



Fall-Nr.:	UV 2025/27
Stelle:	Versicherungsgericht
Rubrik:	UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum:	20.05.2026
Entscheiddatum:	21.04.2026

Entscheid Versicherungsgericht, 21.04.2026

Art. 6 und 9 UVG, Art. 43 ATSG Covid-19-Erkrankung stellt vorliegend eine Berufskrankheit dar; die Beschwerdegegnerin vermag den Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs zwischen den Beschwerden und der Berufskrankheit mit der versicherungsmedizinischen Beurteilung nicht zu erbringen; Rückweisung zur weiteren medizinischen Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. April 2026, UV 2025/27).

«Entscheid als PDF»



Versicherungsgericht
Abteilung III

Entscheid vom 21. April 2026

Besetzung Versicherungsrichter Michael Rutz (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen
Mirjam Angehrn und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt

Geschäftsnr. UV 2025/27

Parteien **A.____,**

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Amanda Guyot, graf büchel
rechtsanwälte, St. Leonhard-Strasse 20, Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

AXA Versicherungen AG, General-Guisan-Strasse 40,
Postfach 357, 8401 Winterthur,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Kathrin Hässig, Anwaltsbüro
Lätsch + Hässig, Dorfstrasse 18, Postfach 138, 8630 Rüti ZH,

Gegenstand **Versicherungsleistungen**



Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) war aufgrund ihrer Tätigkeit als Pflegefachfrau für B.____ bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: Axa) für die Folgen von Berufskrankheiten versichert, als sie am 13. Januar 2021 positiv auf das Covid-19-Virus (auch: Coronavirus SARS-CoV-2) getestet wurde (vgl. Schadenmeldung des B.____ vom 8. Juli 2021; UV-act. A1). In einem Fragebogen der Axa gab die Versicherte am 16. August 2021 an, sie hätte bei ihrer Tätigkeit in der Thoraxchirurgie direkten Kontakt zu einer Covid-19 infizierten Person gehabt. Ab dem 21. Dezember 2020 hätte sie die Patientin über drei Wochen lang betreut. Am 23. Dezember 2020 sei die Patientin positiv auf das Covid-19-Virus getestet worden. Bei ihr selber seien erstmals am 11. Januar 2021 Symptome (Übelkeit, Erbrechen, starker Schwindel, Atembeschwerden, Geruchs- und Geschmacksverlust, starke Muskel- und Gliederschmerzen, Fieber) aufgetreten. Vom 13. Januar bis 14. März 2021 sei sie vollständig arbeitsunfähig gewesen. Seither sei sie immer wieder arbeitsunfähig gewesen (UV-act. A4).

A.b Nachdem die Axa eine Leistungspflicht bzw. das Vorliegen einer Berufskrankheit mit Schreiben vom 26. August 2021 zunächst abgelehnt hatte (vgl. UV-act. A5), sicherte sie der Versicherten am 21. Oktober 2021 nach nochmaliger Abklärung (vgl. dazu UV-act. A7) doch die Erbringung der gesetzlichen Leistungen zu. Dies jedoch mit dem Hinweis, dass die Leistungsvoraussetzungen im Zusammenhang mit dem Vorliegen einer Berufskrankheit nicht näher geprüft worden seien und eine entsprechende Überprüfung zu einem späteren Zeitpunkt vorbehalten bleibe (UV-act. A8).

A.c Am 16. August 2023 beurteilte Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie, im Auftrag der Axa den Fall der Versicherten (UV-act. M51). Mit Verfügung vom 26. September 2023 stellte die Axa gestützt auf diese Beurteilung die Versicherungsleistungen mangels eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen der Covid-19-Erkrankung und den anhaltenden Beschwerden rückwirkend per 1. März 2021 ein. Auf die Rückforderung bereits erbrachter Leistungen wurde verzichtet (UV-act. A128).

B.

B.a Dagegen reichte die Versicherte, vertreten durch die AXA-ARAG Rechtsschutz AG, am 12. Oktober 2023 eine Einsprache ein (UV-act. A136). Am 26. Oktober 2023 reichte die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin A. Guyot, eine (weitere) Einsprache ein (UV-act. A141).

B.b Die BVK Zürich sprach der Versicherten als zuständige Pensionskasse am 26. Februar 2024 eine längstens für zwei Jahre auszurichtende Rente gestützt auf einen Berufsinvaliditätsgrad von 40 % zu (Fremdakten der IV [fremd-act.] 14).



B.c Auf die Einsprache vom 12./26. Oktober 2023 trat die Axa mit Entscheid vom 8. Mai 2024 nicht ein, da sie unzureichend begründet sei (UV-act. A150). Diesen Nichteintretensentscheid hob das hiesige Gericht mit Entscheid vom 21. November 2024 auf und wies die Angelegenheit zwecks materieller Beurteilung der Einsprache vom 12./26. Oktober 2023 an die Axa zurück (Verfahren UV 2024/43; UV-act. A159).

B.d Mit Änderungsverfügung vom 25. Juni 2024 wurde die Versicherte vom B.____ neu mit 35%igem Arbeitspensum als Disponentin in der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie angestellt (IV-act. 148).

B.e Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) notierte am 18. März 2025, die Versicherte sei in ihrer angestammten Tätigkeit, welche gleichzeitig einer adaptierten Tätigkeit entspreche, 40 % arbeitsunfähig (IV-act. 191-4 f.). Mit Vorbescheid vom 21. März 2025 stellte die IV-Stelle der Versicherten unter anderem gestützt auf diese medizinische Einschätzung in Aussicht, ihr ab 1. April 2024 bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 42 % einen Anspruch auf eine Rente von 30 % einer ganzen Rente zuzusprechen (IV-act. 194).

B.f Am 26. März 2025 erliess die Axa einen abweisenden Einspracheentscheid, mit welchem sie die Verfügung vom 26. September 2023 bestätigte (UV-act. A163).

B.g Im ____ 2025 brachte die Beschwerdeführerin ihr drittes Kind zur Welt (vgl. IV-act. 209 sowie 215-2; die ersten beiden Kinder sind beide im Jahr ____ zur Welt gekommen [IV-act. 1-3]).

B.h Mit Einwand vom 5. Mai 2025 nahm die Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin Guyot, zum Vorbescheid der IV-Stelle vom 21. März 2025 Stellung (IV-act. 202).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 26. März 2025 reichte die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), nach wie vor vertreten durch Rechtsanwältin Guyot, am 8. Mai 2025 Beschwerde beim hiesigen Gericht ein. Sie beantragte unter Kosten- und Entschädigungsfolge, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Axa (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, ihre Covid-19-Infektion als Berufskrankheit anzuerkennen und die gesetzlichen unfallversicherungsrechtlichen Leistungen auch nach dem 1. März 2021 auszurichten. Eventualiter sei die Sache zu weiteren Abklärungen, insbesondere zur Einholung eines polydisziplinären Gutachtens in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie sowie Neuropsychologie, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (act. G 1).



C.b Am 20. Mai 2025 zog das Versicherungsgericht – wie von der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin beantragt – die Akten der IV bei (act. G4).

C.c Nach Einsichtnahme in die IV-Akten erstattete die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. K. Hässig, am 21. Juli 2025 die Beschwerdeantwort und liess die Abweisung der Beschwerde beantragen (act. G7).

C.d Mit Replik vom 16. Oktober 2025 liess die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen festhalten (act. G11).

C.e Die IV sprach der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 23. Oktober 2025 entsprechend dem Vorbescheid vom 21. März 2025 ab 1. April 2024 eine Rente von 30 % einer ganzen Rente zu sowie zwei Kinderrenten ab 1. April 2024 und die dritte ab 1. April 2025 (IV-act. 215).

C.f Die Beschwerdegegnerin liess mit Duplik vom 19. November 2025 ebenfalls an ihrem Antrag festhalten (act. G13).

C.g Am 4. Februar 2026 zog das Versicherungsgericht die bei der IV ab 20. Mai 2025 aufgelaufenen Akten bei (act. G16). Mit Schreiben vom 9. Februar 2026 räumte es den Parteien die Möglichkeit ein, Einsicht in diese Akten zu nehmen und eine allfällige Stellungnahme abzugeben (act. G17). Da der Beschwerdeführerin die Akten bereits vorlagen, verzichtete sie auf eine Einsichtnahme, und erstattete am 10. Februar 2026 direkt ihre Stellungnahme (act. G18). Die Beschwerdegegnerin ersuchte gleichentags um Einsichtnahme in die Akten (act. G19), welche ihr am 11. Februar 2026 mitsamt einer Kopie der Eingabe der Beschwerdeführerin zugestellt wurden (vgl. act. G20). Am 20. Februar 2026 erstattete die Beschwerdegegnerin ihre Stellungnahme (act. G21). Diese wurde der Beschwerdeführerin am 23. Februar 2026 zur Kenntnisnahme zugestellt (vgl. act. G22).

