

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 57

Entscheid vom 12. Oktober 2018

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
lic.iur. Gion Tomaschett, Richter
MLaw Stefan Getzmann, Gerichtsschreiber

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____,

gegen

C. _____, Versicherungs-Gesellschaft AG,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Zeckenstich)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1975) arbeitete seit 1. Juni 2017 im Vollzeitpensum bei der Metzgerei D._____ in H._____, über die sie bei der C._____ Versicherungs-Gesellschaft AG (kurz: C._____) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch versichert war. Am 24. Oktober 2017 meldete der Arbeitgeber von A._____ der C._____, dass diese am 15. Juni 2017 im Wald von einer Zecke ins linke Bein gebissen worden sei. Am 9. November 2017 präzisierte A._____ in Bezug auf Ort, Datum und Zeit des Vorfalles (Vi-act. 36): "15.6.17, Nachmittags, H._____". Die Erstbehandlung fand am 9. Oktober 2017 bei Dr.med. E._____ (Arzt für Allgemeinmedizin) statt (Vi-act. 34 S. 1). Am 12. und 23. Oktober 2017 sowie am 21. Dezember 2017 und am 8. Januar 2018 erfolgten Untersuchungen bei Dr.med. F._____ (Fachärztin Neurologie). Sie stellte erstmals im Bericht vom 23. Oktober 2017 die Diagnose einer akuten Borrelieninfektion (B. garinii und afzelii) mit meningealer Reizung (Vi-act. 31 u. 34 S. 3).

Gemäss der vom Arbeitgeber ausgefüllten Schadenmeldung UVG vom 24. Oktober 2017 setzte A._____ die Arbeit ab 9. Oktober 2017 aus (Vi-act. 37). Dr.med. F._____ attestierte in ihrem Bericht vom 23. Oktober 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis einschliesslich 29. Oktober 2017 (Vi-act. 34 S. 4). Dr.med. E._____ hielt im Arztzeugnis vom 8. Dezember 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% ab 9. Oktober 2017 und von 50% ab 20. November 2017 fest bei voraussichtlichem Behandlungsabschluss in zwei Wochen (Vi-act. 34 S. 1).

B. Mit Verfügung 16. April 2018 lehnte die C._____ ihre Leistungspflicht für den mit Unfallmeldung vom 24. Oktober 2017 gemeldeten Zeckenstich ab, da laut der Beurteilung des (versicherungsinternen) medizinischen Dienstes die Beschwerden, welche ab anfangs Oktober 2017 eine ärztliche Behandlung erforderlich gemacht haben, nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf einen Zeckenstich zurückgeführt werden könnten (Vi-act. 10 S. 2).

C. Gegen die Verfügung vom 16. April 2018 erhob A._____ am 21. April 2018 Einsprache (Vi-act. 7), welche die C._____ mit Einspracheentscheid vom 11. Juni 2018 abwies (Vi-act. 1 S. 7ff. = Bf-act. 2).

D. Am 9. Juli 2018 lässt A._____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz rechtzeitig Beschwerde erheben mit den folgenden Anträgen:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid _____ der C._____ vom 11. Juni 2018 sei dahingehend abzuändern, dass die C._____ der Beschwerdeführerin betreffend das Ereignis vom 15. Juni 2017 und den nunmehr daraus

resultierende Beschwerden vollumfänglich die gesetzlichen Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung zu erbringen hat, insbesondere Taggelder und Heilkosten.

2. Eventualiter sei die Sache in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides _____ der C. _____ vom 11. Juni 2018 zu ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen oder es seien selber ergänzende Abklärungen vorzunehmen.
3. Unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

E. Die Vorinstanz beantragt mit Vernehmlassung vom 21. August 2018 die Beschwerdeabweisung. Am 14. September 2018 repliziert die Beschwerdeführerin, wobei sie an den gestellten Anträgen festhält. Mit Duplik vom 25. September 2018 bestätigt die Vorinstanz ihre Anträge der Vernehmlassung.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Der Anspruch auf Taggeld erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person (Art. 16 Abs. 2 Satz 2 UVG).

1.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 119 V 338 Erw. 1; 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. 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 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a). Im Sozialversicherungsrecht spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt. Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen.

1.4.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche (und insb. zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin) bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind, ist in BGE 125 V 351 Erw. 3 S. 352 ff. festgelegt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 351 Erw. 3a mit Hinweis).

