

200 23 334 UV  
WIS/COC/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 29. Oktober 2024**

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiberin Collatz

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

**AXA Versicherungen AG**  
Generaldirektion, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur  
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. C. \_\_\_\_\_, D. \_\_\_\_\_  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 17. März 2023 (Ref. 13.619.548/1858)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1990 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war seit dem 1. Juli 2016 bei der E.\_\_\_\_\_ AG als ... angestellt und dadurch bei der AXA Versicherungen AG (AXA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Mit Schadenmeldung UVG vom 25. November 2020 (Akten der AXA [act. IIB] A2) wurde der AXA eine Infektion der Versicherten mit SARS-CoV-2 (Coronavirus bzw. Covid-19) als Berufskrankheit gemeldet. Die Versicherte habe sich am 30. Oktober 2020 bei der Arbeit angesteckt. Die AXA anerkannte dieses Ereignis als Berufskrankheit und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (act. IIB A3). Dieser Fall wurde in der Folge formlos abgeschlossen.

Am 29. Oktober 2021 meldete sich die Versicherte erneut bei der AXA und machte einen Rückfall resp. Spätfolgen im Zusammenhang mit der Covid-19-Erkrankung geltend (act. IIB A8). Nach Beizug verschiedener Arztberichte und Einholung einer Beurteilung des beratenden Arztes Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 23. Dezember 2021 (Akten der AXA [act. IIA] M12) verneinte die AXA mit formlosem Schreiben vom 4. Januar 2022 (act. IIB A23) ihre Leistungspflicht, da die gemeldeten Beschwerden (Erschöpfung) nicht in Kausalzusammenhang mit der am 30. Oktober 2020 bestandenen Berufskrankheit stünden. Nachdem sich die Versicherte damit nicht einverstanden gezeigt hatte (act. IIB A27, A30, A32), hielt die AXA nach Einholung weiterer Arztberichte und namentlich einer Beurteilung des beratenden Arztes Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 14. September 2022 (act. IIA M18) mit Verfügung vom 4. Oktober 2022 (act. IIB A48) an ihrer Beurteilung fest und verneinte ihre Leistungspflicht. Die dagegen erhobene Einsprache (act. IIB A50) wies die AXA mit Entscheid vom 17. März 2023 (act. IIB A58) ab.

## **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, am 2. Mai 2023 Beschwerde und beantragte die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids und die Zusprache der gesetzlichen Leistungen im Zusammenhang mit den als Rückfall geltend gemachten Beschwerden als Long-Covid-Folge.

Mit Beschwerdeantwort vom 1. Juni 2023 schloss die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. C.\_\_\_\_\_, auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 19. Juni 2023 und Duplik vom 17. Juli 2023 hielten die Parteien an ihren Ausführungen und Anträgen fest.

Am 23. Oktober 2024 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) statt.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a GSOG Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche

Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 17. März 2023 (act. IIB A58). Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit den als Rückfall resp. Spätfolgen zu der am 30. Oktober 2020 diagnostizierten Berufskrankheit (Covid-19) geltend gemachten Beschwerden (Erschöpfungszustand; vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. I).

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]).

**2.2** Als Berufskrankheiten gelten gemäss Art. 9 Abs. 1 UVG Krankheiten (vgl. Art. 3 ATSG), die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind. Der Bundesrat erstellt eine Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen. Gestützt auf diese Delegationsnorm und Art. 14 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) hat der Bundesrat in Anhang 1 zur UVV eine Liste der schädigenden Stoffe und der arbeitsbedingten Erkrankungen erstellt. Nach der Rechtsprechung ist eine "vorwiegende" Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten

gegeben, wenn diese mehr wiegen als alle anderen mitbeteiligten Ursachen, mithin im gesamten Ursachenspektrum mehr als 50 % ausmachen (BGE 133 V 421 E. 4.1 S. 425, 119 V 200 E. 2a S. 200; SVR 2011 UV Nr. 5 S. 17 E. 2.2; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 6. November 2014, 8C\_429/2013, E. 5.1 f.).

Gemäss Ziff. 2 lit. b Anhang 1 zur UVV gelten als Erkrankung i.S.v. Art. 9 Abs. 1 UVG unter anderem Infektionskrankheiten bei Arbeiten in Spitälern, Laboratorien, Versuchsanstalten und dergleichen.

**2.3** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 148 V 356 E. 3 S. 358, 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181).

**2.3.1** 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 entfiere ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163).

