



# VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

---

## SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz

Dr. iur. Matthias Suter und MLaw Ines Stocker

Gerichtsschreiberin: MLaw Andrea Henggeler

U R T E I L vom 27. Februar 2020 *[rechtskräftig]*

in Sachen

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

Beschwerdeführerin

vertreten durch RA lic. iur. B. \_\_\_\_\_

gegen

**SUVA**, Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, Rechtsabteilung, Postfach 4358,  
6002 Luzern

Beschwerdegegnerin

betreffend

Unfallversicherung  
(Leistungen)

S 2019 119

A. Die Versicherte, A.\_\_\_\_\_, Jahrgang 1973, war über die Arbeitslosenkasse des Kantons Zug bei der Suva gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie der Suva im September 2017 einen Insektenstich und die Erkrankung an einer Borreliose meldete (vgl. Suva-act. 1 bis 4). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen für eine Borreliose Stadium I (Suva-act. 24). Im Verlauf gab die Suva bei Prof. Dr. C.\_\_\_\_\_, Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene des Universitätsspitals D.\_\_\_\_\_, ein infektiologisches Gutachten in Auftrag. Professor Dr. C.\_\_\_\_\_ beurteilte dabei das Vorliegen eines Erythema migrans verursacht durch eine Borrelieninfektion und im Stadium I im Sommer/Herbst 2017 als nicht überwiegend wahrscheinlich (vgl. Suva-act. 73 S. 14). Gestützt auf dieses infektiologische Gutachten stellte die Suva ihre Leistungen mit Verfügung vom 24. Oktober 2018 per 31. Oktober 2018 ein (Suva-act. 89). Die dagegen erhobene Einsprache (Suva-act. 91 und 133) wies sie mit Einspracheentscheid vom 12. August 2019 (Suva-act. 155) ab.

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 16. September 2019 liess A.\_\_\_\_\_ beantragen, der Einspracheentscheid vom 12. August 2019 sei aufzuheben und ihr seien die gesetzlich geschuldeten Leistungen, insbesondere die Übernahme der Heilkosten und Taggelder auch nach dem 31. Oktober 2018 zuzusprechen. Eventualiter seien weitere Sachverhaltsabklärungen vorzunehmen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Begründend liess die Beschwerdeführerin zur Hauptsache ausführen, dass das infektiologische Gutachten des Universitätsspitals D.\_\_\_\_\_ vom 21. Juni 2018 den bundesgerichtlichen Anforderungen nicht genüge und darauf nicht abgestellt werden könne. Dabei verwies die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf die Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_\_ vom 8. Januar 2019, welcher davon ausgehe, dass sie sicher an einer Borreliose erkrankt sei, sowie diejenige von Dr. F.\_\_\_\_\_ vom 26. Februar 2019, wonach sich bei der Untersuchung bezüglich *Borrelia burgdorferi* bei normalen Antikörpertitern im Western Blot ein Resultat ergeben habe, das mit einem kurzfristigen Immunkontakt vereinbar sei. Aufgrund der vorliegenden klinischen (Foto) und serologischen Resultate (Western Blot-Befund) habe im Juni 2017 ein Erythema migrans mit verschiedenen Allgemeinsymptomen bestanden, das nach adäquater Antibiose verschwunden sei. Die Allgemeinsymptome hätten noch lange Zeit über die Abheilung der Effloreszenz hinaus persistiert. Damit widerspreche Dr. F.\_\_\_\_\_ eindeutig den festgestellten Diagnosen im Gutachten. Dementsprechend sei davon auszugehen, dass die Beschwerden noch immer auf den Zeckenbiss im Juni

2017 zurückzuführen seien. Die Beschwerdegegnerin sei somit nach wie vor leistungspflichtig (act. 1).

C. Mit Schreiben vom 21. Oktober und 25. November 2019 liess die Beschwerdeführerin weitere Berichte zu den Akten reichen (act. 4 und 7).

D. Mit Vernehmlassung vom 3. Januar 2020 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde. Eventualiter seien Prof. Dr. C.\_\_\_\_\_ Ergänzungsfragen zu stellen. Zur Begründung führte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen aus, entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin könne auf die gutachterliche Beurteilung von Prof. Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 21. Juni 2018 abgestellt werden. Die Ausführungen von Prof. Dr. C.\_\_\_\_\_ seien korrekt und würden allen Anforderungen an den Beweiswert gerecht. Sodann werde nichts vorgebracht, was den Beweiswert des Gutachtens schmälern könnte. Damit habe sie, die Beschwerdegegnerin, gestützt auf die Beurteilung von Prof. Dr. C.\_\_\_\_\_ die Versicherungsleistungen zu Recht per 31. Oktober 2018 eingestellt (act. 9).

E. Mit Schreiben vom 7. Januar 2020 wurde der Beschwerdeführerin die Vernehmlassung zur Kenntnisnahme zugestellt (act. 10). In der Folge gingen bei Gericht keine weiteren Eingaben mehr ein, weshalb der Schriftenwechsel per Anfang Januar 2020 als abgeschlossen gilt.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1]). Örtlich zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Die Beschwerdeführerin hat Wohnsitz in der Gemeinde G.\_\_\_\_\_, ZG. Damit ist das Verwaltungsgericht des Kantons Zug in Anwendung von § 4 Abs. 1 lit. b der kantonalen Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung (BGS 842.5) örtlich und sachlich

zuständig. Die Beschwerdegegnerin erliess den vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid am 12. August 2019. Dieser ging der damaligen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin frühestens am 13. August 2019 zu. Die Beschwerdeschrift wurde am 16. September 2019 der Post übergeben und ging tags darauf beim Verwaltungsgericht ein. Die Beschwerde gilt folglich unter Berücksichtigung von Art. 38 Abs. 3 und Abs. 4 lit. b ATSG als binnen der 30-tägigen Frist nach Art. 60 Abs. 1 ATSG rechtzeitig eingereicht. Die Beschwerdeschrift entspricht sodann den formellen Anforderungen an eine Beschwerde und die Beschwerdeführerin ist als von der Verfügung des Unfallversicherers direkt Betroffene zur Beschwerde legitimiert. Somit ist die Beschwerde vom Gericht zu prüfen.

2. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (in casu 24. Oktober 2018) resp. des streitigen Einspracheentscheids (in casu 12. August 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Abs. 1 der genannten Übergangsbestimmungen). Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 1. Juni 2017 ereignet, weshalb die ab 1. Januar 2017 gültigen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

3.

3.1 Erste Voraussetzung für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers ist das Vorliegen eines Unfalls, einer unfallähnlichen Körperschädigung oder einer Berufskrankheit. Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine

Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

Nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung erfüllt der Zeckenstich sämtliche Merkmale des Unfallbegriffs (BGE 122 V 230), wobei massgebend ist, ob aufgrund der fachärztlichen Stellungnahmen darauf geschlossen werden kann, dass im Zeitpunkt der vorhandenen Versicherungsdeckung überwiegend wahrscheinlich von einem Zeckenstich auszugehen ist, der die Gesundheitsschädigung bewirkt hat. Der erfolgte Kontakt mit dem Borreliose-Erreger kann mit serologischen Untersuchungen belegt werden; indessen genügen diese nicht für den Schluss auf eine daraus entstandene Lyme-Borreliose. Deren Diagnose – gleich welchen Stadiums – setzt ein entsprechendes klinisches Beschwerdebild (Müdigkeit, Malaise, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Fieber, Arthralgien, Myalgien, Heiserkeit, Nausea, Erbrechen, Konjunktivitis, Gewichtsverlust, Diarrhöe) und den Ausschluss von Differentialdiagnosen voraus, wobei je nach Krankheitsstadium ein pathologischer laborchemischer Test die Wahrscheinlichkeit der Diagnose erhöhen kann. Ebenso hilfreich können bei rückblickender Einschätzung der Verlauf und die Ergebnisse einer Therapie sein. Weitere Indizien sind denkbar (Urteil BGer 8C\_831/2016 vom 7. März 2017 E. 2.2 mit Hinweisen).

3.2 Gemäss UVG setzt die Leistungspflicht eines Unfallversicherers zudem 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen.

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1).

3.3 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 E. 3.2).

3.4 Verfügt ein Unfallversicherer die Leistungseinstellung ex nunc et pro futuro ohne Rückkommen auf die bisher gewährten Versicherungsleistungen, ist eine Berufung auf die Wiedererwägung oder die prozessuale Revision nicht erforderlich. Dabei kann er sowohl die Kausalitätsfrage wie die Frage des Unfalltatbestandes neu und anders beurteilen unabhängig davon, ob eine Bagatellunfallmeldung oder eine Unfallmeldung vorliegt (BGE 130 V 380 E. 2.2 ff. und 2.3.1 mit weiteren Hinweisen).

3.5 Es ist Aufgabe des Unfallmediziners, sämtliche Auswirkungen eines Unfalles auf den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, bezüglich welcher konkreten Tätigkeiten und in welchem Umfang der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Unfallkausalität sowie der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten im Hinblick auf seine persönlichen Verhältnisse noch zugemutet werden können. Im Streitfall entscheidet der Richter (BGE 115 V 133 E. 2).

3.6 In der Würdigung der einzelnen Beweismittel ist der Richter frei resp. nicht an besondere Beweisregeln gebunden. Zu beachten ist dabei jedoch, dass der Sozialversicherungsrichter bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen darf, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten

begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung aber als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So ist namentlich den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens 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, bei der Beweiswürdigung grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Demgegenüber darf und soll der Richter in Bezug auf Berichte von Hausärzten – wie auch von behandelnden Fachärzten (Urteil BGer 8C\_812/2007 vom 6. Oktober 2008 E. 8.2) – der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund der Verschiedenheit von Expertise und Therapie grundsätzlich mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt, den behandelnden Spezialarzt und namentlich für den therapeutischen Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten, welches die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen hat (Urteil BGer 9C\_420/2008 vom 23. September 2008 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen). Immerhin verpflichtet aber jede substantiiert vorgetragene Einwendung den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend zu prüfen, ob sie in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen eines vom Gericht oder von der Verwaltung förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (siehe zum Ganzen BGE 125 V 351 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen). Schliesslich kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Bestehen indessen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil BGer 8C\_677/2010 vom 16. Dezember 2010 E. 4.5).

4. Den Akten ist zum Ereignis vom 1. Juni 2017 und zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

4.1 Am 4. September 2017 meldete die Versicherte der Suva einen Insektenstich vom 1. Juni 2016 [recte: 1. Juni 2017] und die Erkrankung an einer Borreliose (Suva-act. 1 bis 4). Am 5. September 2017 bestätigte die Spitex, dass die Versicherte Anfang Juli einen Mückenstich an der linken Wade gehabt habe. Damals sei es etwa eine 5-Frankenstück grosse Rötung gewesen (Suva-act. 6).

4.2 Die Erstbehandlung fand am 29. August 2017 im Gesundheitszentrum H.\_\_\_\_\_ statt. Die tags darauf durchgeführte Borrelienserologie ergab ein positives Resultat auf IgG, das Resultat auf IgM war negativ (Suva-act. 7). Im entsprechenden Arztzeugnis UVG vom 19. September 2017 wurde ausgeführt, die Versicherte sei vor sechs Wochen von einer Zecke gebissen worden und habe schon länger eine entsprechende Rötung. Med. pract. I. \_\_\_\_\_ fand am Unterschenkel links ein Erythema chronicum migrans und diagnostizierte eine Borreliose. Es erfolgte eine medikamentöse Behandlung (Suva-act. 17).