C.h Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit entscheidwesentlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

1.1 Anfechtungsgegenstand im vorliegenden Beschwerdeverfahren bildet der Einspracheentscheid vom 26. März 2025, mit welchem die Beschwerdegegnerin die Verfügung vom 26. September 2023 bestätigt hat. Mit dieser Verfügung hatte die Beschwerdegegnerin einen über den 28. Februar 2021 hinausgehenden Leistungsanspruch für die im Nachgang zur gemeldeten Covid-19-Infektion der Beschwerdeführerin erbrachten temporären Versicherungsleistungen (Taggeld- und Heilkostenleistungen) in Ermangelung eines nachgewiesenen Kausalzusammenhangs zwischen den



geklagten Beschwerden und der geltend gemachten Berufskrankheit abgelehnt, ihre Leistungen „ex nunc et pro futuro“ per diesem Datum eingestellt und einen Anspruch auf weitere unfallversicherungsrechtliche Leistungen verneint. Im angefochtenen Einspracheentscheid hat sie dann als Hauptbegründung festgehalten, dass es sich bei der genannten Covid-19-Infektion um keine Berufskrankheit handle. Zusätzlich hat sie einen über die akuten Folgen der Infektion hinausgehenden Leistungsanspruch mit der Begründung abgelehnt, dass bei der Beschwerdeführerin keine Post-Covid-19-Erkrankung nachgewiesen sei (UV-act. A128 und A163; zur Definition einer Post-Covid-19-Erkrankung vgl. <https://www.bag.admin.ch/de/informationen-zur-post-covid-19-erkrankung>, zuletzt abgerufen am 21. April 2026). Zu prüfen gilt es nach dem Dargelegten, ob es sich bei der Covid-19-Infektion der Beschwerdeführerin um eine Berufskrankheit handelt (vgl. nachfolgende E. 2), ob – bejahendenfalls – bei der Beschwerdeführerin zusätzlich eine Post-Covid-19-Erkrankung vorliegt und ob respektive wie lange – wiederum bejahendenfalls – die geklagten Beschwerden kausal sind (vgl. nachfolgende E. 5 und 6).

1.2 Dagegen, dass die Leistungseinstellung rückwirkend und “ex nunc et pro futuro“ erfolgte, bringt die Beschwerdeführerin zu Recht nichts vor. Denn der Versicherungsträger kann die – einmal gewährten – vorübergehenden Versicherungsleistungen (Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen) für die Zukunft einstellen, ohne dass dafür ein Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund vorliegen muss. Dies beispielsweise mit den von der Beschwerdegegnerin vorliegend angerufenen Argumenten, bei richtiger Betrachtung liege kein versichertes Ereignis vor, oder der Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Ereignis und dem leistungsbegründenden Gesundheitsschaden sei dahingefallen. Eine solche Einstellung kann auch rückwirkend erfolgen, sofern der Unfallversicherer keine Leistungen zurückfordern will – wie dies vorliegend der Fall ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. September 2019, 8C_22/2019, E. 3).

2.

2.1 Zunächst gilt es zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht mit der Begründung abgelehnt hat, mit der Covid-19-Erkrankung der Beschwerdeführerin (Test vom 13. Januar 2021) sei keine Berufskrankheit im unfallversicherungsrechtlichen Sinne nachgewiesen.

2.2

2.2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Berufskrankheiten gelten Krankheiten (Art. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte



Arbeiten verursacht worden sind. Der Bundesrat erstellt die Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen (Art. 9 Abs. 1 UVG).

2.2.2 Als arbeitsbedingte Erkrankungen im Sinne von Art. 9 Abs. 1 UVG erwähnt Anhang 1 zur Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Ziff. 2 lit. b unter anderem Infektionskrankheiten – denen sich die Covid-19-Infektion unbestrittenermassen zuordnen lässt –, die durch Arbeiten in Spitälern, Laboratorien, Versuchsanstalten und dergleichen bedingt sind. Die ad-hoc-Kommission UVG hielt in ihrer letztmals am 23. Dezember 2020 revidierten Empfehlung Nr. 1/2003 vom 22. Mai 2003 "Erkrankungen im Sinne von Anhang 1 Ziffer 2 lit. b UVV" insbesondere fest, dass bei Infektionskrankheiten das "entscheidende Merkmal der berufsbedingten Exposition" darin bestehe, dass "die konkrete Tätigkeit entweder Arbeiten mit infizierten Patienten (Spitäler) oder Arbeiten mit einer stark infizierten/infizierenden oder kontaminierten Umgebung (Laboratorien/Versuchsanstalten) bedingt bzw. umfasst". Das versicherte Gesundheits- und Pflegepersonal ambulanter und stationärer Einrichtungen sowie der Pflegeeinrichtungen sei daher dem Spitalpersonal gleichgestellt, "soweit es einem spezifischen beruflichen Expositionsrisiko ausgesetzt ist, indem es direkt infizierte Patienten wegen der Infektion in diesen Einrichtungen behandelt und pflegt". Gemäss BGE 150 V 460 fällt eine Leistungspflicht des Unfallversicherers ausser Betracht, wenn die versicherte Person (in jenem Fall eine Psychologin) keine akut an Covid-19 erkrankten Patienten betreut. Das Bundesgericht erwog, dass die Zusammenhangsfrage – entsprechend dem Wortlaut der Doppelliste von Ziff. 2 lit. b des UVV-Anhangs 1 – vom Verordnungsgeber aufgrund arbeitsmedizinischer Erkenntnisse vorentschieden sei. Es bestehe in beweisrechtlicher Hinsicht praxisgemäss (unter Vorbehalt des schlüssigen Gegenbeweises) die natürliche Vermutung, dass eine Berufskrankheit vorliege, wenn eine der dort aufgelisteten Krankheiten aufgetreten sei und die versicherte Person die entsprechende im UVV-Anhang umschriebene Tätigkeit verrichte. Die Vermutung, dass eine Infektionskrankheit durch die Arbeit im Spital verursacht worden sei, rechtfertige sich indessen nur dann, wenn es sich dabei um eine Tätigkeit mit dem spezifischen Risiko des vom Verordnungsgeber als gesundheitsgefährdend definierten Arbeitsplatzes handle. Nicht jegliche Tätigkeit in einem Spital oder Laboratorium oder in einer Versuchsanstalt könne somit als gesundheitsgefährdend gelten (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Dezember 2024, 8C_442/2024, E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 150 V 463 ff. E. 4, insbesondere E. 4.6 [damals noch nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2024, 8C_582/2022]).

2.2.3 Im Sozialversicherungsrecht gilt grundsätzlich der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 125 E. 9.5 mit Hinweis auf BGE 129 V 181 E. 3.1). Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Die Sozialversicherungsorgane und das Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353



E. 5b S. 360; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70 N 58).

2.3 Die Beschwerdeführerin arbeitete seit 1. Juli 2016 mit 100%igem Arbeitspensum als Pflegefachfrau in der Klinik für Thoraxchirurgie des B.____, als sie am 13. Januar 2021 positiv auf das Covid-19-Virus getestet wurde (UV-act. A1 und A90). Ihre Tätigkeit bestand laut USZ in der direkten Pflege am Patienten, der Dokumentation/Administration und dem Richten der Medikamente. Ersteres wiederum setzte sich aus der Übernahme der Körperpflege, dem Versorgen mit Verbänden und der Überwachung von Vitalzeichen zusammen („Beschreibung der individuellen Tätigkeit“ in IV-act. 25-7). Der für die Beschwerdeführerin zuständige „Abteilungsleiter Süd E / Medizinbereich Herz- Gefäss-Thorax“ hielt in einem E-Mail vom 8. September 2021 zuhanden des B.____-internen Human Resources Management fest, dass die Beschwerdeführerin in täglichem Kontakt mit Covid-infizierten Patienten gestanden habe (UV-act. A7-1). Die Beschwerdeführerin berichtete im Formular zum Ereignis damit übereinstimmend detailliert über eine über dreiwöchige, tägliche Pflege einer an Covid-19 erkrankten Patientin (UV-act. A4). Im Nachgang zu dem von der Beschwerdegegnerin angerufenen, vorstehend in E. 2.2.2 dargelegten Leitentscheid BGE 150 V 460 hatte das höchste Gericht eine Covid-19-Ansteckung einer als Fachangestellte Gesundheit EFZ (FAG) auf der Abteilung Neurologie eines Spitals arbeitenden Versicherten zu beurteilen. In diesem – ebenfalls die Beschwerdegegnerin betreffenden – Fall führte das Bundesgericht aus, es stehe gestützt auf die vorinstanzlichen Erwägungen fest und sei unbestritten geblieben, dass die Beschwerdeführerin als FAG an ihrem Arbeitsplatz im Spital mit der Pflege von Patienten mit einer Covid-19-Erkrankung betraut gewesen sei. Zwar habe es sich nicht um die Intensivstation gehandelt, aber gemäss Angaben der Arbeitgeberin seien die Patienten auf eine Pflege angewiesen gewesen, die engen körperlichen Kontakt erforderte. Damit sei ohne Weiteres von einer Tätigkeit mit dem spezifischen Risiko eines gesundheitsgefährdenden Arbeitsplatzes im Spital im Sinne der Doppelliste von Ziff. 2 lit. b des UVV-Anhangs 1 auszugehen und es habe dementsprechend praxisgemäss die natürliche Vermutung zu greifen, dass eine Berufskrankheit vorliege, nachdem die Beschwerdeführerin an einer Covid-19-Infektion erkrankt sei (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Dezember 2024, 8C_442/2024, E. 5). Da sich im vorliegenden Fall wie eingangs dieser Erwägung dargelegt die Arbeitssituation der Beschwerdeführerin identisch darstellte, ist auch bei ihr von der natürlichen Vermutung einer Berufskrankheit auszugehen.

