephalitis würden häufig unter mehrere Wochen anhaltenden neurasthenischen Beschwerden (Kopfschmerzen, vermehrte Müdigkeit, verminderte Belastbarkeit, emotionale Labilität) leiden. Bei einem Teil der Patienten würden ausserdem vorübergehend und zum Teil auch dauerhaft Störungen der Konzentrations- und Gedächtnisfunktion, der Koordination, der Sprache, des Hörens sowie Lähmungen bestehen bleiben. Dass dies beim Beschwerdeführer der Fall sei, sei zwar möglich. Es sei aber genauso gut möglich, dass die Beschwerdesymptomatik durch psychosoziale Faktoren aufrechterhalten werde. Das geringe Leistungsvermögen des Beschwerdeführers von weniger als drei Stunden täglich sei aus dem eigentlich gutartigen Verlauf der Akuterkrankung nicht herzuleiten (AB 86; vgl. auch AB 98).

**3.2.6** Vom 10. April bis 9. Juni 2017 war der Beschwerdeführer in einem Belastbarkeitstraining der IV in der K. \_\_\_\_\_. Von Beginn an habe er sich gemäss Bericht vom 19. Juni 2017 an den Strukturen, Regeln und Arbeitsabläufen resp. Arbeitsweisen gestossen. Eine Pensenerhöhung von zwei auf drei Stunden pro Tag habe er zwar umsetzen können, eine regelmässige und konstante Präsenz sei aber während der ganzen Massnahme nicht gewährleistet gewesen (Absenzen von 28.2 %). Kognitiv anspruchsvollere Arbeiten schienen ihn schnell zu überfordern und zu ermüden. Für die Umsetzung der meisten Arbeiten habe er viel Zeit benötigt. Seinen Aussagen zufolge habe er sich auch privat stark belastet und teilweise überfordert gefühlt (Familie, Kinder, Administratives, Tiere, Werkstatt); deshalb sei vereinbart worden, dass er während der Arbeit private administrative Angelegenheiten habe erledigen können, wovon er ein paar Mal Gebrauch gemacht habe (AB 110).

**3.2.7** Bezugnehmend auf den Abklärungsbericht der K.\_\_\_\_\_ (AB 110) schloss Dr. med. J.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 12. Juli 2017 auf eine sehr schlechte Kooperation. Im Grunde habe der Beschwerdeführer vorgegebene Aufgaben nicht durchgeführt. Das bis anhin präsentierte geringe Leistungsvermögen sei angesichts seiner Erkrankung im Juli 2016 nicht ohne weiteres nachvollziehbar (AB 115).

**3.2.8** Im Rahmen des von der Beschwerdegegnerin bei Dres. med. L.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, und M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, unter Beteiligung des Neuropsychologen Prof. Dr. rer. nat. N.\_\_\_\_\_ in Auftrag gegebenen Gutachtens wurde in der interdisziplinären Beurteilung vom 31. Mai 2018 eine FSME nach Zeckenstich am 17. Juli 2016 mit meningitischer Verlaufsform, ausgeheilt, chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp (DD Grenze zum Kopfschmerz bei Analgetikaübergebrauch), aktuell inadäquater Behandlungsstatus, ein Karpaltunnelsyndrom rechts (unfallfremd), ein Ulnarisrinnensyndrom rechts (unfallfremd), eine organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (ICD-10 F07.8) und eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23) diagnostiziert (AB 161/18 Ziff. 7). Aus somatisch-neurologischer Sicht bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in zeitlicher und leistungsmässiger Hinsicht. Aufgrund der sonstigen organischen Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns sei aus rein psychiatrischer Sicht von einer permanenten Arbeitsunfähigkeit von 10 % auszugehen (AB 161/21).

In der zusammenfassenden Beurteilung wurde von Dr. med. L.\_\_\_\_\_ festgehalten, aufgrund der beim Beschwerdeführer aufgetretenen Symptome (Kopfschmerzen, Fieber und Nackensteifigkeit ohne begleitende Bewusstseinsstörung/Somnolenz) liege eine meningitische Verlaufsform der FSME vor. Für die FSME existiere bis heute keine kausale Therapie; die Behandlung beschränke sich auf symptomatische Massnahmen. Bei rein meningitischer Verlaufsform sei die Prognose am günstigsten und es sei mit einer folgenlosen Ausheilung zu rechnen. Entsprechend könnten die anhaltenden Beschwerden des Beschwerdeführers neurologischerseits –

