

[AZA 7]
U 17/00 Gb

I. Kammer

Präsident Lustenberger, Bundesrichter Schön, Spira, Bundesrichterin Widmer und nebenamtlicher Richter Maeschi; Gerichtsschreiberin Kopp Käch

Urteil vom 9. Juli 2001

in Sachen

P._____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Thomas Brender, Bahnhofstrasse 61, 8023 Zürich,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern, Beschwerdegegnerin,

und

Versicherungsgericht des Kantons Aargau, Aarau

A.- Der 1953 geborene P._____ war seit 1. April 1990 als Lastwagen-Mechaniker bei der Firma W._____ AG angestellt und bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) für die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert gewesen. Seit Anfang 1992 leidet er unter Schmerzen an der rechten Schulter, welche im Juni 1992 als Periarthropathia humeroscapularis tendinotica rechts diagnostiziert wurden. Im gleichen Monat erlitt er seinen Angaben zufolge einen Zeckenbiss am rechten Knie, worauf es zu Knieschmerzen beidseits sowie einem chronischrezidivierenden Kniegelenkserguss links kam. In der Folge wurde eine Lyme-Borreliose, wahrscheinlich Stadium III, diagnostiziert, welche in der Rheumaklinik des Spitals X._____ vom 5. bis 18. Februar 1993 antibiotisch behandelt wurde. Nach einer zweiten stationären Behandlung in der Zeit vom 3. bis 31. August 1993 konnte der Versicherte praktisch schmerzfrei nach Hause entlassen werden. Die vorgesehene Wiederaufnahme der Tätigkeit als Lastwagen-Mechaniker scheiterte jedoch, was zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses auf den 30. April 1994 führte. Vom Spital X._____ wurde eine Tendenz zur Aggravation festgestellt und ein "Chronic fatigue-Syndrom" als Folge der Borreliose

in Erwägung gezogen. Der Versicherte klagte weiterhin über Knieschmerzen beidseits sowie über Schulterbeschwerden und Arthralgien an den Fingergelenken. Vom 5. April bis 7. Mai 1994 wurde in der Klinik Y._____ eine stationäre physiotherapeutische Behandlung durchgeführt. Am 8. September 1995 ordnete die SUVA eine Begutachtung in der Rheumaklinik des Spitals A._____ mit neurologischem und psychiatrischem Teilgutachten an. Im Hauptgutachten vom 18. Januar 1996 diagnostizierten die Fachleute einen Status nach beidseitiger Lyme-Gonarthritits sowie eine chronifizierte somatoforme Störung der Schmerzverarbeitung und bezeichneten den Versicherten aus rheumatologischer Sicht für eine leichte bis mittelschwere Arbeit als voll arbeitsfähig; zusätzliche Beeinträchtigungen zeigten sich bei der neuropsychologischen und der psychiatrischen Untersuchung. In der Zeit vom 2. Oktober bis 11. Dezember 1996 erfolgte ein weiterer Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik Z._____ mit anschliessender teilstationärer Behandlung vom 6. bis 23. Januar 1997. Gemäss Austrittsbericht der Klinik vom 21. März 1997 wäre dem Versicherten eine leichte bis mittelschwere Arbeit ganztags ohne weiteres zumutbar. Nach Einholung weiterer Arztberichte erliess die

SUVA am 28. Oktober 1998 eine Verfügung, mit welcher sie dem Versicherten ab 1. Oktober 1998 eine Rente aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 20 % zusprach und die Ausrichtung einer Integritätsentschädigung mangels Erheblichkeit des Integritätsschadens ablehnte. Mit Einspracheentscheid vom 29. Januar 1999 hielt sie an dieser Verfügung fest.

B.- P._____ liess gegen diesen Entscheid beim Versicherungsgericht des Kantons Aargau Beschwerde einreichen und beantragen, es sei eine neue gutachterliche Beurteilung anzuordnen und es seien ihm eine Invalidenrente von mindestens 50 % sowie eine Integritätsentschädigung zuzusprechen. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde änderte das Versicherungsgericht den Einspracheentscheid dahin ab, dass es den Invaliditätsgrad auf 36 % festsetzte; im Übrigen wies es die Beschwerde ab (Entscheid vom 24. November 1999).

C.- P. _____ lässt Verwaltungsgerichtsbeschwerde führen sinngemäss mit dem Rechtsbegehren, in Aufhebung des vorinstanzlichen Entscheids und des Einspracheentscheids sei der Invaliditätsgrad nach Anordnung eines rheumatologischen, neurologischen und neuropsychologischen Gutachtens auf mindestens 50 % und der Integritätsschaden auf mindestens 25 % festzusetzen und es sei die SUVA zu verpflichten, die unfallbedingte Heilbehandlung weiterhin zu übernehmen; eventuell sei die Sache zur Feststellung des Sachverhalts und zur Durchführung eines Beweisverfahrens an die Vorinstanz, eventuell an die SUVA zurückzuweisen.