1.4.2 Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien

gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. 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 (versicherungsexterne Begutachtung oder gar ein Gerichtsgutachten) vorzunehmen (BGE 135 V 465 Erw. 4.4; 122 V 157 Erw. 1d; vgl. auch Bundesgerichtsurteil 8C_857/2015 vom 14.3.2016 Erw. 2.1 f.).

1.4.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil des BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Bundesgerichtsurteil I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

2. Vorab ist zwischen den Parteien strittig, ob die Beschwerdeführerin im Sommer 2017 überhaupt von einer Zecke gestochen wurde, sowie ob ein Zeckenstich überhaupt einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG darstellt oder nicht.

2.1 Die Vorinstanz hat in ihrer Verfügung vom 16. April 2018 ihre Leistungspflicht mangels eines überwiegenden wahrscheinlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Zeckenstich und den in der Folge aufgetretenen Beschwerden der Beschwerdeführerin verneint (und dabei massgeblich auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes [Dr. I. _____] abgestellt, vgl. Vi-act. 10 S. 4 f.). Die Frage, ob ein Zeckenstich einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG darstelle, liess die Vorinstanz auch im angefochtenen Einspracheentscheid unter Berufung auf die nicht gegebene Kausalität offen (Erw. 2.3 erster Absatz). In der Vernehmlassung vom 21. August 2018 macht die Vorinstanz erstmals geltend, dass der im Juni 2017 ggfs. stattgefundenene Zeckenstich die Voraussetzung der Ungewöhnlichkeit nicht erfülle und damit der Unfallbegriff im Sinne von Art. 4 ATSG zu verneinen sei. Erstens sei der Zeckenstich - gemäss Beschwerdeführerin - im Juni 2017 erfolgt und damit in dem Monat, in welchem die jährliche Spitze der gemeldeten Ze-

ckenstich-Neufälle erreicht worden sei. Zweitens sei die Beschwerdeführerin in einem Wald in H._____ von einer Zecke gestochen worden, somit in unmittelbarer Nähe eines vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) anerkannten Risikogebietes für die Borreliose. Es sei somit äusserst fraglich, ob heute noch behauptet werden könne, es handle sich bei Zeckenstichen resp. Borreliose-Infektionen nicht um ein epidemisches oder endemisches Phänomen in der Schweiz (Vernehmlassung S. 2).

Die Beschwerdeführerin bestreitet in ihrer Replik vom 14. September 2018 diese vernehmlassenden Ausführungen der Vorinstanz.

2.2 Nach Art. 4 ATSG ist ein Unfall 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.

Mit dem Urteil BGE 122 V 230 (= Pra 86 [1997] Nr. 82 S. 414ff.) hat das Bundesgericht die - damals - offene Frage des Unfallcharakters der Infektion nach einem Zeckenstich entschieden und festgestellt, der Zeckenstich erfülle sämtliche Merkmale des Unfallbegriffs (bestätigt etwa in SVR 2008 UV Nr. 3 S. 11 Erw. 3 [U 155/06], Urteile BGer 8C_777/2015 vom 22.3.2016 Erw. 2.1; 8C_50/2013 vom 4.4.2013 Erw. 2). Das Bundesgericht führte dabei u.a. aus, der aussergewöhnliche Charakter der Schädigung bei Zeckenstich könne auch bei Vergleich mit der durch das Weibchen der Anopheles-Mücke übertragenen (und als Krankheit geltende) Malaria nicht verneint werden. Dass Zecken der Gattung Ixodes in bestimmten Regionen der Schweiz festgestellt würden, schliesse weder deren Koexistenz mit anderen, unschädlichen Zecken, noch das Auftreten ihrer Gattung ausserhalb dieser Regionen aus. Die durch diese Zecken übertragenen Krankheiten könnten in der Schweiz nicht als epidemisch oder endemisch bezeichnet werden (BGE 122 V 230 Erw. 5b (= Pra 86 [1997] Nr. 82 S. 422).

2.3 Die Vorinstanz stellt explizit in Frage, dass heute noch behauptet werden könne, es handle sich bei Zeckenstichen resp. Borreliose-Infektionen nicht um ein epidemisches oder endemisches Phänomen in der Schweiz.