2.4 Laut Bundesgericht liegt die Beweislast für einen schlüssigen Gegenbeweis, welcher die Vermutung der berufsbedingten Erkrankung umzustossen vermöchte, bei der Beschwerdegegnerin. Nicht ausschlaggebend kann diesem zufolge insbesondere sein, wie viele infizierte Patienten die versicherte Person im Spital zu betreuen gehabt habe, wenn – wie vorliegend – die Pflege von solchen Patienten zu den regelmässigen Aufgaben der versicherten Person gehöre. Wenn die Voraussetzungen für die Geltung der natürlichen Vermutung gegeben seien, bedürfe es keiner weiteren Abklärungen, bei



welcher Gelegenheit die Infektion stattgefunden habe. Mit welcher Virusvariante die Ansteckung stattgefunden habe, sei nicht erstellt und auch nicht ausschlaggebend, da es sich bei den gestützt auf die Ausführungen der Swiss National Covid-19 Science Task Force vom 25. Januar 2021 unterstellten Dauer der infektiösen Phase von Patienten und der Inkubationszeit um blossе Schätzungen handle (vgl. E. 5, Absatz 2, des genannten Urteils des Bundesgerichts). Da die vorliegend von der Beschwerdegegnerin angeführten Annahmen (Anzahl Patienten, Hypothese über Infektionsdauer bei Patienten, Hypothese über Inkubationszeit; vgl. act. G7 Rz. 11 und 19 bis 22) mit denen übereinstimmen, welche vom Bundesgericht als untauglich für einen schlüssigen Gegenbeweis qualifiziert wurden, ist die Covid-19-Infektion der Beschwerdeführerin zusammenfassend mangels schlüssigen Gegenbeweises als Berufskrankheit anzuerkennen.

3.

3.1 Die Anerkennung eines Leidens als Berufskrankheit hat, soweit nichts anderes bestimmt ist, zur Folge, dass diese von ihrem Ausbruch an einem Berufsunfall gleichgestellt ist. Sie gilt als ausgebrochen, sobald der Betroffene erstmals ärztlicher Behandlung bedarf oder arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) ist (Art. 9 Abs. 3 UVG), was vorliegend am 13. Januar 2021 der Fall war (UV-act. A1-1 und A4-1).

3.2 Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall überdies eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

3.3 Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Ereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181, E. 3; ANDRÉ NABOLD, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, in: Hans-Ulrich Stauffer/Basile Cardinaux [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 5. Aufl. 2024, S. 56 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben medizinischer Sachverständiger angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (ANDRÉ NABOLD, N 53 zu Art. 6, in Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; IRENE HOFER, N 66 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne



Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; NABOLD, a.a.O., S. 58 und 61). Bei physischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, BGE 127 V 103 E. 5b/bb; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung nach der Rechtsprechung vorzunehmen (vgl. nebst vielen Urteil des Bundesgerichts vom 29. Mai 2012, 8C_849/2011, E. 2; für die Adäquanz organisch nicht nachweisbarer Folgen von Berufskrankheiten vgl. NABOLD, a.a.O., S. 81 mit Hinweisen).

3.4 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 (Teilkausalität), der Unfall mit andern Worten als Teilursache nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BSK UVG-HOFER, N 65 zu Art. 6). Damit eine Leistungspflicht der Unfallversicherung besteht, ist es nicht notwendig, dass das versicherte Ereignis die wichtigste oder auch bloss eine wichtige Ursache für den eingetretenen Schaden ist; vielmehr genügt rechtsprechungsgemäss bereits eine geringe Teilursache (KOSS UVG-NABOLD, N 52 zu Art. 6).

3.5 Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht im Grundfall einmal anerkannt, so entfällt sie erst dann, wenn der Unfall bzw. die Berufskrankheit nicht mehr die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (allenfalls krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bzw. der Berufskrankheit bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne den Unfall bzw. die Berufskrankheit früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (vgl. zum Ganzen Urteile des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2, und vom 11. Juni 2007, U 290/06, E. 3.3 mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b mit Hinweisen; KOSS UVG-NABOLD, N 54 zu Art. 6; BSK UVG-HOFER, N 71 zu Art. 6; NABOLD, a.a.O., S. 57 mit Hinweis). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten bzw. berufskrankheitsbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der



überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls bzw. der Berufskrankheit genügt nicht (zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2 mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b mit Hinweisen; NABOLD, a.a.O., S. 58; KOSS UVG-NABOLD, N 54 zu Art. 6). Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts vom 9. Februar 2026, 8C_52/2025, E. 4.2 mit Hinweis auf u.a. BGE 150 V 188 E. 4.2).

3.6 Gemäss Art. 43 Abs. 1 Satz 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Die nach Art. 61 lit. c ATSG vom kantonalen Gericht zu beachtende Untersuchungspflicht entspricht derjenigen von Art. 43 Abs. 1 ATSG (MIRIAM LENDFERS, N 87 zu Art. 61, in: Ueli Kieser/Matthias Kradolfer/Miriam Lendfers [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, 5. Aufl. 2024). Im Sozialversicherungsrecht herrscht somit der Untersuchungsgrundsatz. Eine Tatsache darf dann als bewiesen angenommen werden, wenn die zuständige Verwaltungsbehörde bzw. das Gericht von ihrem Bestehen überzeugt ist (BGE 138 V 218 E. 6; LOCHER/GÄCHTER, a.a.O., § 70 N 58).

4.

Die Beschwerdegegnerin hat initial anerkannt, dass die Beschwerdeführerin an Folgen einer Covid-19-Infektion respektive an einer Post-Covid-19-Erkrankung leidet. Die Schadenmeldung vom 8. Juli 2021 erfolgte nämlich zu einem Zeitpunkt, in welchem offensichtlich nicht mehr von der infektiösen Phase der am 13. Januar 2021 von einem Labor bestätigten Covid-19-Infektion auszugehen war (UV-act. A1). Der von der Beschwerdegegnerin beim Leistungsanerkennungsschreiben vom 21. Oktober 2021 angebrachte Vorbehalt hinsichtlich ihrer Leistungspflicht hat sich auf „die Leistungsvoraussetzungen im Zusammenhang mit dem Vorliegen einer Berufskrankheit“ und nicht auf das Bestehen eines Kausalzusammenhangs zwischen den Beschwerden und der Post-Covid-19-Erkrankung bezogen (act. A8). Nach dem Gesagten trifft die Beschwerdegegnerin für den Wegfall des Kausalzusammenhangs zwischen den von der Beschwerdeführerin über den 28. Februar 2021 hinaus geklagten Beschwerden respektive das Nichtbestehen einer Post-Covid-19-Erkrankung bei der Beschwerdeführerin die Beweislast (vgl. vorstehende E. 3.5).

5.

5.1 Um zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgeht, dass bei der Beschwerdeführerin keine Post-Covid-19-Erkrankung nachgewiesen sei, gilt es im Folgenden die



medizinische Aktenlage ab Ausbruch der Covid-19-Infektion (positiver Test vom 13. Januar 2021; UV-act. A90) zu analysieren (dargestellt nach Fachrichtungen resp. Leistungserbringenden). Für das vorliegende Verfahren ist im Übrigen der medizinische Sachverhalt relevant, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids am 26. März 2025 gezeigt hat (vgl. hierzu BGE 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen).

5.2

5.2.1 Laut Bundesamt für Gesundheit kann die Post-Covid-19-Erkrankung (auch: „Langzeitfolgen von Covid-19“ und „Long Covid“) nach einer Ansteckung mit dem Coronavirus auftreten. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) spreche von einer solchen Erkrankung, wenn drei Monate nach einer bestätigten oder wahrscheinlichen Ansteckung mit dem Coronavirus Symptome bestünden, die Symptome mindestens zwei Monate andauerten und diese nicht durch eine andere Diagnose erklärt werden könnten. Die häufigsten Symptome einer Post-Covid-19-Erkrankung seien starke Müdigkeit, Erschöpfung und Belastungsintoleranz, Kurzatmigkeit und Atembeschwerden sowie Konzentrations- und Gedächtnisprobleme (<https://www.bag.admin.ch/de/informationen-zur-post-covid-19-erkrankung>, zuletzt abgerufen am 21. April 2026). Diese Definition findet sich auch in den Empfehlungen der SIM Swiss Insurance Medicine „Empfehlungen für die versicherungsmedizinische Abklärung in der Schweiz bei Post-Covid-19-Erkrankung“ (Version 2.0, Stand 31. Juli 2023).