**2.3.2** 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 Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

**2.3.3** 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 148 V 356 E. 3 S. 358, 129 V 177 E. 3.2 S. 181).

**2.4** Gemäss Art. 11 UVV werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1 S. 254, 118 V 293 E. 2c S. 296).

Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht im Sinne von Art. 11 UVV des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b; SVR 2016 UV Nr. 15 S. 47 E. 3.2 und Nr. 18 S. 56 E. 2.1.2). Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 57 E. 2.2.2; Entscheid des BGer vom 19. Dezember 2016, 8C\_61/2016, E. 3.2).

**2.5** Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

### **3.**

**3.1** Zwischen den Parteien (zu Recht) unbestritten ist, dass die Infektion mit dem Coronavirus am 30. Oktober 2020 vorliegend eine Berufskrankheit i.S.v. Art. 9 Abs. 1 UVG darstellte (vgl. E. 2.2 hiavor). Die Beschwerdegegnerin erbrachte denn auch die gesetzlichen Leistungen bis zur Wiedererlangung der 100%igen Arbeitsfähigkeit am 19. November 2020 (vgl. act. IIB A58 S. 6 Ziff. 2.2). Dieser Fall wurde in der Folge formlos abgeschlossen.

**3.2** Zu prüfen ist, ob es sich bei den von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden (Erschöpfungszustand) um einen Rückfall bzw. eine Spätfolge bezüglich der am 30. Oktober 2020 bestandenen Berufskrankheit (Covid-19) im Sinne von Art. 11 UVV handelt (vgl. E. 2.4 hiavor) und dabei insbesondere, ob die geklagten Beschwerden in einem anspruchsbegründenden natürlichen Kausalzusammenhang zur besagten Berufskrankheit stehen. Den massgeblichen medizinischen Unterlagen ist folgendes zu entnehmen:

**3.2.1** Im Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 26. Mai 2021 (act. IIA M9) wurden eine episodische Migräne und Spannungskopfschmerzen mit perikranialer Schmerzempfindlichkeit diagnostiziert (S. 1). Anamnestisch befinde sich die Attackenfrequenz fluktuierend bei zwei bis vier Kopfschmerztagen pro Monat. Das Ansprechen auf die Attackentherapie werde als sehr gut angegeben. Bei aktuell episodischer Migräne ohne Aura bestehe keine Indikation für eine Basistherapie. Bei jedoch aktuell leichter Zunahme der Attackenfrequenz sei eine klinische Verlaufskontrolle in drei

Monaten empfohlen worden. Die Attackentherapie solle unverändert fortgeführt werden (S. 2).

**3.2.2** Im Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 1. November 2021 (act. IIA M10) wurden ein Post-Covid-19 Syndrom, ein Vitamin D-Mangel, eine episodische Migräne sowie Spannungskopfschmerzen mit perikranialer Schmerzempfindlichkeit diagnostiziert (S. 1). Die Beschwerdeführerin berichte, sich Ende Oktober 2020 am Arbeitsplatz im ... an Covid-19 infiziert zu haben. Die Initialsymptomatik habe aus Husten begleitet von bronchialen Schmerzen sowie subfebrilen Temperaturen bestanden. Im Verlauf seien zusätzlich Diarrhoe und Nausea sowie ausgeprägte Müdigkeit, Schwäche und Dyspnoe dazugekommen. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin aufgrund eines anhaltenden Hustens vierzehn Tage in Isolation gewesen. Sie habe im Anschluss drei Tage 50 % gearbeitet. Aufgrund von Personalmangel habe sie jedoch rasch auf 100 % erhöht. Sie habe sich jedoch sehr erschöpft und leistungsintolerant gefühlt. Im Juni 2021 sei sie durch den Hausarzt für zehn Wochen 100 % krankgeschrieben worden. Sie leide unter ausgeprägter motorischer wie auch kognitiver Fatigue sowie unter Konzentrationsstörungen. Die bekannten Kopfschmerzen seien exazerbiert in den Monaten Juli und August (S. 2). In der klinisch neurologischen Untersuchung hätten sich bis auf eine Hyposmie keine weiteren Auffälligkeiten gezeigt. Der Fatigue Score habe eine schwere kognitive wie auch motorische Fatigue mit vermehrter Tageschläfrigkeit und diskreter depressiver Symptomatik ergeben. Die kognitive Testung habe sich gemäss Alter und Ausbildungsgrad leicht reduziert gezeigt. Ein Zusammenhang mit dem begonnenen Topiramate (als Basistherapie der Migräne), welches bekanntlich als Nebenwirkung Wortfindungsstörungen hervorrufe, könne dazu beigetragen haben, da die Defizite vorwiegend im sprachlichen Bereich bestünden. Zusammenfassend bestehe bei der Beschwerdeführerin ein Post-Covid Syndrom mit Fatiguesyndrom (S. 5).