Der Vorinstanz ist zwar insoweit beizupflichten, als dass die Anzahl Zeckenstiche bzw. Borreliose-Fälle im Verlauf der Jahre zugenommen hat und die Hochrechnungen für 2018 Zahlen ergeben, die im mehrjährigen Vergleich sehr hoch sind (vgl. Zeckenübertragbare Krankheiten - Lagebericht Schweiz, BAG, 4.9.2018). Die für die Lyme-Borreliose verantwortlichen Bakterien *Borrelia burgdorferi* findet man in der Schweiz sodann überall, wo die Zecke *Ixodes ricinus* vorhanden ist. Die Risikogebiete Borreliose des BAG decken dabei sämtliche Land-Gebiete der

Schweiz unterhalb 1'500 m.ü.M. ab (vgl. vom BAG publizierten Karte [abrufbar unter: <https://map.geo.admin.ch/>]). Es sind aber je nach Gebiet nur 5 bis 50% der Zecken infiziert (vgl. Flyer Nationales Referenzzentrum für zeckenübertragene Krankheiten, Zecken in der Schweiz, Stand Juni 2018). Im Jahr 2017 wurden in der ganzen Schweiz rund 20'000 Arztbesuche wegen Zeckenstichen gemeldet (rund 80% aller Zeckenstiche werden nicht erkannt; www.zecken.ch; eingesehen am 20.9.2018); pro Jahr treten schätzungsweise 6'000 bis 12'000 Borreliosefälle auf (vgl. www.bag.admin.ch; eingesehen am 20.9.2018). Das Infektionsrisiko mit klinischen Symptomen nach einem Zeckenstich wird mit 1 bis 5% angegeben (Zeckentests zum Nachweis von Borrelien: Negative Stellungnahme des CNRT zu deren Verwendung, 15.3.2013; vgl. auch Norbert Satz, Angriff und Gegenwehr - Zur Infektion mit *Borrelia burgdorferi* und deren klinischen Implikationen; Vierteljahrsschrift der Naturforschenden Gesellschaft in Zürich [2013] S. 88). Bei diesen Begebenheiten besteht keine Veranlassung, den aussergewöhnlichen Charakter der Schädigung durch einen Zeckenstich mit Borrelien-Infektion nicht weiterhin gemäss bisheriger Rechtsprechung (sowie entsprechend der Empfehlung der Ad-Hoc-Kommission Schaden UVG Nr. 2/1990, Stand 23.3.2018) zu bestätigen. Vielmehr ist der Zeckenstich mit Borrelien-Infektion weiterhin als Unfall zu qualifizieren.

2.4 Die Vorinstanz macht geltend, gemäss den erstbehandelnden Ärzten werde kein Zeckenstich erwähnt bzw. ein solcher sogar ausdrücklich verneint (Vernehmlassung S. 2 oben mit Verweis auf den Bericht von Dr.med. F. _____ vom 23.10.2017; Vi-act. 34). Im besagten Bericht führt Dr.med. F. _____ aus, dass die Versicherte zwar angab, viel Zeit in der Natur zu verbringen, "ein Zeckenstich sei 2017 nicht erinnerlich" (Vi-act. 34 S. 3). Im gleichen Bericht wird in der Beurteilung aber auch festgehalten, dass 30-50% der Patienten ein Zeckenstich nicht erinnerlich sei (Vi-act. 34 S. 4). Ob sich die Frage eines Zeckenstiches auch schon beim erstbehandelnden Hausarzt stellte und ihm gegenüber der Zeckenstich vom 15. Juni 2017 erwähnt wurde, erhellt aus den Akten nicht. Beim vorliegenden Verfahrensausgang (vgl. nachfolgend Erw. 4.5) kann letztlich aber offen gelassen werden, ob die Beschwerdeführerin am 15. Juni 2017 (oder auch schon früher und falls vor dem 1.6.2017 noch vor Beginn des Versicherungsverhältnisses mit der Vorinstanz) von einer Zecke gestochen worden ist.

3. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die Vorinstanz die Kausalität zwischen dem Zeckenstich vom 15. Juni 2017 und den später aufgetretenen Beschwerden bei der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat oder nicht.

Den vorliegenden (medizinischen) Akten lässt sich hierzu unter anderem folgendes entnehmen.