4.3 Gestützt auf diese Akten ging die Suva von einer Borreliose Stadium I/Erythema chronicum migrans als Zeckenstichfolgeerkrankung aus (Suva-act. 19).

4.4 Am 8. November 2017 berichtete Dr. E.\_\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, dass ihn die Patientin am 25. September 2017 mit multiplen Beschwerden nach einem Zeckenstich aufgesucht habe. Die Borrelienserologie sei positiv gewesen und die von ihm zusätzlich durchgeführte LTT-Untersuchung habe die chronische aktivierte Borreliose bestätigt. Vom 27. September bis 2. November 2017 habe er bei der Patientin eine Behandlung mit IHHT (Intervall-Hypoxie-Hyperoxie-Therapie) verbunden mit hoch dosierten Vitamin C Infusionen durchgeführt (Suva-act. 31). Dem Bericht vom 18. März 2018 kann entnommen werden, dass sich nach dieser IHHT-Behandlung eine leichte Besserung der Laborwerte gezeigt habe. Deshalb sei in der Folge eine zweite IHHT Serie, kombiniert mit der adäquaten Antibiotikabehandlung, durchgeführt worden (Suva-act. 68).

4.5 Im weiteren Verlauf gab die Suva ein infektiologisches Gutachten bei Prof. Dr. C.\_\_\_\_\_, Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene des Universitätsspital D.\_\_\_\_\_, in Auftrag. Dieses erging am 21. Juni 2018. Professor Dr. C.\_\_\_\_\_ kam



dabei zum Schluss, dass bei der Diagnose des Erythema migrans Ende September 2017 ein eher untypischer klinischer Befund, eine nicht passende serologische Konstellation und eine nicht passende epidemiologische Konstellation mit fehlender Zecken-Exposition bestanden habe. Entsprechend beurteilte er das Vorliegen eines Erythema migrans verursacht durch eine Borrelieninfektion und im Stadium I im Sommer/Herbst 2017 daher als nicht überwiegend wahrscheinlich. Weiter wurde darauf hingewiesen, dass sich in der Untersuchung vom 29. Juni 2018 vom Universitätsspital D.\_\_\_\_\_ eine negative Serologie für IgG und IgM sowie ein allenfalls grenzwertig positiver Immunoblot für IgG bei negativem Immunoblot für IgM gezeigt habe. Zusammenfassend liege als einziger möglicher, objektiver Hinweis auf eine Borreliose das Erythem im Sommer/Herbst 2017 vor. Das Vorliegen eines Erythema migrans im Sinne einer Borreliose im Sommer/Herbst 2017 sei als nicht überwiegend wahrscheinlich beurteilt worden. Danach sei eine wirksame antibiotische Therapie für ein Erythema migrans, falls es vorhanden gewesen wäre, erfolgt. Aktuell bestehe eine negative Borrelienserologie. Damit sei eine aktuell vorliegende Borreliose mit Erstmanifestation im Sommer/Herbst 2017 mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen. Betreffend Beschwerden wies Prof. Dr. C.\_\_\_\_\_ darauf hin, dass diese mindestens nicht überwiegend wahrscheinlich mit einer Borreliose vereinbar seien. Sollte es sich beim Exanthem am Unterschenkel im Sommer/Herbst 2017 tatsächlich um ein Exanthema chronicum migrans im Sinne einer Borreliose gehandelt haben, so sei dies durch den Hausarzt erfolgreich behandelt worden. Anders liesse sich die aktuell negative Serologie nicht erklären. Die aktuell negative Serologie schliesse eine aktuell noch bestehende Borrelienerkrankung aus und mache für sich allein genommen auch eine generalisierte Borrelienerkrankung im letzten Jahr sehr unwahrscheinlich. Eine infektiologische Ursache der bestehenden Beschwerden scheine insgesamt daher unwahrscheinlich (Suva-act. 73).

4.6 Im Rahmen des Einspracheverfahrens reichte die damalige Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin folgende Berichte ein:

4.6.1 Doktor E.\_\_\_\_\_ nahm am 8. Januar 2019 zum Gutachten des Universitätsspitals D.\_\_\_\_\_ Stellung und führte aus, die Gutachter hätten keinerlei praktische Erfahrung und würden sich hinter veralteten Guidelines der Fachgesellschaften verstecken. Er selber habe sich bis vor ein paar Jahren auch an diese Spezialisten und deren Richtlinien gehalten. Eine eigene Borrelioseerkrankung habe ihm dann aber die Augen geöffnet. Um die Frage nach einer chronischen Borreliose zu beantworten, seien die Lymphozytentransformationstests ein wertvolles Hilfsmittel. Professor J.\_\_\_\_\_ sei

ein ausgewiesener Borreliosespezialist. Die LTT Untersuchungen aus seinem Labor, die auch bei der Versicherten gemacht worden seien, seien in keiner Art und Weise zu vergleichen mit den LTT aus den 90er Jahren. Doktor E. \_\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass die Versicherte sicher an einer Borreliose erkrankt sei. Der Infektionszeitpunkt scheine am ehesten vor der Hautrötung gewesen zu sein. Glücklicherweise habe die Versicherte auf die Antibiotikabehandlung im November angesprochen. Der LTT sei im Dezember 2018 erstmals negativ gewesen (Suva-act. 141).