einvernehmlich mit der Auffassung von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 3.2.5 und 3.2.7 hiervor) – nicht mehr als somatische FSME-Folge beurteilt werden und damit auch keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit erklären. Der sich durch die Akten ziehende Tremor (Zittern) müsse aufgrund der Präsentation bei der aktuellen neurologischen Begutachtung überwiegend wahrscheinlich als nicht organisch begründbar beurteilt werden. Dafür sprächen insbesondere das inkonstante Auftreten, der seiten- und lokalisationswechselnde Charakter, die sich situativ ändernde Tremorfrequenz und -amplitude sowie das prompte und länger anhaltende Sistieren bei konzentrativer Ablenkung. Ebenfalls demonstrativ und nicht organisch-neurologisch muteten die nicht systematisch reproduzierbare Unsicherheit bei den erschwerten Stand- und Gangprüfungen mit teils bizarren Ausfallschritten und die dabei verbal zum Ausdruck gebrachte Hilflosigkeit an. Gegen klinisch relevante Koordinationsstörungen spreche insbesondere auch, dass der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben Auto fahre, Holz spalte, Autoreparaturen durchführe, seine Tiere versorge und Gras mähe; all das spreche eindeutig gegen die vorgetragene volle Arbeitsunfähigkeit. Für die offenbar in relevantem Masse fortgesetzte handwerkliche Tätigkeit spreche auch die auffällige Beschwielung beider Hände mit frisch imponierenden Schmierölresten in den tiefen Hautfalten palmar- und fingerbeugeseitig. In Bezug auf die geklagten Kopfschmerzen liege die angegebene Analgetikaeinnahmefrequenz zumindest an der Grenze zur Annahme eines Analgetikaübergebrauchskopfschmerzes. Die derzeitige Therapie mit lediglich symptomatischer Selbstmedikation sei nicht adäquat und trage eher zur Chronifizierung bei. Die intermittierenden Sensibilitätsstörungen der rechten Hand hätten bei der aktuellen neurologischen Untersuchung elektromyoneurographisch einem Karpaltunnelsyndrom rechts und zusätzlich einem Ulnarisrinnensyndrom rechts zugeordnet werden können. Dabei handle es sich jeweils um behandelbare, nicht mit der stattgehabten FSME im Zusammenhang stehende periphere Nervenkompressionssyndrome. Im Ergebnis der neurologischen Begutachtung könne heute mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit kein anhaltender unfallkausaler somatisch-neurologischer Gesundheitsschaden im Zusammenhang der FSME mehr nachgewiesen werden (AB 161/15 ff.).

Bei der neuropsychologischen Untersuchung durch Prof. Dr. rer. nat. N.\_\_\_\_\_ ergaben sich Hinweise auf eine leicht erhöhte Ermüdbarkeit und eine partielle leicht- bis mittelgradige Verlangsamung. Es sei von einer insgesamt leichten neuropsychologischen Störung auszugehen. Dabei berücksichtigt sei die Möglichkeit einer partiellen Beschwerdeverdeutlichung ohne Hinweise auf Simulation (AB 161/18 Mitte; AB 163/15 f.).

Psychiatrischerseits wurde von Dr. med. M.\_\_\_\_\_ in seinem Teilgutachten festgehalten, die Anpassungsstörung stehe mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem indirekten Kausalzusammenhang mit dem Zeckenstich, dies insofern, als der Zeckenstich gewisse hirnganisch bedingte Funktionseinschränkungen ausgelöst habe, auf die der Beschwerdeführer Ängste und andere Gefühle erlebt habe. Ebenso habe die von ihm subjektiv als unzureichend empfundene somatische Untersuchung im Spital Langenthal Ängste ausgelöst, dies in komplexen Wechselwirkungen mit zum Teil vorbestehenden, zum Teil postinfektiös aufgetretenen psychosozialen Faktoren und Auswirkungen und einem dysfunktionalen Krankheitserleben und -verhalten. Zwischenzeitlich sei die unfallbedingte Kausalität jedoch zunehmend in den Hintergrund getreten (AB 166/21). Die sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns stehe mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem kausalen Zusammenhang mit dem Zeckenstich. In die in der neuropsychologischen Untersuchung gemessenen Defizite flössen jedoch nicht nur die anfangs hirnganisch bedingten Folgen des Zeckenstiches, sondern auch kopfschmerzbedingte und neurasthenisch bedingte Funktionseinschränkungen, wobei letztere wiederum sich aus einer postinfektiösen und psychischen bzw. psychosomatischen Komponente zusammensetzten (AB 166/21). Aus rein psychiatrischer Sicht seien die nicht-organisch objektivierbaren Beschwerden nicht als direkte Folge des Zeckenstichs bzw. der FSME, sondern als sekundäre Folgen einer dysfunktionalen Verarbeitung der organisch bedingten, passageren Funktionseinbussen der durch die vermeintliche bzw. subjektive Fehlbehandlung entstandenen Ängste, der psychosozialen Rahmenbedingungen und der Reaktion Dritter auf das Verhalten des Beschwerdeführers nach dem Zeckenstich zu betrachten (AB 166/22). Auch in der psychiatrischen Untersuchung habe es verschiedene Hinweise für