3.1 Am 23. Oktober 2017 berichtete Dr.med. F._____ der Hausarztpraxis der Versicherten über die neurologischen Untersuchungen vom 12. und 23. Oktober 2017 (Vi-act. 34 S. 3). Die Diagnose lautete: Akute Borrelieninfektion (*B. garinii* und *afzelii*) mit meningealer Reizung, ED 10/2017. Die Zuweisung erfolgte, um eine Meningitis auszuschliessen. Die Patientin berichte, seit ca. 2 Wochen an starken Kopfschmerzen zu leiden, die vom Nacken nach bitemporal ausstrahlen würden, auf der VAS 8/10 erreichten, mit Lichtscheu und fraglich erhöhten Temperaturen einhergehen würden und von drückendem Charakter seien. Die Einnahme von Saridon forte 1-1-1 habe nur ein unzureichendes Ansprechen gezeigt. Weiter fühle sie sich müde und abgeschlagen. Sie verbringe viel Zeit in der Natur, ein Zeckenstich sei nicht rememberlich. In den letzten Jahren sei es regelmässig zu Kopfschmerzen gekommen, die im Ausmass, der Dauer und der Intensität jedoch geringer gewesen seien und immer gut auf Analgetika angesprochen hätten. Seit zwei Jahren beständen Gelenkschmerzen an den Händen und Füssen, die aktuell ebenfalls zugenommen hätten und vor allem in der Nacht beständen.

Im Bericht wird sodann folgendes festgehalten:

Klinisch-neurologischer Befund

Pat. im Kontakt zugewandt, wach und vollständig orientiert ohne pathologische Stimmungsauslenkung oder floride psychotische Symptome.

Endgradiger Meningismus, Hirnnerven intakt, insbesondere freie Oculo- und Pupillomotorik, fingerperimetrisch normales Gesichtsfeld, seitengleiche Mimik, Gaumensegel symmetrisch, keine Schmerztriggerpunkte okzipital, temporal oder trigeminal, MER seitengleich schwach bis mittlebhaft, keine patholog. Reflexe, keine klinisch manifesten Paresen, keine Feinmotorikstörung, normotoner Muskeltonus, Sensibilität für Berührung und Vibration (6/8 bimalleolär) intakt angegeben, Gang und komplizierte Gangarten sowie Koordinationsversuche (1-Beinstand, Romberger Stehversuch, AHV, ZNV, KHV, Diadochokinese, Fingerpointing) sicher durchgeführt.

Zusatzdiagnostik

Lumbalpunktion 10/2017

Zellzahl 6/ul leicht erhöht. Eiweiss, Albumin, Laktat, Glukose, OKB, FSME- und Borrelien- sowie Lues-Serologie unauffällig.

Laborkontrolle 10/2017

BB klein, GPT, GOT, GGT, Kreatinin, BSG, CRP, Lues-Serologie unauffällig. IgM *B. burgdorferi*, 55U/ml erhöht, IgG negativ. Positiver Nachweis von *B. garinii* und *afzelii*.

Beurteilung

Bei Frau A._____ bestehen seit zwei Wochen neben von nuchal nach temporal ausstrahlenden Kopfschmerzen ein endgradiger Meningismus, Müdigkeit und Abgeschlagenheit, Lichtscheu und fraglich erhöhte Temperaturen. Bei der Kontrolle am 23.10.2017 berichtet die Patientin zudem über Lumbalgien mit nächtlicher Betonung.

Die aktuelle klinische Untersuchung ist abgesehen von einer Pallhypästhesien bimalleolär unauffällig. Zum Ausschluss einer Meningitis haben wir eine Lumbalpunktion veranlasst, die eine leichte Pleozytose erbrachte. Weiter fand sich im Serum ein positiver Nachweis von B. afzelii und garinii mit einer IgM-Titererhöhung und unauffälligem IgG. Wir gehen zusammenfassend von einer akuten Borrelien-Infektion mit einer menigealen Reizung aus. 30-50% der Patienten ist ein Zeckenstich nicht erinnerlich.

Unsere Einschätzung haben wir ausführlich mit der Patientin besprochen und ihr zu einer Therapie mit Doxycyclin 100mtg 1-1-1 über 3 Wochen geraten, mit der sich die Patientin einverstanden zeigte. Gemäss aktueller Datenlage ist eine iv-Therapie mit Rocephin nur bei parenchymatöser Mitbeteiligung notwendig. Die Analgetika-Therapie kann fortgesetzt werden und ggf. bei anhaltenden Schmerzen um Lyrica 50-75mg 1-0-1 erweitert werden.