**3.2.3** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und praktischer Arzt, diagnostizierte im Bericht vom 13. Dezember 2021 (act. IIA M11) ein Erschöpfungssyndrom. Die Beschwerdeführerin habe am 14. Juni 2021 über eine starke Fatigue, Energielosigkeit und Hypersomnie geklagt, welche subjektiv seit der Covid-Infektion im Herbst 2020 angefan-

gen habe. Die körperliche Untersuchung und die Laboruntersuchung seien unauffällig gewesen. Eine weitere Möglichkeit der Erschöpfung sei differenzialdiagnostisch der Beruf der Beschwerdeführerin (... , Schichtdienste, 100 % Arbeitspensum).

**3.2.4** Der beratende Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte im Aktenbericht vom 23. Dezember 2021 (act. IIA M12) aus, der zeitliche Verlauf (Beginn der "invalidisierenden" Erschöpfung acht Monate nach der Erkrankung) spreche gegen den kausalen Zusammenhang der vorliegenden Erschöpfung mit der Covid-19-Erkrankung. Für Long-Covid sei eine langanhaltende Symptomatik typisch, aber nicht der späte Beginn mehr als sechs Monate nach der Erkrankung. Die Beschwerdeführerin habe in der Zwischenzeit ihre Tätigkeit ausüben können und sei in dieser Zwischenzeit nicht wesentlich kompromittiert gewesen. Die aktuelle berufliche Belastung der ..., insbesondere bei den Covid-19 Stationen, stelle in der aktuellen Epidemie die Hauptursache für die Dekompensationen und die zunehmenden Arbeitsausfälle dar (sei es krankheitsbedingt oder im Rahmen beruflicher Umorientierung). Dass die durchgemachte Infektion einen zusätzlichen psychischen Stressfaktor darstelle, sei naheliegend. Mögliche weitere Ursachen oder zumindest mitverantwortliche Faktoren seien die vorbestehende Migräne, eine depressive Entwicklung / Anpassungsstörung infolge der Überlastung sowie Nebenwirkungen der medikamentösen Migräne-Therapie. Ein kausaler Zusammenhang zwischen dem eigentlichen Ereignis der Covid-19 Erkrankung und der im Verlauf der Pandemie aufgetretenen Fatigue sei nicht vorhanden (S. 3).

**3.2.5** Im Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 11. März 2022 (act. IIA M13) zur neuroimmunologischen Sprechstunde vom 22. Februar 2022 wurden die bisherigen Diagnosen bestätigt (S. 1). Die Beschwerdeführerin habe sich zur Verlaufskontrolle bei Post-Covid-19 Syndrom mit persistierendem Fatigue Syndrom und Konzentrationsstörungen nach Covid-19 Infektion Ende Oktober 2020 vorgestellt. Aktuell berichte sie über einen fluktuierenden Verlauf der im Vordergrund stehenden Fatigue. Zusammenfassend bestehe bei der Beschwerdeführerin ein prolongierter Verlauf des Post-Covid-19 Syndroms. Eine vorübergehend noch vorhandene Arbeitsfähigkeit nach der initialen Erholung von der Infektion mit anschliessender

sekundärer Verschlechterung im Rahmen des Post-Covid Syndroms werde regelhaft beobachtet. Eine kausale Therapie stehe bisher nicht zu Verfügung, weshalb eine symptomatische Therapie indiziert sei. Therapeutisch sei mit der Beschwerdeführerin in erster Linie eine Weiterführung der regelmässigen beschwerdeadaptierten körperlichen Aktivität, des Energiemanagement-Konzepts und der Entspannungsverfahren besprochen worden. Ausserdem sollte weiter auch auf eine Tagesstruktur und Schlafhygiene geachtet werden (S. 2).