zumindest verdeutlichende, wenn nicht gar eigentlich aggravatorische Elemente gegeben (AB 166/18 unten). Als psychosoziale Faktoren seien bereits vorbestehende interaktionelle Störungen, beispielsweise mit der Ehefrau, ferner existentielle Beeinträchtigungen und Ängste zu bezeichnen (AB 166/20 unten).

**3.3** 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).

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).

**3.4** Die Beschwerdegegnerin stellte im angefochtenen Einspracheentscheid vom 19. Dezember 2018 (AB 203) im Wesentlichen auf das interdisziplinäre Gutachten vom 31. Mai 2018 (AB 161) ab. In somatischer Hin-

sicht erfüllt dieses Gutachten die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen, weshalb ihm diesbezüglich volle Beweiskraft zukommt (vgl. E. 3.3 hiervor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar begründet. Demzufolge sind somatische, d.h. organisch begründbare Folgen des Zeckenstichs ausgeschlossen, was sich denn auch mit den Einschätzungen der RAD-Ärztin (AB 76) und des Suva-Arztes (AB 86, 115) deckt.

Daran ändert nichts, dass der psychiatrische Gutachter eine organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (ICD-10 F07.8) attestiert hat (AB 166/18). Basis für eine solche Diagnose muss die Feststellung einer organischen Schädigung sein (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 73). Eine solche wurde jedoch gerade nicht diagnostiziert und auch die bildgebenden Abklärungen haben keine Schädigung ergeben. Die Validität dieser psychiatrischen Diagnose ist bei gleichzeitig nur beschränkt verwertbaren Resultaten anlässlich der neuropsychologischen Erhebung deshalb fraglich. Neuropsychologische Untersuchungen stellen ein Hilfsmittel dar und deren Ergebnisse sind von psychiatrischen und neurologischen Fachärzten zu würdigen. Sie sind es, die auf der Basis ihrer Befunderhebung feststellen müssen, ob allfällige Defizite in einem Zusammenhang mit einer leitliniengerecht zu diagnostizierenden Schädigung aus ihrem Fachbereich in einem Zusammenhang stehen (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; Entscheide BGer vom 7. August 2009, 8C\_261/2009, E. 5.2, und des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [heute BGer] vom 7. Juni 2006, I 816/05, E. 3.2.2). Dies ist hier bei unauffälligen bildgebenden Befunden nicht der Fall. Als Zwischenergebnis ist damit festzuhalten, dass die anhaltend geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers nicht (mehr) als somatisch erklärbar Folge des Unfalls beurteilt werden können. Ob darüber hinaus mittels des struktu-

rierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296) überhaupt ein invalidisierender Gesundheitsschaden zu beweisen wäre, kann bei der hier vorab gebotenen Prüfung und Verneinung der adäquaten Kausalität zwischen Unfall und noch geklagten Beschwerden (vgl. E. 2.4 hiervor) offen bleiben.

#### **4.**

**4.1** Aus dem Gutachten ergeben sich erhebliche Anzeichen für verdeutlichendes, wenn nicht gar aggravatorisches Verhalten (so insbes. AB 166/18 unten). Da die geklagten Beschwerden einerseits rein funktio-neller Natur sind und medizinisch erstellt nicht als eine direkte Folge des Zeckenstichs bzw. der FSME, sondern höchstens als sekundäre psychiatrische Folge zu qualifizieren sind (AB 166/22), ist die Adäquanz unter Ausschluss psychischer Aspekte (BGE 115 V 133; vgl. E. 2.5.2 hiervor) zu prüfen (vgl. E. 2.6 hiervor). Ob überhaupt die somatisch nicht erklärbaren Symptome auf psychiatrischer Basis erklärt werden können bzw. welche Bedeutung die Inkonsistenzen im Verhalten des Beschwerdeführers haben, kann hier damit offen bleiben.