5.2.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten 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 des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1 und 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Insofern kann rechtsprechungsgemäss auch Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen bzw. beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und 125 V 353 f. E. 3b/ee; je mit Hinweisen). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen der beratenden Ärzteschaft, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 f. E. 4.4 und 4.6; bestätigt etwa im Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3). Reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im



Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C_780/2016, E. 6.1).

5.3

5.3.1 Am 28. Januar 2021 begab die Beschwerdeführerin sich im Neurozentrum D. ___ in Behandlung, wo die Diagnose „post-Covid-Syndrom“ erhoben wurde. Als relevante Vorerkrankungen sind dem entsprechenden Bericht eine bekannte Migräne mit Aura, eine Sinustachykardie und ein Mitralklappenprolaps zu entnehmen. Die Beschwerdeführerin zeigte sich fokal neurologisch unauffällig. Es wurde eine Magnetresonanztomografie (MRI) des Schädels geplant (UV-act. M2). Diese Untersuchung fand am 4. Februar 2021 statt und zeigte einen unauffälligen altersentsprechenden Befund des Neurokraniums (UV-act. M18). Anlässlich der nächsten Konsultation im Neurozentrum D. ___ vom 18. Februar 2021 klagte die Beschwerdeführerin weiterhin über persistierende Symptome mit Schwindel, Übelkeit, holozepale („ganzköpfige“) drückende Kopfschmerzen sowie über Müdigkeit, Antriebsminderung und Konzentrationsstörungen. Sie hatte kein Fieber, keine Infektzeichen sowie keine fokalneurologischen Defizite. Im Gespräch fielen eine Niederstimmung und verminderte affektive Schwingungsfähigkeit auf. Zur Prophylaxe bei chronischen Kopfschmerzen wurde eine medikamentöse Therapie mit Saroten eingeleitet. Für den Fall von weiterhin bestehender Konzentrationsminderung wurde eine neuropsychologische Testung empfohlen (UV-act. M4). Am 11. März 2021 berichtete die Beschwerdeführerin über weiterhin bestehende Symptome mit Kopfschmerzen, Schwindel, Unwohlsein sowie über Antriebsminderung, Schlafstörungen und Müdigkeit. Sie erklärte, seit einer Woche Saroten zu nehmen und eine minimale Besserung zu merken. Auf Wunsch der Beschwerdeführerin wurde sie an das Interdisziplinäre Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen des USZ (nachfolgend: Schwindelzentrum) überwiesen bei weiterhin bestehenden Schwindelattacken mit unterschiedlicher Dauer, Intensität und bei verschiedenen Positionen (UV-act. M3).

5.3.2 Am 22. März 2021 fand die Erstkonsultation im Schwindelzentrum statt, nachdem die Beschwerdeführerin am 17. März 2021 mittels vestibulärer Batterie und Drehstuhl mit Videobrille apparativ untersucht worden war. Laut Bericht vom 22. März 2021 wurden die folgenden Diagnosen erhoben: 1. Verdacht auf vestibuläre Migräne; 2. Migräne mit Aura; 3. SARS-CoV2-Infektion. Die zuständigen Ärztinnen gingen gestützt auf die Anamnese, den im Intervall unauffälligen fokalneurologischen Status und die blanden apparativen vestibulären Abklärungen – insbesondere ohne Hinweis auf eine peripher-vestibuläre Unterfunktion oder ein zerebelläres Syndrom – am ehesten von einer den Schwindelbeschwerden zugrundeliegenden vestibulären Migräne aus. Weiterhin hätten sich Hinweise auf eine orthostatische Komponente mit systolischem Blutdruckabfall bei jedoch kompensatorischer Pulsfrequenzerhöhung ergeben. Die angegebene Fatigue wurde am ehesten als postinfektiös beurteilt. Es wurde eine Migräne-Basistherapie rezeptiert (UV-act. M5). Anlässlich einer



Verlaufskontrolle vom 14. Juli 2021 wurden die ersten beiden Diagnosen folgendermassen angepasst: 1. Vestibuläre Migräne bei Migräne mit Aura; 2. Verdacht auf benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel (BPLS). Die Beschwerdeführerin habe berichtet, nach der letzten Konsultation vom 22. März 2021 sei es ihr zunächst einen Monat lang gut gegangen, dann seien wieder die in jener Konsultation berichteten Symptome aufgetreten (UV-act. M6). Anlässlich der nächsten Verlaufskontrolle vom 17. August 2021 notierten die zuständigen Ärztinnen und Ärzte, während formal bei bekannter Migräne mit Aura die Kriterien für eine vestibuläre Migräne erfüllt seien, würden die häufige Dissoziation zwischen den zudem neuartigen Kopfschmerzen (bifrontal drückend) und den Schwindelbeschwerden sowie das Auftreten des Schwindels direkt im Anschluss an die Covid-19-Infektion eher für Schwindel im Rahmen eines Postcovid-Syndroms sprechen. In der heutigen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf einen BPLS gezeigt. Die Diagnosen wurden deshalb in 1. Täglichen Dreh- und Schwankschwindel, differentialdiagnostisch bei „Post-Covid-Syndrom“, 2. SARS-CoV2-Infektion und 3. Verdacht auf BPLS geändert (UV-act. M8). Am 8. September 2021 fand die nächste Untersuchung statt. Dabei wurde notiert, anamnestisch hätte sich der Kopfschmerz und der Schlaf unter Saroten gebessert, jedoch persistiere der Schwank- und Drehschwindel zu ca. 50 % des Tages und sei sehr behindernd. Die assoziierten Konzentrationsstörungen und Benommenheit hätten die Beschwerdeführerin gezwungen, ihre Arbeit erneut abzubrechen. Fokalneurologisch zeigte sich weiterhin kein Defizit. Formal seien die Kriterien einer vestibulären Migräne bei Migräne mit Aura erfüllt. Differenzialdiagnostisch komme ein Long-Covid-Syndrom in Frage. Therapeutisch hätten sie von Saroten auf Venlafaxin gewechselt (UV-act. M9). Am 1. November 2021 berichtete die Beschwerdeführerin auch unter Venlafaxin über unveränderte Schwindelbeschwerden. Deshalb wurde beschlossen, eine Kostengutsprache für Aimovig bei der Krankenversicherung zu beantragen. Als Diagnosen wurden zu diesem Zeitpunkt 1. Vestibuläre Migräne bei Migräne mit Aura, differentialdiagnostisch: Long-Covid-Syndrom, 2. Verdacht auf BPLS, 3. SARS-CoV2-Infektion und 4. symptomatische Tachykardie geführt (UV-act. M15). Nach der ersten Injektion von Aimovig zeigte sich laut Auskunft der Beschwerdeführerin vom 25. November 2021 keine Verbesserung der Schwindel- und/oder Kopfschmerzbeschwerden. Dem Bericht zufolge bestand eine weitgehend therapierefraktäre vestibuläre Migräne, die den Alltag stark einschränke mit weiterhin ausgeprägter visueller Dominanz. Zusätzlich wurde bei anhaltender Fatigue und vorzeitiger körperlicher Erschöpfbarkeit von einem Long-Covid Syndrom ausgegangen, da die Patientin vor der Covid-19-Infektion im Januar 2021 bzgl. Schwindel symptomfrei gewesen sei. Inwieweit die damalige Covid-19-Infektion die vestibuläre Migräne getriggert habe, bleibe aktuell unklar. Diagnostischerseits führte dies zu 1. vestibulärer Migräne, 2. Status nach vermutlichem BPLS, 3. Verdacht auf Long-Covid Syndrom, 4. SARS-CoV2-Infektion und 5. symptomatischer Tachykardie (UV-act. M10). Am 10. Februar 2022 konnte die Beschwerdeführerin nach vier Aimovig-Spritzen berichten, dass sich die Schwindel- sowie Kopfschmerzbeschwerden unter Anwendung dieser medikamentösen Therapie stark gebessert hätten. Von der ambulanten Reha habe sie bisher sehr profitiert. In einer neuropsychologischen Testung habe man Konzentrationsdefizite



