

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2018 69

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 Dr.iur. B. _____,

gegen

C. _____ **AG**,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen; Zeckenstich)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jahrgang 1960) arbeitete seit 1. September 2012 als kaufmännische Angestellte im 90%-Pensum beim D._____ und war über ihren Arbeitgeber bei der C._____ AG (nachfolgend: C._____) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Bagatellunfall-Meldung UVG vom 8. April 2016 meldete der Arbeitgeber der C._____, dass A._____ am Sonntag, 3. April 2016 beim Wandern in P._____ mehrere Zeckenstiche erlitten habe. Stiche habe sie hinter dem rechten Ohr, an der linken Schulter und an der linken Kniekehle (Vi-act. 1). Am 4. Juli 2016 reichte der Arbeitgeber der C._____ für das Unfallereignis vom 3. April 2016 eine Schadenmeldung UVG ein (Vi-act. 2). Der Hausarzt attestierte A._____ vom 25. Juni 2016 bis 10. Juli 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (medizinische Akten Vorinstanz [Vi-act. ZM] 3). Die C._____ kam bis Dezember 2016 für Heilungskosten von Fr. 2'517.-- auf und erbrachte Taggeldleistungen von Fr. 3'161.--.

B. Mit Schreiben vom 7. Dezember 2016 zeigte die C._____ A._____ den Fallabschluss an (Vi-act. 18). Am 14. Dezember 2016 meldete A._____ telefonisch, dass der Fall für sie noch nicht abgeschlossen sei, sie habe immer noch massive Beschwerden wie Muskelschmerzen, Kopfschmerzen und schubweise Schweissausbrüche (Vi-act. 19).

C. Nach weiteren Abklärungen informierte die C._____ A._____ mit Schreiben vom 1. Juni 2017, dass gemäss der zweiten hausärztlichen Abklärung vom 18. Januar 2017 die Blutserologie negativ gewesen sei. Deshalb stünden die Befunde und Beschwerden nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in natürlichem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 3. April 2016, die Versicherungsleistungen würden per 18. Januar 2017 eingestellt (Vi-act. 33). Mit Schreiben vom 28. Juni 2017 zeigte sich A._____ damit nicht einverstanden (Vi-act. 38). In der Folge liess A._____ in Deutschland einen Lymphozytentransformationstest (LTT) machen und die Ergebnisse der C._____ zukommen (Vi-act. 40).

D. Am 25. Oktober 2017 verfügte die C._____ gegenüber A._____ im Zusammenhang mit den Zeckenstichen vom 3. April 2016 die Einstellung der UVG-Versicherungsleistungen per 18. Januar 2017 (Vi-act. 43). Dagegen erhob A._____ am 22. November 2017 Einsprache (Vi-act. 45).

E. Nach weiteren Schriftenwechseln zwischen A._____ und der C._____ beauftragte letztere am 7. Februar 2018 Prof. Dr.med. E._____ Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene im _____ (Spital) mit der

Erstellung eines Aktengutachtens zur Frage, ob die von der Versicherten geltend gemachten Beschwerden ab 19. Januar 2017 im Zusammenhang zu den Zeckenstichen vom 3. April 2016 stehen (Vi-act. 59). In dem am 13. Mai 2018 erstatteten Aktengutachten gelangte Prof. Dr.med. E._____ zum Ergebnis, dass die aktuell geklagten Beschwerden der Versicherten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf eine Lyme-Erkrankung zurückzuführen seien (Vi-act. ZM 24, Gutachten vom 13.5.2018 S. 5).

F. Am 13. Juli 2018 wies die C._____ die Einsprache vom 22. November 2017 ab (Einspracheentscheid 272/16-136'595).

G. Mit Eingabe vom 24. August 2018 lässt A._____ (unter Berücksichtigung des Fristenstillstands über die Sommerferien, Art. 38 Abs. 4 lit. b ATSG) rechtzeitig Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz einreichen mit den folgenden Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid vom 13. Juli 2018 sei aufzuheben, und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen (insbesondere Heilbehandlung und Taggelder) über den 18. Januar 2017 hinaus weiterhin auszurichten.
2. Unter Entschädigungsfolgen (zzgl. MWSt.) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

H. Mit Vernehmlassung vom 7. September 2018 beantragt die Vorinstanz die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde.

Mit Stellungnahme vom 14. September 2018 hält die Beschwerdeführerin an den Beschwerdeanträgen fest.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Nach Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 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. Nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung erfüllt der Zeckenstich sämtliche Merkmale des Unfallbegriffs (BGE 122 V 230 [= Pra 86 [1997] Nr. 82 S. 414ff.]; SVR 2008 UV Nr. 3 S. 11 Erw. 3 [U 155/06]; vgl. auch Bundesgerichtsurteil 8C_777/2015 vom 22.3.2016 Erw. 2.1).

1.2 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).

Wird der Versicherte infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

1.3 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).

1.4 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 (zum Ganzen: BGE 134 V 109 Erw. 2.1).

1.5 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).

