



**Fall-Nr.:** UV 2012/15  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 18.12.2012  
**Entscheiddatum:** 18.12.2012

### **Entscheid Versicherungsgericht, 18.12.2012**

**Art. 6 UVG. FSME-Infektion nach Zeckenbiss. Leistungseinstellung. Frage der Unfallkausalität des Beschwerdebildes (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Dezember 2012, UV 2012/15).**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Walter Schmid

#### **Entscheid vom 18. Dezember 2012**

in Sachen

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Rudolf Strehler, Dorfstrasse 21,  
8356 Ettenhausen,

gegen

**Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva),** Fluhmattstrasse 1, Postfach  
4358, 6002 Luzern,

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend



### Versicherungsleistungen

#### Sachverhalt:

##### A.

A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) war bei der B.\_\_\_\_, als Büroangestellte tätig und dadurch bei der Suva unfallversichert, als sie im Sommer 2007 einen Zeckenbiss erlitt (UV-act. 39, 111). Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 9. Dezember 2007 eine Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und attestierte seit dem Datum der Erstbehandlung (3. August 2007) eine volle Arbeitsunfähigkeit. Als Beschwerdebild führte er Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen, Konzentrationsprobleme, Antriebsschwäche und verminderte Leistungsfähigkeit mit rascher Ermüdbarkeit an (UV-act. 1 und 2). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht. Die Versicherte begab sich zu Dr. med. D.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, in Behandlung und klagte im weiteren Verlauf über Schlafstörungen, Affektlabilität und Reizbarkeit. Nach Durchführung von medizinischen Abklärungen zur Organizität der Beschwerden und in psychiatrischer Hinsicht stellte die Suva die Versicherungsleistungen insbesondere gestützt auf eine Beurteilung von Suva-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH und Psychiatrie, mit Verfügung vom 1. Juni 2011 auf den 30. Juni 2011 ein mit der Begründung, die geklagten Beschwerden seien organisch als Folge der FSME-Infektion nicht erklärbar. Die adäquate Unfallkausalität der psychischen Beschwerden sei zu verneinen (UV-act. 126). Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache (UV-act. 130) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 19. Januar 2012 ab (UV-act. 147).

##### B.

**B.a** Gegen diesen Einspracheentscheid liess die Versicherte durch Rechtsanwalt Dr. iur. R. Strehler, Ettenhausen, am 20. Februar 2012 Beschwerde einreichen mit den Anträgen, die Verfügung vom 1. Juni 2011 und der Einspracheentscheid vom 19. Januar 2012 seien aufzuheben. Es sei festzustellen, dass die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin Folge der FSME-Infektion 2007 seien und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin ab dem 30. Juni 2011 weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Zur Begründung führte der



## St.Galler Gerichte

Rechtsvertreter unter anderem aus, entgegen der Ansicht des medizinischen Dienstes der Suva sei davon auszugehen, dass die heute unvermindert vorhandenen Beschwerden objektivierbar natürliche und adäquat kausale Folgen der FSME-Infektion 2007 darstellen würden. Den diesbezüglichen Erhebungen von Dr. D.\_\_\_\_ komme voller Beweiswert zu. Dr. D.\_\_\_\_ äussere sich nicht auf fachfremdem Gebiet. Der Suva-Ärztin sei offenbar nicht bekannt, dass Dr. D.\_\_\_\_ eine herausragende Kapazität auf dem Gebiet derartiger Infektionen sei. Für den Fall, dass wider Erwarten nicht auf die Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ abgestellt werde, beantrage die die Beschwerdeführerin die Anordnung einer spezialärztlichen Expertise.

**B.b** In der Beschwerdeantwort vom 7. Mai 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheid. Zur Begründung verwies sie auf die Darlegungen im angefochtenen Entscheid und führte unter anderem aus, die Ausführungen der Suva-Ärzte Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, würden zweifelsohne volle Beweiskraft geniessen. Auf abweichende Behauptungen des behandelnden Arztes Dr. D.\_\_\_\_ könne nicht abgestellt werden, zumal behandelnde Spezialärzte erfahrungsgemäss keine objektive Stellung einnehmen und in der Regel zugunsten ihrer Patienten aussagen würden. Den medizinischen Beurteilungen der Suva-Ärzte komme beweismässig eine vorrangige Bedeutung zu. Es lägen keine objektivierbaren organischen Unfallfolgen vor. Ferner sei unbestritten, dass der Zeckenbiss vom Juni 2007 als leichter Unfall zu qualifizieren sei und deshalb ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen diesem und den psychischen bzw. physisch nicht objektivierbaren Beschwerden auszuschliessen sei.