sowie eine vorzeitige muskuläre Ermüdbarkeit und ein Fatigue-Syndrom im Rahmen eines Long-Covid festgestellt. Die Diagnosen wurden bei jenen vom 25. November 2021 belassen (UV-act. M12). Am 15. Juli 2022 berichtete die Beschwerdeführerin dem Schwindelzentrum insgesamt über eine leichte Besserung ihrer Beschwerden. Die Frequenz und Dauer der Kopfschmerzen habe deutlich abgenommen. Der Schwindel habe sich dagegen nur um knapp 50 % gebessert. Insbesondere bei kognitiver Belastung, bei Kopfschmerzen oder bei Übermüdung merke sie häufiger Schwindel. In der klinischen Untersuchung liess sich laut den berichtenden Ärztinnen ein Rezidiv eines BPLS des rechten posterioren Bogenganges diagnostizieren. Durch ein entsprechendes Befreiungsmanöver nach Epley habe sich erfreulicherweise eine Verbesserung des Schwindels erzielen lassen. Als Diagnosen führte das Schwindelzentrum ab diesem Zeitpunkt 1. Vestibuläre Migräne, 2. Rezidivierender BPLS, 3. SARS-CoV2-Infektion, 4. Verdacht auf Long-Covid-Syndrom und 5. Symptomatische Tachykardie (UV-act. M34). Nach einer Konsultation vom 12. Oktober 2022 wurde notiert, bezüglich der vestibulären Migräne zeige sich weiterhin eine sehr gute Symptomkontrolle unter der medikamentösen Prophylaxe mit Aimovig. Gemäss Limitatio sei nach einem Jahr Therapie ein Auslassversuch vorgeschrieben. In der klinischen Untersuchung habe sich kein Lagerungsschwindel feststellen lassen. Die Beschwerdeführerin gebe an, durch selbstständige Lagerung den BPLS gut kontrollieren zu können (UV-act. M37). Am 13. Februar 2023 zeigte sich bezüglich der vestibulären Migräne eine erneute Aggravation der Beschwerden nach Absetzen von Aimovig, weshalb ein erneutes Kostengutsprachege such gestellt worden sei (UV-act. M36). Anlässlich der Kontrolle vom 29. August 2023 berichtete die Beschwerdeführerin, dass es hinsichtlich der Schwindelsymptomatik unter Aimovig insgesamt stabil gehe, und sie spüre grundsätzlich ca. 60-70 % Verbesserung. Migränöse Kopfschmerzen seien auch deutlich weniger intensiv und kürzer geworden. Als Akuttherapie nehme sie Dafalgan ca. sechs Mal pro Monat. Ab und zu komme es ohne sichtbare Ursache weiterhin zu Auftreten der Schwindel- und Kopfschmerzattacken, aber es sei deutlich besser als früher. Die Physiotherapie mit Gleichgewichtsübungen mache sie weiterhin regelmässig ein Mal pro Monat bei der Klinik E.____ (IV-act. 171). Am 12. August 2024 wurde ein Kostengutsprachege such für einen Wiederbeginn mit Aimovig erstellt, da die Schwindel- und Kopfschmerzfrequenz sowie -intensität mit der Therapiepause von Aimobig seit Ende März 2024 erneut zugenommen hätten (IV-act. 169).

5.3.3 Auf Wunsch der Beschwerdeführerin und Zuweisung des Schwindelzentrums hin fand am 13. August 2021 eine Post-Covid-19-Abklärung in der Klinik für Pneumologie des USZ (nachfolgend: Pneumologie) statt. Dabei wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Long Covid bei Status nach Covid-19 (Symptome: Schwindelproblematik [Leitsymptom], Erschöpfung, Tagesschläfrigkeit, Nichtproduktiver Husten, intermittierendes Fieber, Gewichtszunahme, Schlafstörung [Ein- und Durchschlafinsomnie], Geruchsstörung); 2. Status nach SARS-CoV-2-Infektion; 3. Täglicher Dreh- und Schwankschwindel; 4. Verdacht auf benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel. Der zuständige Arzt erklärte, die diversen Symptome der Patientin seien gut mit der Diagnose Long-Covid vereinbar, wobei



der Schweregrad erst durch den Verlauf definiert werden könne (UV-act. M7). Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 1. November 2021 wurden die Diagnosen folgendermassen angepasst: 1. A.e. allergisches Asthma bronchiale; 2. und 3. Long Covid bei Status nach SARS-CoV-2-Infektion; 4. Täglicher Dreh- und Schwankschwindel; 5. Verdacht auf BPLS. Die Beschwerdeführerin habe im Rahmen dieser Konsultation von einem insgesamt zufriedenstellenden Verlauf mit rückläufiger Erschöpfung und konsekutiv ansteigendem Leistungsniveau berichtet. Leider bestehe jedoch die Schwindelsymptomatik weiterhin und auch ein gewisser Reizhusten sei bis anhin noch nicht vollständig verschwunden. Anamnestisch habe sich erheben lassen, dass bereits in der Kindheit ein Asthma bronchiale diagnostiziert und dass die Beschwerdeführerin nach Covid-19 durch den Hausarzt für ca. 2 Monate mit inhalativen ICS/LABA behandelt worden sei, worunter sich die Hustensymptomatik mit konsekutiver Brustenge deutlich gebessert hätte. Seither nutze sie das Symbicort jedoch nicht mehr (UV-act. M16). Am 14. Juni 2022 bestanden laut den untersuchenden Fachärztinnen und Fachärzten lungenfunktionell weiterhin normale dynamische Lungenvolumina bei normaler Diffusionskapazität, wobei ein persistierend erhöhter FeNO-Wert auffalle. Bei anamnestisch persistierender Hustensymptomatik müsse immer noch von einer erhöhten endobronchialen Entzündungsaktivität ausgegangen werden (UV-act. M31). Anlässlich der nächsten Verlaufskontrolle bei allergischem Asthma bronchiale vom 28. Februar 2023 wurde im Bericht festgehalten, dass eine am 27. September 2022 erstellte Computertomographie des Thorax unauffällig gewesen sei. In Zusammenschau der Befunde sei die Symptomatik im Rahmen eines gut kontrollierten allergischen Asthmas bronchiale interpretiert worden (UV-act. M40). Am 8. September 2023 erfolgte eine pneumologische Verlaufskontrolle bei allergischem Asthma bronchiale, anlässlich welcher die Pneumologie die Diagnosen folgendermassen anpasste: 1. Allergisches Asthma bronchiale, 2. Long-COVID-Syndrom, 3. Vestibuläre Migräne und 4. Rezidivierender BPLS (IV-act. 185). Die nächste Jahreskontrolle fand am 12. September 2024 statt (IV-act. 183).

5.3.4 Am 6. September 2021 besuchte die Beschwerdeführerin eine rhinologische Sprechstunde in der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie am USZ (HNO-Klinik), wo in Zusammenschau der Befunde eine klassische postinfektiöse Hyposmie sowie Phantosmie und Kakosmie nach durchgemachter Covid-19-Infektion festgestellt wurde (UV-act. M19).

5.3.5 Die Beschwerdeführerin stellte sich am 21. Dezember 2021 im Zentrum für ambulante Rehabilitation, Klinik E.____ AG, vor. Der zuständige Neurologe Dr. med. F.____ erhob die Diagnosen Post-Covid-Zustand und vestibuläre Migräne und besprach mit der Beschwerdeführerin die Aufnahme einer ambulanten Rehabilitation (UV-act. M11). Diese startete die Beschwerdeführerin und berichtete Dr. F.____ am 28. Februar 2022, dass ihr Zustandsbild im Wesentlichen unverändert sei. Sie könne jedoch sehr gut von der neuropsychologischen und ergotherapeutischen Therapie profitieren. Dr. F.____ notierte, dass bei der Beschwerdeführerin weiterhin ausgeprägte Symptome im Sinne eines Post-



Covid-Zustands mit vordergründig Fatigue mit Belastungsintoleranz, leichter bis mittelschwerer neuropsychologischen Funktionsstörung, Kopfschmerzen und Schwindel (UV-act. M13; für die nächsten Long-Covid-Sprechstundenberichte von Dr. F.____ vom 31. März 2022 vgl. UV-act. M22, vom 19. Juli 2022 vgl. UV-act. M32, vom 26. August 2022 in UV-act. M33, vom 7. Oktober 2022 in UV-act. M35, vom 13. Januar 2023 in UV-act. M38, vom 4. April 2023 in UV-act. M43). Die zuständige Psychiaterin, Dr. med. G.____, berichtete am 17. Juli 2022, die psychiatrische Behandlung sei aufgrund einer bei Long Covid zusätzlich vorhandenen leicht depressiven Symptomatik gestartet worden. Diagnostisch sei am ehesten von einer depressiven Anpassungsstörung auszugehen gewesen. Im Hinblick auf die zusätzlich bestehende deutliche Fatigue im Rahmen der Long Covid-Erkrankung sei eine antidepressive Medikation installiert worden mit Escitalopram. Hierunter habe eine gewisse Stimmungsstabilisierung erreicht werden können. Da die Beschwerdeführerin im Verlauf noch Einschlafstörungen entwickelt habe, sei zusätzlich auch Trittico verabreicht worden. Insgesamt habe durch die interdisziplinäre Behandlung eine gewisse affektive Besserung erreicht werden können. Im Vordergrund stehe weiterhin eine ausgeprägte Erschöpfung mit deutlich reduzierter Belastbarkeit. Psychiatrisch sei die Prognose abhängig vom weiteren Verlauf der Long Covid Erkrankung, welche im Vordergrund stehe. Die psychiatrische Symptomatik habe zum jetzigen Zeitpunkt keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (UV-act. M27). Am 10. Mai 2023 wurde von der Klinik E.____ anlässlich einer neurorehabilitativen Verlaufskontrolle bei Dr. F.____ erstmals eine 25%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (UV-act. M49; für den nächsten neurorehabilitativen Verlaufskontrollbericht vom 14. Juli 2023 vgl. UV-act. M50). Am 23. Dezember 2024 berichtete Dr. F.____ der IV-Stelle über den Verlauf seit 20. Juli 2022 mit Beilage von Verlaufsberichten vom 13. Juli, 3. Oktober und 24. November 2023 sowie 13. Februar, 16. April und 13. Juni 2024. Der Post Covid-Zustand bestehe seit 2021 und führe unter anderem zu einer ausgeprägten Fatigue mit Belastungsintoleranz sowie einer neuropsychologischen Funktionsstörung mit quantitativer und qualitativer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 164-2 ff.).