Mit Verfügung vom 28. Februar 2000 hat der Instruktionsrichter das Verfahren ausgesetzt und dem Beschwerdeführer eine bis zum 31. März 2000 laufende Frist zur Beibringung eines in Aussicht gestellten neuropsychologischen Gutachtens gesetzt. Innert der gesetzten Frist hat P. _____ einen Bericht des Instituts B. _____ vom 23. Februar 2000 eingereicht, worin eine mittelschwere bis teilweise schwere Beeinträchtigung der kognitiven Leistungen angegeben wird.

Die SUVA schliesst auf Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde, soweit darauf einzutreten sei. Das Bundesamt für Sozialversicherung hat sich nicht vernehmen lassen.

Das Eidg. Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.- a) Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen den Beschwerden und dem Unfallereignis ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhanges 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 Kausalzusammenhanges nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit andern 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 (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).

b) Der für die Leistungspflicht des Unfallversicherers zusätzlich erforderliche adäquate Kausalzusammenhang ist gemäss Rechtsprechung in der Regel dann gegeben, wenn ein Ereignis 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 Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 123 V 103 Erw. 3d, 139 Erw. 3c, 122 V 416 Erw. 2a, je mit Hinweisen). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhanges kommt die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu. Sie hat grundsätzlich bei allen Gesundheitsschädigungen, die aus ärztlicher Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als natürliche Unfallfolge gelten können, Platz zu greifen.

Besondere Regeln hat die Rechtsprechung für die Beurteilung der Adäquanz psychischer Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellt. Danach setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit andern Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (BGE 115 V 141 Erw. 7). Die Vorinstanz hat die diesbezüglichen Grundsätze, namentlich die Einteilung der Unfälle in drei Gruppen und die für mittelschwere Unfälle anwendbaren Kriterien (vgl. BGE 115 V 138 Erw. 6), zutreffend dargelegt.

Zu betonen ist, dass die Beurteilung der Adäquanz nur bei psychischen Beschwerden, die als sekundäre Folgen der Erkrankung auftreten, nach den erwähnten Grundsätzen stattfindet. In diesem Zusammenhang ist nämlich darauf hinzuweisen, dass es sich bei der durch den als Unfall qualifizierten Zeckenbiss übertragenen Lyme-Borreliose um eine Infektionskrankheit mit komplexem Krankheitsbild und meist schwerwiegenden Folgen handelt. Die Lyme-Borreliose ist eine Multiorganerkrankung, bei welcher prinzipiell alle Organe befallen werden können. Das Beschwerdebild besteht aus unspezifischen Allgemein- und spezifischen Symptomen, die aus dem Befall der einzelnen Organe resultieren. Zu den wichtigsten Allgemeinsymptomen gehören Müdigkeit, Malaise, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Fieber, Arthralgien, Myalgien, Heiserkeit, Nausea,

Erbrechen, Konjunktivitis, Gewichtsverlust, Diarrhoe. Anerkannt sind auch Beeinträchtigungen der Psyche wie insbesondere depressive Verstimmungen. Als Folge kann ferner ein Chronic Fatigue-Syndrom auftreten, wobei für dessen Diagnose andere Krankheiten ausgeschlossen sein müssen (vgl. Norbert Satz, Klinik der Lyme-Borreliose, Bern 1992, S. 89, 93 und 161 ff.). Die Beschwerden sind somit teilweise klar organischer Natur,

teilweise liegen psychische Erkrankungen vor. Neben diesen direkten Auswirkungen der Erkrankung ist es sodann möglich, dass sekundäre Folgen in dem Sinne auftreten, dass die betroffene Person mit der Krankheit insgesamt oder mit Folgen davon psychisch nicht fertig wird und deshalb erkrankt, was als psychische Fehlentwicklung nach einem Unfall zu bezeichnen ist. Dieser speziellen Ausgangslage muss bei der Prüfung der Kausalität Rechnung getragen werden. Damit die psychischen Beschwerden als Auswirkung der Infektionskrankheit qualifiziert werden können, müssen sie mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als direkte Folge auf das Unfallereignis zurückzuführen sein. Die Adäquanz kann diesfalls - wie bei den somatischen Beschwerden - ohne weiteres bejaht werden, weil die Infizierung mit dem Borreliose-Erreger nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung, wozu in erster Linie die wissenschaftlichen Erkenntnisse gehören, einen Erfolg von der Art des eingetretenen zu bewirken vermag. Die Qualifikation der psychischen Beschwerden als direkte Auswirkungen der Erkrankung oder aber als sekundäre Folge davon bzw. reine psychische Erkrankung hat aufgrund der ärztlichen Berichte zu

erfolgen (zur Publikation vorgesehene Urteil A. vom 17. Mai 2001, U 245/99).