2. Die Vorinstanz stützt sich bei der Leistungsablehnung für die Zeit ab 18. Januar 2017 zur Hauptsache auf das von ihr in Auftrag gegebene Aktengutachten von Prof. Dr.med. E. _____ vom 13. Mai 2018. In der Beschwerde wird geltend gemacht, dass dieses Gutachten nicht verwertbar sei, da es an mehreren Mängeln leide. Der Gutachter beschränke sich auf die Bewertung der (Labor-)Testergebnisse. Diese Ergebnisse seien schon vor dem Gutachten bekannt gewesen. Zudem handle es sich um ein Aktengutachten. Das klinische Bild der Beschwerdeführerin sei aber ein wesentlicher Faktor bei der Beurteilung, ob eine Borrelieninfektion vorliege oder nicht (Beschwerde S. 4). Die Behauptung des Gutachters, die medizinischen Unterlagen würden keine Beschwerden beschreiben welche für die Lyme-Borreliose typisch seien, sei nicht nachvollziehbar. Er führe nicht aus, welche typischen Beschwerden vorliegend fehlen wür-

den. Es sei aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin an den für eine Lyme-Borreliose typischen Beschwerden leide. Auch irre der Gutachter, wenn er schreibe, dass kein Befund vorliege, der ein Erythema migrans beschreibe. Auf den mit der Beschwerde eingereichten Bildern sei das Erythema migrans eindeutig sichtbar. Auch habe die Beschwerdeführerin bisher eine Antibiotikatherapie sowie zwei IHHT (Intervall-Hypoxie-Hyperoxie-Therapie) erhalten. Alle drei Therapien hätten zu einer Verbesserung des Zustandes geführt. Die Therapien seien alle gegen eine Infektion durch Borrelien gerichtet und seien teilweise erfolgreich gewesen, was ein weiteres Indiz dafür sei, dass die Beschwerdeführerin an einer Borrelieninfektion erkrankt sei. Schliesslich wird dem Gutachter vorgeworfen, den klinischen Verlauf nicht in seine Überlegungen einbezogen zu haben (Beschwerde S. 5). In der Vernehmlassung wird hierzu ausgeführt, dass Prof. Dr.med. E._____ die vor Gericht eingereichten Bilder ebenfalls zur Verfügung gestanden hätten (Vernehmlassung S. 3).

2.1 Den medizinischen Akten lässt sich zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin unter anderem folgendes entnehmen:

2.1.1 Gemäss dem (ersten) Laborbericht der Q._____ (Datum der Entnahme: 27.4.2016) war der Borrelia Immunoblot IgM im Ergebnis fraglich und im Referenzbereich negativ. In der Beurteilung wurde festgehalten, dass sich im Immunoblot auf Borrelien-Antikörper neben unspezifischen Banden auch ein Borrelien-spezifischer Antikörper nachweisen lasse. Der Befund weise mit gewisser Wahrscheinlichkeit auf einen Borrelienkontakt hin, daher sei bei klinischen Verdachtssymptomen eine Behandlung zu erwägen (Vi-act. ZM22 S 3).

Im (zweiten) Laborbericht der Q._____ (Datum der Entnahme: 30.5.2016) war der Borrelia Immunoblot IgM im Ergebnis und im Referenzbereich negativ. In der Beurteilung wurde festgehalten, dass eine Borrelieninfektion wahrscheinlich nicht durchgemacht worden sei (Vi-act. ZM22 S 4).

Zu diesen beiden Laborberichten findet sich in den Akten der Ausdruck einer E-Mail vom 6. Juni 2016 vom erstbehandelnden Hausarzt Dr.med. G._____ (FMH Innere Medizin) an Dr.med. H._____ (FMH innere Medizin und Infektiologie, Chefarzt Innere Medizin, Spital R._____) (Vi-act. ZM22). Darin hält Dr.med. G._____ fest, dass der (erste) Borrelientest fraglich positiv gewesen sei. Einige Woche später habe man nochmal einen Borrelientest gemacht, der in seinen Augen negativ sei. Eine Therapie brauche es nicht. Mit E-Mail-Auszug vom 7. Juni 2016 hält Dr.med. G._____ gegenüber der Beschwerdeführerin fest, dass der zweite Test negativ gewesen sei. Es seien keine Borrelien vorhanden und es brauche keine Behandlung. Diesen Unterschied (zum ersten Test)

habe er mit dem Infektiologen (Dr.med. H. _____) besprechen wollen und dieser sei seiner Meinung.

Im ärztlichen Zeugnis vom 12. Juli 2016 hielt Dr.med. G. _____ (Vi-act. ZM3) fest, dass die Versicherte am 3. April 2016 beim Wandern Zeckenstiche in die linke Kniekehle, das linke Schulterblatt und das rechte Ohr erlitten habe. Die Erstbehandlung sei am 6. April 2016 erfolgt. Dr.med. G. _____ diagnostizierte eine Borreliose nach Zeckenstich. Beim Befund hielt er folgendes fest: Initial keine Rötung, Borrelienserologie negativ im Verlauf, dann aber doch klassisches Erythema chronicum migrans. Therapie Antibiose. Die Beschwerdeführerin sei vom 25. Juni 2016 bis 10. Juli 2016 vollständig arbeitsunfähig gewesen, per 11. Juli 2016 plane sie, die Arbeit wieder aufzunehmen.