4.6.2 Doktor F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 26. Februar 2019 einen Status nach Erythema migrans mit Allgemeinsymptomen. Beurteilend hielt er fest, dass bei der jetzigen Untersuchung ausser einem Hartspann der zervikalen Paravertebralmuskulatur kein wesentlicher pathologischer Befund habe erhoben werden können. Die speziellen Untersuchungen bezüglich *Borrelia burgdorferi* hätten bei normalen Antikörpertitern im Western Blot ein Resultat ergeben, das mit einem kurzfristigen Immunkontakt vereinbar sei. Aufgrund der vorliegenden klinischen (Foto) und serologischen Resultate (Western Blot-Befund) habe im Juni 2017 ein Erythema migrans mit verschiedenen Allgemeinsymptomen bestanden, das nach adäquater Antibiose verschwunden sei. Die Allgemeinsymptome hätten noch lange Zeit über die Abheilung der Effloreszenz hinaus persistiert. Zurzeit sei keine Antibiotikatherapie notwendig. Serologisch könne davon ausgegangen werden, dass eine Seronarbe ohne Krankheitswert vorliege. Sicherheitshalber sollte in ca. drei Monaten nochmals eine Standortbestimmung durchgeführt werden (Suva-act. 153).

4.7 Im Rahmen des Einspracheverfahrens nahm das Universitätsspital D. \_\_\_\_\_ schliesslich nochmals Stellung zu den Vorbringen und den diesbezüglichen Berichten in der Einsprache. Professor Dr. C. \_\_\_\_\_ hielt dabei in der Stellungnahme vom 31. Juli 2019 an der bisherigen Beurteilung fest. Begründend wurde im Wesentlichen ausgeführt, die anamnestischen, klinischen und laborchemischen Befunde würden gegen eine Infektion durch Borrelien sprechen. Im Gutachten seien die anamnestischen Ereignisse sehr differenziert aufgenommen und eingehend diskutiert worden. Bei der Diagnose des Erythema migrans Ende September 2017 sei ein eher untypischer klinischer Befund, eine nicht passende serologische Konstellation und eine nicht passende epidemiologische Konstellation mit fehlender Zecken-Exposition vorhanden gewesen. Insofern habe eine Borrelien-Infektion zu diesem Zeitpunkt nicht als überwiegend wahrscheinlich angenommen werden können. Es sei aber nicht gesagt worden, dass diese Manifestation zum damaligen Zeitpunkt mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit

ausgeschlossen sei. Festzuhalten sei auch, dass gemäss Angaben der Patientin verschiedene Ärzte den Befund als nicht typisch für eine Erythema migrans beurteilt hätten. Des Weiteren würden die Guidelines festhalten, dass im Stadium II üblicherweise mit einer positiven Serologie zu rechnen sei. Die Serologie sei bei der Explorandin jedoch eben nicht klar positiv gewesen. Letztlich bestätige auch das Schreiben von Dr. K.\_\_\_\_\_ seine Interpretation. Borrelien würden für die Abwehr sehr gut sichtbare Bakterien darstellen und der Western Blot sollte bei einer entsprechenden Exposition positiv sein. Es sei aber richtig, dass eine serologische Entwicklung bei frühzeitiger Behandlung der Infektion zu einer abortiven Antikörper-Entwicklung führe. Dies bedeute dann aber eben nicht eine chronische Infektion, sondern die Infektion sei dann frühzeitig behandelt und geheilt worden und deshalb würden in der Folge keine Antikörper auftreten. Falls es eben nicht zu einer Heilung geführt hätte, wäre keine Seronegativität vorhanden. Dann würden die weiterhin vorhandenen Borrelien dazu führen, dass Antikörper gebildet würden. Insofern schliesse die Seronegativität nach Antibiotikatherapie eine durchgemachte Lyme Borreliose nicht aus, aber sie schliesse eben eine persistierende Lyme Borrelien-Infektion mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit aus. Demgegenüber argumentiere Dr. E.\_\_\_\_\_ praktisch ausschliesslich mit dem Lymphozytentransformationstest. Dieser werde jedoch von den grossen Fachgesellschaften (z.B. SGINF, IDSA, Deutsche Gesellschaft für Neurologie) explizit nicht empfohlen. Die Anzahl an falsch positiven Befunden sei hierfür der Grund. Entgegen der Aussage von Dr. E.\_\_\_\_\_ handle es sich dabei keinesfalls nur um alte Guidelines. Die Guidelines der Deutschen Gesellschaft für Neurologie seien z.B. aus dem Jahr 2018 und berücksichtigten auch die von Dr. E.\_\_\_\_\_ zitierte Literatur. Die von Dr. E.\_\_\_\_\_ als Beweis aufgeführte Studie von Prof. J.\_\_\_\_\_ sei in einem kleinen, unbedeutenden Open access Journal erschienen und die Ergebnisse und Schlüsse in der Folge stark kritisiert worden. Soweit ihm Dr. E.\_\_\_\_\_ schliesslich mangelnde praktische Erfahrung vorwerfe, sei zu entgegnen, dass er als Infektiologe an einem universitären Zentrum sehr häufig Patienten/innen mit Borrelioseerkrankung und noch häufiger Patienten/innen mit Frage nach einer Borrelienerkrankung betreuen würde. Er beurteile entsprechende Situationen also häufig – sei dies im Rahmen einer klinischen Beurteilung oder im Rahmen eines Gutachtens (Suva-act. 154).