**B.c** Mit Replik vom 20. Juni 2012 (act. G 9) bestätigte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin seinen Standpunkt. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 11).

### Erwägungen:

1.



**1.1** Nach der Rechtsprechung ist ein Zeckenbiss als Unfall zu qualifizieren und fällt demnach grundsätzlich in den Leistungsbereich des Unfallversicherers (BGE 122 V 230 = Pra 86 Nr. 82). Die Beschwerdegegnerin anerkannte mit der Ausrichtung von Leistungen die Kausalität zwischen dem Zeckenbiss vom Juni 2007 und dem anschliessend aufgetretenen Beschwerdebild mit Symptomen wie Müdigkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Gelenkschmerzen und Schlafstörungen. Streitig und zu prüfen ist, ob sie ihre Leistungen zu Recht per 30. Juni 2011 einstellte. Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid (E. 1 und 3) die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Unfallversicherers nach Art. 6 UVG zutreffend dar. Darauf ist zu verweisen. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen).

**1.2** Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, 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 Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Insofern darf das Gericht in seiner Beweiswürdigung auch Gutachten folgen, welche der Unfallversicherer im Administrativverfahren einholt, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Experten sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc; RKUV 2000 Nr. U 377 S. 186 E. 4a). Auch ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von den Ärzten der Beschwerdegegnerin erstellt wurden, sind grundsätzlich beweisbildend. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist unter anderem, dass als Beurteilungsbasis genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371). Dass medizinische Beurteilungen von Suva-Ärzten beweismässig eine vorrangige Bedeutung geniessen würden, trifft - anders als von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort behauptet - allerdings nicht zu. Dem



für diese Aussage als Beleg zitiertem Bundesgerichtsentscheid 8C\_510/2007 E.7.5.4 lässt sich denn auch nichts derartiges entnehmen.

## 2.

**2.1** Dr. med. G.\_\_\_\_, Neurologie FMH, bestätigte im Bericht vom 14. November 2007 einen unauffälligen klinisch-neurologischen Befund. Insbesondere würden Hinweise für eine myogene Systemerkrankung/neuromuskuläre Überleitungsstörung als Ursache der aktuell im Vordergrund stehenden Müdigkeit der Beschwerdeführerin und auch Anhaltspunkte für einen noch persistierenden entzündlichen Prozess fehlen (UV-act. 3). Ein zuvor im Spital H.\_\_\_\_ durchgeführtes Schädel-CT vom 17. August 2007 hatte normale Befunde ergeben (UV-act. 7). Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 20. Dezember 2007, aufgrund der vorliegenden Resultate bestehe eine akute FSME. Eine gleichzeitige Lyme-Borreliose habe ausgeschlossen werden können. Mit der FSME seien die Beschwerden der Patientin erklärt, insbesondere auch die Gelenkschmerzen, die Ausdruck von Myalgien und Tendoperistosen seien (UV-act. 4). Suva-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_ gab am 4. Februar 2008 an, dass kein Zweifel an der akuten FSME bestehe (UV-act. 14). Dr. D.\_\_\_\_ bestätigte am 25. Februar 2008 das Vorliegen von ausgeprägten neurofunktionellen Defiziten, die sich bisher nicht entscheidend gebessert hätten (UV-act. 18). Eine neuropsychologische und psychopathologische Abklärung in der Rehaklinik Bellikon ergab gemäss Bericht vom 2. Juli 2008 mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störungen mit Einschränkungen der Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen sowie affektive Störungen und Persönlichkeitsauffälligkeiten im Rahmen eines postenzephalitischen Syndroms. Ätiologisch sei das Beschwerdebild vollumfänglich auf die FSME zurückzuführen. Ein stationärer Aufenthalt sei dringend notwendig, von der Beschwerdeführerin aber abgelehnt worden (UV-act. 113).