2.- a) In formellrechtlicher Hinsicht macht der Beschwerdeführer geltend, die psychiatrische Beurteilung durch Dr. med. K._____, Oberarzt an der Rheumaklinik des Spitals A._____, sei wegen Voreingenommenheit bzw. Befangenheit des Gutachters aus dem Recht zu weisen. Dr. med. K._____ hat als Oberarzt an der Rheumaklinik im Rahmen des von der SUVA beim Spital A._____ in Auftrag gegebenen Gutachtens das psychiatrische Teilgutachten vom 20. Dezember 1995 verfasst. Nach Auffassung des Beschwerdeführers war Dr. med. K._____ von der Feststellung des SUVA-Kreisarztes beeinflusst, wonach sich der Versicherte unbeobachtet beschwerdefrei bewege, bei den Untersuchungen dagegen nicht, was den Gutachter zur Annahme habe führen sollen, der Versicherte aggraviere oder simuliere sein Leiden. Für eine entsprechende Beeinflussung fehlen jegliche Anhaltspunkte. Die Feststellung des SUVA-Kreisarztes war nicht an Dr. med. K._____ gerichtet, erfolgte am 10. November 1993 und damit lange vor dem Gutachtensauftrag und steht zudem im Einklang mit den Angaben des Spitals X._____, welches wiederholt eine Aggravation festgestellt hatte. Dass Dr. med. K._____ in seiner neuen Funktion als SUVA-Arzt in Z._____ in der psychiatrischen

Stellungnahme vom 22. Mai 1998 zum gleichen Ergebnis gelangt ist, lässt ebenfalls nicht auf Befangenheit dieses Arztes schliessen, zumal er eine allerdings nicht unfallbedingte psychische Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit annimmt.

b) In der Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird sinngemäss eine mangelhafte Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gerügt und beantragt, es sei ein weiteres Gutachten in rheumatologischer, neurologischer und insbesondere neuropsychologischer Hinsicht anzuordnen. Diesem Begehren kann nicht entsprochen werden. Der Beschwerdeführer ist sowohl rheumatologisch als auch neurologisch und neuropsychologisch wiederholt eingehend untersucht und beurteilt worden und es besteht auch im Lichte der in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde vorgebrachten Einwendungen kein Anlass zu ergänzenden Abklärungen. Zwar wurden das umfassende Gutachten des Spitals A._____ vom 18. Januar 1996 und die Berichte der Rehabilitationsklinik Z._____ vom 20. Dezember 1996 und 21. März 1997 längere Zeit vor Erlass der Verfügung vom 28. Oktober 1998 sowie des Einspracheentscheids vom 29. Januar 1999 erstattet. Aus den Akten ergeben sich indessen keine Anhaltspunkte dafür, dass sich der Gesundheitszustand nachträglich erheblich geändert hätte. Etwas anderes lässt sich insbesondere den vom Beschwerdeführer im Einspracheverfahren eingereichten Berichten des Dr. med. C._____ vom 29. Oktober und 7. November 1998 nicht entnehmen. Die von diesem Arzt erhobene Diagnose einer Lyme-Borreliose Stadium III mit belastungsabhängigen Schmerzen an den Gelenken und Konzentrationsstörungen lag bereits den früheren Arztberichten zugrunde; neue Befunde werden nicht genannt. Es besteht daher kein Anlass zur Anordnung ergänzender Abklärungen; dies insbesondere auch in neuropsychologischer Hinsicht nicht, nachdem der Beschwerdeführer einen entsprechenden Bericht eingereicht hat und dieser gegenüber der vom Spital A._____ veranlassten Untersuchung nicht zu grundlegend andern Ergebnissen führt.

3.- Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer an den Folgen einer Lyme-Borreliose leidet und es sich beim auslösenden Zeckenbiss um einen Unfall im Sinne von Art. 9 Abs. 1 UVV handelt (BGE

122 V 230 ff.). Streitig ist, inwieweit die geklagten Beschwerden noch in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit der Lyme-Krankheit stehen.

a) In rheumatologischer Hinsicht klagt der Beschwerdeführer über persistierende Schmerzen in den Schultern, den Hüft- und Kniegelenken sowie den Fingergelenken. Anlässlich der stationären Untersuchung in der Rheumaklinik des Spitals A. _____ vom Dezember 1995 waren die Fingergelenke ohne entzündliche Zeichen und nicht druckschmerzhaft. Die Schultern waren passiv frei beweglich und ohne Bewegungs-Schmerzen; aktiv hob der Versicherte die Arme bei Abduktion und Anteversion lediglich bis 80 Grad; die resistiven Prüfungen waren nicht verwertbar. In den Hüften bestanden Endphasen-Schmerzen in Flexion bei normaler Beweglichkeit, in den Kniegelenken Schmerzen bei maximaler Flexion ohne Hinweise auf entzündliches Geschehen. Radiologisch konnten Befunde einer diskreten Gonarthrose beidseits mit diskreten Ausziehungen im Bereich der Eminentiae intercondylicaee sowie am medialen Femurkondylus rechts im Bereich der Patella-Oberränder bei beidseitig normal breitem Knie-Gelenkspalt festgestellt werden. Nach Auffassung der Gutachter lassen sich die angegebenen Beschwerden in den Kniegelenken mit den objektiven Befunden nicht erklären. Die Röntgenbilder von Händen, Ellenbogen, Schultern und Becken zeigten unauffällige Befunde. Die