5.3.6 Am 27. Juni 2022 wurde die Beschwerdeführerin im Auftrag der zuständigen Pensionskasse von der estimed AG, MEDAS Zug (nachfolgend: estimed), neurologisch begutachtet. Prof. Dr. med. H.____ erstattete am 9. Juli 2022 das entsprechende Gutachten (UV-act. M28). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er chronische Schwindelepisoden und einen post-Covid-19-Zustand (UV-act. M28-19). Aufgrund der aktuellen Untersuchung und vor allem auch aufgrund der über den Verlauf in den Berichten konstanten Schilderung von Beschwerden müsse die Beschwerdeführerin derzeit als 100%ig arbeitsunfähig angesehen werden. Dabei müsse aber berücksichtigt werden, dass die therapeutischen Massnahmen noch nicht ausgeschöpft seien. Zudem gelte es festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin bereits vor über zwei Jahren erkrankte und sich weiterhin nicht arbeitsfähig sehe. Um an eine Wiedereingliederung zu denken, müsse eine multimodale Therapie eingeleitet werden, neben einer psychotherapeutischen Behandlung müssten auch psychologische/psychiatrische



Massnahmen ergriffen werden (UV-act. M28-23). Am 20. Februar 2023 erfolgte eine Verlaufsbeurteilung durch Prof. Dr. H.____. Gleichentags hielt er fest, zusammenfassend könne hinsichtlich der Konsistenz / Plausibilität gesagt werden, dass die anamnestischen Angaben und die Befunde mehrheitlich konsistent seien. Es fänden sich jedoch einige Diskrepanzen zwischen der Schwindelangabe und den nunmehr wiederholten normalen Untersuchungsbefunden. Zur Beschwerdevalidierung sei eine neuropsychologische Verlaufsuntersuchung angezeigt. Bis zur Durchführung dieser Untersuchung sollte die aktuelle langsame Steigerung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen eines Arbeitsversuchs weitergeführt werden (UV-act. M44-26). Die entsprechende neuropsychologische Untersuchung erfolgte am 22. März 2023 durch Dr. phil. M. Funk. Dem Gutachten vom 30. März 2023 ist zu entnehmen, die aktuellen kognitiven Leistungseinbussen würden einer leicht- bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung entsprechen. Die Einschätzung des Schweregrades der neuropsychologischen Störung sei gemäss „Kriterien zur Bestimmung des Schweregrades einer neuropsychologischen Störung sowie Zuordnungen zur Funktions- und Arbeitsfähigkeit“ erfolgt, wie sie von der Schweizerischen Vereinigung für Neuropsychologen veröffentlicht worden sei (UV-act. M46). In der bidisziplinären Konsensbeurteilung vom 29. März 2023 erklärten die Gutachter, es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %. Dies aufgrund der kognitiven Defizite und aufgrund der diesen zugrundeliegenden Fatigue-Symptomatik. Es empfehle sich eine stufenweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit: Das aktuelle Pensum von 20 % solle monatlich um 10 % erhöht werden. Dies möge zwar eine langdauernde Steigerung der Arbeitsfähigkeit sein, doch könne dadurch wohl eine baldige Überforderung vermieden werden und die Chance zu einer Rückführung der Explorandin zur ursprünglichen vollen Arbeitsfähigkeit sei so gut gegeben (UV-act. M47-2). Am 15. Februar 2024 begutachtete Prof. H.____ die Beschwerdeführerin erneut. Gleichentags erstattete er zuhanden der BVK ein weiteres neurologisches Gutachten (fremd-act. 18-116 ff.). Aus diesem gehen dieselben Diagnosen wie aus dem Erstgutachten hervor (fremd-act. 18-146). Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit ist dem Gutachten zu entnehmen, dass aufgrund der fehlenden pathologischen somatischen Befunde und der nur leichten (maximal leichten bis mittelgradigen) kognitiven Defizite (wobei in der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung mit schnellem Bewältigen der Fragebogen bzw. Tests keine Hinweise für Defizite erkennbar gewesen seien) sei nicht nachvollziehbar, warum die Beschwerdeführerin nicht die im neuropsychologischen Gutachten vom 30. März 2023 attestierte Restarbeitsfähigkeit von 60 % bei einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % umsetzen könne. Es sei sogar zu diskutieren, ob eine Steigerung der Restarbeitsfähigkeit auf 70 % möglich sei. Pragmatisch wäre es angezeigt, die Arbeitsfähigkeit monatlich um 10 % bis zu einem Pensum von 60 % (eventuell auch 70 %) zu steigern (man könnte alternativ das Pensum auch in zweimonatlichen Schritten erhöhen, da die Beschwerdeführerin nun doch schon länger nicht mehr hochprozentig gearbeitet habe). Es bestehe eine Berufsunfähigkeit von 30 bis 40 % (fremd-act. 18-150).



5.3.7 Dr. C. ___ notierte in seinem versicherungsmedizinischen Aktenbericht vom 16. August 2023 zusammenfassend, die akute Covid-19-Erkrankung könne eine vorübergehende Verschlechterung der Migräne (und damit die dadurch ausgelösten Symptome Schwindel und Kopfschmerzen) während wenigen Wochen der akuten Infektion erklären. Die darüber hinausgehende Manifestation der Migräne sowie ein anhaltender Erschöpfungszustand könnten aber auf neurologischem Fachgebiet nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal der Covid-19-Erkrankung zugeordnet werden. Zumindest könnten die anhaltenden Symptome nicht auf eine strukturelle Schädigung des Nervensystems zurückgeführt werden (UV-act. M51-7 f.). Die Arbeitsunfähigkeit sei zunächst mit Schwindel und Kopfschmerzen begründet worden, also mit der vestibulären Migräne. Die akute Covid-19-Infektion könne zwar eine vorübergehende Verschlechterung der Migräne erklären. Die Migräne an sich sei jedoch vorbestehend und könne, aus organischer Sicht, durch die Covid-19-Infektion nicht anhaltend verändert werden. Der erst mit deutlicher zeitlicher Latenz, konkret erst nach Besserung der Migräne vordergründig gewordene Erschöpfungszustand könne ebenfalls nicht natürlich kausal auf die Covid-19-Infektion zurückgeführt werden. Neben dem Umstand, dass dieses Symptom erst im zweiten Jahr nach Infektion als relevant dokumentiert worden sei, spreche vor allem die ab April 2021 wieder erreichte vollständige Arbeitsfähigkeit gegen den Kausalzusammenhang. Da aus organischer Sicht der Kausalzusammenhang ohnehin verneint werden müsse, könne aus neurologischer Sicht offenbleiben, ob die im Verlauf psychiatrisch diagnostizierte depressive Anpassungsstörung den Erschöpfungszustand vollständig erkläre (UV-act. M51-10).

5.3.8 Die Neurologie Toggenburg AG, Polydisziplinäre Begutachtungsstelle MEDAS, erstattete am 13. November 2024 zuhanden der BVK ein vertrauensärztliches Gutachten im Fachgebiet Psychiatrie unter Berücksichtigung des Neuropsychologischen Gutachtens von lic. phil. S. C. Früh vom 13. November 2024 (fremd-act. 18-33 ff.). Der psychiatrische Facharzt diagnostizierte eine leichte bis mittelgradige neurokognitive Störung und eine leichte depressive Episode. Unter Rückgriff auf die aktenkundigen neurologischen Begutachtungen lasse sich die neuro-kognitive Störung schlüssig im Rahmen des Post Covid-Syndroms erklären. Im Vergleich zu den neuropsychologischen Vorbefunden aus 2022 und 2023 seien die aktuellen Befunde sowohl hinsichtlich Störungsmuster als auch im Gesamtschweregrad vergleichbar. Gewisse Schwankungen in kognitiven Teilbereichen seien bei wiederholten Testuntersuchungen als normal zu werten. Es sei somit von einem mehrheitlich gleichbleibenden Niveau seit der Erstuntersuchung auszugehen. Die aktuell leichtgradige depressive Störung sei nicht im Sinne einer genuinen Depression zu verstehen, sondern als Reaktion auf die lebensverändernde und anhaltend sowohl die Leistungsfähigkeit als auch das subjektive Wohlbefinden deutlich beeinträchtigende postvirale Erkrankung. Anhaltspunkte für eine somatoforme Störung ergäben sich nicht. Die Funktionsbeeinträchtigungen resultierten aus den neuropsychologisch feststellbaren Defiziten. Da eine Verbesserung der Post Covid-Problematik im längerfristigen Verlauf nicht auszuschliessen sei, empfehle sich eine gutachterliche Verlaufskontrolle in zwei Jahren. Ideal



angepasst wäre für die Beschwerdeführerin eine im zeitlichen Teilpensum ausführbare Tätigkeit mit gut strukturierten Arbeitsabläufen in ablenkungsarmer Umgebung ohne durchgehend hohe Anforderungen an Arbeitstempo, Multitasking und verbale Gedächtnisleistung und mit der Möglichkeit einer individuellen Pausenstrukturierung. In einer solchen Tätigkeit könne von einer Präsenz von 7 Stunden am Tag bei 15 % Leistungseinschränkung ausgegangen werden, entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von 70 % (AUF 30 %; fremd-act. 18-48).