**2.2** Dr. D.\_\_\_\_ bescheinigte am 10. März und 23. Dezember 2010 weiterhin (unverändert) vorliegende Kopfschmerzen und neurofunktionelle Defizite (UV-act. 86, 110). In seinem Bericht vom 28. April 2010 hatte Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, unter anderem dargelegt, eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung sei seines Erachtens nicht zweckmässig, da sie weder das neuropsychologische Funktionsniveau der Beschwerdeführerin authentisch abbilde noch zur Klärung der Frage beitrage, ob die heutigen psychischen



Phänomene (noch immer) eine organische Grundlage hätten. Dies sei eine klinische Frage, die am besten aus neurologischer Perspektive zu beantworten sei. Die Problematik der Beschwerdeführerin erinnere stark an Schwierigkeiten von Menschen mit ängstlich-vermeidender und zwanghafter Persönlichkeit (Persönlichkeitsstörung). Streng genommen sei die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung als Entwicklungsstörung eine vorläufige Diagnose. Ein natürlicher Unfallkausalzusammenhang könne auch dann unterstellt werden, wenn man feststelle, dass die durch eine Borreliose ausgelösten Beschwerden eine Persönlichkeit mit eingeschränkten psychischen Ressourcen getroffen hätten - mit dem Ergebnis, dass eine zuvor allenfalls latente Persönlichkeitsstörung nach dem Zeckenbiss demaskiert worden sei. Für den Fall, dass die heutigen Körperbeschwerden neurologisch nicht mehr vor allem somato-medizinisch zu erklären seien, könne - als psychiatrische Zweitdiagnose einer Persönlichkeitsstörung - eine sekundäre (auf die Borreliose folgende) Somatisierungsstörung postuliert werden (UV-act. 96). Eine neurologische Untersuchung der Beschwerdeführerin durch Dr. med. K.\_\_\_\_, Neurologie FMH, ergab gemäss Beurteilung vom 19. Mai 2010 im Vergleich zur Voruntersuchung durch Dr. G.\_\_\_\_ vom November 2007 keine relevanten Änderungen. Nicht berücksichtigt seien dabei neuropsychologische Funktionsstörungen (UV-act. 97). In der Beurteilung vom 30. November 2010 führte Suva-Ärztin Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie unter anderem aus, die von der Beschwerdeführerin wahrgenommenen kognitiven Einschränkungen seien unspezifisch. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem natürlichen und direkten Teilzusammenhang zwischen dem Zeckenbiss und den fortbestehenden (psychischen) Beschwerden auszugehen. Eine Verbesserung sei nach nunmehr dreijährigem Verlauf überwiegend wahrscheinlich nicht mehr zu erwarten. Am ehesten sei eine gewisse Besserung noch zu erwarten, wenn sich die Beschwerdeführerin auf eine psychotherapeutische Behandlung einlasse (UV-act. 101).

**2.3** In der neurologischen Beurteilung vom 20. Mai 2011 führte die Suva-Neurologin Dr. E.\_\_\_\_ unter anderem aus, bei der Beschwerdeführerin habe eine akute FSME-Infektion bestanden. Die klinische Symptomatik lege nahe, dass auch eine meningeale Beteiligung vorhanden gewesen sei. Allerdings würden die unauffälligen Liquorbefunde - keine Zellzahlerhöhung, diskrete (unspezifische) Eiweisserhöhung - gegen eine meningeale Form sprechen. Auch die minimale Zellzahlerhöhung bei Punktion durch