2.1.2 Am 27. April 2017 teilte Dr.med. I. _____ (FMH Innere Medizin) der Vorinstanz mit, die Versicherte sei bei ihm am 18. Januar 2017 zur Erstbehandlung erschienen (Vi-act. ZM12). Sie habe seit einigen Monaten an Schmerzen an verschiedenen Gelenken gelitten sowie häufig an Kopfschmerzen, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und Gewichtsverlust. Dr.med. I. _____ hielt einen Status nach Erythema migrans am linken Knie im Juni 2016 fest, das antibiotisch behandelt worden sei. Dr.med. I. _____ hielt die folgenden Diagnosen fest:

- Status nach antibiotisch behandeltem Erythema migrans 6/16.
- Arthralgien und Periarthralgien verschiedener Gelenke sowie verschiedene Allgemeinsymptome unklarer Genese.

Bei Dr.med. I. _____ habe nur eine Abklärung bezüglich einer Lyme-Borreliose stattgefunden. Weitere medizinische Massnahmen seien nicht geplant. Die von Dr.med. I. _____ bei der S. _____ (Labor) in Auftrag gegebene Infektserologie vom 20. Januar 2017 (= Ausgabedatum) ergab folgenden Endbefund (Vi-act. ZM 10; Messskala: < 9 negativ, 9-11 grenzwertig, > 11 positiv):

Borrelien Suchtest ELISA-IgG	5 U/ml
Borrelien Suchtest ELISA-IgM	8 U/ml

Im Bericht wird zudem folgendes festgehalten (S. 2):

Ad Western Blot: Reaktion gegen OspA in der IgM-Antikörper-Klasse vereinbar mit einem kurzandauernden Kontakt mit *Borrelia burgdorferi*.

Das Resultat muss im Zusammenhang mit der Klinik interpretiert werden. Je nach klinischem Bild schlagen wir eine Kontrolle in 4-8 Wochen vor.

Gemäss weiterem aktenkundigen Laborbericht vom 18. April 2017 (= Ausgabedatum) der S. _____ (Labor) ergab die Infektserologie folgenden Endbefund (Vi-act. ZM9):

2.1.3 Nachdem die Vorinstanz die medizinischen Akten dem versicherungseigenen Medical Support mit der Fragestellung nach Kausalzusammenhang zwischen den Zeckenstichen vom 3. April 2016 und den bestehenden Beschwerden zustellte, verneinte die medizinische Spezialistin T. _____ am 24. Mai 2017 einen solchen (Vi-act. ZM13). Die zweite Borreliose-Abklärung am 18. Januar 2017 habe negative Werte ergeben, obwohl die Blutserologie hätte positiv sein müssen, wenn die Borreliose Auslöser für die dokumentierten Symptome wäre.

Mit Schreiben vom 1. Juni 2017 teilte die Vorinstanz der Beschwerdeführerin mit, dass die Befunde und Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in natürlichem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 3. April 2016 stünden, sondern auf krankheitsbedingte Faktoren zurückzuführen seien. Aus diesem Grund sei der Status quo ante per 18. Januar 2017 erreicht (Vi-act. 33). Mit Schreiben vom 28. Juni 2017 zeigte sich die Beschwerdeführerin damit nicht einverstanden. Auch teilte sie mit, dass sie in Deutschland einen Lymphozytentransformationstest (LTT) machen lassen werde (Vi-act. 38 S. 2).

2.1.4 Zuhanden von Dr.med. K. _____ (FMH Rheumatologie, FMH Physikalische Medizin u. Rehabilitation, FMH Allgemeine Innere Medizin) teilte das U. _____ (Labor in Deutschland) mit Bericht vom 7. Juli 2017 (Ausgangsdatum) die Ergebnisse des durchgeführten LTT Borrelien mit. Dr.med. L. _____, der den Befund medizinisch validierte, hielt im Bericht folgendes fest (Vi-act. ZM16):

Es zeigen sich positive LTT-Reaktionen auf Borrelienantigene. Dieser Befund spricht für eine aktive Auseinandersetzung des zellulären Immunsystems mit Borrelien und deutet somit auf eine derzeit aktive Borrelieninfektion hin. Die Reaktivität auf die Lysatantigene mehrerer Borrelien-Genospezies ist durch den Gehalt an spezies-übergreifender Antigene im Lysatantigen zu begründen.

Konkret ergaben die Testansätze-Borrelienantigene die folgenden Stimulationsindizes (wobei $SI > 3$ eine mehr als dreifache zelluläre Aktivierung durch das Antigen zum Leerwert bedeutet und damit die Existenz von zirkulierenden Borrelien-spezifischen T-Zellen im Patientenblut beweist [positives Ergebnis], ein $SI < 2$ als sicher negativ gilt und ein SI zwischen 2 und 3 grenzwertig ist):

	SI
Borr. sensu stricto	4,0
Borr. afzelii	3,7
Borr. garinii	7,8
Borr. OspC	2,4

2.1.5 Zuhanden der Vorinstanz gaben am 9. Oktober 2017 Prof. Dr.med. M._____ (Chefarzt Innere Medizin und Infektiologie, Kantonsspital J._____) und F._____ (Dipl. Pflegefachfrau HF mit eidg. Sozialversicherungsausweis) die folgende Kausalitätsbeurteilung ab:

Ein Erythema migrans wurde im 2016 mit Antibiotika behandelt. Ein Erythema migrans tritt typischerweise nach einem Zeckenstich auf und wird korrekterweise mit Antibiotika behandelt. Die Antibiotikatherapie soll grundsätzlich während 10 Tagen durchgeführt werden. Darunter kann es zu Nebenwirkungen kommen, welche (selten) eine Arbeitsunfähigkeit begründen können. Die Behandlung (und AUF) aus dieser Zeit kann deshalb übernommen werden.