**4.2** Zur Prüfung der Adäquanz ist vorab die Schwere des Unfalls zu bestimmen, wobei vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen ist (vgl. E. 2.5.2 hiervor). Mit dem geltend gemachten Zeckenstich liegt gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung (BGer 8C\_208/2015, E. 4.2.2) lediglich ein leichter Unfall vor, womit die Adäquanz ohne weiteres zu verneinen ist (vgl. E. 2.5.2.1 hiervor).

**4.3** Selbst wenn zu Gunsten des Beschwerdeführers, wie er dies beschwerdeweise geltend macht, von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen (vgl. E. 2.5.2.2 hiervor) auszugehen wäre, würde sich nichts ändern.

**4.3.1** Besonders dramatische Begleitumstände sind bei einem Zeckenstich ganz allgemein wie auch im hier zur Diskussion stehenden konkreten Fall nicht auszumachen. Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls wird objektiv

und nicht aufgrund des subjektiven Befindens beurteilt (Entscheid des BGer vom 31. Januar 2013, 8C\_836/2012, E. 4.3.3).

**4.3.2** Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist ebenfalls nicht erfüllt: Der Beschwerdeführer erlitt zwar zunächst somatische Unfallfolgen. Diese waren jedoch trotz allem beschränkt und heilten rasch aus. Der Zeckenstich erfolgte am 17. Juli 2016. Bereits ab dem 28. August 2016 hat der neurologische Gutachter aus somatischer Sicht die volle Arbeitsfähigkeit attestiert (AB 161/24 unten).

**4.3.3** Eine somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit bestand ab 28. August 2016 nicht mehr. Die daran anschliessende ärztliche Behandlung war (wenn überhaupt) auf die psychischen Beeinträchtigungen zurückzuführen, welche bei der Beurteilung des Kriteriums der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung auszuklammern sind. Damit ist auch dieses Kriterium zu verneinen, ebenso dasjenige der erheblichen Arbeitsunfähigkeit, wobei erst gar nicht geprüft werden muss, ob sich der Beschwerdeführer nicht gar in höherem Ausmass betätigt, als er selbst darlegt (vgl. AB 163/23).

**4.3.4** Was das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen anbelangt, beklagt der Beschwerdeführer zwar nach wie vor solche, doch können diese nicht mehr als somatische FSME-Folge beurteilt werden (AB 161/16 unten). Mit Blick darauf, dass der neurologische Gutachter, wie erwähnt, bereits ab 28. August 2016 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert hat, kann ohne weiteres gefolgert werden, dass die anhaltenden Beschwerden schon bald nach dem Zeckenstich keine somatische Grundlage mehr hatten und nunmehr klar als nicht (mehr) organisch zu bezeichnen sind.

**4.3.5** Eine ärztliche Fehlbehandlung liegt nicht vor. Auch wenn der Beschwerdeführer anderer Meinung ist (vgl. AB 58), sprach sich namentlich der Suva-Arzt klar dagegen aus (AB 86/10) und im Gutachten finden sich keine entsprechenden Hinweise.

**4.3.6** Der Heilungsverlauf war bezogen auf die somatische Seite nicht schwierig. Ohnehin darf nicht schon aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden, nötig

sind besondere Umstände, welche die Heilung beeinträchtigt haben (BGE 140 V 356 E. 5.6.3 S. 367, 134 V 109 E. 10.2.6 S. 129; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 85 E. 8.5); solche sind hier aber nicht ersichtlich. Es genügt auch nicht zur Bejahung des Kriteriums, dass Beschwerden trotz medizinischer Behandlung anhalten (Entscheid des BGer vom 3. Juni 2009, 8C\_768/2008, E. 4.2.4) resp. dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden kann (SVR 2010 UV Nr. 10 S. 42 E. 4.3).

**4.4** Insgesamt ist damit keines der massgebenden Kriterien erfüllt, womit der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 17. Juli 2016 und den weiterhin geklagten Beschwerden zu verneinen ist. Die Beschwerdegegnerin hat demnach die Leistungen für diesen Unfall zu Recht eingestellt bzw. einen Anspruch auf weitere Unfallversicherungsleistungen (Taggelder, Rente, Integritätsentschädigung) verneint.

**4.5** Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. Dezember 2018 (AB 203) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## **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 Verfahrensausgang hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteienschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt 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.