Dr. D.\_\_\_\_ im November/Dezember 2007 reiche nicht aus, um die Diagnose einer Meningitis zu stellen. Spätestens zu diesem Zeitpunkt hätte aber zusätzlich auch eine autochtone Antikörperproduktion im Liquor nachgewiesen sein müssen, um die meningeale oder gar enzephalitische Beteiligung nachzuweisen. Klinisch hätten zu keinem Zeitpunkt Auffälligkeiten des neurologischen Befundes bestanden. Auch deswegen sei eine enzephalitische Form ausgeschlossen. Entsprechend zeige das MRI vom 20. August 2010 keine pathologischen Befunde. Die jetzt noch bestehenden Symptome wie Müdigkeit, Stimmungsschwankungen, Antriebsstörung, Schlafschwierigkeiten und Kopfschmerzen, die allesamt unspezifische Symptome und schwierig zu objektivieren seien, seien nicht als eine organische Folge der FSME-Infektion von 2007 anzusehen. Da aus neurologischer Sicht die geklagten Beschwerden nicht auf organische Unfallfolgen zurückzuführen seien, sei keine Einschränkung der Zumutbarkeit und Therapieempfehlung auszusprechen. Ein Integritätsschaden sei nicht gegeben (UV-act. 120). Dr. D.\_\_\_\_ legte in der Stellungnahme vom 7. Juni 2011 unter anderem dar, der am 14. August 2007 entnommene (blutige) Liquor sei nicht verwertbar gewesen. Deswegen habe er am 7. Dezember 2007 eine zweite Liquorprobe entnommen, die noch eine leicht erhöhte Zellzahl gezeigt habe. Dies sei vier Monate nach Auftreten der akuten Phase erstaunlich. Es sei anzunehmen, dass die Zellzahl im August 2007 stark erhöht gewesen sei, was aber leider in einem blutigen Liquor nicht habe festgestellt werden können. Das Argument der Suva-Ärztin, die Zellzahl der zweiten Liquorprobe genüge für den Nachweis einer meningealen oder enzephalitischen Form nicht, sei daher nicht stichhaltig. In einer (am 7. Juni 2011) nachträglich von ihm durchgeführten Antikörper-Bestimmung (welche anlässlich des Spitalaufenthalts in H.\_\_\_\_ und auch bei der zweiten Liquorentnahme nicht durchgeführt worden sei) hätten sich im Liquor die entsprechenden IgG-Antikörper gefunden. Damit dürften die von der Suva-Ärztin geforderten Kriterien für die meningoenzephalitische Form der FSME erfüllt sein. Damit habe sowohl klinisch als auch laborchemisch mit Eindeutigkeit eine FSME-Meningoenzephalitis vorgelegen, deren Folge bis heute Kopfschmerzen und neurofunktionelle Defizite seien (UV-act. 130).

**2.4.** Dr. E.\_\_\_\_ äusserte sich hierzu am 29. Dezember 2011 dahingehend, dass es sich beim Laborbefund vom 13. September 2011 (UV-act. 138) um die Befunde des Labors des Spitals H.\_\_\_\_ vom August 2007 handle, und zwar zum einen um eine



Blutuntersuchung und zum anderen um eine Liquoruntersuchung mit farblosem, klarem Liquor, keinen weiteren Zellen und einer leichten Eiweisserhöhung. Diese Befunde würden zusammen mit dem klinischen Befund (fehlende neurologische Herdzeichen, fehlende Bewusstseinsstörung) nicht für eine enzephalitische Form der FSME sprechen. Bei fehlender Zellzahlerhöhung im Liquor sei selbst die meningeale Form der FSME fraglich. Es sei keineswegs davon auszugehen, dass der Liquor des Spitals H.\_\_\_\_ nicht verwertbar sei. Die Aussagen, die Dr. D.\_\_\_\_ hierzu mache, seien falsch. Im Weiteren würden die Befunde der von Dr. D.\_\_\_\_ veranlassten Nachuntersuchung vom 7. Juni 2011 (Titerbestimmung) keinen üblichen, meist zweistelligen Titerwerten entsprechen. Es würden die Referenzwerte und die Bestimmung des Antikörper-Indexes fehlen. Nur aufgrund dieses Indexes könne auf die autochtone Antikörperbildung im Nervensystem geschlossen werden. Die Interpretation von Liquorbefunden und Korrelation zur Klinik betreffe im Übrigen die neurologische Fachdisziplin. Dr. D.\_\_\_\_ äussere sich als Facharzt der Inneren Medizin in einem fachfremden Gebiet. Hinsichtlich des Befunds der neuropsychologischen Untersuchung in der Rehaklinik Bellikon von 2008 hielt Dr. E.\_\_\_\_ unter anderem fest, bei dieser Art Untersuchung werde übersehen, dass das Beschwerdebild, von dem hier die Rede sei, unspezifisch sei und auch in der Allgemeinbevölkerung ohne vorgängige FSME beklagt werde. Eine Untersuchung ohne Kontrollgruppe sei aus wissenschaftlicher Sicht in Bezug auf die Kausalität wenig aussagekräftig (UV-act. 146).