3.2 Der Hausarzt Dr.med. E._____ hielt im Arztzeugnis vom 8. Dezember 2017 (Vi-act. 34 S. 1) fest, dass die Erstbehandlung der Patientin bei ihm am 9. Oktober 2017 stattgefunden habe. Die Versicherte habe seit dem 25. September 2017 permanent Kopfschmerzen. Für den Befund verwies er auf den beigelegten neurologischen Bericht (Vi-act. 34 S. 3, Bericht von Dr.med. F._____ vom 23.10.2017). Als Diagnose hielt Dr.med. E._____ eine akute Borrelien-infektion mit meningealer Reizung fest. Die Arbeitsunfähigkeit legte er auf 100% ab 9. Oktober 2017 und auf 50% ab 20. November 2017 fest bei voraussichtlichem Behandlungsabschluss in zwei Wochen (Vi-act. 34 S. 1).

3.3 Dr.med. F._____ hielt in ihrem Bericht vom 8. Januar 2018 (Vi-act. 31) zu den Verlaufskontrollen vom 21. Dezember 2017 und 8. Januar 2018 an der bisherigen Diagnosestellung fest. Die Patientin berichte über anhaltende Müdigkeit und Abgeschlagenheit. Weiter beständen noch immer Kopfschmerzen. Sie arbeite aktuell weiterhin nur zu 50%. Den Laborbefund 12/2017 (vgl. Vi-act. 30 S. 2) gab Dr.med. F._____ wie folgt wieder:

BB, CRP?, BSG, ANA, ANCA, anti-ds-DANN normwertig bzw. negativ. Borrelien-Serologie mit positivem Nachweis von IgM (56 U/ml, unverändert zu VU aus 10/2017) gegen B. afzelii und garinii und negativem IgG.

In der Beurteilung hielt Dr.med. F._____ unter anderem fest, dass die Laboruntersuchung keine neuen Aspekte habe erbringen können. Insbesondere hätten sich keine Hinweise für eine systemische Entzündungsreaktion auch hinsichtlich einer Vaskulitis gefunden. IgM gegen Borrelien seien unverändert positiv nachweisbar gewesen bei negativem IgG. Eine Titererhöhung sei nicht nachweisbar gewesen.

3.4 Auf Nachfrage der Vorinstanz bestätigte Dr.med. F._____ am 5. April 2018 die Diagnose einer akuten Borrelieninfektion (B. garinii und afzelii) mit meningealer Reizung. Eine Neuroborreliose liege nicht vor. Es sei eine

frühzeitige antibiotische Behandlung erfolgt. Man gehe davon aus, dass hierdurch eine Serokonversion ausblieb (Vi-act. 18 S. 2 und Vi-act. 24).

3.5 Die Vorinstanz hat in der Verfügung vom 16. April 2018 ihre Leistungspflicht für die Folgen des Zeckenstiches vom 15. Juni 2017 wie folgt verneint (Vi-act. 10 S. 2):

Laut der Beurteilung unseres medizinischen Dienstes können Ihre Beschwerden, welche ab Anfangs Oktober 2017 eine ärztliche Behandlung notwendig machten, nicht mit dem gesetzlichen erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf dieses obenerwähnte Ereignis zurückgeführt werden. Es handelt sich um ein unspezifisches Beschwerdebild. Der natürliche Kausalzusammenhang kann höchstens als möglich betrachtet werden. Als UVG-Versicherer ist es uns folglich leider nicht möglich, für diesen Fall Leistungen zu erbringen.

3.6 Zur Einsprache vom 21. April 2018 legte die Beschwerdeführerin eine ärztliche Bestätigung von Dr.med. E. _____ vom 20. April 2018 ein, wonach sich die Beschwerdeführerin vom 12. bis 23. Oktober 2017 in spezialärztlicher Behandlung in der neurologischen Praxis J. _____/F. _____ befand und dass dort die Diagnose einer akuten Borrelioseinfektion mit meningealer Reizung gestellt worden sei (Vi-act. 7 S. 12).

3.7.1 In Erwägung 1.6 des angefochtenen Einspracheentscheids hält die Vorinstanz fest, dass am 9. April 2018 die Akten mit ihrem beratenden Arzt, Dr. I. _____, Facharzt für Arbeitsmedizin, MAS Versicherungsmedizin, Vertrauensarzt besprochen worden seien. Es findet sich in dieser Erwägung 1.6 ein Zitat von Dr. I. _____, in welchen er zusammenfassend zum Ergebnis gelangt, dass die aufgeführten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Borrelioseinfektion zurückgeführt werden könnten (Vi-act. 1 S. 9; die in Erwägung 1.6 zitierten Ausführungen entsprechen Vi-act. 9).