Laboruntersuchungen ergaben keine Hinweise auf eine entzündliche Aktivität. Nicht erfüllt waren die Kriterien für die Annahme einer Fibromyalgie. Die Arthritis war abgeheilt und der bestehende Zustand nicht mehr in direktem Zusammenhang mit der Lyme-Erkrankung erklärbar (Gutachten vom 18. Januar 1996, S. 13 f.). Gemäss Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik Z. _____ vom 20. Dezember 1996 bestehen neben starker Müdigkeit und Kopfschmerzen belastungsabhängige Beschwerden in den Knie-, Finger- und Schultergelenken ohne aktuelle Reizerscheinungen in den Gelenken. Kraft, Ausdauer und allgemeine Kondition sind vermindert. Nach Auffassung der Klinikärzte dürfte der reduzierte Zustand in erheblichem Masse auf eine allgemeine Dekonditionierung infolge Inaktivität und iatrogen bedingtem Medikamentenmissbrauch zurückzuführen sein. Im Austrittsbericht vom 21. März 1997 wird ausgeführt, beim Versicherten persistierten eine starke Müdigkeit und Kopfschmerzen sowie eine geringe Belastbarkeit beider Hände: im Vordergrund stehe aber weiterhin eindeutig eine allgemeine physische Dekonditionierung, die während der Behandlung habe verbessert werden können.

Die klinisch neurologische Untersuchung im Spital A. _____ vom 21. Dezember 1995 ergab unauffällige Befunde und insbesondere keine Hinweise auf eine Spät-Neuro-Borreliose. Die bestehenden Allgemeinsymptome wie Müdigkeit, Schwindel, Konzentrationsstörungen, Schwäche und Vergesslichkeit wurden im Rahmen des neurologischen Konsiliums als in erster Linie durch eine Depression bedingt betrachtet. Die vom Spital A. _____ veranlasste neuropsychologische Untersuchung ergab Beeinträchtigungen in den mnesticen Funktionen, den Sprachfunktionen und den Frontalhirnfunktionen, jedoch keine Hinweise auf Apraxien oder Wahrnehmungsstörungen. Bei gutem Auffassungsvermögen war das Arbeitstempo deutlich verlangsamt. In dem vom Beschwerdeführer nachgereichten Bericht des Instituts B. _____ vom 23. Februar 2000 werden eine verminderte zeitliche Belastbarkeit und deutliche Verlangsamung, eine beeinträchtigte Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisleistung sowie Einbussen in einzelnen Bereichen der Wahrnehmung erwähnt. Insgesamt wird auf eine mittelschwere bis teilweise schwere Beeinträchtigung der verfügbaren kognitiven Leistungen geschlossen. Zur Kausalität wird ausgeführt, rein hirnganisch liessen sich die neuropsychologischen Befunde

ursächlich (vom Ausmass und auch von der Charakteristik her) nicht erklären. Es spielten wahrscheinlich mehrere Faktoren mit, nämlich die Lyme-Borreliose mit Beteiligung des Zentralnervensystems, die chronischen Schmerzen, ein psychischer Faktor (bei stark veränderter Lebenssituation) sowie mögliche Nebenwirkungen der Medikamente. Aus den Arztberichten ergeben sich indessen keine Hinweise auf eine Lyme-Borreliose mit Beteiligung des Zentralnervensystems. Der Neurostatus war stets unauffällig und es konnten insbesondere keine Zeichen einer Neuritis, Radikulitis, Enzephalitis oder Meningitis gefunden werden, wie sie bei Lyme-Borreliosen häufig auftreten (BGE 122 V 234; Norbert Satz, a.a.O., S. 135 ff.).

Was den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers betrifft, wurde wiederholt eine depressive Verstimmung festgestellt und medikamentös behandelt. Dr. med. K. _____ gelangt im psychiatrischen Teilgutachten des Spitals A. _____ vom 20. Dezember 1995 zum Schluss, es liege keine Depression von wesentlichem Ausmass vor und es sei auf eine Symptomausweitung zu schliessen, die teils bewusst gesteuert sei, teils bewusstseinsfernere Anteile von Leidensgewinn umfasse. In der psychiatrischen Stellungnahme der Rehabilitationsklinik Z. _____ vom 22. Mai 1998 führt Dr. med. K. _____ aus, es liege keine Diagnose vor, die sich in Form von psychopathologischen Symptomen äussern würde. Dass der Versicherte nicht mehr arbeite, liege grossenteils in seiner freien Willensbildung und sei nicht in einem Prozess begründet, der durch kranke psychische Funktionen determiniert und dem freien Willen entzogen wäre. Wenn sich der