**2.5.** Mit Schreiben vom 3. Februar 2012 hielt Dr. D.\_\_\_\_ an seinem in der Stellungnahme vom 7. Juni 2011 festgehaltenen Standpunkt fest. Er bekräftigte insbesondere, dass ein blutiger Liquor (Laborbefund Spital H.\_\_\_\_ vom August 2007) in diesem Ausmass nicht zuverlässig beurteilbar sei bzw. zur Bestimmung der Leukozyten nicht verwendet werden dürfe. Wenn die Suva-Ärztin das Gegenteil behauptete, stehe sie im Widerspruch zur Fachwelt. Im Weiteren habe er den formell richtigen Laborbefund angefordert (Beilage). Der das "Fachgebiet überschreitende" Internist (Dr. D.\_\_\_\_) führe seit Jahren täglich Lumbalpunktionen durch und beurteile die Liquores mehr als jeder Neurologe im In- und Ausland. Notabene würden in der Schweiz die grosse Mehrzahl der Fälle von FSME von Internisten und Chirurgen betreut und nur die wenigsten von Neurologen (UV-act. 154).

### 3.



**3.1** Bei der durch Zeckenbiss übertragenen FSME handelt es sich um eine Infektionskrankheit mit komplexem Krankheitsbild. Nach der Infektion treten grippeähnliche Symptome mit Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen auf, die sich nach wenigen Tagen zurückbilden. Später ergeben sich oft Kopfschmerzen, Erbrechen sowie meningeale Reizzeichen. Schreitet die Meningoenzephalitis fort, treten Bewusstseinsstörungen bis zum Koma und Lähmungen auf. Diese Symptome können mehrere Monate anhalten. Der überwiegende Teil der Erkrankungen heilt folgenlos aus. Bei Erwachsenen bleiben jedoch zu 10-30% neurologische Defizite unterschiedlichen Ausmasses bestehen. Dabei kann es sich um Lähmungen (Paresen), Gleichgewichtsstörungen (Ataxien), Epilepsien, Hörstörungen sowie Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen handeln (<http://de.wikipedia.org>; Frühsommer-Meningoenzephalitis). Anerkannt sind auch Beeinträchtigungen der Psyche. Neben diesen direkten Auswirkungen der Erkrankung ist es sodann möglich, dass sekundäre Folgen in dem Sinne auftreten, dass die betroffene Person mit der Krankheit insgesamt oder mit Folgen davon psychisch nicht fertig wird und deshalb erkrankt, was als psychische Fehlentwicklung nach einem Unfall zu bezeichnen ist. Dieser speziellen Ausgangslage muss bei der Prüfung der Kausalität Rechnung getragen werden. Damit die psychischen Beschwerden als Auswirkung der Infektionskrankheit qualifiziert werden können, müssen sie mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als direkte Folge auf das Unfallereignis zurückzuführen sein. Die Adäquanz kann diesfalls - wie bei den somatischen Beschwerden - ohne weiteres bejaht werden, weil die Infizierung mit dem Borreliose-Erreger nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung, wozu in erster Linie die wissenschaftlichen Erkenntnisse gehören, einen Erfolg von der Art des eingetretenen zu bewirken vermag. Die Qualifikation der psychischen Beschwerden als direkte Auswirkungen der Erkrankung oder aber als sekundäre Folge davon hat aufgrund der ärztlichen Berichte zu erfolgen (vgl. Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 4. Oktober 2001, U 131/01, mit Hinweis auf Urteil des EVG vom 9. Juli 2001, U 17/00).