Die in den Akten vorliegende Serologie vom 18.1.17 zeigt nun eine insgesamt negative Borrelienserologie und damit keine Hinweise für eine aktive Borreliose.

Der LTT wurde auf Wunsch der Patientin im Ausland durchgeführt. Er eignet sich wegen zahlreichen falsch-positiven und falsch-negativen Resultaten weder zur Diagnostik noch zum Krankheitsstadium einer Borreliose. Die Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie empfiehlt diesen Test nicht durchzuführen, da die Resultate sehr widersprüchlich und unspezifisch sind. Es gibt zahlreiche Reaktionen bei gesunden, seronegativen Kontrollpersonen und sogar bei Neugeborenen mit seronegativen Müttern.

Fazit:

Die von der Patientin beklagten Beschwerden sind nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge einer Borreliose.

Weitere Kontrollen, inkl. Borrelienserologie wegen dem Zeckenstich im 2016 sind nicht indiziert.

2.1.6 Dr.med. N._____ (FMH Innere Medizin, Master of Science Preventive Medicine) hielt mit Schreiben vom 27. Oktober 2017 zuhanden der Beschwerdeführerin die Diagnose einer chronischen aktiven Borreliose fest. Die Beschwerdeführerin leide nach einem Zeckenstich im April 2016 mit anschliessend aufgetretenem Erythema migrans an einer chronischen persistierenden Borreliose mit grosser Erschöpfbarkeit, Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, depressiven Verstimmungen und Muskelschmerzen. Die Diagnose stütze sich auf den positiven Lymphozytentransformationstest am U._____ (Labor in Deutschland) (vorn Erw. 2.1.4). Dr.med. N._____ habe eine IHHT zusammen mit hochdosierten Vitamin C Infusionen und regelmässiger Einnahme von Dipsacus Urtinktur durchgeführt. Unter dieser Behandlung sei es zu einer klaren Besserung der Beschwerden gekommen, auch der LTT vom 5. Oktober 2017 sei praktisch normal gewesen. Bei einer erneuten Verschlechterung der Symptomatik müsste die Therapie wiederholt werden.

2.1.7 In seinem Schreiben vom 6. November 2017 (Vi-act. ZM18 mit dem Betreff: Ambulante Konsultation vom 20.12.2016-30.10.2017) hielt Dr.med. K._____ die Verdachtsdiagnose auf Borreliose bei Zeckenstich April 2016 mit

Erythema migrans 6/2016 fest. Der in U. _____ (Deutschland) durchgeführte Borrelien-Test (LTT) habe schwache positive Befunde ergeben. Die Behandlung bei Dr.med. N. _____ mittels Hochdosis-Vitamin-C-Infusionen sowie Sauerstofftherapie habe einen sehr erfreulichen Verlauf mit quasi Beschwerdefreiheit gezeigt. Die Laborwerte gemessen mittels LTT seien deutlich rückläufig gewesen. Zusammenfassend müsse festgehalten werden, dass eine Borreliose als Diagnose und Ursache der Beschwerden anzunehmen sei. Durch die Behandlung bei Dr.med. N. _____ sei die Patientin quasi beschwerdefrei geworden. Inwiefern die Laborwerte positiv gewertet werden können, entziehe sich seiner Kenntnis. Die Therapie bei Dr.med. N. _____ sei ihm unbekannt. Letztlich erachtete Dr.med. K. _____ die Beschwerden der Patientin als durch Zeckenstiche/Borreliose überwiegend wahrscheinlich bedingt. Dr.med. K. _____ schloss die Behandlung ab.

2.1.8 Ein weiterer von Dr.med. N. _____ veranlasster LTT im U. _____ (Labor in Deutschland) (Woche vom 22.-29.11.2017) ergab die folgenden Messwerte (Vi-act ZM 19):

	SI
Borr. sensu stricto	1,9
Borr. afzelii	1,7
Borr. garinii	2,2
Borr. OspC	2,2

Es zeige sich damit ein weiterer Rückgang der Borrelien-spezifischen T-Helferzellreaktivität in den jetzt grenzwertigen Bereich.

2.2 Am 7. Februar 2018 beauftragte die Vorinstanz Prof. Dr.med. E. _____ vom V. _____ (Spital), Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene, mit der Erstellung eines Aktengutachtens. In dem am 13. Mai 2018 erstatteten Aktengutachten (Vi-act. ZM24) hielt Prof. Dr.med. E. _____ nach der Zusammenfassung der Aktenlage die folgenden Diagnosen fest (Gutachten S. 4):

- Beschreibung eines Erythema migrans durch die Patientin, keine ärztliche Dokumentation in den medizinischen Akten.
- In der Folge negative Lyme-Borrelien-Serologie-Befunde. Unspezifische Befunde in Lymphozytentransformationstests.
- Keine dokumentierten Hinweise für eine vergangene noch für aktive Lyme-Borreliose.