Versicherte als arbeitsunfähig auch für eine leichtere Tätigkeit einstuft, habe dies mit der ursprünglichen Infektion und den daraus resultierenden Schmerzen nichts mehr zu tun, sondern sei gänzlich der aktuellen Fehlverarbeitung mit ihren dysfunktionalen Überzeugungsmustern zuzurechnen. In die Richtung einer bewussten Symptomausweitung weisen auch die Berichte des Spitals X. _____, welches bereits am 6. September und 13. Oktober 1993 eine deutliche Tendenz zur Aggravation festgestellt hatte. Kreisarzt Dr. med. D. _____ gelangte aufgrund eigener Beobachtungen innerhalb und ausserhalb der Sprechstunde ebenfalls zum Schluss, dass der Versicherte aggraviere, was vom Spital X. _____ aufgrund eigener Feststellungen am 9. Februar 1994 nochmals bestätigt wurde.

b) Aufgrund der medizinischen Akten ist mit SUVA und Vorinstanz davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer zufolge der Lyme-Erkrankung an Beschwerden in den Knie- und Fingergelenken leidet. Fraglich ist, wie es sich hinsichtlich der Schulterschmerzen verhält, da im angegebenen Zeitpunkt des Zeckenbisses (Juni 1992) bereits eine Periarthropathia humeroscapularis tendinotica rechts diagnostiziert worden war. In den Berichten des Spitals X. _____ vom 26. Februar, 7. Juli und 6. September 1993 wird das Schulterleiden denn auch als selbstständige Diagnose angeführt. Es ist daher anzunehmen, dass dieses Leiden vorbestanden hat. Im Übrigen werden die körperlichen Beschwerden teilweise mit einer psychogenen Störung sowie mit Aggravation in Verbindung gesetzt. Es ist indessen unbestritten und nach den ärztlichen Beurteilungen als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten, dass der Unfall zumindest eine Teilursache der geklagten physischen Beschwerden bildet, was für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt (BGE 119 V 338 Erw. 1 i.f.).

Fraglich ist, wie es sich hinsichtlich der geltend gemachten allgemeinen Verminderung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit verhält. Im Bericht der Klinik Y. _____ vom 20. Januar 1994 hatte Dr. med. C. _____ einen ausgeprägten Müdigkeitszustand im Sinne eines allgemeinen Malaise angenommen und darauf hingewiesen, dass sich bei der Lyme-Borreliose in seltenen Fällen ein "Chronic fatigue-Syndrom" entwickeln könne. Ein solches Syndrom hatte bereits das Spital X. _____ im Bericht an den SUVA-Kreisarzt vom 25. Oktober 1993 in Betracht gezogen. Die Diagnose konnte in der Folge allerdings nicht bestätigt werden. Dr. med. K. _____ hält das Vorliegen eines entsprechenden Krankheitsbildes aufgrund der bestehenden diffusen Symptomatik und der durchwegs in eine andere Richtung weisenden Elemente (Symptomausweitung, Aggravation) als unwahrscheinlich. Es besteht kein Grund, von dieser Beurteilung abzugehen. Abgesehen davon, dass fraglich ist, inwieweit das "Chronic fatigue-Syndrom" überhaupt ein eigenständiges Krankheitsbild darstellt, entwickelt es sich auch nach Auffassung von Dr. med. C. _____ nur in seltenen Fällen; zudem genügt zu dessen Behandlung in der Regel eine 14-tägige medikamentöse Therapie (Norbert Satz,

a.a.O., S. 160 ff.). Im vorliegenden Fall kommt dazu, dass nach psychiatrischer Beurteilung eine teils bewusste, teils unbewusste Symptomausweitung stattgefunden hat, welche zumindest teilweise für die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit als ursächlich zu betrachten ist. Die geltend gemachte Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit lässt sich unter diesen Umständen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ein "Chronic fatigue-Syndrom" als Folge der Lyme-Borreliose zurückführen.

Es fehlt sodann an hinreichenden Anhaltspunkten für eine unfallbedingte Störung der Hirnfunktionen. Die neuropsychologische Untersuchung im Spital A. _____ zeigte zwar Beeinträchtigungen in den mnestischen Funktionen und den Frontalhirnfunktionen. Die Befunde sind nach Auffassung der begutachtenden Ärzte aufgrund der langdauernden Behandlung mit Psychopharmaka jedoch nicht verwertbar und lassen insbesondere keinen Rückschluss auf einen möglichen Zusammenhang mit der Borrelien-Erkrankung zu. Nichts anderes ergibt sich aus dem Bericht des Instituts B. _____ vom 23. Februar 2000, indem ausdrücklich festgehalten wird, dass sich rein hirnorganisch die neuropsychologischen Befunde ursächlich nicht erklären liessen und an den bestehenden Beschwerden wahrscheinlich mehrere Faktoren beteiligt seien, nämlich die Lyme-Borreliose mit Beteiligung des Zentralnervensystems, die chronischen Schmerzen, ein psychischer Faktor sowie Nebenwirkungen der Medikamente. Eine Lyme-Borreliose mit Beteiligung des Zentralnervensystems wurde aber, wie erwähnt, von keinem Arzt je diagnostiziert.