5.3.9 Der RAD nannte in seiner Aktenbeurteilung vom 18. März 2025 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische Schwindelepisoden und einen Post Covid-Zustand und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine episodische Migräne mit Aura (IV-act. 191-4 f.). Die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten Tätigkeit als diplomierte Pflegefachfrau HF zu 60 % arbeitsfähig. Es bestehe lediglich eine Berufsunfähigkeit von 30 bis 40 %. Die aktuelle Tätigkeit könne weiter ausgeübt werden (IV-act. 191-5). Im Einwandverfahren ergänzte er, die für das Post Covid-Syndrom massgebliche Fachdisziplin, die Neurologie mit Neuropsychologie, sei in der gutachterlichen Abklärung vom 15. Februar 2024 enthalten. Ergänzend sei auch noch eine psychiatrische Begutachtung am 18. November 2024 erfolgt unter Berücksichtigung des neuropsychologischen Gutachtens vom 13. November 2024, welche keine wesentlichen Inkonsistenzen aufgewiesen und eine Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit von 60 % attestiert habe. Eine pneumologische Beurteilung werde nicht als zwingend erachtet, zumal keine Lungenerkrankungen bis auf ein bekanntes allergisches Asthma bronchiale, letzteres nicht Covid-bedingt, diagnostiziert worden seien. In der Polygraphie 09/2021 konnte keine nächtliche Atemstörung festgestellt werden. Auch im CT Thorax vom September 2022 hätten sich keine Hinweise auf Lungenembolien beim normalen Lungen-parenchym gefunden. Auch lungenfunktionell hätten sich normale statische und dynamische Lungenvolumina gefunden (IV-act. 203-2).

5.4 Mit seinen in der vorstehenden E. 5.3.7 dargelegten Ausführungen verneint Dr. C. ___ implizit das Vorliegen einer Post-Covid-19-Erkrankung bei der Beschwerdeführerin, währenddem die meisten der vorstehend in E. 5.3 erwähnten Fachärztinnen und Fachärzte, sämtliche Gutachterinnen und Gutachter sowie der RAD von einer Post-Covid-19-Erkrankung ausgehen.

5.4.1 Die Beschwerdegegnerin führt als Argument gegen das Vorliegen einer Post-Covid-19-Erkrankung unter anderem an, dass die umstrittene Diagnose vom Neurozentrum D. ___ erstmals bereits am 28. Januar 2021 gestellt worden sei (UV-act. A163 Ziff. 2.6.1 und act. G7 Rz. 27). Diese wohl tatsächlich verfrühte Diagnosestellung kann jedoch offensichtlich nicht dazu führen, dass die Diagnose später nicht mehr lege artis hätte erhoben werden können. Das Neurozentrum D. ___ überwies die Beschwerdeführerin in die Schwindelsprechstunde, wo nicht einfach die vom Neurozentrum D. ___ erhobene Diagnose übernommen wurde, sondern eine eigene Diagnosestellung erfolgte, welche anlässlich jeder Folgekonsultation wieder überprüft wurde. So wurde der Verdacht auf



eine Post-Covid-19-Erkrankung erst anlässlich der dritten Konsultation der Beschwerdeführerin am 17. August 2021 erhoben (UV-act. M8). In den beiden ersten Konsultationen vom 22. März und 14. Juli 2021 wurde lediglich festgehalten, dass eine Aggravation der vestibulären Migräne nach der Covid-19-Infektion stattgefunden habe (UV-act. M5 f.). Die von der Beschwerdeführerin beklagte Erschöpfung und Müdigkeit wurden am ehesten als postinfektiös interpretiert (UV-act. M5-2 f.) und aufgrund von andauernder Schwäche, einem leichten Reizhusten und Gliederschmerzen wurde eine „Long Covid-Abklärung“ aufgelegt (UV-act. M6-2). Mangels Zuständigkeit hinsichtlich einer detaillierten Post-Covid-19-Abklärung überwies das Schwindelzentrum die Beschwerdeführerin zu diesem Zweck an die Pneumologie, wo am 13. August 2021 nach entsprechender Abklärung inklusive Zusatzuntersuchungen die Diagnose „Long COVID“ gestellt wurde (UV-act. M7). Des Weiteren erhob in der auf ambulante Rehabilitation spezialisierten Klinik E. ___ AG der zuständige Neurologe am 21. Dezember 2021 die Diagnose eines Post-Covid-Zustandes (UV-act. M11); ebenso wie der von der BVK Zürich beauftragte neurologische Gutachter Prof. H. ___ von der estimed (UV-act. M28, M44, M47 und fremd-act. 18-146 ff.). Sodann wurde im psychiatrischen/neuropsychologischen Gutachten vom 13. November 2024, das nach der Beurteilung von Dr. C. ___ erstellt und diesem nicht mehr vorgelegt wurde, ein „Post Covid-Syndrom“ angenommen (fremd-act. 18-33 ff.). Insgesamt erfolgte die Diagnosestellung einer Post-Covid-19-Erkrankung nach dem Dargelegten von verschiedenen, auf diese Diagnosestellung spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten.

5.4.2 Anhand der medizinischen Akten ausgewiesen ist Dr. C. ___s Feststellung, dass im Falle der Beschwerdeführerin nach der infektiösen Phase ihrer Covid-19-Erkrankung keine organisch objektivierbaren Folgen der Berufskrankheit vorhanden waren, welche die fortdauernd geklagten Beschwerden verursachen konnten (UV-act. M51-7; vgl. zur Objektivierbarkeit BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen und Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2 mit Hinweisen). Dr. C. ___s Begründung für eine fehlende Zuordnung der Symptome der Beschwerdeführerin (insbesondere Kopfschmerzen, Schwindel, Erschöpfung) zu einer Post-Covid-19-Erkrankung vermag aber auch ohne Berücksichtigung der dargelegten gegenteiligen medizinischen Einschätzungen nicht bezüglich aller Symptome zu überzeugen. Hinsichtlich der Migräne und allenfalls damit zusammenhängend der Schwindelproblematik erscheinen seine Ausführungen durchaus überzeugend und nachvollziehbar. Dass er die von der Beschwerdeführerin ab der Covid-19-Infektion zusätzlich beklagten, neuartigen Kopfschmerzen ohne Weiteres ebenfalls der Migräne zuordnete, weil sie auf die Therapie mit dem Medikament Aimovig ansprachen (vgl. UV-act. M51-7 Mitte), vermöchte wohl für sich allein noch keine Zweifel an seiner Einschätzung aufzuwerfen, auch wenn andere Fachärztinnen und Fachärzte davon ausgingen, dass es sich dabei um von der Migräne unabhängige Kopfschmerzen handelte (UV-act. M8-3). Hinsichtlich der Erschöpfung respektive der Fatigue sind Dr. C. ___s Ausführungen jedoch nicht überzeugend. So hat die Beschwerdeführerin beinahe von Beginn weg und durchwegs gegenüber sämtlichen Behandlerinnen und Behandlern über Erschöpfung geklagt (so