Die von der Vorinstanz gestellten Frage, ob die zurzeit noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestehenden Beschwerden auf den Unfall/Zeckenstich 2016 als alleinige oder als Teilursache ("conditio sine qua non") zurückzuführen sind, wurde von Prof. Dr.med. E. _____ wie folgt beantwortet (Gutachten S. 4):

Ob die Patientin an einem Erythema migrans gelitten hatte oder nicht, ist für die aktuelle Beurteilung insofern irrelevant, als die Patientin antibiotisch behandelt wurde und das Erythema migrans offensichtlich verschwunden ist. Zum Zeitpunkt eines Erythema migrans kann eine Borrelien-Serologie in der Tat noch negativ sein oder noch eine Zeitlang negativ bleiben. Im Verlauf von mehreren Wochen bis wenigen Monaten müsste die Lyme-Serologie aber klar positiv werden, d.h. es müsste zu einer sog. Serokonversion kommen, was bei der Patientin aber nicht der Fall war.

Die einzigen nicht negativen serologischen Befunde sind grenzwertige IgM-Befunde. Da es aber nie zu einer Positivität der IgG-Antikörper gekommen ist, müssen die grenzwertigen IgM-Antikörpertiter als unspezifisch interpretiert werden.

Die in der Folge beklagten Allgemeinbeschwerden der Patientin haben somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keinen Zusammenhang mit dem Zeckenstich, da die Serologiebefunde negativ geblieben sind.

Die Laborbefunde des U._____ sind entweder unspezifisch oder für eine Interpretation nicht brauchbar. Der Lymphozytentransformationstest hat eine so schlechte Spezifität, dass keine anerkannte Fachgesellschaft, weder in der Schweiz noch in Deutschland noch in den USA den Lymphozytentransformationstest als anerkannte diagnostische Methode akzeptiert.

Zu den unterschiedlichen Kausalitätsbeurteilungen von Dr.med. K._____, Dr.med. N._____ und Prof. Dr.med. M._____ / F._____ (Vi-act. ZM 15,17 und 18) hielt Prof. Dr.med. E._____ folgendes fest (Gutachten S. 5 unten f.):

Ich schliesse mich der Beurteilung von Herrn Prof. Dr. med. M._____ vorbehaltlos an. Möglicherweise hatte die Patientin an einem Erythema migrans gelitten. Da die Hautbefunde in der Regel schwierig zu beurteilen sind und die Serologie zum Zeitpunkt des Erythema migrans noch negativ sein kann, war eine frühzeitige antibiotische Therapie korrekt und indiziert. Die in der Folge beklagten Beschwerden haben aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nichts mit dem Unfallereignis zu tun. Es liegen keine objektiven oder objektivierbaren klinischen Befunde, Laborbefunde oder andere Befunde vor, die auf eine stattgehabte oder aktive Lyme-Borreliose hinweisen. Die aus der Schweiz vorliegenden Laborbefunde wurden in zwei verschiedenen anerkannten und akkreditierten Labors erhoben. Alle Lyme-Borrelien-Suchtests waren negativ, alle dokumentierten IgG Western Blots blieben negativ. Einzig IgM Blots fielen zum Teil grenzwertig aus, was aber bei negativ gebliebenen IgG Tests als unspezifisch interpretiert werden muss. Die im Ausland erhobenen Lymphozytentransformationstests ergeben unspezifische Resultate und werden nicht als Diagnosemethode anerkannt. Ein Immunoblot aus dem Ausland wird als schwach positiv interpretiert, ist aber mit den Befunden der akkreditierten Labore in der Schweiz nicht vereinbar. Auch der auf Zeckenerkrankungen spezialisierte Dr. I._____ stellt nicht die Diagnose einer aktiven Lyme Borreliose, bzw. er dokumentiert einen Status nach Erythema migrans sowie Arthralgien und Periarthralgien sowie Allgemeinsymptome unklarer Genese.

2.3 Auf Veranlassung der Beschwerdeführerin äusserte sich Dr.med. N._____ mit Schreiben vom 3. Juni 2018 u.a. wie folgt zum Aktengutachten von Prof. Dr.med. E._____ (Vi-act. ZM 25):

Das mir zugestellte Gutachten Dr. E. _____ stellt sich auf Akten und Literatur ab, das klinische Bild wird völlig ausgeblendet.

Bei einer Borreliose-Infektion muss das klinische Bild ebenso gewichtet werden, alleine durch grenzwertige oder gar negative Labortests kann keine vollständige Richtigkeit einer noch oder nicht vorhandenen Infektion beurteilt werden. Bei fraglich positiven Diagnosen müsste gemäss Lehrbuch innerhalb 30 Tagen antibiotisch behandelt werden um eine Streuung der Bakterien zu verhindern. Bei zu langem Abwarten einer Antibiose können sich Borrelien in den Zellen einnisten und die spezifisch beklagten Beschwerden hervorrufen. In diesem Stadium sind die Bakterien durch Antibiotika nur sehr schlecht zu behandeln.

IgG und IgM sind, wenn auch schwach noch im Laborbericht vom 18.01.2017 vorhanden.

Neben den typischen klinischen Diagnosen hilft mir (ich habe bis heute über 500 Patienten mit chronisch aktiver Borreliose behandelt) auch ein spezieller Labortest, der Lymphocyten-Transformationstest.