Aufgrund der Ergebnisse der psychiatrischen Untersuchungen ist anzunehmen, dass psychische Faktoren am bestehenden Beschwerdebild mitbeteiligt sind. Inwieweit die psychischen Ursachen in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall stehen, ist fraglich. Von weiteren Abklärungen kann jedoch abgesehen werden, weil jedenfalls die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zu verneinen ist, wie im vorinstanzlichen Entscheid zu Recht festgestellt wird. Da es sich vorliegend bei den psychischen Beschwerden - wie aus den bisherigen Ausführungen hervorgeht - nicht um direkte, sondern um sekundäre Folgen der Erkrankung handelt, ist die Adäquanz gemäss Erw. 1 hievore nach der Rechtsprechung für eine psychische Fehlentwicklung nach

Unfall zu beurteilen. Auszugehen ist dabei vom Unfallereignis selbst (BGE 115 V 138 Erw. 6). Beim Zeckenbiss handelt es sich um ein banales oder leichtes Unfallereignis, weshalb die Adäquanz psychischer Störungen ohne weiteres verneint werden kann (BGE 115 V 139 Erw. 6a). Selbst wenn unter Berücksichtigung der erheblichen Folgen, welche die mit dem Zeckenbiss übertragene Infektion für den Betroffenen haben kann, eine Adäquanzbeurteilung nach der für Unfälle im mittleren Bereich geltenden Regeln vorgenommen würde (vgl.

RKUV 1998 Nr. U 297 S. 243 ff.), vermöchte dies nach den zutreffenden Erwägungen der Vorinstanz zu keinem andern Ergebnis zu führen. Weder ereignete sich der Unfall unter besonders dramatischen Umständen noch war er besonders eindrücklich. Die Unfallfolgen waren zwar nicht leichter Natur, jedoch nicht von besonderer Schwere und auch nicht von einer Art, die erfahrungsgemäss zu psychischen Störungen führt. Aufgrund der ärztlichen Angaben ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nicht an körperlichen Dauerschmerzen litt, sondern wiederholt weitgehend beschwerdefrei war. Die Behandlung der somatischen Unfallfolgen dauerte nicht ungewöhnlich lange. Von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen kann ebensowenig die Rede sein wie von einer ärztlichen Fehlbehandlung. Dass der Beschwerdeführer, wie in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde geltend gemacht wird, den erlittenen Zeckenbiss den Ärzten des Spitals X._____ bereits im Juni 1992 gemeldet hatte, ist nicht belegt und aufgrund der Krankheitsgeschichte auch nicht wahrscheinlich. Im Juni 1992 hatte er sich wegen Schulterbeschwerden ins Spital begeben, wo eine Periarthropathia humeroscapularis tendinotica rechts festgestellt worden war. Über Knieschmerzen

beklagte er sich erstmals Ende November 1992, worauf im Januar 1993 eine Borrelien-Serologie durchgeführt und in der Folge eine Lyme-Borreliose diagnostiziert wurde. Dies spricht dafür, dass der Beschwerdeführer den Zeckenbiss am rechten Knie erst Ende November gemeldet hatte, worauf das Spital X._____ die erforderlichen Abklärungen vorgenommen und eine adäquate Behandlung eingeleitet hat. Den Ärzten des Spitals kann demzufolge nicht zur Last gelegt werden, dass sich die Krankheit im Zeitpunkt der Diagnosestellung bereits im Stadium III befand, in welchem in der Regel mit bedeutenden Residuen gerechnet werden muss (Hänny/Häuselmann, Die Lyme-Krankheit aus der Sicht des Neurologen, in: Schweiz. medizinische Wochenschrift, 1987, 117, S. 901 ff., insbes. S. 910). Zudem ist fraglich, ob sich die Krankheit bereits im Stadium III befand, was vom Spital X._____ lediglich vermutet wurde, während Dr. med. C._____ noch Ende 1993 eine Lyme-Borreliose Stadium II/III diagnostizierte. Schliesslich ist eine langdauernde physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit nicht ausgewiesen. Der Beschwerdeführer war erstmals am 27. Januar 1993 zu 100 % arbeitsunfähig erklärt worden und hätte die Arbeit im September 1993 zu mindestens 50 % wieder

aufnehmen sollen. Nach Dr. med. C._____ war er spätestens ab Juli 1994 für eine leichtere Arbeit wieder voll arbeitsfähig. Soweit er in der Folge in weitergehendem Mass arbeitsunfähig war und keiner Erwerbstätigkeit mehr nachging, ist dies nicht auf eine Verschlimmerung der Unfallfolgen, sondern auf eine psychische Fehlentwicklung sowie auf Aggravation zurückzuführen. Da somit keines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise noch die zu berücksichtigenden unfallbezogenen Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind, ist die Adäquanz der psychischen Störungen zu verneinen (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb).