beispielsweise gegenüber dem Neurozentrum D.____ am 18. Februar 2021: Müdigkeit, Antriebsminderung, Konzentrationsstörungen [UV-act. M4] und am 11. März 2021: Antriebsminderung, Schlafstörungen und Müdigkeit [UV-act. M3]; gegenüber dem Schwindelzentrum am 22. März 2021: Müdigkeit und Erschöpfung seit der Corona-Infektion, von den Ärztinnen als Fatigue qualifiziert [UV-act. M5]; am 14. Juli 2021: Müdigkeit und Erschöpfung, andauernde Schwäche [UV-act. M6], ab 1. November 2021 beklagte sie neben Müdigkeit und Erschöpfung auch Konzentrationsstörungen [UV-act. M15-1] und ab 10. Februar 2022 berichtete sie über eine vorzeitige muskuläre Ermüdbarkeit und ein Fatigue-Syndrom [UV-act. M12-1 f.]; gegenüber der Pneumologie am 13. August 2021: Tagesschläfrigkeit und Konzentrationsstörungen [UV-act. M7-1 f.]). Ab Behandlungsaufnahme in der Klinik E.____ AG galt die ausgeprägte Fatigue mit Belastungsintoleranz (post exertionelle Malaise) sowohl nach kognitiven als auch nach körperlichen Anstrengungen im Sinne eines post-viralen Fatigue-syndroms ohnehin als vordergründig (vgl. beispielsweise Bericht vom 28. Februar 2022 in UV-act. M13). Dass die Beschwerdeführerin sich nach der infektiösen Phase ihrer Covid-19-Erkrankung ins Schwindelzentrum in Behandlung begab und für die dort tätigen Fachpersonen naheliegenderweise der Schwindel und die Kopfschmerzen im Vordergrund standen, kann nicht dazu führen, dass von einer Latenz der Fatigue ausgegangen werden darf, welche laut echtzeitlichen Notizen in den medizinischen Akten nicht vorhanden war. Auch wenn die Ärztinnen und Ärzte im Schwindelzentrum die Müdigkeit, Erschöpfung und Konzentrationsstörungen unter der Hauptdiagnose der vestibulären Migräne führten, waren diese Symptome vorhanden. Und im Gegensatz zu Migräne/Kopfschmerz/Schwindel sprachen diese eben nicht auf die Migränemedikation an, was nach Dr. C.____s Argumentation konsequenterweise bedeuten müsste, dass diese Symptome zu Beginn fälschlicherweise der Migräne zugeordnet worden waren. Auch scheint angesichts der Formulierung des Schwindelzentrums z.B. ab dem Bericht vom 1. November 2021 die Arbeitsunfähigkeit genau aufgrund der Müdigkeit, der Erschöpfung und der Konzentrationsstörung attestiert worden zu sein (UV-act. M15-1 und -3). Sodann vermag auch der Umstand, dass in der Pneumologie noch der Schwindel als Leitsymptom bezeichnet wurde, nicht darüber hinwegzutäuschen, dass dort aufgrund der geklagten Müdigkeit eine Schlafabklärung als angezeigt erachtet und wie gesagt die Diagnose „Long COVID“ erhoben wurde (UV-act. M7-2).

5.4.3 Laut Dr. C.____ sprechen der Umstand, dass der Erschöpfungszustand erst im zweiten Jahr nach Infektion als relevant dokumentiert worden sei, und die ab April 2021 vorübergehend wieder erreichte vollständige Arbeitsfähigkeit gegen einen Zusammenhang zwischen diesem Zustand und der Covid-19-Infektion (vgl. vorstehende E. 5.3.7). Aus der vom BAG gestützt auf die WHO verstandenen Definition einer Post-Covid-19-Erkrankung geht jedoch in keiner Art und Weise hervor, dass eine zwischenzeitliche Arbeitsfähigkeit oder eine Latenz zwischen der Covid-19-Infektion und Symptomen einer Post-Covid-19-Erkrankung per se gegen die Diagnose einer Post-Covid-19-Erkrankung sprechen würden. Diese von Dr. C.____ aufgestellte Behauptung wird vom ihm denn auch nicht belegt, sondern



einfach als bei retrospektiver Betrachtung überraschend und nicht nachvollziehbar bzw. organisch-neurologisch nicht erklärbar abgetan (UV-act. M51-8). Überdies ist allgemein bekannt, dass Post-Covid-19-Erkrankungen oft nicht linear, sondern in Wellen verlaufen.

5.4.4 Soweit die Beschwerdegegnerin als Argumentation gegen das Vorliegen einer Post-Covid-19-Erkrankung anführt, dass die zuständige IV-Stelle den Beginn der langandauernden Erkrankung der Beschwerdeführerin erst auf den 23. Juni 2021 gelegt habe (act. G7 Rz.29.7 und act. G21), ist auf die aus mehreren Gründen fehlende Bindungswirkung hinzuweisen. Die IV erklärte in ihrer Verfügung auf Einwand der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hin, dass das Verschieben des von ihr angenommenen Beginns der langandauernden Krankheit vom 23. Juni 2021 auf den 13. Januar 2021 zu keinem früheren Rentenanspruch führen würde (IV-act. 205-2 4. Absatz). Sie befasste sich also explizit nicht abschliessend mit dieser Frage. Aufgrund der Einheitlichkeit des Invaliditätsbegriffs in der Invaliden- und Unfallversicherung hat die Schätzung der Invalidität mit Bezug auf den gleichen Gesundheitsschaden in beiden Bereichen zwar prinzipiell denselben Invaliditätsgrad zu ergeben, soweit nicht die unterschiedliche gesetzliche Regelung oder Rechtspraxis in den einzelnen Versicherungszweigen zu einer abweichenden Invaliditätsbemessung führen. Es besteht jedoch keine Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung des einen Versicherers für den jeweils anderen Sozialversicherungszweig (Urteil des Bundesgerichts vom 25. August 2011, 8C_543/2011, E. 3 mit Hinweisen). Und in der vorliegenden Konstellation wäre selbst eine Vorsorgeeinrichtung im Bereich der Mindestvorsorge, welche unter gewissen Voraussetzungen an die Feststellungen der Organe der IV gebunden ist, nicht an die Ausführungen der IV-Stelle gebunden, da die Fragestellung für die Beurteilung des Rentenanspruchs gegenüber der IV nicht entscheidend war (vgl. BGE 133 V 67 E. 4.3.2; 130 V 270 E. 3.1 sowie Urteil des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2016, 9C_896/2015, E. 4.2 mit Hinweisen).

5.5 Insgesamt bestehen hinsichtlich der Verneinung der Diagnose Post-Covid-19-Erkrankung mindestens geringe Zweifel an Dr. C.___s Aktenbeurteilung, weshalb dieser keine Beweiskraft zuerkannt werden kann (vgl. vorstehende E. 5.2.2). Darüber hinaus drängt sich der Schluss nicht auf, dass Dr. C.___ als einziger von all den in E. 5.3 genannten Fachpersonen erkannt haben soll, dass die aus seiner Sicht wohl „vermeintliche“ Post-Covid-19-Problematik auf die vorbestehende vestibuläre Migräne der Beschwerdeführerin zurückzuführen ist und beinahe alle anderen mit der Beschwerdeführerin befassten Fachpersonen irrtümlicherweise von einer Post-Covid-19-Erkrankung ausgegangen sind. Vor dem Hintergrund der umfangreichen und weitgehend einheitlichen medizinischen Aktenlage bestehen durchaus Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin im Nachgang zu ihrer Covid-19-Infektion an einer Post-Covid-19-Erkrankung litt. Auf der anderen Seite vermag Dr. C.___s Beurteilung durchaus auch Zweifel an den Einschätzungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu wecken. Vor diesem Hintergrund ist die Angelegenheit offensichtlich



unvollständig abgeklärt, da die vorhandene Aktenlage keinen überwiegend wahrscheinlichen Entscheid darüber zulässt, ob die Beschwerdeführerin an einer Post-Covid-19-Erkrankung leidet oder litt. Und auch die Frage, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgeht, dass die am 13. Januar 2021 bestätigte Covid-19-Infektion am 28. Februar 2021 keine Bedeutung für die geklagten Beschwerden mehr hatte und somit nicht mehr natürlich kausal war, lässt sich gestützt auf die vorhandenen Akten nicht mit dem notwendigen Beweisgrad beurteilen. Sofern die Beschwerdeführerin am 28. Februar 2021 auch nur noch an mindestens einem in Zusammenhang mit ihrer Covid-19-Infektion stehenden Symptom gelitten hat, wäre dies für die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin relevant (vgl. vorstehende E. 3.4). Die Beschwerdegegnerin wird abzuklären haben, ob die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (28. Februar 2021) noch unter natürlich und adäquat kausalen organisch nicht objektivierbaren Folgen ihrer Berufskrankheit litt und bejahendenfalls, für wie lange.

6.

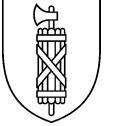
Sollte die natürliche Adäquanz anhand einer beweiskräftigen medizinischen Beurteilung zu bejahen sein, wird die kausale Adäquanz so lange zu bejahen sein, wie eine Post-Covid-19-Infektion nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung, wozu in erster Linie die wissenschaftlichen Erkenntnisse gehören, zu bejahen sein wird (vgl. ANDREA PFLEIDERER/SANDRA DREYER/ROBERT SCHIBLI, Die Leistungspflicht der Unfallversicherung bei «Long Covid», in: HAVE 2025 S. 184, S. 191 f.).

7.

7.1 Die Beschwerde ist nach dem Gesagten in dem Sinne gutzuheissen, dass die Sache zur Vornahme ergänzender Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

7.2 Gerichtskosten sind mangels entsprechender spezialgesetzlicher Grundlage keine zu erheben (vgl. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

7.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als volles Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 132 V 235 E. 6.2). Die Parteientschädigung ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Unter Berücksichtigung vergleichbarer Fälle rechtfertigt sich vorliegend eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).



Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.