Dieser Test wird leider in der Schweiz kontrovers beurteilt, die entsprechenden Richtlinien der Fachgesellschaften empfehlen den Test nicht, dabei berufen sie sich auf Untersuchungen aus dem Jahre 2005. Wir lassen die LTT Untersuchungen im U. _____ durchführen, eines der anerkannt besten Labors für diesen Test, der dort in den letzten Jahren auch immer wieder verbessert wurde. Sowohl für die Diagnostik wie auch für die Verlaufsbeurteilung hat sich dieser Test bei mir in der Praxis sehr bewährt.

Gemäss diesen Untersuchungen sowie dem typischen Krankheitsverlauf unter geeigneter Behandlung von Frau A. _____ ist die überwiegende Wahrscheinlichkeit gegeben, dass sie an einer noch nicht ganz überstandenen Borreliose-Infektion leidet. Dies habe ich bereits am 27.10.2017 in meiner Diagnose festgehalten.

3. Soweit die Beschwerdeführerin die Verwertbarkeit des Aktengutachtens von Prof. Dr.med. E. _____ bestreitet, ist folgendes festzuhalten:

3.1.1 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Unfallversicherer 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 Erw. 3b/bb; 104 V 212 Erw. c; RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 Erw. 5a mit weiteren Hinweisen). Zu beachten ist, dass die Unfallversicherung bei der Einholung von solchen Gutachten nach Art. 44 ATSG sowie sinngemäss nach den Bestimmungen des Bundeszivilprozesses zu verfahren und insbesondere die in Art. 57 ff. BZP genannten Mitwirkungsrechte der Verfahrensbeteiligten zu beachten hat (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 Erw. 5b; BGE 137 V 237 Erw. 3.4; Marco Weiss, Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht, AJP 9/2016, S. 1212; vgl. auch U. Kieser ATSG-Kommentar,

3. Aufl., 2015, N 40 zu Art. 44 ATSG), was sinngemäss auch für die nach Art. 68 Abs. 1 UVG zugelassenen Privatversicherer gilt (BGE 120 V 361 f. Erw. 1c).

3.1.2 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Bundesgerichtsurteil 8C_383/2011 vom 9.11.2011 Erw. 4.2 mit zahlreichen Hinweisen, insb. auf 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

3.1.3 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. Bundesgerichtsurteil 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).

3.2 Es ist vorliegend unbestritten, dass die Vorinstanz das Aktengutachten von Prof. Dr.med. E. _____ nach Massgabe der von der Rechtsprechung formulierten verfahrensrechtlichen Vorgaben gemäss Art. 44 ATSG eingeholt hat (vgl. Vi-act. 50-59).

3.2.1 Das Aktengutachten von Prof. Dr.med. E. _____ vom 13. Mai 2015 erfüllt die Anforderungen, welche die Rechtsprechung für solche gutachterlichen Abklärungen formuliert hat. Es erfolgte in Berücksichtigung der relevanten medizinischen Akten (welche durch die Beschwerdeführerin vorgängig ergänzt wurden, vgl. Vi-act. 56) und ist daher in Bezug auf die zu beurteilende Kausalitätsfrage als umfassend zu beurteilen. Prof. Dr.med. E. _____ beantwortet im Gutachten die Fragen der Vorinstanz und setzt sich mit den Kausalitätsbeurtei-

lungen von Prof. Dr.med. M._____ / F._____, Dr.med. N._____ sowie Dr.med. I._____ auseinander. Er begründet, weshalb er sich der Beurteilung von Prof. Dr.med. M._____ / F._____ anschliesst (keine objektiven oder objektivierbaren klinischen Befunde, Laborbefunde oder andere Befunde, die auf eine stattgehabte oder aktive Lyme-Borreliose hinweisen würden) und weshalb er nicht der Meinung von Dr.med. N._____ folgt (LTT in Deutschland mit unspezifischen Resultaten, schwach positiv interpretierter Immunblot, der mit den Befunden der akkreditierten Labore in der Schweiz nicht vereinbar ist). Auch weist Prof. Dr.med. E._____ zutreffend darauf hin, dass Dr.med. I._____ in seinem Bericht zuhanden der Vorinstanz lediglich einen Status nach antibiotisch behandeltem Erythema migrans 6/16 festhält, er indes eine aktive oder stattgehabte Lyme-Borreliose nicht bestätigt hat. Zwar kann Prof. Dr.med. E._____ nicht gefolgt werden, wenn er bei den Diagnosen festhält, dass sich lediglich die Beschreibung eines Erythema migrans durch die Patientin ergebe, jedoch keine ärztliche Dokumentation in den Akten zu finden sei (vgl. Gutachten S. 4). Dr.med. G._____ hat im ärztlichen Zeugnis vom 12. Juli 2016 bei den Befunden ein Erythema chronicum migrans festgehalten, wobei allerdings nicht eindeutig feststeht, ob dieser Befund auf einer eigenen klinischen Untersuchung von Dr.med. G._____ beruht (oder aufgrund ihm durch die Patientin überreichten Bildern). Dessen ungeachtet erweist sich die aus den Akten abgeleitete gutachterliche Feststellung, dass keine klinischen und/oder labormässigen Hinweise vorhanden sind, wonach die Patientin an einer Lyme-Borreliose erkrankt war oder zur Zeit (d.h. ab 18.1.2017) an einer solchen leidet, als schlüssig und nachvollziehbar.