4.8 Den im Rahmen des Verwaltungsgerichtsverfahrens eingereichten Berichten kann schliesslich Folgendes entnommen werden:

4.8.1 Doktor F. \_\_\_\_\_ nahm am 25. September 2019 zum Gutachten des Universitätsspitals D. \_\_\_\_\_ Stellung und stellte sich auf den Standpunkt, das Gutachten sei unvollständig und nicht schlüssig, da wichtige Diskussionspunkte ausgelassen oder falsch interpretiert worden seien. Insbesondere kritisierte er, dass die Schlussfolgerung, die serologischen Bedingungen seien nicht erfüllt, fachlich falsch sei. Des Weiteren würden die Gutachter nicht begründen, weshalb das Erythema migrans als eher untypisch zu bezeichnen sei. Abgesehen davon, seien Erythemata migrantia häufig untypisch und die Patientin sei bezüglich Zecken auch exponiert gewesen, auch wenn sie keinen Zeckenstich bemerkt habe. Sodann sei von den Untersuchern die Bemerkung zu erwarten gewesen, dass bei 90 % der Erythemata migrantia in unseren Breitengraden der Zeckenstich nicht bemerkt werde. An anderer Stelle wies Dr. F. \_\_\_\_\_ sodann darauf hin, dass im Gutachten mit keinem Wort die Möglichkeit eines Post-Lyme-Syndroms erwähnt, geschweige denn diskutiert werde. Ein Teil der Beschwerden könnten im Sinne eines Post-Lyme-Syndroms erklärt werden. Schliesslich gewinne er den Eindruck, dass die Gutachter die Patientin lächerlich machen und nicht ernst nehmen würden (Bf-act. 3).

4.8.2 Mit Bericht vom 15. Oktober 2019 wies Dr. E. \_\_\_\_\_ darauf hin, dass das Vorkommen einer chronischen Form der Borreliose von den Schweizerischen Infektiologen oft in Frage gestellt werde. Zum Gutachten des Universitätsspitals D. \_\_\_\_\_ führte Dr. E. \_\_\_\_\_ aus, die Anamnese der Patientin werde nicht richtig wiedergegeben, die Hautrötung als nicht Erythema nodosum verdächtig tituliert. Die serologische Untersuchung sei als unklar angegeben worden, obwohl der IgG-Befund klar positiv gewesen sei mit positiver Bande von VlsE. Dieses unsorgfältige Beurteilen sei auffällig. Die Hautrötung könne sehr gut einem Erythema nodosum entsprechen, auch wenn sie nicht ganz typisch gewesen sei. Mit dem serologischen Befund und den von der Patientin geschilderten klinischen Symptomen zusammen sei die Diagnose einer akuten Borreliose als sicher zu bewerten. Dass Borrelien nicht nur über Zecken, sondern auch über andere Insekten übertragen werden könnten, sei mittlerweile hinlänglich bekannt. Bei der Versicherten sei die Diagnose der Borreliose somit auch ohne LTT klar. Auf die Möglichkeit, dass Beschwerden, die die Patientin noch heute habe, auf eine chronische Borreliose zurückzuführen seien, werde im Gutachten gar nicht eingegangen. Beim Durchlesen des Gutachtens bekomme man sodann den Eindruck, dass die Patientin nicht ernst genommen worden sei. Das Gutachten sei daher abzulehnen (Bf-act. 4).

4.8.3 Dem Bericht der medizinischen Praxis L. \_\_\_\_\_ vom 13. November 2019 kann schliesslich entnommen werden, dass Prof. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Gynäkologie, bei

der Versicherten am 9. August 2019 eine chronische Neuroborreliose nach einem Rezidiv im Juni 2019 und eine Anpassungsstörung diagnostizierte. Die Ärzte der medizinischen Praxis L.\_\_\_\_\_ kamen zum Schluss, dass aus psychiatrischer Sicht kein Handlungsbedarf bestehe, eine Behandlung der Neuroborreliose mittels Hyperthermie-Therapie jedoch sofort empfohlen werde (Bf-act. 5).

5. Fest steht vorliegend, dass die Beschwerdeführerin der Suva im September 2017 einen Insektenstich und die Erkrankung an einer Borreliose meldete. Als erstellt gilt sodann, dass die Beschwerdegegnerin für die Unfallfolgen die gesetzlichen Leistungen erbrachte, sie mithin den Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Ereignis vom 1. Juni 2017 bejahte. Darüber hinaus ergibt sich aus den Akten, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen gestützt auf ein infektiologisches Gutachten schliesslich per 31. Oktober 2018 einstellte.

6. Unter Hinweis auf Erwägung 3.4 ist zunächst zu bemerken, dass die Leistungseinstellung mit Wirkung ex nunc et pro futuro, wie sie vorliegend verfügt worden war, kein Rückkommen auf die bisher gewährten Versicherungsleistungen bedeutet. Nur wenn der Unfallversicherer diese zurückfordert, muss er den hierfür erforderlichen Rückkommenstitel der prozessualen Revision oder der Wiedererwägung ausweisen. Will er aber nicht so weit gehen, sondern die bisher zu Unrecht ausgerichteten Leistungen stehen lassen, ist Verfügungsgegenstand nur die zukünftige Leistungseinstellung, welche – wenn materiellrechtlich, beispielsweise mittels Verneinung des Unfallbegriffs oder des Kausalzusammenhangs, begründet und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen – der Unfallversicherer ohne Rückkommensvoraussetzungen und damit ohne Bindung an früher ausgerichtete Leistungen vornehmen kann (BGE 130 V 380 E. 2.3.1, mit Hinweisen). Dementsprechend ist vorliegend einzig streitig, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen mangels Kausalität zu Recht per 31. Oktober 2018 eingestellt hat bzw. ob die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit einem Zeckenbiss stehen.

7. Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei der Leistungseinstellung zur Hauptsache auf das von ihr in Auftrag gegebene infektiologische Gutachten von Prof. Dr. C.\_\_\_\_\_ vom 21. Juni 2018 und dessen Ergänzungen vom 31. Juli 2019. Professor Dr. C.\_\_\_\_\_ beurteilte dabei das Vorliegen eines Erythema migrans verursacht durch eine Borrelieninfektion und im Stadium I im Sommer/Herbst 2017 als nicht überwiegend

wahrscheinlich. Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf zwei behandelnde Ärzte, Dr. E. \_\_\_\_\_ und Dr. F. \_\_\_\_\_, geltend, ihre Beschwerden seien weiterhin auf den Zeckenbiss im Juni 2017 zurückzuführen. Es stellt sich somit zunächst die Frage, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht gestützt auf das infektiologische Gutachten von Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_ den Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Ereignis vom 1. Juni 2017 verneint hat, mithin ob das Gutachten beweiskräftig ist.

7.1 Beurteilend ist diesbezüglich festzustellen, dass das infektiologische Gutachten von Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_ vom 21. Juni 2018 und dessen Ergänzungen vom 31. Juli 2019 die nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vorausgesetzten Kriterien erfüllen. Das Gutachten erfolgte in Berücksichtigung der relevanten medizinischen Akten und nach einer eingehenden persönlichen Untersuchung, weshalb es in Bezug auf die zu beurteilende Kausalitätsfrage als umfassend zu beurteilen ist. Professor Dr. C. \_\_\_\_\_ berücksichtigte sodann die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und setzte sich eingehend mit der medizinischen Fachliteratur zur Borreliose auseinander. Schliesslich beantwortete er die Fragen der Vorinstanz und das Gutachten ist in seinen Beurteilungen nachvollziehbar und die getroffenen Schlussfolgerungen genügend begründet und in sich schlüssig. Es ist mithin kein Grund ersichtlich, weshalb auf das Gutachten nicht abgestellt werden könnte.

7.2 Zu prüfen bleibt im Folgenden, ob die von der Beschwerdeführerin erhobenen Rügen die Beweiskraft des infektiologischen Gutachtens zu erschüttern vermögen. Bei ihrer Kritik am Gutachten von Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_ stützt sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf die Beurteilungen der beiden Ärzte, Dr. E. \_\_\_\_\_ und Dr. F. \_\_\_\_\_.

7.2.1 Was zunächst die Berichte von Dr. E. \_\_\_\_\_ vom 8. Januar 2019 (Suva-act. 141) und vom 15. Oktober 2019 (Bf-act. 4) anbelangt, ist Folgendes festzuhalten:

Soweit Dr. E. \_\_\_\_\_ Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_ mangelnde praktische Erfahrung vorwirft, kann er damit nicht gehört werden. Aufgrund des Umstandes, dass Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_ Infektiologe ist, ist davon auszugehen, dass er über die für die Beurteilung des streitigen medizinischen Sachverhalts notwendige ärztliche Spezialisierung verfügt. Dabei ist insbesondere auch dem Umstand Rechnung zu tragen, dass Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_ gemäss eigenen Angaben sehr häufig Patienten/innen mit Borrelioseerkrankung und noch

häufiger Patienten/innen mit der Frage nach einer Borrelienerkrankung betreut. An der fachlichen Qualifikation von Prof. Dr. C.\_\_\_\_\_ bestehen somit keine Zweifel.

Darüber hinaus sind die Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_\_ auch in inhaltlicher Hinsicht nicht geeignet, die Richtigkeit der gutachterlichen Beurteilungen und Einschätzungen in Frage zu stellen. Wie Prof. Dr. C.\_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 31. Juli 2019 (Suva-act. 154) zutreffend darauf hingewiesen hat, argumentiert Dr. E.\_\_\_\_\_ im Wesentlichen mit dem Lymphozytentransformationstest (LTT-Test). Dieser Test wird indes nicht nur von Prof. Dr. C.\_\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_\_ (vgl. Bf-act. 3 S. 2), sondern eben gerade auch von den Richtlinien der Fachgesellschaften (Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie [SGINF], Infectious Diseases Society of America [IDSA] und Deutsche Gesellschaft für Neurologie [DGN]) explizit nicht empfohlen (vgl. Evison und andere, Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern, Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie, Teil 1: Epidemiologie und Diagnostik, in: Schweizerische Ärztezeitung 2005, S. 2337; Wormser und andere, The Clinical Assessment, Treatment, and Prevention of Lyme Disease, Human Granulocytic Anaplasmosis, and Babesiosis; Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America, Clinical Infectious Diseases, 2006; Leitlinien der DGN, Kapitel: Entzündliche und erregerbedingte Krankheiten, Neuroborreliose, Untersuchungsmethoden, die für die Diagnostik der Neuroborreliose nicht geeignet sind, Stand 21. März 2018). Entgegen der Auffassung von Dr. E.\_\_\_\_\_ handelt es sich dabei keineswegs um alte Guidelines. Wie Prof. Dr. C.\_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 31. Juli 2019 zu Recht angemerkt hat, sind die Guidelines der DGN aus dem Jahr 2018. Darüber hinaus werden im Gutachten unter Literaturangaben die SGINF Guidelines von 2005 und zusätzlich die IDSA Guidelines von 2006 zitiert (vgl. Suva-act. 73 S. 16 f.). Soweit Dr. E.\_\_\_\_\_ in diesem Zusammenhang schliesslich auf eine Studie von Prof. J.\_\_\_\_\_ verweist und die Beschwerdeführerin daraus ableitet, kompetente Ärzte würden ausdrücklich einen LTT-Test empfehlen, kann sie damit ebenfalls nicht gehört werden. Dabei gilt es nicht nur zu berücksichtigen, dass die von Prof. J.\_\_\_\_\_ erwähnte Studie nach Angaben von Prof Dr. C.\_\_\_\_\_ stark kritisiert wurde. Vielmehr fällt ins Gewicht, dass es nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung bei der LTT-Blutuntersuchung an der Voraussetzung der medizinisch-wissenschaftlich breiten Anerkennung fehlt (Urteil BGer 8C\_835/2018 vom 23. April 2019 E. 6.2.2). Der LTT-Test stellt somit keine anerkannte diagnostische Methode dar.