**3.2.6** Dr. med. J.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie praktischer Arzt, hielt im Attest vom 12. Mai 2022 (act. IIA M16) fest, die durchgeführten Konsultationen hätten beratenden und unterstützenden Charakter angesichts einer Vielzahl von Veränderungen in den letzten Monaten (viele Termine bei verschiedenen medizinischen Spezialisten, Versicherungsabklärungen, Veränderungen in der bisherigen Arbeitsumgebung, Entscheid zum Stellenwechsel in ein anderes Spital, kommender beruflicher Neustart). Es bestünden momentan keine ausreichenden anamnestischen und klinischen Hinweise für das Stellen einer klinisch-psychiatrischen Diagnose.

**3.2.7** Der beratende Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_\_ hielt in der Aktenbeurteilung vom 14. September 2022 (act. IIA M18) fest, die Beschwerdeführerin habe am 14. Juni 2021 erstmals wegen eines Erschöpfungszustandes einen Arzt aufgesucht. Sie habe aber in allen Konsultationen angegeben, dass der Erschöpfungszustand seit der Covid-19-Erkrankung bestanden habe. Gleichzeitig sei allerdings nicht zu übersehen, dass bei einer neurologischen Konsultation im März 2021 ausser Kopfschmerzen keinerlei Beschwerden dokumentiert worden seien, mithin ein Erschöpfungssyndrom nicht einmal erwähnt und der Verlauf als "erfreulich" bezeichnet worden sei. Dies spreche stark dagegen, dass am 10. März 2021 erwähnenswert ausgeprägte Erschöpfungs- oder ähnliche Beschwerden bestanden hätten (S. 4). Ein Erschöpfungssyndrom könne sowohl Folge der Covid-19-Erkrankung als auch der starken beruflichen Belastung sein. Das klinische Bild unterscheide sich nicht. Die Symptome seien unspezifisch und bei jeder der beiden möglichen Ursachen gleich (S. 5). Die Beschwerdeführerin habe eine akute Covid-19 Krankheit mit leichtem Ver-

lauf erlitten, die ohne spezifische Therapie in ambulantem Rahmen habe behandelt werden können. Nach 14 Tagen habe sie eine Teil- und nach 17 Tagen eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht. In der Folge hätten zwar Beeinträchtigungen bestanden, wie die Beschwerdeführerin retrospektiv angegeben habe. Diese seien aber nicht so schwer gewesen, dass sie eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder zur Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Insbesondere hätten im März 2021 keine Beeinträchtigungen bestanden, die bei einer aus anderem Grund erfolgten ärztlichen Untersuchung erwähnenswert erschienen seien. Relevant ausgeprägte Beeinträchtigungen seien deutlich später aufgetreten als drei Monate nach der akuten Covid-19-Erkrankung. Eine zu den Symptomen korrelierende Organpathologie habe sich nicht nachweisen lassen bzw. sei ausgeschlossen. Ein Kausalzusammenhang zwischen der akuten Covid-19-Erkrankung (im Oktober 2020) und den ab Juni 2021 dokumentierten Beeinträchtigungen könne damit nicht ausgeschlossen werden. Er sei aber eindeutig nicht derart offenkundig, dass eine andere Ursache der Beschwerden vernünftigerweise nicht in Betracht falle. Der Kausalzusammenhang sei deshalb nicht überwiegend wahrscheinlich, sondern lediglich möglich (S. 6).

**3.3** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlag-

gebend 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, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3).

**3.4** Vorliegend erfüllt der Aktenbericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 14. September 2022 (act. IIA M18), in welchem der beratende Arzt zum Schluss kam, dass die Beschwerdeführerin nicht an einer Post-Covid-19-Erkrankung leidet, womit die geltend gemachten Beschwerden (Erschöpfungszustand) nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die am

30. Oktober 2020 bestandene Berufskrankheit (Covid-19) zurückzuführen sind (act. IIA M18 S. 5 f.), die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiervor) nicht. Denn – worauf in der Beschwerde (S. 4 Ziff. IV./2) zu Recht hingewiesen wurde – in den Berichten des Spitals H.\_\_\_\_\_ vom 1. November 2021 und vom 11. März 2022 wurde ein Post-Covid-19 Syndrom diagnostiziert, ohne diesbezüglich Zweifel oder Vorbehalte zu äussern (act. IIA M11 und M13 jeweils S. 1). Auch der Hausarzt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ hält unter den Diagnosen unter anderem ein Post-Covid Syndrom seit 10/2020 fest (act. IIA M15 S. 1). Es stehen sich somit zwei unterschiedliche medizinische Fachmeinungen gegenüber.