3.7.2 Vi-act. 9 hat den folgenden Inhalt:

0014 05.04.2018 VAR VAR 004 ?% AUF - Eingang AZ Dr. med. G. _____/J. _____ ... 1

05.04.2018 im DOCUM. 05.04.2018.

Diagnose: Bekannt

Frage an den BERA nach Eingang Antwort zur Fragestellung des BERA:

Sind die Beschwerden kausal zum erwähnten Ereignis vom 15.06.2017?

0015 09.04.2018 CSS CSS 004 Empfehlung BERA CSS 1

Kausalität Beschwerden und möglicher Zeckenbiss

vP stellt sich mit seit zwei Wochen bestehenden starken Kopfschmerzen, Lichtscheu und fraglich erhöhten Temperaturen vor, müde und abgeschlagen.

Ein Zeckenbiss war im 2017 nicht erinnerlich. Endgradiger Meningismus, kein Befund an z.B. Facialisnerv. Lumbalgien seit Jahren. Im Serum IgM Titererhöhung bei

unauffälligem IgG. Lumbalpunktion mit 6/ul, Eiweiss, Albumin, FSME, Borreliosen, Lues unauffällig. Gabe von Doxy. über 3 Wochen. (10/17)
Kontrolle 12/17 unverändert IgM pos, IgG negativ

Beurteilung der Kausalität:

An Beschwerden liegen persistierende Kopfschmerzen, Müdigkeit und Abgeschlagenheit vor. Grundsätzlich handelt es sich dabei um unspezifische Beschwerden, welche nicht typisch oder beweisend sind für eine (Neuro)Borreliose.

Gewöhnlich wird ein Zeckenbiss bemerkt, jedoch nicht in jedem Fall. Die Angabe, dass kein solcher bemerkt wurde, spricht somit nicht per se gegen eine Infektion mit Borrelien. Gegen eine akute Infektion spricht jedoch als erstes, dass kein Erythema migrans (tritt in rund 90% der Fälle auf) ausgewiesen ist, auch *** (siehe unten) ... (Leitlinie AWMF Neuroborreliose).

In der durchgeführten Laboruntersuchung ergab sich ein positives IgM, diese positive Serologie zeigt, dass zu einem beliebigen Zeitpunkt ein Kontakt mit Borrelien bestanden hat, lässt jedoch keine Aussage über den Erkrankungszeitpunkt zu. Der Liquor-Befund als Kriterium, ob es zu einer Neuroborreliose gekommen ist, ist negativ (Laborbericht Seite 2 vom 12.10.2017).

*** ...die zweithäufigste Manifestation (Bannwarth-Syndrom) ist nicht vorhanden. Es findet auch keine Beteiligung von Hirnnerven statt.

Insgesamt handelt es sich um einen Krankheitsverlauf, der untypisch für eine Borreliose ist. Es fehlen die üblichen, für die Erkrankung typischen Symptome, die vorhandenen Beschwerden sind unspezifisch und können auch bei anderen Erkrankungen auftreten. Die Kausalität ist allenfalls möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich.

Die Laboruntersuchungen lassen nicht auf eine akute Infektion schliessen, die Werte für eine Neuroborreliose, welche tatsächlich auch unspezifische neurologische Beschwerden erklären könnten, sind klar negativ.

Zusammenfassend können die aufgeführten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Borrelieninfektion zurückgeführt werden.

3.8 In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird geltend gemacht, dass sich die Vorinstanz für ihre Einschätzung vor allem auf eine undatierte Beurteilung stütze, die nicht mal unterzeichnet sei und von welcher man also gar nicht genau wisse, wer sie wann verfasst habe. Gemäss Einspracheentscheid solle sie von einem gewissen Dr. I._____, beratender Arzt der Vorinstanz stammen. Nicht nur in formeller, sondern auch in materieller Hinsicht sei die strittige Beurteilung absolut ungenügend und es bestünden mehr als nur geringe Zweifel (Beschwerde S. 7).

3.9 In der Vernehmlassung macht die Vorinstanz geltend, die Stellungnahme von Dr. I._____ erfülle die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung. Er beziehe sich auf die gesamten Akten und begründe, gestützt insbesondere auf die Laboruntersuchungen und die medizinische Literatur, weshalb der Kausalzusammenhang höchstens als möglich betrachtet werden könne. Seine Beurteilung sei schlüssig, nachvollziehbar und überzeugend (Vernehmlassung S. 4).