Im Übrigen ist mit der Beschwerdegegnerin festzustellen, dass Dr. E. \_\_\_\_\_ in den genannten Berichten auf seine eigene Borrelioseerkrankung verweist, was an der Objektivität seiner Beurteilung ohnehin gewisse Zweifel hervorruft. Gesamthaft betrachtet ist der Beschwerdegegnerin jedenfalls beizupflichten, dass auf die Einschätzung von Dr. E. \_\_\_\_\_ nicht abgestellt werden kann.

7.2.2 Betreffend die Berichte von Dr. F. \_\_\_\_\_ vom 26. Februar 2019 (Suva-act. 153) und vom 25. September 2019 (Bf-act. 3) ist schliesslich Folgendes anzumerken:

Soweit sich Dr. F. \_\_\_\_\_ auf den Standpunkt stellt, die Schlussfolgerung von Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_, die serologischen Bedingungen seien nicht erfüllt, sei fachlich falsch, kann er damit nicht gehört werden. Wie die Beschwerdegegnerin vernehmlassend zutreffend darauf hingewiesen hat, stand dem Gutachter Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_ der Laborbericht betreffend die Untersuchung vom 30. August 2017 zur Verfügung. Dementsprechend hat er auf Seite 10 seines Gutachtens auch die entsprechenden Werte sowie die dazugehörige Interpretation des Labors aufgelistet (vgl. Suva-act. 73 S. 10) und die Resultate schliesslich auch in seine Beurteilung miteinbezogen. Unter Hinweis auf die Guidelines der IDSA führte Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_ sodann nachvollziehbar aus, weshalb bei einem grenzwertig positiven Immunoblot eine Ansteckung mit Borrelien 2 1/2 Monate zuvor praktisch ausgeschlossen sei (vgl. Suva-act. 73 S. 14).

Im Übrigen stützte sich der Gutachter entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht einzig auf die serologische Untersuchung. So wies Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 31. Juli 2019 daraufhin, dass alleine mit einer Antikörperuntersuchung die Diagnose einer Borrelienerkrankung nicht gestellt werden könne (vgl. Suva-act. 154 S. 3). Dementsprechend diskutierte Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten auch ausführlich die Epidemiologie sowie die Klinik und beurteilte diese als nicht passend bzw. eher untypisch (vgl. Suva-act. 73 S. 14). Aufgrund des Gesamtbildes kam Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_ dann zum Schluss, dass die anamnestischen, klinischen und laborchemischen Befunde gegen eine Infektion durch Borrelien sprechen würden (vgl. Suva-act. 154 S. 1). Entgegen der Auffassung von Dr. F. \_\_\_\_\_ begründete Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_ dabei auch, weshalb er das Erythema migrans als untypisch beurteilte. So merkte er an, dass gemäss Aussagen der Explorandin verschiedene Ärzte, darunter auch der Hausarzt, das Erythem als nicht Borrelien verdächtig beurteilt hätten (vgl. Suva-act. 73 S. 14). Dementsprechend ist es nicht zu beanstanden, wenn Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_ unter diesen Umständen die Klinik als untypisch bezeichnete, zumal



mit Bericht vom 15. Oktober 2019 auch Dr. E. \_\_\_\_\_ darauf hinwies, dass die Hautrötung zwar einem Erythema nodosum entsprechen könne, sie jedoch nicht ganz typisch gewesen sei (vgl. Bf-act. 4 S. 2).

Schliesslich wurden dem infektiologischen Gutachter mit Schreiben vom 2. Juli 2019 betreffend Ergänzungsfragen zum Gutachten sämtliche Unfallakten, mithin auch die von der damaligen Rechtsvertreterin als Beilage zur Einsprache vom 20. Mai 2019 eingereichten Unterlagen, zur Verfügung gestellt (vgl. Suva-act. 149), sodass Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_ spätestens zum Zeitpunkt seiner Stellungnahme vom 31. Juli 2019 über die Bilder der Wanderröte Kenntnis hatte. Dementsprechend kann die Beschwerdeführerin aus dem Umstand, dass das Foto der Hautrötung im Gutachten nicht explizit erwähnt wurde, nichts zu ihren Gunsten ableiten.

Unzutreffend ist des Weiteren auch die Rüge von Dr. F. \_\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin sei bezüglich Zecken exponiert gewesen, hat die Beschwerdeführerin dem Gutachter gegenüber doch gerade angegeben, sich vor dem Auftreten der Rötung im Juni 2017 nicht im Wald oder in der Natur aufgehalten zu haben (vgl. Suva-act. 73 S. 12). Darüber hinaus ist Dr. F. \_\_\_\_\_ zwar beizupflichten, dass der Zeckenstich von den Betroffenen sehr häufig unbemerkt bleibt. Dementsprechend ist es auch nicht entscheidend, ob sich die Betroffenen an einen Zeckenstich erinnern können bzw. ob sie einen solchen bemerkten. Wie die Beschwerdegegnerin diesbezüglich im Rahmen ihrer Beschwerdeantwort aber zu Recht darauf hingewiesen hat, hat Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_ dies der Beschwerdeführerin auch gar nicht angelastet. Vielmehr hat Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_ bei der Erhebung der Anamnese die Schilderungen der Beschwerdeführerin festgehalten, wonach sie sich nicht an einen Zeckenstich erinnere und sie einen solchen auch ausschliesse. Weiter äusserte sie, dass sie die Infektion auf die Stiche der Bremsen zurückführe (vgl. Suva-act. 73 S. 12). Angesichts dessen ist mit der Beschwerdegegnerin festzustellen, dass die Ausführungen von Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_, wonach Infektionen mit Borrelien durch Insektenbisse vereinzelt beschrieben seien, klare Evidenz dafür aber nicht bestehe (vgl. Suva-act. 73 S. 14), nachvollziehbar seien. Entsprechend ist es auch nicht zu beanstanden, wenn er unter diesen Umständen auf eine nicht passende epidemiologische Konstellation mit fehlender Zecken-Exposition schloss.

Schlussendlich trifft es zwar zu, dass die Möglichkeit eines Post-Lyme-Syndroms im Gutachten vom 21. Juni 2018 nicht explizit erwähnt wurde. Nichtsdestotrotz kann die Beschwerdeführerin auch daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Denn wie sich aus den

Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie ergibt, müssten für die Differentialdiagnose eines Post-Lyme-Syndroms acht Kriterien erfüllt sein (vgl. Evison und andere, Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern, Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie, Teil 3: Prävention, Schwangerschaft, Immundefizienz, Post-Lyme-Syndrom, in: Schweizerische Ärztezeitung 2005, S. 2426), wobei es vorliegend bereits an der ersten Voraussetzung der Evidenz für eine frühere Lyme-Borreliose, klinisch und labormässig dokumentierte Lyme-Borreliose, fehlt. In diesem Zusammenhang darf sodann nicht unberücksichtigt bleiben, dass sich während der Untersuchung vom 29. Juni 2018 im Universitätsspital D.\_\_\_\_\_ eine negative Borrelienserologie zeigte (vgl. Suva-act. 104 S. 2 und 7), während bei einem Post-Lyme-Syndrom die Serologie in der Regel positiv ist (vgl. Evison und andere, Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern, Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie, Teil 1: Epidemiologie und Diagnostik, in: Schweizerische Ärztezeitung 2005, S. 2335).

Nach dem Dargelegten kann sich das Gericht dem Vorwurf von Dr. F.\_\_\_\_\_, das Gutachten sei weder vollständig noch schlüssig, somit nicht anschliessen. Professor Dr. C.\_\_\_\_\_ hat weder wichtige Diskussionspunkte ausgelassen noch bestehen Hinweise, dass diese falsch interpretiert worden wären. Im Übrigen erweist sich auch die Rüge von Dr. F.\_\_\_\_\_, die Gutachter hätten die Patientin lächerlich gemacht und würden sie nicht ernst nehmen, als haltlos. Wie die Beschwerdegegnerin vernehmlassend zutreffend darauf hingewiesen hat, hat das Gutachten jedenfalls einen normalen sachlichen Eindruck hinterlassen. Dementsprechend ist der Beschwerdegegnerin zuzustimmen, dass die von Dr. F.\_\_\_\_\_ geäußerte Kritik keine konkreten Indizien zu erwecken vermochte, die gegen die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des infektiologischen Gutachtens sprechen würden.

7.2.3 Schliesslich kann die Beschwerdeführerin auch aus dem Bericht der medizinischen Praxis L.\_\_\_\_\_ vom 13. November 2019 (Bf-act. 5) nichts zu ihren Gunsten ableiten, setzt sich dieser Bericht doch überhaupt nicht mit dem infektiologischen Gutachten auseinander, sodass auch dieser nicht geeignet ist, die Richtigkeit des Gutachtens in Frage zu stellen.

7.3 Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass das infektiologische Gutachten von Prof. Dr. C.\_\_\_\_\_ sämtliche Qualitätsmerkmale eines beweiskräftigen medizinischen Gutachtens erfüllt und ihm dementsprechend im vorliegenden Verfahren volle Beweiskraft

zukommt. Sowohl die Einwände der Beschwerdeführerin als auch die Ausführungen von Dr. E. \_\_\_\_\_ und Dr. F. \_\_\_\_\_ vermochten daran nichts zu ändern resp. führten jedenfalls nicht dazu, dass konkrete Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des Gutachtens erweckt wurden. Dementsprechend kann auf das Gutachten von Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_ vom 21. Juni 2018 und seine Ergänzungen vom 31. Juli 2019 abgestellt werden.

8. Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen gestützt auf das infektiologische Gutachten von Prof. Dr. C. \_\_\_\_\_ mit Wirkung ex nunc et pro futuro zu Recht eingestellt. Folglich gilt die Beschwerde als unbegründet und sie ist abzuweisen.

9. Erscheint dem Gericht die Beweislage aufgrund der Akten als ausreichend, kann es auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten. Beweisanträge, die nach Erachten des Gerichts hinsichtlich der für den Entscheid relevanten Sachfragen ohne Belang sind, müssen ebenfalls nicht beachtet, sondern können in zulässiger antizipierter Beweiswürdigung abgewiesen werden (BGE 122 V 157 E. 1d).

Mit dem voll beweiskräftigen infektiologischen Gutachten vom 21. Juni 2018 und den Ergänzungen vom 31. Juli 2019 ist der medizinische Sachverhalt umfassend geklärt und von einer weiteren Begutachtung der Beschwerdeführerin sind auch keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, sodass der Antrag der Beschwerdeführerin auf Einholung eines Obergutachtens in zulässiger Anwendung der antizipierten Beweiswürdigung abzuweisen ist. Schliesslich ist festzuhalten, dass der Beschwerdegegnerin auch keine Verletzung der Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 ATSG vorgehalten werden kann.

10. Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenlos und eine Parteientschädigung ist der Beschwerdeführerin – bei vollständigem Unterliegen – nicht zuzusprechen (vgl. Art. 61 lit. a und lit. g ATSG). Dem obsiegenden Sozialversicherer ist in Übereinstimmung mit Art. 61 lit. g ATSG – welcher nur für die obsiegende Beschwerde führende Partei eine Entschädigung vorsieht – ebenfalls keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (im Doppel), an die Suva, Luzern, sowie an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 27. Februar 2020

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am