### 3.2

**3.2.1** Unbestritten ist, dass bei der Beschwerdeführerin aufgrund eines im Sommer 2007 erfolgten Zeckenbiss eine akute FSME-Infektion auftrat. Streitig ist,



ob die nach dem 30. Juni 2011 nach wie vor bestehenden Beschwerdesymptome als organische Folge der FSME-Infektion von 2007 anzusehen sind. - Dazu ist vorweg festzuhalten, dass mit Blick auf das vorstehend in E. 3.1 geschilderte Krankheitsbild und den typischen Krankheitsverlauf bei Vorliegen einer FSME der bei der Beschwerdeführerin fehlende Befund von neurologischen Herdzeichen (vgl. UV-act. 3, 7, 97 und 109) und die fehlende Bewusstseinsstörung nicht für eine enzephalitische Form der FSME sprechen (vgl. UV-act. 146 S. 1). Hinsichtlich den von der Rehaklinik Bellikon am 2. Juli 2008 bestätigten mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Funktionsstörungen (UV-act. 113) ist im Weiteren von Bedeutung, dass bei sonst unauffälligen Untersuchungsbefunden neuropsychologische Abklärungen unter Umständen Hirnleistungsstörungen aufzeigen können (vgl. BGE 117 V 378 E. 3d). Jedenfalls bei eindeutigem, nicht diffussem Befund kann der neuropsychologischen Diagnostik - im Rahmen einer neurologischen Gesamtwürdigung - nach der Rechtsprechung auch bei der Kausalitätsbeurteilung ein Aussagewert zukommen (BGE 119 V 343 E. 3c). Hingegen vermag es die Neuropsychologie nicht, selbständig die Beurteilung der Genese abschliessend vorzunehmen (RKUV 2000, 316 E. 3). Nach B.P. Radanov (SZS 1996, S. 471 ff) sind psychologische Probleme (und die eingenommenen Medikamente) geeignet, die kognitiven Leistungen negativ zu beeinflussen (S. 477). Psychologische Probleme bzw. die Interrelation psychologischer und kognitiver Funktionen könnten die reduzierte Leistungsfähigkeit mit erklären (S. 475). - Aufgrund der in E. 2 dargelegten medizinischen Akten ist von einer Beeinflussung/Überlagerung der kognitiven Funktionen bei der Beschwerdeführerin durch den psychischen Befund auszugehen, womit die neuropsychologischen Einschränkungen sich als vielschichtig verursacht erweisen. So wurden im Bericht der Rehaklinik Bellikon eine affektive Störung und Persönlichkeitsauffälligkeiten angesprochen (UV-act. 113), welche der Psychiater Dr. N.\_\_\_\_ später bestätigte. Gleichzeitig hielt dieser Arzt fest, dass eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung aus seiner Sicht nicht zweckmässig sei, da sie das neuropsychologische Funktionsniveau der Beschwerdeführerin nicht authentisch abzubilden vermöge (UV-act. 96). Die Suva-Psychiaterin Dr. L.\_\_\_\_ bezeichnete die von der Beschwerdeführerin wahrgenommenen kognitiven Einschränkungen als unspezifisch, bejahte jedoch einen direkten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem psychischen Beschwerdebild und dem



Zeckenbiss (UV-act. 101). Bei diesem Sachverhalt können neuropsychologische Unfall-Restfolgen im Sinn eines selbständigen, klar abgrenzbaren Befunds zwar nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als nachgewiesen gelten. Damit ist jedoch die Frage, ob die geklagten Beschwerdesymptome als organische Folge der FSME-Infektion von 2007 anzusehen sind, noch nicht beantwortet, zumal wie erwähnt (vorstehende E. 3.1) neuropsychologische und psychische Probleme typische Folgeerscheinungen einer FSME-Infektion darstellen und von Seiten der Rehaklinik Bellikon und der Suva-Ärztin Dr. L. \_\_\_ eine diesbezügliche natürliche Unfallkausalität auch explizit bejaht worden war (UV-act. 101, 113).