4.1 Die Vorinstanz stützt sich bei der Leistungsablehnung massgeblich auf Stellungnahme gemäss Vi-act. 9 ab. Dieses Aktenstück ist weder datiert noch wird darin der/die Verfasser/in genannt. Nach den Angaben der Vorinstanz datiert diese Stellungnahme vom 9. April 2018 und wurde von ihrem Vertrauensarzt Dr. I. _____, Facharzt für Arbeitsmedizin, MAS Versicherungsmedizin verfasst. Demzufolge gelangt die Rechtsprechung für versicherungsinterne Berichte (vorn Erw. 1.4.2) zur Anwendung.

4.2.1 Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Bei der Prüfung der Begehren darf er auch den Sachverständigen versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen einbeziehen. Bei den von diesen versicherungsinternen Ärztinnen und Ärzten erstellten Stellungnahmen handelt es sich indessen nicht um Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG; diese Bestimmung ist auf die Berichte der versicherungseigenen Fachpersonen nicht anwendbar (BGE 135 V 465 Erw. 4.2).

4.2.2 Die versicherte Person hat gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) vom 18. April 1999 das Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 135 V 465 Erw. 4. 3.2 mit Verweis auf BGE 133 I 270 Erw. 3.1; 132 V 368 Erw. 3.1 mit Hinweisen).

4.3.1 Entgegen der Auffassung der Vorinstanz genügt im vorliegenden Fall die undatierte und nicht unterzeichnete Stellungnahme gemäss Vi-act. 9 den höchstrichterlichen Anforderungen an eine versicherungsinterne ärztliche Beurteilung nicht. Wie die Beschwerdeführerin zutreffend bemerkt, ist Vi-act. 9 nicht zu entnehmen, ob eine und falls ja welche ärztliche Fachperson diese Kurzstellungnahme verfasst hat. Lediglich indirekt, nämlich über Erwägung 1.6 des angefochtenen Einspracheentscheids, lassen sich ein Verfasser (Dr. I. _____, Facharzt Arbeitsmedizin und beratender Arzt der Vorinstanz) sowie ein Datum (9.4.2018) zuordnen. Ob die Vorinstanz gehalten gewesen wäre, diese Stellungnahme von Dr. I. _____, mit welcher die Leistungsabweisung im Wesentlichen begründet wird, der Versicherten (bzw. ihrem Rechtsvertreter) vor dem Entscheid zur Stellungnahme zu unterbreiten, kann vorliegend offen bleiben. Jedenfalls ist den Ausführungen in der Beschwerdeschrift zuzustimmen, dass diese Stellungnahme

den (formellen) Anforderungen an einen rechtsgenügenden versicherungsinternen Bericht nicht genügt. Auch wenn für versicherungsinterne Berichte Art. 44 ATSG nicht anwendbar ist (vgl. vorn Erw. 4.2.1), so wird bei einem versicherungsinternen Bericht ein auch nur geringer Zweifel an dessen Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit regelmässig nur dann ausgeräumt werden können, wenn der Bericht die grundlegenden Anforderungen an einen Arztbericht einhält, d.h. wenn der versicherungsinterne Bericht für die streitigen Belange (vorliegend: Kausalitätsfrage) umfassend ist, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und wenn die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind.

4.3.2 Der Stellungnahme von Dr. I. _____ vom 9. April 2018 lässt sich einerseits nicht entnehmen, welche Akten ihm beim Verfassen der Stellungnahme zur Verfügung standen. Namentlich erwähnt wird in der Stellungnahme der Laborbericht vom 12. Oktober 2017 (vgl. Vi-act. 32 S. 1), weswegen davon ausgegangen werden kann, dass ihm dieser Bericht zur Verfügung stand. Dies darf auch für die Berichte von Dr.med. F. _____ vom 23. Oktober 2017 und vom 8. Januar 2018 gelten, welche in der Stellungnahme von Dr. I. _____ auszugsweise wiedergegeben werden. Nicht ersichtlich ist hingegen, ob Dr. I. _____ Einsicht in den Laborbericht vom 27. Dezember 2017 (Druckdatum; Vi-act. 30 S. 2) hatte, oder ob er sich dabei auf die Zusammenfassung der Laborwerte im Bericht von Dr.med. F. _____ vom 8. Januar 2018 beruft.

Auch wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass Dr. I. _____ seine Stellungnahme vom 9. April 2018 in Kenntnis der relevanten Arzt- und Laborberichte verfasst hat, so ist es doch den diesbezüglich fehlenden Angaben in der Stellungnahme geschuldet, dass es für eine Drittperson beim Durchlesen der Stellungnahme nicht ersichtlich wird, auf welche Akten sich Dr. I. _____ gestützt hat. Insofern liegt hier ein klarer formeller Mangel am versicherungsinternen Bericht, der geeignet ist, genügende Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen hervorzurufen.