3.2.2 Es ist nicht zu beanstanden, wenn Prof. Dr.med. E._____ gestützt auf die Laborbefunde vom 27. April 2016 und vom 30. Mai 2016 (Vi-act. ZM22 S 3 und S 4) zur Beurteilung gelangt, dass die von der Beschwerdeführerin beklagten Allgemeinbeschwerden überwiegend wahrscheinlich keinen Zusammenhang mit den Zeckenstichen haben und nicht auf eine Lyme-Erkrankung zurückzuführen sind (vgl. Aktengutachten S. 5). Diese Beurteilung deckt sich ebenfalls mit der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 9. Oktober 2017 von Prof. Dr.med. M._____ / F._____, wonach die Serologie vom 18. Januar 2017 insgesamt eine negative Borreliosenserologie zeigte und damit keine Hinweise für eine aktive Borreliose. Die am 18. Januar 2017 vorgenommenen Borrelien-Suchtests waren negativ (IgG 5 U/ml; IgM 8 U/ml; vgl. Vi-act. ZM 10). Zutreffend weist Prof. Dr.med. E._____ darauf hin, dass die in Deutschland vorgenommenen LTT, welche am 10. Juli 2017 ein schwach positives Borrelien-IgG Ergebnis zeigten (p100 0.3; VlsE 4.9; übrige Banden) mit den (unbestrittenen) Messwerten früherer Laborbericht (vgl. vorn Erw. 2.1.1 und 2.1.2) nicht vereinbar sind und dass der

LTT keine anerkannte diagnostische Methode ist (vgl. dazu auch die Empfehlung der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie für die Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern [www.sginf.ch/guidelines; eingesehen am 1.10.2018; vgl. auch SAEZ Nr. 41 2005 S. 2332 ff.]; Deutsche Gesellschaft für Neurologie; Leitlinien für die Diagnostik und Therapie in der Neurologie - Neuroborreliose; Version 21.3.2018; www.dgn.org, eingesehen am 1.10.2018; vgl. S. 2 des Artikels "Update of the Swiss guidelines on post-treatment Lyme disease syndrom", publiziert am 5.12.2016 in: Swiss Medical Weekly; www.smw.ch, eingesehen am 1.10.2018).

Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass zahlreiche Aussagen in den Leitlinien 2018 der DGN zur Neuroborreliose von der Deutschen Borreliose-Gesellschaft in ihrem Dissensbericht differenziert angezweifelt bzw. korrigiert werden (Informationen zur Mitarbeit der Deutschen Borreliose-Gesellschaft in der Leitliniengruppe „Lyme-Borreliose“, publiziert in: www.borreliose-gesellschaft.de/Texte/LL-Verfuegung-Infos.pdf). Dabei wird u.a. ausgeführt, dass der LTT Borrelien ein weiteres Indiz für die Diagnose der Lyme-Borreliose darstelle und die Aussagekraft des LTT unter Berücksichtigung neuerer Arbeiten den Daten der Serologie entsprächen und beide Tests eine stattgehabte Borrelieninfektion beweisen würden. Ein falsch positiver LTT sei eine Seltenheit und liege deutlich unter 10%, während dem mit einem falsch negativen Ergebnis in 10-20% zu rechnen sei.

Diese von der Deutschen Borreliose-Gesellschaft geäußerte Kritik an der Nichtanerkennung des LTT stellt eine abweichende Fachmeinung dar, die jedoch die Beweiskraft der Expertise des Gutachters Prof. Dr.med. E. _____ - die nicht allein auf der Beurteilung des LTT basiert - nicht zu schmälern vermag.

3.2.3 An der gutachterlichen Beurteilung vermag auch der Bericht des behandelnden (Fach-)Arztes Dr.med. K. _____ vom 6. November 2017 (Vi-act. ZM18) nichts zu ändern. Dr.med. K. _____ geht zwar - entgegen den Beurteilungen von Dr.med. M. _____ / F. _____ und Prof. Dr.med. E. _____ - davon aus, dass die Beschwerden der Beschwerdeführerin "als durch die Zeckenstiche / Borreliose überwiegend wahrscheinlich bedingt" seien. Indes diagnostiziert Dr.med. K. _____ lediglich eine Verdachtsdiagnose, welche vor dem Hintergrund der erwähnten Bundesgerichtspraxis, wonach im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden kann (vorn Erw. 3.1.3), für die Begründung eines überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Zeckenstich bzw. einer dadurch ausgelösten Lyme-Borreliose und den nach dem 18. Januar 2017 noch bestehenden Beschwerden nicht ausreicht.