Darüber hinaus ist die Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ nicht schlüssig. Zum einen führte er aus, dass eine Post-Covid-19-Erkrankung gemäss der klinischen Falldefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO; klinische Falldefinition einer Post-Covid-19-Erkrankung gemäss Delphi-Konsens vom 6. Oktober 2021; abrufbar unter: [www.iris.who.int](http://www.iris.who.int); vgl. auch Akten der Beschwerdegegnerin [act. II] 2) in der Regel drei Monate nach Ausbruch der Covid-19-Erkrankung auftritt, was hier jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen sei. Diesbezüglich hob Dr. med. G.\_\_\_\_\_ hervor, dass die Beschwerdeführerin erst am 14. Juni 2021 – und somit rund acht Monate nach der Covid-19-Erkrankung im Oktober 2020 – wegen eines Erschöpfungszustandes ihren Hausarzt aufgesucht habe und dass somit erst ab diesem Zeitpunkt Beeinträchtigungen ausgewiesen seien. Insbesondere hätten im März 2021 keine Beeinträchtigungen bestanden, die bei einer aus anderem Grund erfolgten ärztlichen Untersuchung erwähnenswert erschienen seien (act. IIA M18 S. 4 ff.). Zum anderen wies Dr. med. G.\_\_\_\_\_ darauf hin, dass die Beschwerdeführerin in allen Konsultationen angegeben habe, dass der Erschöpfungszustand seit der Covid-19-Erkrankung bestanden habe (act. IIA M18 S. 4) resp. dass (unmittelbar) nach der Covid-19-Erkrankung Beeinträchtigungen bestanden hätten (act. IIA M18 S. 6). Diese Unklarheit bezüglich des Zeitpunkts des Auftretens der Erschöpfungssymptome, welcher massgebend für die Diagnosestellung ist, wird im Bericht vom 14. September 2022 nicht aufgelöst. Namentlich wird dem Umstand nicht Rechnung getragen, dass der Hausarzt die Beschwerdeführerin anlässlich der Konsultation vom 14. Juni 2021

für 10 Wochen krankschrieb, was einen starken Hinweis auf eine erhebliche Erschöpfung darstellt, die nicht erst am 14. Juni 2021, sondern bereits früher aufgetreten sein muss.

Soweit Dr. med. G.\_\_\_\_\_ schliesslich die starke berufliche Belastung als Ursache für das festgestellte Erschöpfungssyndrom sah und damit eine psychiatrische Diagnose vermutete (act. IIA M18 S. 4 f.), bleibt festzuhalten, dass Dr. med. G.\_\_\_\_\_ nicht über eine fachärztliche Ausbildung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie verfügt und zudem, dass der behandelnde Psychiater Dr. med. J.\_\_\_\_\_ im Attest vom 12. Mai 2021 (act. IIA M16) – zumindest zum damaligen Zeitpunkt – keine ausreichenden anamnestischen und klinischen Hinweise für das Stellen einer klinisch-psychiatrischen Diagnose hatte. Zudem stellt sich die Frage, ob der festgestellte Vitamin D-Mangel und die Medikamente zur Behandlung der Migräne (vgl. act. IIA M10 S. 1 und S. 5) einen Einfluss auf die bestehenden Beeinträchtigungen haben.

**3.5** Nach dem Dargelegten bestehen zumindest geringe begründete Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung durch Dr. med. G.\_\_\_\_\_. Welche Diagnose bezüglich der bestehenden Erschöpfungssymptomatik zutrifft und ob ein Zusammenhang mit der anerkannten Berufskrankheit besteht, ist beim derzeitigen Stand der Abklärungen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststellbar. Die gestützt auf die Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ erfolgte Leistungsabweisung ist damit zu Unrecht erfolgt und der angefochtene Einspracheentscheid ist aufzuheben. Die Sache ist deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine externe Begutachtung veranlasse und anschliessend über den Leistungsanspruch neu verfüge.

#### **4.**

**4.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**4.2** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Die von Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ eingereichte Kostennote vom 31. Juli 2023 ist nicht zu beanstanden. Gestützt darauf wird die Parteientschädigung für das vorliegende Verfahren auf Fr. 3'620.45 (Fr. 3'250.-- Honorar, Fr. 111.60 Auslagen, Fr. 258.85 Mehrwertsteuer) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG vom 17. März 2023 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'620.45 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - Rechtsanwältin Dr. C. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdegegnerin
  - Bundesamt für Gesundheit

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.