**3.2.2** Während die Neurologin Dr. E. \_\_\_ sich auf den Standpunkt stellt, dass - bei Vorliegen einer auf eine meningeale Beteiligung hinweisenden klinischen Symptomatik - die unauffälligen Liquorbefunde vom August und Dezember 2007 gegen eine meningeale Form sprechen würden (UV-act. 120), leitet Dr. D. \_\_\_ aus dem Ergebnis der von ihm veranlassten zweiten Liquorprobe vom Dezember 2007 (mit leicht erhöhter Zellzahl) ab, dass die Zellzahl im August 2007 stark erhöht gewesen sein musste. Den ersten im August 2007 entnommenen ("blutigen") Liquor erachtet Dr. D. \_\_\_ als nicht verwertbar. Zusätzlich verweist der Arzt auf eine von ihm am 7. Juni 2011 nachträglich veranlasste labortechnische Antikörper-Bestimmung, welche IgG-Antikörper bestätigt habe. Diese belege zusammen mit den klinischen Befunden (Kopfschmerzen, neurofunktionelle Defizite) das Bestehen einer FSME-Meningoenzephalitis (UV-act. 130). Dem Schreiben vom 3. Februar 2012 legte der Arzt den Laborbefund der Antikörper-Bestimmung vom 7. Juni 2011 bei (UV-act. 154). Dem hielt Dr. E. \_\_\_ am 29. Dezember 2011 entgegen, dass der Liquor des Spitals H. \_\_\_ (vom August 2007) verwertbar sei, zumal die Zellzahl normal gewesen sei. Es könne durchaus vorkommen, dass der Liquor klar erscheine, obwohl mikroskopisch Erythrozyten als artifizielle Beimengung nachzuweisen seien. Die Aussagen, die Dr. D. \_\_\_ hierzu mache, seien falsch. Wie bereits vom Labor interpretiert, entspreche die leichte Eiweisserhöhung im Liquor einer Schrankenstörung oder einer Liquorflussbehinderung. Die Zellzahlerhöhung auf 9 sei nicht zu erklären, wäre für eine FSME im Verlauf nach vier Monaten allerdings sehr ungewöhnlich (UV-act. 146). Hierzu wendete Dr. D. \_\_\_ am 3. Februar 2012 ein, die eindeutig erhöhte Zellzahl im später untersuchten Liquor habe entgegen der Auffassung der Suva-Ärztin eine Erklärung. Wenn sie behauptete, dass der Befund der erhöhten Zellzahl vier Monate nach der FSME ungewöhnlich sei, stehe sie



mit dieser Meinung im Widerspruch zur Fachliteratur und seiner eigenen Erfahrung (UV-act. 154). Während des laufenden Beschwerdeverfahrens nahm der Suva-Arzt und Neurologe Dr. F.\_\_\_\_ am 3. Mai 2012 Stellung. Im Liquorbefund vom 14. August 2007 sei die Beimengung mit 96 Erythrozyten bestimmt worden und habe damit weniger als 1/10 der Beimengung betragen, die notwendig sei, um den Liquor trüb rosa zu färben oder Probleme bei der Bestimmung der Zellzahl zu verursachen. In einem Gespräch mit dem Experten für Liquordiagnostik, PD Dr. M.\_\_\_\_, sei ihm bestätigt worden, dass grundsätzlich ein Liquor mit einer artifiziellen Beimengung von 96 Erythrozyten visuell klar und farblos imponiere und mit ausreichender Zuverlässigkeit die Zellzahl bestimmt werden könne. Unter Berücksichtigung der (zitierten) Fachliteratur komme er zum Schluss, dass die Bestimmung der Zellzahl im Liquor am 14. August 2007 somit überwiegend wahrscheinlich zuverlässig erfolgt sei. Eine Pleozytose könne zu diesem Zeitpunkt als ausgeschlossen betrachtet werden. Deshalb sei eine enzephalitische Form der FSME-Infektion nicht überwiegend wahrscheinlich und selbst eine meningeale Form zweifelhaft. Die vier Monate später von Dr. D.\_\_\_\_ erhobene Zellzahl von 9 pro Mikroliter sei durch eine FSME-Infektion im Juni 2007 nicht erklärbar. Sodann gehe aus dem von Dr. D.\_\_\_\_ zur Verfügung gestellten Laborbefund nicht der Nachweis im Gehirn gebildeter Antikörper gegen das FSME-Virus hervor (UV-act. 174).