3.2.4 Unbehelflich ist sodann auch der Einwand in der Beschwerde und von Dr.med. N._____ in der Stellungnahme vom 3. Juni 2018, wonach das Aktengutachten von Prof. Dr.med. E._____ nicht verwertbar sei, weil er die Beschwerdeführerin nicht selber untersucht habe und das klinische Bild völlig ausgeblendet werde. Prof. Dr.med. E._____ hatte in seinem Gutachten im Wesentlichen die Frage zu beantworten, ob die ab 18. Januar 2017 noch vorhandenen gesundheitlichen Beschwerden auf die Zeckenstiche vom 3. April 2016 zurückzuführen seien (vgl. Vi-act. 58 S. 1 oben unter "Weiteres" es wird dort nach den Beschwerden ab 19.1.2017 [recte: ab 18.1.2017] gefragt), was er verneinte. Für die Beantwortung dieser Frage war eine persönliche (klinische) Untersuchung der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Gutachtenerstellung (Mai 2018) nicht notwendig. Stattdessen ist diese Frage aufgrund einer Auseinandersetzung mit den vorhandenen Akten zu beantworten. Wenn Prof. Dr.med. E._____ im Gutachten festhält, dass er die Patientin selber nicht gesehen habe und dass er zum klinischen Status keine Angaben machen könne, dann bezieht sich diese Feststellung auf den Erstellungszeitpunkt des Gutachtens (Mai 2018) und bedeutet nicht, dass er die aktenkundigen klinischen Angaben gegenüber den behandelnden Fachärzten sowie die Selbstangaben der Beschwerdeführerin unberücksichtigt gelassen hätte. In Würdigung des aktenkundigen klinischen Status der Beschwerdeführerin gelangt Prof. Dr.med. E._____ zum Ergebnis, dass die ärztlichen Befunde sehr deskriptiv seien und Allgemeinbeschwerden beschreiben würden, aber keine für eine Lyme-Borreliose typischen klinischen Beschwerden.

Es stellt sich hier allerdings die Frage, ob nicht ein postlyme Syndrom bzw. PTLDS (post-treatment Lyme disease syndrome) vorliegen könnte, also die chronische Form einer Lyme-Borreliose, die sich nicht organbezogen äussert (vgl. Norbert Satz, Angriff und Gegenwehr - Zur Infektion mit *Borrelia burgdorferi* und deren klinische Implikationen; in Vierteljahrsschrift der Naturforschenden Gesellschaft in Zürich, 2013 (3/4) S. 87 ff., eingesehen unter www.zeckenliga.ch). Die Kriterien für diese Diagnose (vgl. Update of the Swiss guidelines on post-treatment Lyme disease syndrome; Swiss Medical Weekly, 5.12.2016; eingesehen unter www.zora.uzh.ch) bleiben unverändert, sie müssen alle erfüllt sein und sind die gleichen wie durch Dr.med. Satz beschrieben. Insbesondere wird eine Serokonversion bzw. das Auftreten von IgG im chronischen Stadium verlangt, was bei der Beschwerdeführerin nicht nachgewiesen werden konnte, während die übrigen Kriterien als erfüllt angenommen werden können. Somit kann diese Diagnose nicht bestätigt werden (woran die Kritik der Deutschen Borreliose-Gesellschaft bezüglich die verlangte Häufigkeit von IgG-Antikörpern nahe 100% [vorn Erw. 3.2.2, eingehende Begründung auf S. 10ff./3.3.1 des dort erwähnten

Dokuments "Lyme-Borreliose"] nichts zu ändern, auf keinen Fall ein PTLDS mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag).

3.2.5 Es besteht für das Gericht damit keine Veranlassung, von der Beurteilung durch Prof. Dr.med. E. _____ abzuweichen. Daran ändert auch die Stellungnahme von Dr.med. N. _____ vom 3. Juni 2018 nichts, zumal auch Dr.med. N. _____ festhält, dass die von der Patientin geklagten Leiden zwar unspezifisch seien, aber auch typische Marker einer aktiven Borreliose sein "können" (Viact. ZM25 S. 2 oben), was letztlich nicht ausreicht, um einen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen den vorhandenen Beschwerden der Beschwerden der Beschwerdeführerin und den Zeckenstichen vom 3. April 2017 zu begründen.

Ebenfalls nichts zu ihren Gunsten ableiten kann die Beschwerdeführerin aus dem Umstand, dass (bislang) keine andere medizinische Erklärung für die auftretenden Symptome gefunden wurde. Es obliegt nicht dem Unfallversicherer, den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen (Urteil BGer 8C_682/2015 vom 1.3.2016 Erw. 2.2 m.H.). Vor diesem Hintergrund erweist es sich für die Kausalitätsbeurteilung auch als unbehelflich, dass die Beschwerdeführerin gut auf eine Antibiotikatherapie sowie zwei IHHT (Intervall-Hypoxie-Hyperoxie-Therapie) angesprochen hat und dadurch eine (kurzzeitige) Beschwerdelinderung erreicht werden konnte.

3.3 Im Ergebnis hat die Vorinstanz zu Recht auf das verwertbare Aktengutachten von Prof. Dr.med. E. _____ abgestellt und gestützt darauf ihre Leistungspflicht ab 18. Januar 2017 verneint. Das Gericht vermag beim Vorliegen divergierender Aussagen von Fachgesellschaften sowie aufgrund der vorliegenden Akten keine überwiegende Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer chronischen Borreliose erkennen, selbst wenn ein Postlyme Syndrom als Form einer chronischen Borreliose denkbar/möglich wäre. Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet, weswegen sie abzuweisen ist.

4. Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist in der Regel für die Parteien kostenlos (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG). Es liegen keine Gründe vor, vorliegend von dieser Regel abzuweichen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. 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).
4. 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: 7. November 2018