4.- Streitig und zu prüfen ist des Weiteren die Invaliditätsbemessung. Die Vorinstanz hat den Einspracheentscheid der SUVA vom 29. Januar 1998 in diesem Punkt dahin abgeändert, dass sie den Invaliditätsgrad von 20 % auf 36 % erhöht hat, was von der SUVA nicht bestritten wird. Der Beschwerdeführer beantragt die Zusprechung einer Rente von mindestens 50 %.

a) Aufgrund der vorstehenden Erwägungen zur Unfallkausalität der geltend gemachten Beschwerden und der ärztlichen Angaben zur Arbeitsfähigkeit ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung einer körperlich leichteren Tätigkeit vollzeitlich möglich und zumutbar wäre. Hiefür sprechen nicht nur die Berichte des Spitals X._____, welches den Versicherten erstmals bereits am 13. Oktober 1993 wieder als voll arbeitsfähig bezeichnet hatte, sondern insbesondere das Gutachten des Spitals A._____ vom 18. Januar 1996 und der Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik Z._____ vom 21. März 1997, worin übereinstimmend festgestellt wird, dass dem Versicherten eine leichtere Tätigkeit ganztags zumutbar ist. An dieser auch von SUVA-Kreisarzt Dr. med. M._____ vertretenen Auffassung vermögen die nicht näher begründeten Feststellungen von Dr. med. C._____ vom 8. Februar 1997 und 7. November 1998, wonach der Versicherte auch für eine leichtere Arbeit mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, nichts zu ändern. Dr. med. C._____ hat am 24. Mai 1994 selber eine Umschulung auf eine leichtere Tätigkeit empfohlen und gegenüber dem SUVA-Kreisarzt am 27. Juli 1994 ausdrücklich bestätigt, dass der Versicherte für eine körperlich leichtere Tätigkeit voll arbeitsfähig sei. Wenn sich in der Folge hieran etwas geändert hat, so ist dies

auf die psychische Fehlentwicklung zurückzuführen, auf welche auch Dr. med. C. _____ hingewiesen hat (Bericht vom 9. August 1995). Soweit der Beschwerdeführer aus psychischen Gründen an der Verwertung der verbleibenden Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit verhindert ist, hat dies nach dem Gesagten unberücksichtigt zu bleiben. Es kann daher auch nicht auf die Ergebnisse der von der Invalidenversicherung angeordneten beruflichen Abklärung abgestellt werden, weil diese durch die bestehende psychische Problematik beeinflusst waren. Schliesslich ist aufgrund der Arztberichte nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass der Beschwerdeführer an unfallbedingten und die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit zusätzlich beeinträchtigenden Hirnfunktionsstörungen leidet. Es muss daher bei der Feststellung bleiben, dass ihm unter unfallversicherungsrechtlichen Gesichtspunkten die Ausübung einer geeigneten leichteren Tätigkeit ganztags zumutbar wäre.

b) SUVA und Vorinstanz haben das für die Invaliditätsbemessung nach der Methode des Einkommensvergleichs (Art. 18 Abs. 2 Satz 2 UVG) massgebende Valideneinkommen aufgrund der Angaben des ehemaligen Arbeitgebers auf Fr. 68'250.- festgesetzt, was unbestritten ist.

Was die Ermittlung des hypothetischen Invalideneinkommens betrifft, ist mit der Vorinstanz davon auszugehen, dass die von der SUVA aufgrund ihrer internen Arbeitsplatz-Dokumentation (DAP) angeführten Lohnangaben im vorliegenden Fall keine hinreichende Grundlage bilden. Die Festsetzung des Invalideneinkommens hat daher anhand von statistischen Durchschnittswerten zu erfolgen, welche praxisgemäss für die Invaliditätsbemessung herangezogen werden können (BGE 126 V 76 Erw. 3b/bb, 124 V 321). Gemäss Tabelle A1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik für das Jahr 1996 belief sich der durchschnittliche Monatslohn (Zentralwert) für die mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) beschäftigten Männer im privaten Sektor auf Fr. 4'294.- (einschliesslich 13. Monatslohn und weitere Lohnkomponenten) bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden. Umgerechnet auf die betriebsübliche Arbeitszeit im Jahre 1998 von 41,9 Stunden (Die Volkswirtschaft, 3/2001, S. 100, Tabelle B9.2) und unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung von 0,5 % und 0,7 % in den Jahren 1997 und 1998 (a.a.O., S. 101, Tabelle B10.2) ergibt sich damit ein massgebendes Einkommen von Fr. 5'552.- und damit ein