4.4 Entscheidend ist jedoch, dass Dr. I. _____ im Unterschied zu Dr.med. F. _____, welche die Beschwerdeführerin selber und nur wenige Monate nach dem Zeckenstich untersucht hat, zum Ergebnis kommt, dass bei der Beschwerdeführerin keine akute Borrelioseinfektion (*B. garinii* und *afzelii*) vorgelegen habe. Eine eigentliche Auseinandersetzung mit dem (abweichenden) Standpunkt von Dr.med. F. _____, welche noch am 5. April 2018 zuhanden der Vorinstanz das Vorliegen einer akuten Borrelioseinfektion (*B. garinii* und *afzelii*) mit meningealer Reizung, ED 10/217 bejahte, fehlt indes. Es liegen damit zwei sich wider-

sprechende Beurteilungen einerseits der behandelnden Fachärztin und andererseits des Vertrauensarztes der Unfallversicherung vor.

4.5 Bei dieser Sachlage drängt sich eine gutachterliche Abklärung der Fragen auf, ob (1.) die aktenkundige meningeale Reizung mit Serologieverlauf unter antibiotischer Therapie (negative Serokonversion für IgG) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit oder nur möglicherweise Folge einer ablaufenden Borrelieninfektion (Frühmanifestation bzw. "Early Disseminated Lyme Disease") ist und (2.) - sofern eine Borrelieninfektion bejaht wird - ob diese Infektionskrankheit adäquat kausal für die bei der Beschwerdeführerin ab Oktober 2017 aufgetretenen Beschwerden verantwortlich war, welche ärztliche Behandlungen notwendig machten und zu Arbeitsausfällen der Beschwerdeführerin führten. Soweit die Vorinstanz daran festhält, dass ein Zeckenstich im Juni 2017 nicht überwiegend wahrscheinlich sei bzw. dass dieser vor Stellenantritt (1.6.2017) erfolgt sein müsse (mit der Konsequenz, dass kein UVG-Versicherungsverhältnis zwischen der Beschwerdeführerin und der Vorinstanz bestanden hätte, vgl. Ingress lit. A sowie Art. 3 Abs. 1 UVG), so sind diesbezüglich ebenfalls zusätzliche Abklärungen vorzunehmen bzw. wird die Fachperson (3.) zu beantworten haben, ob der Beschwerdeverlauf Rückschlüsse auf den Zeitpunkt des Zeckenstiches zulässt (allenfalls existieren weitere Verlaufsberichte von Dr.med. F. _____ und/oder Dr.med. E. _____). Zur Beantwortung dieser (und allenfalls weiterer) Fragen wird die Vorinstanz zusätzliche Sachverhaltsabklärungen zu machen und die vorliegenden Akten einer versicherungsexternen Fachperson zur gutachterlichen Stellungnahme zu unterbreiten haben. Gestützt auf diese Fachexpertise, welche der Beschwerdeführerin bzw. ihrem Rechtsvertreter zur Gewährung des rechtlichen Gehörs zur vorgängigen Stellungnahme zu unterbreiten ist, hat die Vorinstanz erneut über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu befinden.

5.1 Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

5.2 Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Zusprechung einer Parteientschädigung als Obsiegen der Beschwerdeführenden Partei, und zwar unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wurde (vgl. Urteile des BGer 8C_78/2009 vom 31.8.2010 teilweise publ. in BGE 136 II 393 Erw. 12.1; 8C_503/2009 vom 6.11.2009 Erw. 5 mit Verweisen; vgl. VGE I 2015 85 vom 28.4.2016 Erw. 6.1; VGE I 2014 3 vom 23.7.2014 Erw. 6.1; VGE II 2013 21 vom 24.5.2013 Erw. 4.1; VGE III 2011 78 vom 27.10.2011 Erw. 5; VGE III 2011 43 vom 6.7.2011 Erw. 5).

Nachdem die beanwaltete Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren obsiegt, ist ihr zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG). Die Parteientschädigung ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebT; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 11. Juni 2018 aufgehoben wird und die Sache im Sinne der Erwägungen zu weiteren Abklärungen und zur anschliessend neuen Entscheidung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Der Beschwerdeführerin wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. Oktober 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 23. Oktober 2018