**3.2.3** Bei der geschilderten Sachlage stehen sich die Aussagen des behandelnden Facharztes, welcher auf dem in Frage stehenden medizinischen Gebiet unbestritten über eine grosse Erfahrung verfügt, und diejenigen der Suva-Neurologen Dres. E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ gegenüber. Allein die in einer Aktennotiz festgehaltenen generellen Vorbehalte gegen den behandelnden Arzt (UV-act. 42) sind nicht geeignet, für die Erledigung dieses Verfahren wesentliche Argumente zu liefern. Im Zusammenhang mit der streitigen Leistungseinstellung stehen medizinische Fragen im Raum, für deren Beantwortung der rechtsanwendenden Behörde bzw. dem Gericht die Entscheidvoraussetzungen gestützt auf die gegebene Aktenlage nicht zur Verfügung stehen. Der Hinweis von Dr. F.\_\_\_\_ auf ein nicht näher dokumentiertes Gespräch mit dem Experten für Liquordiagnostik PD Dr. M.\_\_\_\_ vermag keine beweisbildenden Umstände zu belegen, zumal es sich um eine abstrakte (mündliche) Auskunft auf eine nicht bekannte Frage ohne Kenntnis der einzelfallbezogenen Akten auf Seiten der angefragten Person handelte. Wenn Dr. F.\_\_\_\_ hinsichtlich der von Dr. D.\_\_\_\_ am 7. Juni 2011 nachträglich durchgeführten Antikörper-Bestimmung (vgl. UV-act. 130 Ziff. 4 und



UV-act. 154 Ziff. 1) feststellte, dass hieraus nicht der Nachweis im Gehirn gebildeter Antikörper gegen das FSME-Virus hervorgehe (UV-act. 174 S. 3), so ist das angerufene Gericht nicht in der Lage zu entscheiden, ob dies zutrifft oder ob auf den gegenteiligen Standpunkt von Dr. D.\_\_\_\_ abzustellen sei. Es erweist daher als nicht möglich, einen Sachverhalt zu ermitteln, der zum Beweis der Begründetheit der Leistungseinstellung eine überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich beanspruchen könnte. Nach Lage der dem Gericht vorliegenden Akten trat seit der Leistungsanerkennung durch die Beschwerdegegnerin für die Folgen der FSME-Infektion keine entscheidende Änderung des medizinischen Sachverhalts ein, welche eine Leistungseinstellung zu begründen vermöchte. Ein Grund, die Leistungen auf den 30. Juni 2011 einzustellen, kann demgemäss gestützt auf die derzeitige Aktenlage nicht als nachgewiesen gelten. Der Beschwerdegegnerin ist es unbenommen, für den Nachweis eines allfälligen Leistungseinstellungsgrundes gegebenenfalls weitere Abklärungen zu tätigen, wobei hierbei auch die Gutachternvorschläge der Beschwerdeführerin (act. G 9 S. 2) zu berücksichtigen wären.

**3.3** Aufgrund der Ergebnisse der psychiatrischen Untersuchungen/Abklärungen ist anzunehmen, dass psychische Faktoren das bestehende Beschwerdebild beeinflussen und diese in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall stehen bzw. natürlich kausale Folge der FSME-Infektion darstellen (UV-act. 96, 101, 113). Die Frage, ob die Adäquanz nach der Rechtsprechung für eine psychische Fehlentwicklung nach Unfall zu beurteilen ist (vgl. dazu Urteil des EVG vom 9. Juli 2001, U 17/00, E. 3b) oder nicht bzw. ob es sich bei den psychischen Beschwerden um sekundäre oder direkte Folgen der FSME-Erkrankung handelt, lässt sich angesichts der geschilderten Aktenlage nicht abschliessend beantworten.

#### 4.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 19. Januar 2012 gutzuheissen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung ist - wie in vergleichbaren Verfahren üblich - pauschal auf Fr. 4'000.--, einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer, festzulegen



Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 19. Januar 2012 aufgehoben.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.