Jahreseinkommen von Fr. 54'624.-. Nicht zu beanstanden ist auch der von der Vorinstanz vorgenommene sog. "leidensbedingte Abzug" von 20 %. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer zwar keine körperlich schweren Arbeiten mehr ausüben kann, eine geeignete leichtere Tätigkeit aber vollzeitlich zu verrichten vermag und daher nicht zusätzlich dadurch in der Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist, dass Teilzeitbeschäftigte in der Regel überproportional weniger verdienen als Vollzeitangestellte (AHI 1998 S. 178 Erw. 4b; vgl. auch BGE 124 V 323 Erw. 3b/bb, AHI 1999 S. 181 Erw. 3b). Mit der Vorinstanz ist das Invalideneinkommen damit auf Fr. 43'700.- festzusetzen. Auf den von der IV-Stelle gemäss Bericht über die berufliche Abklärung vom 22. Oktober 1998 ermittelten Betrag von Fr. 41'715.- ($3'476.27 \times 12$) kann schon deshalb nicht abgestellt werden, weil er - unter Berücksichtigung unfallfremder Faktoren - von einer Arbeitsfähigkeit von lediglich 75 % auch im Rahmen einer geeigneten leichteren Tätigkeit ausgeht.

c) Bei einem Valideneinkommen von Fr. 68'250.- und einem Invalideneinkommen von Fr. 43'700.- resultiert ein Invaliditätsgrad von 36 %, auf welcher Grundlage dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente auszurichten ist. Zu einem Abweichen von dem von der SUVA verfügten Rentenbeginn am 1. Oktober 1998 besteht kein Anlass, da von einer weiteren Behandlung der unfallbedingten Restfolgen keine Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten ist (Art. 19 Abs. 2 UVG). Dem Beschwerdeführer bleibt der Anspruch auf Heilbehandlung unter den in Art. 21 UVG genannten Voraussetzungen gewährt.

5.- Zu prüfen bleibt der Anspruch auf Integritätsentschädigung. Während SUVA und Vorinstanz den Anspruch verneint haben, verlangt der Beschwerdeführer sinngemäss eine Entschädigung von mindestens 25 %.

a) Gemäss Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Nach Art. 36 Abs. 1 UVV gilt ein Integritätsschaden als dauernd, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht; er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt ist.

Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht und in den Richtlinien des Anhangs 3 in einer als gesetzmässig anerkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 113 V 219 Erw. 2a; RKUV 1988 Nr. U

48 S. 236 Erw. 2a mit Hinweisen) häufig vorkommende und typische Schäden prozentual gewichtet. Die SUVA hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form erarbeitet. Diese in den Mitteilungen der Medizinischen Abteilung der SUVA Nr. 57 ff. (sowie einer separaten Publikation) herausgegebenen Tabellen sind, soweit sie lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 116 V 157 Erw. 3a mit Hinweis).

b) Im vorliegenden Fall ist der Integritätsschaden nicht als erheblich zu betrachten, wobei auch hier zu beachten ist, dass die bestehenden Beeinträchtigungen nur teilweise auf die Lyme-Borreliose und damit auf den versicherten Unfall zurückzuführen sind. Die rheumatologischen Befunde sind nach den Angaben des Spitals X._____ und der Rehabilitationsklinik Z._____ als geringfügig zu betrachten. Es besteht kein Grund, diesbezüglich von der Auffassung des Dr. med. O._____, Facharzt für physikalische Medizin FMH und Leitender Arzt für Ergonomie/Eingliederung der Rehabilitationsklinik Z._____, abzugehen, wonach die bestehenden Funktionsstörungen in Form mässiggradiger Kräfteinschränkung beider Hände und belastungsabhängiger Knieschmerzen beidseits die Kriterien nach Tabelle 1 (obere Extremität) und Tabelle 2 (untere Extremität) nicht erfüllen. Es liegen lediglich leichte Arthrosen (diskrete Gonarthrose beidseits) vor, womit auch die Kriterien nach Tabelle 5 (Arthrosen) nicht erfüllt sind. Soweit die allgemeine Verminderung der Leistungsfähigkeit überhaupt als unfallbedingt zu gelten hat, kann sie ebenfalls nicht als erheblich und zudem nicht als dauernd im Sinne von Art. 24 Abs. 2 UVG gelten, da sie nach Auffassung der Rehabilitationsklinik auf eine allgemeine physische Dekonditionierung zurückzuführen ist, welche mit geeigneter Therapie gebessert werden kann. Schliesslich sind keine unfallbedingten hirnganischen Störungen ausgewiesen, welche die Annahme eines erheblichen und dauernden Integritätsschadens zu begründen vermöchten. Es muss daher bei der Feststellung bleiben, dass der Einspracheentscheid in diesem Punkt zu Recht besteht.

Demnach erkennt das Eidg. Versicherungsgericht:

I. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen.

II. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

III. Dieses Urteil wird den Parteien, dem Versicherungsgericht des Kantons Aargau und dem Bundesamt für Sozialversicherung zugestellt.

Luzern, 9. Juli 2001

Im Namen des
Eidgenössischen Versicherungsgerichts
Der Präsident der I. Kammer:

Die Gerichtsschreiberin: