

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2024 58

Entscheid vom 10. April 2025

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____,

gegen

C. _____,
Vorinstanz,
vertreten durch Rechtsanwältin Dr.iur. D. _____,

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen; Covid-19 Berufskrankheit)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1964) war seit dem 1. November 2019 bei der E._____ als Pflegefachfrau HF angestellt und dadurch bei der C._____ für die Folgen von Berufskrankheiten versichert.

B. Mit Unfallmeldung vom 16. Februar 2021 meldete die Arbeitgeberin der C._____, A._____ habe sich am 12. Januar 2021 durch den Einsatz bei einer coronapositiven Patientin an Corona angesteckt; sie sei seit dem 19. Januar 2021 vollständig arbeitsunfähig (Vi-act. A3). Mit Schreiben vom 3. Februar 2021 bestätigte der Kantonsarzt die Coronaansteckung und die Isolation von A._____ vom 19. Januar 2021 bis und mit 1. Februar 2021 (Vi-act. A2).

C. Am 29. August 2022 bestätigte die C._____, A._____ sei am 19. Januar 2021 positiv auf das Corona-Virus getestet worden; sie leide seit der Infizierung unter chronischen, multiplen Beschwerden und sei nach wie vor 100% arbeitsunfähig. Aufgrund der Beurteilung des medizinischen Dienstes der Versicherung stünden die heutigen Beschwerden nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang mit der erlittenen Covid-Infektion, weshalb die Versicherung beabsichtige, die Leistungspflicht per 31. August 2022 einzustellen (Vi-act. A145). Mit Schreiben vom 28. September 2022 liess A._____ die C._____ ersuchen, von der Leistungseinstellung abzu- sehen (Vi-act. A150). Nach weiterer Abklärung verfügte die C._____ am 21. November 2023, ab dem 1. September 2022 bestehe kein Anspruch mehr auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung (Vi-act. A181).

D. Die am 9. Januar 2024 gegen die Leistungseinstellung erhobene und am 16. Februar 2024 ergänzte Einsprache (Vi-act. A183, A188) wies die C._____ mit Entscheid vom 30. Mai 2024 ab (Vi-act. A191). Da die C._____ den Ent- scheid an A._____ adressierte, erliess sie am 12. Juni 2024 einen neuen, an deren Rechtsvertreter adressierten Einspracheentscheid (Vi-act. A193).

E. Am 16. August 2024 lässt A._____ beim Verwaltungsgericht des Kan- tons Schwyz (unter Beachtung des Fristenstillstandes nach Art. 38 Abs. 4 lit. b Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom 6.10.2000) fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid vom 12. Juni 2024 sei aufzuheben und es seien die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.
2. Eventualiter seien weitere Sachverhaltsabklärungen durchzuführen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MwSt.).

Mit Vernehmlassung vom 11. Oktober 2024 beantragt die C._____, es sei die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen. Mit Replik vom 24. Januar 2025 resp. Duplik vom 10. März 2025 halten die Parteien je an ihren Anträgen fest.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Am 16. Februar 2021 meldete die Arbeitgeberin der C._____, die Beschwerdeführerin habe sich am 12. Januar 2021 durch den Einsatz bei einer coronapositiven Patientin an Corona angesteckt (Vi-act. A3). Der Kantonsarzt bestätigte die Covid-19-Infektion der Beschwerdeführerin am 3. Februar 2021 (Vi-act. A2). Mit Schreiben vom 25. Februar 2021 anerkannte die C._____ die Covid-19-Infektion der Beschwerdeführerin als Berufskrankheit im Sinne von Art. 9 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 sowie ihre Leistungspflicht als obligatorischer Unfallversicherer (Vi-act. A10). Die Versicherungsleistungen stellte die C._____ per 31. August 2022 ein, weil die dann noch geklagten Beschwerden nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in kausalem Zusammenhang mit der erlittenen Covid-19-Infektion vom 19. Januar 2021 stehen würden (Vi-act. A145, A181).

1.2 Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 30. Mai 2024 / 12. Juni 2024 präzisierte die C._____, sie habe am 25. Februar 2021 die am 19. Januar 2021 nachgewiesene Covid-19-Infektion als Berufskrankheit anerkannt (Vi-act. A10), nicht jedoch den Kausalzusammenhang für später geklagte somatische "Long Covid Beschwerden". Die C._____ habe sich nie auf somatische und/oder psychische Beschwerden festgelegt, die allenfalls durch die Covid-19-Infektion bewirkt worden seien. Damit bleibe die Beschwerdeführerin nach den allgemeinen Grundsätzen des Unfallversicherungsrechts beweispflichtig für das Bestehen von somatischen "Long Covid Beschwerden" und ggf. deren Kausalzusammenhang mit der Covid-19-Infektion. Diesen Beweis könne die Beschwerdeführerin nicht erbringen, womit sich die Verfügung vom 21. November 2023 als korrekt erweise. Seit dem 1. September 2022 bestehe kein Anspruch auf die gesetzlichen Leistungen der Unfallversicherung mehr.

1.3 Die Beschwerdeführerin bestreitet die von der Vorinstanz geltend gemachte Beweislastverteilung. Die Beschwerden unmittelbar nach der Ansteckung als auch die zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung und weiterhin anhaltenden Beschwerden seien auf die stattgefundene Covid-19-Infektion zurückzuführen. Diese sei von der Vorinstanz ebenso anerkannt wie gesundheitliche Beschwerden, die nach erfolgter Infektion bestanden und eine Arbeitsunfähigkeit bewirkt hätten.

Sie leide bis heute unter denselben Beschwerden, die sich unmittelbar nach der Infektion eingestellt hätten. Entsprechend habe die Vorinstanz den Wegfall der Kausalität zu beweisen. Diesen Beweis vermöge die Vorinstanz nicht zu erbringen. Sodann macht die Beschwerdeführerin geltend, entgegen der vorinstanzlichen Darstellung lägen objektivierbare Untersuchungsergebnisse vor.

1.4 Vor Verwaltungsgericht verweist die C._____ auf die nach dem Einspracheentscheid ergangene Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Frage der Covid-19-Infektion als Berufskrankheit (Urteil BGer 8C_582/2022 vom 12.7.2024 = BGE 150 V 460). Die vom Bundesgericht in diesem Entscheid definierten Voraussetzungen für die Anerkennung einer Infektionskrankheit als Berufskrankheit seien vorliegend nicht erfüllt. Die C._____ habe in tatsächlicher Hinsicht das Vorliegen einer Covid-19-Infektion anerkannt, sei jedoch zu Unrecht von einer Berufskrankheit im Sinne von Art. 9 Abs. 2 UVG ausgegangen; bei richtiger Rechtsanwendung liege keine Berufskrankheit vor, womit keine Leistungspflicht des Unfallversicherers bestehe. Ob eine Berufskrankheit vorliege, sei eine Rechtsfrage, welche das Gericht zu beurteilen habe. Auch sei das Gericht nicht an die Parteibegehren gebunden und es könne einen Einspracheentscheid auch zu Ungunsten der Beschwerde führenden Person ändern. Sollte das Gericht wider Erwarten dennoch eine Berufskrankheit bejahen, so würde kein Anspruch auf weitere UVG-Leistungen über den 31. August 2022 hinaus bestehen. Die geklagten Beschwerden seien auf eine in keinem Zusammenhang mit der Covid-19-Infektion stehende, psychiatrische Diagnose zurückzuführen. Dies ergebe sich ebenso aus einem im Rahmen des IV-Verfahrens zwischenzeitlich ergangenen polydisziplinären Gutachten, welches die medizinische Aktenlage aus den UVG-Akten bestätige.

1.5 Replizierend hält die Beschwerdeführerin am Vorliegen einer Berufskrankheit fest. Der von der C._____ angeführte Bundesgerichtsentscheid betreffe eine Psychologin ohne direkten Kontakt mit infizierten Patienten und sei nicht einschlägig. Demgegenüber habe das Sozialversicherungsgericht BS (SVG.2023.166 vom 25.4.2023) bestätigt, dass bei Spitex-Mitarbeiterinnen von einer prinzipiell erhöhten Gefahr einer Infektion auszugehen sei. Im Falle der Beschwerdeführerin sei daher von einer erhöhten Infektionsgefahr im Sinne von Art. 9 Abs. 1 UVG und damit einer Berufskrankheit auszugehen. Weiter widerspricht die Beschwerdeführerin der C._____ hinsichtlich Beurteilung des IV-Gutachtens und betont, mit dem neurologischen Gutachten sei erstellt, dass das für eine Post-Covid-Erkrankung typische Beschwerdebild vorliege. Es handle sich um Spätfolgen/Langzeitschäden der Covid-19-Infektion. Zudem widerspreche das Gutachten der vorinstanzlichen Darstellung, wonach angesichts der

psychiatrischen Diagnosen eine Post-Covid-Symptomatik ausgeschlossen sei. Vielmehr werde ein Zusammenhang zwischen den Diagnosen hergestellt in dem Sinne, als die psychiatrischen Vorerkrankungen nach einer Covid-19-Infektion anhaltende Beschwerden begünstigen würden.

1.6 Unter Verweis auf die echtzeitlichen Angaben der Beschwerdeführerin bekräftigt die C._____ duplizierend ihre Darstellung, wonach die Beschwerdeführerin am 12. Januar 2021 keine pflegerischen Tätigkeiten im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ausgeführt habe. Namentlich habe sie auch keine Tätigkeiten vorgenommen, wie sie dem Entscheid Basel-Stadt zugrunde gelegen hätten. Entsprechend sei das Vorliegen einer Berufskrankheit zu verneinen. Auch ihre Darstellung, wonach gemäss IV-Gutachten die Diagnose einer Post-Covid-19-Erkrankung ausscheide, bestätigt die C._____. Die Beschwerdeführerin zitiere aus dem Zusammenhang gerissen aus dem Gutachten.

1.7 Vorliegend ist damit in einem ersten Punkt strittig, ob die Beschwerdeführerin eine Berufskrankheit (Art. 9 UVG) erlitt und die C._____ infolge Berufskrankheit leistungspflichtig wurde oder nicht. Soweit eine Berufskrankheit bejaht wird, ist desweitem strittig, ob die C._____ die Leistungen zu Recht per 31. August 2022 eingestellt hat mit der Begründung, die dann noch geklagten Beschwerden stünden in keinem überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zur Berufskrankheit.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

2.1.1 Als Berufskrankheiten gelten Krankheiten, 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). Ziff. 1 Anhang 1 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 listet die schädigenden Stoffe auf; Ziff. 2 Anhang 1 UVV die arbeitsbedingten Erkrankungen und zwar einerseits durch physikalische Einwirkungen verursachte Erkrankungen (lit. a) und andererseits mit einer Doppelliste eine abschliessende Aufzählung von Krankheiten und der Arbeiten, die als Ursache für die jeweils aufgeführten Krankheiten zugelassen sind (lit. b). So gelten als Berufskrankheit etwa Infektionskrankheiten bei Arbeiten in Spitälern, Laboratorien, Versuchsanstalten und dergleichen.

Mit dieser Doppelliste (Ziff. 2 lit. b Anhang 1 UVV) hat der Verordnungsgeber die Zusammenhangsfrage aufgrund arbeitsmedizinischer Erkenntnisse vorentschieden: Es besteht in beweisrechtlicher Hinsicht die natürliche Vermutung, es liege eine Berufskrankheit vor, wenn eine der dort aufgelisteten Krankheiten (z.B. Infektionskrankheit) aufgetreten ist und die versicherte Person die entsprechende, im UVV-Anhang umschriebene Tätigkeit (Arbeiten in Spitälern, Laboratorien, Versuchsanstalten und dergleichen) verrichtet. Die natürliche Vermutung hat dem schlüssigen Gegenbeweis zu weichen, wenn konkrete Umstände des Einzelfalls klar gegen eine berufliche Verursachung sprechen (BGE 126 V 183 E. 4a).

2.1.2 Als Berufskrankheiten gelten im Sinne einer Generalklausel auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind (Art. 9 Abs. 2 UVG). Die Voraussetzung des ausschliesslichen oder stark überwiegenden Zusammenhanges gemäss dieser Bestimmung ist nach ständiger Rechtsprechung erfüllt, wenn die Krankheit mindestens zu 75% durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden ist (BGE 126 V 183 E. 2b). Dabei ist grundsätzlich in jedem Einzelfall Beweis darüber zu führen, ob die geforderte stark überwiegende (mehr als 75%ige) bis ausschliessliche berufliche Verursachung vorliegt (BGE 126 V 183 E. 4b). Wenn indessen auf Grund medizinischer Forschungsergebnisse ein Erfahrungswert dafür besteht, dass eine berufsbedingte Entstehung eines bestimmten Leidens von seiner Natur her nicht nachgewiesen werden kann, dann schliesst dies den (positiven) Beweis auf qualifizierte Ursächlichkeit im Einzelfall aus (BGE 126 V 183 E. 4c; vgl. auch SVR 2018 UV Nr. 26 S. 90, U 8C 507/2015 E. 2.2; VGE I 2018 86 vom 7.2.2019 E. 8; VGE I 2017 67 vom 18.9.2017 E. 2.3).

2.2 Mit den Infektionskrankheiten als Berufskrankheit setzt sich auch die Empfehlung Nr. 1/2003 (Version 23.12.2020) der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG, Erkrankungen im Sinne von Anhang 1 Ziffer 2 lit. b UVV, auseinander. Die Empfehlungen der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG stellen zwar keine Weisungen an die Durchführungsorgane der obligatorischen Unfallversicherung dar und sind insbesondere für den Richter nicht verbindlich. Nach der Rechtsprechung sind sie jedoch geeignet, eine rechtsgleiche Praxis sicherzustellen und in diesem Sinne beachtlich (BGE 140 V 41 E. 6.4.2.1).

Gemäss der genannten Empfehlung können unter dem Titel Berufskrankheit Versicherungsleistungen geschuldet sein, wenn sich eine Erkrankung medizinisch eindeutig einer der in Anhang 1 Ziffer 2 lit. b UVV erwähnten Gruppen von arbeitsbedingten Erkrankungen zuordnen lässt (z.B. Covid-19 den Infektions-

krankheiten) und die für diese Gruppe von Erkrankungen zusätzlichen Voraussetzungen erfüllt sind (bei Infektionskrankheiten das Arbeiten in Spitälern, Laboratorien, Versuchsanstalten und dergleichen). Bei Infektionskrankheiten, die von Mensch zu Mensch übertragen werden, bestehe das entscheidende Merkmal der berufsbedingten Exposition darin, dass die konkrete Tätigkeit Arbeiten mit infizierten Patienten oder Arbeiten mit einer stark infizierten/infizierenden oder kontaminierten Umgebung bedingt bzw. umfasst sei. Deshalb ist gemäss Empfehlung das versicherte Gesundheits- und Pflegepersonal der ambulanten und stationären Einrichtungen sowie der Pflegeeinrichtungen 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.

2.3 Im BGE 150 V 460 hat sich das Bundesgericht mit der Frage befasst, ob es zur Qualifizierung einer Erkrankung als Berufskrankheit eines berufstypischen Risikos bedürfe. Im konkreten also, ob die natürliche Vermutung des Zusammenhanges (zwischen Arbeit im Spital, Laboratorium, Versuchsanstalten und dergleichen sowie Infektionskrankheit) für die Anerkennung als Berufskrankheit ausreiche. Das Bundesgericht hielt fest, die Anwendung einer natürlichen Vermutung, dass eine Infektionskrankheit durch die Arbeit im Spital verursacht worden sei, rechtfertige sich 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 als gesundheitsgefährdend gelten (BGE 150 V 460 E. 4.6; Urteil BGer 8C_378/2024 vom 30.10.2024 E. 5.1).

Im konkreten Fall stellte das Bundesgericht fest, die Covid-19-Infektion einer in einem Spital (mit akut an Covid-19 erkrankten Patienten) tätigen Psychologin sei keine Berufskrankheit, da sie nicht mit der Patientenpflege beschäftigt gewesen und somit durch ihre Tätigkeit nicht dem spezifischen Ansteckungsrisiko eines gesundheitsgefährdenden Arbeitsplatzes in einem Spital ausgesetzt gewesen sei (E. 4.7). Zudem sei auch eine Leistungspflicht aus Art. 9 Abs. 2 UVG (General Klausel) ausgeschlossen, da diese nur dann greife, wenn "andere Krankheiten" als die gemäss Art. 9 Abs. 1 UVG vom Bundesrat bestimmten als Ursache einer beruflichen Tätigkeit in Betracht fallen würden. Infektionskrankheiten (Covid-19-Infektion) seien in der Doppelliste Ziff. 2 lit. b Anhang 1 UVV ausdrücklich aufgeführt. Seien die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nicht erfüllt, weil es am zweiten Erfordernis der schädigenden Tätigkeit im Spital fehle, liege von vornherein kein Anwendungsfall von Art. 9 Abs. 2 UVG vor und sei eine Leistungspflicht gestützt darauf daher ausgeschlossen (E. 4.9).

Ebenso entschied das Bundesgericht im Falle einer Psychiaterin bzw. in deren Funktion als Oberärztin in einer Privatklinik für Psychosomatik, Psychiatrie und Psychotherapie, da sie nicht mit der Pflege von akut am Covid-19-Virus erkrankten Patienten beschäftigt gewesen sei (Urteil BGer 8C_524/2023 vom 7.8.2024 E. 5.2). Bestätigt wurde BGE 150 V 460 auch mit Urteil BGer 8C_378/2024 (vom 30.10.2024). Die Covid-19-Infektion einer medizinischen Praxisassistentin in einer frauenärztlichen Praxis wurde nicht als Berufskrankheit anerkannt, da sie nicht mit der Pflege von akut am Covid-19-Virus erkrankten Patienten beschäftigt gewesen sei. Sie sei durch ihre Tätigkeit nicht dem spezifischen Ansteckungsrisiko eines gesundheitsgefährdenden Arbeitsplatzes in einem Spital ausgesetzt gewesen (E. 5.2). Auch eine Leistungspflicht gestützt auf die Generalklausel (Art. 9 Abs. 2 UVG) schloss das Bundesgericht mit derselben Begründung wie in BGE 150 V 460 aus.

Im Sachverhalt, der dem Urteil BGer 8C_442/2024 (vom 4.12.2024) zugrunde lag, ging es um eine Fachangestellte Gesundheit, die an ihrem Arbeitsplatz im Spital, Abteilung Neurologie, mit der Pflege von Patienten mit einer Covid-19-Erkrankung betraut war, was engen körperlichen Kontakt erforderte, auch wenn es sich nicht um eine Intensivstation handelte. Damit war gemäss Bundesgericht ohne Weiteres von einer Tätigkeit mit dem spezifischen Risiko eines gesundheitsgefährdenden Arbeitsplatzes im Spital im Sinne der Doppelliste von Ziff. 2 lit. b Anhang 1 UVV auszugehen, weshalb die natürliche Vermutung zu greifen hatte, dass eine Berufskrankheit vorliege, nachdem die versicherte Person an einer Covid-19-Infektion erkrankt war. Und weiter stellte das Bundesgericht fest, aus der Tatsache, dass eine Ansteckung am Arbeitsplatz nicht überwiegend wahrscheinlich sei, weil die versicherte Person im fraglichen Zeitpunkt nur einen einzigen Covid-19 infizierten Patienten behandelt habe, dieser dannzumal aber nicht mehr infektiös gewesen sei, lasse sich kein schlüssiger Gegenbeweis ableiten; seien die Voraussetzungen für die Geltung der natürlichen Vermutung wie hier gegeben, bedürfe es keiner weiteren Abklärungen, bei welcher Gelegenheit die Infektion stattgefunden habe (E. 5).

2.4.1 Im vorliegenden Fall hat die C._____ die Covid-19-Infektion der Beschwerdeführerin als Berufskrankheit anerkannt und in der Folge Leistungen erbracht. Erstmals vor Verwaltungsgericht bringt sie ein, es liege keine Berufskrankheit vor, weil der Hausbesuch vom 19. Januar 2021 die Voraussetzungen für eine Berufskrankheit nicht erfülle; die Betreuung der Patientin habe keinem berufsspezifischen Risiko im Sinne von Anhang 1 Ziff. 2 lit. b UVV entsprochen, eine eigentliche pflegerische Handlung an der Patientin habe bei diesem kurzen Einsatz nicht stattgefunden.

2.4.2 Vorliegend steht fest, dass es sich um eine Infektionskrankheit handelt und dass eine solche, wenn die Infektion bei der Arbeit im Spital, einem Laboratorium, einer Versuchsanstalt und dergleichen erfolgte, auf der Doppelliste Ziff. 2 lit. b Anhang 1 UVV aufgeführt ist. Damit die natürliche Vermutung für eine Berufskrankheit besteht (vgl. oben E. 2.1.1), ist weiter vorausgesetzt, dass die Beschwerdeführerin dieser gelisteten Tätigkeit nachging. Selbst wenn nun mit der Beschwerdeführerin (und unter Verweis auf das Urteil des Sozialversicherungsgerichts BS UV.2022.25 vom 25.4.2023) davon ausgegangen würde, die Arbeit bei der Spitex sei den Arbeiten in Spitälern, Laboratorien, Versuchsanstalten und dergleichen gleichzustellen, so müsste gestützt auf die zitierte Rechtsprechung des Bundesgerichts gleichwohl auch noch feststehen, dass es sich bei der Tätigkeit der Beschwerdeführerin um eine solche mit dem spezifischen, gesundheitsgefährdenden Risiko handelt, indem die Arbeit etwa engen körperlichen Kontakt mit infizierten Patienten erforderte (vgl. oben E. 2.3; Urteil BGer 8C_442/2024 vom 4.12.2024 E. 5). Hierzu fehlen Informationen weitgehend (diese bleiben beschränkt auf einen allgemeinen, generischen Tätigkeitsbeschreibung; Vi-act. A8), sodass eine Beurteilung der Voraussetzungen nach Ziffer 2 lit. b Anhang 1 UVV kaum möglich ist. Sodann ist anzufügen, dass es für die Frage der Erfüllung von Ziff. 2 lit. b Anhang 1 UVV (entgegen den Ausführungen der C._____) keine primäre Rolle spielt, worin die konkrete Tätigkeit der Beschwerdeführerin am 12. Januar 2021 bestand. War bzw. ist sie bei ihrer Arbeit als Pflegefachfrau HF bei der Spitex dem spezifischen, gesundheitsgefährdenden Risiko ausgesetzt, greift grundsätzlich die natürliche Vermutung, dass eine Berufskrankheit vorliegt, nachdem die Beschwerdeführerin an einer Covid-19-Infektion erkrankt ist (vgl. Urteil BGer 8C_442/2024 vom 4.12.2024 E. 5). Allerdings steht gegen diese natürliche Vermutung der Gegenbeweis offen. Und hierfür kann es durchaus entscheidend sein, welche Tätigkeiten die Beschwerdeführerin am 12. Januar 2021 konkret verrichten musste. Dabei gilt festzuhalten, dass die Beweislast für diesen schlüssig nachzuweisenden Gegenbeweis die C._____ als Unfallversicherer trägt. Auch diesbezüglich liegen aber nur rudimentäre Informationen vor (Vi-act. A1 und A8).

Die C._____ hatte eine Berufskrankheit anerkannt, die Leistungen dann aber per Ende August 2022 eingestellt. Die Anerkennung als Berufskrankheit erscheint nicht offenkundig falsch zu sein im Falle einer Spitex-Pflegefachfrau, welche die Patienten zu Hause aufsucht und pflegt, wobei es je nach Pflegetätigkeit unausweichlich auch zu engem Patientenkontakt kommt. Die Tätigkeit ist mit jener einer Fachangestellten Gesundheit im Spital durchaus vergleichbar, lediglich mit dem Unterschied, dass die Pflegehandlungen nicht am Spitalbett, sondern im häuslichen Umfeld erfolgen. Der direkte Patientenkontakt indes bleibt der nämli-

che. Damit hat es mit der Frage, ob eine Berufskrankheit vorliegt (was wie erwähnt von der C. _____ noch im Einspracheentscheid anerkannt wurde), sein Bewenden. Zu prüfen ist im Weiteren, ob die C. _____ die Leistungen zu Recht per Ende August 2022 eingestellt hatte.

3.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt u.a. voraus, dass zwischen der Berufskrankheit und den geklagten Beschwerden ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 148 V 356 E. 3; BGE 134 V 109 E. 2.1; BGE 129 V 177 E. 3.1 f.).

Ob zwischen dem 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 und in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu befinden hat, wogegen die Adäquanz eine Rechtsfrage ist, die nur vom Rechtsanwender, mithin der Versicherung und im Beschwerdefall dem Gericht, beantwortet werden kann (Urteile BGer 8C_634/2022 vom 23.12.2022 E. 3.1, 8C_15/2021 vom 12.5.2021 E. 7.3). Die bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BSK-Hofer, Art. 4 ATSG, Rz. 58 mit Hinweisen auf BGE 142 V 435 E. 1; BGE 129 V 177 E. 3.1; vgl. BGE 119 V 335 E. 1).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von berufskrankheitsbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die bloße Möglichkeit nunmehr gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen der Berufskrankheit genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (vgl. BGE 150 V 188 E. 4.2; BGE 146 V 51 E. 5.1).

3.2 Die C. _____ hält dafür, sie habe wohl die Covid-19-Infektion als Berufskrankheit anerkannt. Damit aber sei keineswegs eine in diesem Zeitpunkt noch nicht einmal lege artis erhebbare, höchstens mögliche, jedoch sehr unwahrscheinliche künftige Post-Covid-19 Diagnose anerkannt. Mit der Covid-19-Erkrankung seien nicht auch die "Long Covid Beschwerden" anerkannt. Vielmehr müsse der (natürliche und adäquate) Kausalzusammenhang dieser Beschwerden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch die Be-

schwerdeführerin nachgewiesen werden. Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin geltend, die C._____ habe die Covid-19-Infektion anerkannt und sei daher leistungspflichtig, bis mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sei, dass diese Berufskrankheit jede kausale Bedeutung für die geklagten Beschwerden verloren habe. Hierfür sei die C._____ beweisbelastet.

3.3 Ist eine Berufskrankheit festgestellt, so wird die Unfallversicherung grundsätzlich auch für deren weitere Folgen (Tod, Sekundärerkrankung) leistungspflichtig. Die beruflich bedingte Primär- und die Sekundärerkrankung müssen über den gewöhnlichen natürlichen und (bei psychischen Folgeschädigungen) adäquaten Kausalzusammenhang miteinander verbunden sein. Als in tatsächlicher Hinsicht massgebliche Ursachen (natürlicher Kausalzusammenhang) gelten alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise resp. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend haftet der Unfallversicherer auch dann, wenn die Berufskrankheit nur zu einem kleineren Teil für die Sekundärerkrankung verantwortlich ist. Die Adäquanz hat bei körperlichen Folgeschädigungen keine praktische Bedeutung, da sich hier adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BSK UVG-Traub, Art. 9 N 15). Bei psychischen Störungen, die Folge einer Berufskrankheit sind, ohne dass sie durch einen hinreichend objektivierbaren organischen kausalen Befund erklärt werden kann, ist die Adäquanz nach der allgemeinen Formel und nicht nach der Psycho-Praxis zu beurteilen (BGE 129 V 177 E. 4.2; BGE 125 V 456). Danach ist massgebend, ob die Berufskrankheit (oder Geschehnisse in deren Zusammenhang) nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allg. Lebenserfahrung geeignet ist, die psychischen Störungen hervorzurufen. Diese Frage ist insofern nach einem realitätsgerechten Massstab zu beurteilen, als bspw. auch eine ungünstige Prädisposition (weite Bandbreite der Versicherten) zu berücksichtigen ist (BSK UVG-Traub, Art. 9 N 16).

3.4 Entgegen der Ausführung der Beschwerdeführerin kann aus der Anerkennung der Covid-19-Infektion nicht gefolgert werden, die C._____ sei beweisbelastet für den Nachweis, dass die Infektion jegliche Bedeutung für die geklagten Beschwerden verloren hat. Vielmehr handelt es sich bei den 'Long Covid Beschwerden' resp. der 'Post-Covid-19-Erkrankung' resp. dem 'Post-Covid-19-Syndrom' um eine Sekundärerkrankung. Diesbezüglich gilt, dass die Covid-19-Infektion und die Post-Covid-19-Erkrankung über den gewöhnlichen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang miteinander verbunden sein müssen. Beweisbelastet hierfür ist die Beschwerdeführerin, wobei zu ergänzen ist, dass die

Parteien im Sozialversicherungsprozess in der Regel eine Beweislast nur insofern tragen, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte und diese Beweisregel erst Platz greift, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2).

4.1 Die C._____ verneinte einen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen der primären Covid-19-Infektion der Beschwerdeführerin und einem allfälligen sekundären Post-Covid-19-Syndrom. Sie stützt sich dabei auf die Beurteilung ihrer beratenden Ärzte (Aktenbeurteilung Dr.med. H._____ vom 5.11.2023, Vi-act. M75; Aktenbeurteilung Dr.med. I._____ vom 20.2.2023, Vi-act. M70; Aktenbeurteilung Dr.med. J._____ vom 25.8.2022, Vi-act. M41; Aktenbeurteilung Dr.med. K._____ vom 29.11.2021, Vi-act. M14). Diesbezüglich gilt, dass beratende Ärzte eines Versicherungsträgers, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen sind (Urteil BGer 8C_150/2024 vom 10.10.2024 E. 2.3). Deren Berichten und Gutachten kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C_672/2020 vom 15.4.2021 E. 2.3). Bestehen indes auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen resp. beratenden ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 142 V 58 E. 5.1).

4.2 Im angefochtenen Einspracheentscheid erwog die C._____, es lägen insgesamt keine objektivierbaren Untersuchungsergebnisse vor. Eine Leistungspflicht der C._____ für die geklagten, jedoch nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesenen, somatischen "Long Covid Beschwerden" entfalle. Die Prüfung des Vorliegens eines adäquaten Kausalzusammenhanges erübrige sich damit. Hinsichtlich psychische Beschwerden hielt die C._____ fest, die Beschwerdeführerin leide an einem langjährigen Vorzustand in Form einer rezidivierenden jeweils mittelgradigen depressiven Störung verbunden mit einem Erschöpfungssyndrom. So sei sie auch unmittelbar vor Stellenantritt am 1. November 2019 während rund 6 ½ Monaten vollumfänglich arbeitsunfähig gewesen. Die Covid-19-Infektion habe die vorbestehende rezidivierende mittelgradige depressive Störung nicht verschlechtert. Entsprechend bestehe seitens C._____ hierfür auch keine Leistungspflicht.

Zu diesem Ergebnis gelangte die C._____ gestützt auf folgende Aktenbeurteilungen ihrer beratenden Ärzte:

4.2.1 In einer ersten Aktenbeurteilung vom 29. November 2021 gelangte Dr.med. L._____ (Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie) zur Beurteilung, es hätten sich bei der Beschwerdeführerin schon früh manifeste psychische Beschwerden und Anzeichen von erheblichen psychischen Belastungen gezeigt. Im weiteren Verlauf seien wiederholte manifeste depressive Erkrankungszustände beschrieben. Nach einer stationären Behandlung 2015 sei es zur vollständigen Remission der damaligen depressiven Erkrankungssymptomatik gekommen. 2020 habe die Beschwerdeführerin erneut um eine ambulante psychotherapeutische Behandlung ersucht. Im Januar 2021 sei sie an Covid-19 erkrankt. Im weiteren Verlauf werde neben persistierenden Beschwerden auf eine erneute depressive Episode im Rahmen der schon bekannten rezidivierenden depressiven Störung hingewiesen. Insgesamt habe sich eine vielschichtige Erkrankungssymptomatik gezeigt. Schliesslich gelangte Dr.med. K._____ zum Schluss, dass bezogen auf das Beschwerdebild vorrangig und gewichtig die depressive Erkrankung (sowohl in psychopathologischer als auch vegetativer und psychosomatischer Ausrichtung) für die Ausbildung des Beschwerdebildes (mit Erschöpfung, kognitive Beeinträchtigungen, verminderter Belastbarkeit) verantwortlich sei. Die konkrete Frage, ob die beklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in natürlichem Kausalzusammenhang zum gemeldeten Ereignis stehe, konnte gemäss Dr.med. K._____ nicht beurteilt werden, da die multiplen Beschwerden bezogen auf diese Frage nicht gesamthaft eingeordnet werden könnten (Vi-act. M14).

4.2.2 In einer aktenbasierten Kurzbeurteilung vom 25. August 2022 - welche primäre Grundlage für die Leistungseinstellung per Ende August 2022 bildete - erwog Dr.med. J._____ (Facharzt Allgemeine Innere Medizin), bei den Symptomen handle es sich um allgemeine Schwäche, Anstrengungsdyspnoe, Fatigue, Konzentrationsstörung, Tinnitus, Tremor, Geschmack und Geruchsstörung. Die meisten dieser Symptome könnten sowohl im Rahmen der vorbestehenden rezidivierenden depressiven Episoden als auch im Rahmen eines Long Covid Syndroms interpretiert werden, wie dies schon Dr.med. K._____ festgehalten habe. Die meisten Long Covid Syndrome würden sich mit der Zeit bessern, so dass die meisten Erkrankten nach 12 Monaten eine gute Lebensqualität erreichen würden. Bei der Beschwerdeführerin seien 1 ½ Jahre trotz ambulanter und stationärer Behandlung ohne wesentliche Verbesserung vergangen. Entsprechend gelangte Dr.med. J._____ zum Schluss, für die aktuelle Arbeitsunfähigkeit seien die allgemeine Fatigue, Anstrengungsintoleranz, Konzentrations-

störung verantwortlich. Diese Symptome seien vorwiegend auf die bekannte und vorbestehende Psychopathologie zurückzuführen und stünden nur möglicherweise in Zusammenhang mit der Covid-Infektion (Vi-act. M41).

4.2.3 Eine weitere Aktenbeurteilung erfolgte durch Dr.med. M._____ (Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie) am 20. Februar 2023, wobei er die seit der Beurteilung Dr.med. K._____ ergangenen medizinischen Berichte einbezog. Er erwog, in der medizinischen Dokumentation werde immer wieder erwähnt, dass die Beschwerdeführerin psychisch belastet sei; es werde mehrfach eine psychologische/psychiatrische Behandlung empfohlen. Die Berichte des Jahres 2022 würden dabei aber absichtlich die Zuordnung zu bzw. formulierten Widersprüche bzgl. einer depressiven Störung/Episode vermeiden. Deren Verlauf sei somit unklar. Gemäss Dr.med. I._____ könne insbesondere nach neuster Aktenlage aus versicherungspsychiatrischer Sicht weiterhin nicht mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen einerseits der Covid-Infektion vom Januar 2021 sowie andererseits den Symptomen Erschöpfung, Ermüdbarkeit, kognitive Beeinträchtigungen, reduzierte Belastbarkeit, Überforderungserleben und affektive Beeinträchtigung (Verzweiflungsgefühle, Angstsymptomatik) angenommen werden (Vi-act. M70).

4.2.4 Schliesslich nahm am 5. November 2023 Dr.med. N._____ (Facharzt für Neurologie) eine weitere Aktenbeurteilung vor. Er stellte fest, die von der Beschwerdeführerin erlittene akute Covid-19-Erkrankung sei gemäss WHO-Definition eine milde gewesen. Zeitlich daran anschliessend hätten gesundheitliche Beschwerden persistiert, die sich als Erschöpfungszustand beschreiben liessen mit Fatigue/Müdigkeit und einer verminderten vor allem kognitiven Belastbarkeit. Von den behandelnden Ärzten sei dies als Long Covid Syndrom eingeschätzt worden. Dr.med. H._____ hielt fest, Fatigue und verminderte Belastbarkeit würden von vielen Personen zeitlich nach einer akuten Covid-19-Krankheit, sowohl nach schweren als auch nach leichten initialen Verläufen, genannt. Trotz intensiver Forschung habe bislang kein organischer Mechanismus hierfür nachgewiesen werden können, ein solcher bleibe möglich. Für chronische Erschöpfung gehe die neurobiologische Psychosomatik von einem bio-psycho-sozialen Erklärungsmodell aus, was Dr.med. H._____ anhand der Literatur erläutert und wie folgt einfach formuliert: "Eine akute Erkrankung führt dazu, dass die zur Bewältigung psychosozialer Faktoren eingesetzte erhöhte Leistungsbereitschaft (vorübergehend) nicht mehr aufrechterhalten werden kann, was zur Dekompensation führt." Ob dieser Mechanismus auch für die Beschwerdeführerin zutreffe, könne in der Aktenbeurteilung nicht beurteilt werden. Es sei aber nicht zu übersehen, wie frappant die dokumentierte Situation der Versicherten

sich mit den theoretischen Überlegungen aus dem Lehrbuch decken würden. Aus somatischer Sicht lasse sich festhalten, dass keine durch die Covid-19-Erkrankung bedingte Organschädigung habe festgestellt werden können; es liege keine objektivierbare organische Grundlage für die über die akute Erkrankung hinausreichenden Beschwerden vor. Weiter analysiert Dr.med. H. _____ die Befunde aus den kardiologischen, pneumologischen und internistischen Untersuchungen und gelangt zum Schluss, insgesamt zeige sich bezüglich der Funktion des vegetativen Nervensystems ein gemischtes Bild, wobei eine strukturelle Schädigung ausgeschlossen werden könne. Es handle sich um eine komplexe Regulationsstörung der vegetativen Funktionen, wobei die komplexe Steuerung der Organe gestört sei. Dies sei sehr gut vereinbar mit einer Funktionsstörung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, wie sie beim biopsychosozialen Erklärungsmodell der chronischen Erschöpfung dargelegt werde. Nach der letzten Rehabilitation sei der Beschwerdeführerin empfohlen worden, körperliche Aktivität eher nicht oder höchstens sehr langsam zu steigern und auch auf intensive kognitive Tätigkeiten zu verzichten, da dies zu übermässiger Erschöpfung nach Ende der Aktivität führen könne (PEM, post-exertional malaise). Dies setze die Beschwerdeführerin um. Dieses Therapiekonzept habe sich indes als unterlegen erwiesen; überlegen seien Therapieansätze, die auf eine Normalisierung des Aktivitätsniveaus abzielen würden. Es sei der Beschwerdeführerin daher empfohlen, auf ein evidenzbasiertes Therapiekonzept zu wechseln (Vi-act. M75).

Die Fragen der Versicherung beantwortete Dr.med. H. _____ schliesslich wie folgt (Vi-act. M75):

1. Lässt sich aufgrund der erhobenen Befunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit objektiv nachweisen, dass die gesundheitlichen Beschwerden, welche über die akuten Folgen der Infektion hinausgehen, im Zusammenhang mit der Covid-Infektion vom Januar 2021 stehen?

Nein. In den durchgeführten sehr ausführlichen Abklärungen konnte keine durch die Covid-Infektion bedingte Organschädigung nachgewiesen werden. Eine organische Genese der Beschwerden ist damit nicht ausgeschlossen, aber lediglich möglich. Es sei auf die ausführliche Begründung im Abschnitt «Beurteilung aus neurologischer Sicht» verwiesen.

2. Welche anderen Erkrankungen und Belastungsfaktoren beeinflussen nebst den Folgen der Covid-Infektion den Gesundheitszustand der Versicherten zusätzlich bzw. verursachen die geschilderten Beschwerden?

Dokumentiert sind verschiedene Vorzustände und psychosoziale Belastungen. Ob, inwiefern und zu welchen Anteilen diese Faktoren für die geschilderten Beschwerden verantwortlich sind, kann im neurologischen Fachgebiet nicht beurteilt werden.

3. Ist von einer Fortsetzung der medizinischen Behandlung der Folgen der Covid-Infektion noch eine namhafte Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Versicherten zu erwarten?

Da keine organischen Folgen der Covid-Krankheit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisbar sind, ist keine weitere organische Behandlung mehr erforderlich.

4.3 Im Rahmen des IV-Verfahrens wurde die Beschwerdeführerin polydisziplinarisch begutachtet durch die Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie, Neurologie und Psychiatrie. Das Gutachten wurde am 5. März 2024, mithin vor Erlass des Einspracheentscheides vom 12. Juni 2024, erstattet (Vi-act. M76). Im Rahmen der Begutachtung fanden die Gutachter erhebliche Inkonsistenzen. Die beklagte erhebliche körperliche Schwäche und der beklagte allgemeine Leistungsverlust von 90% im Vergleich zu Zeiten von vor der Coronaerkrankung würden nicht plausibel erscheinen, selbst wenn ein Post-Covid-Syndrom vorliegen sollte. Aus psychiatrischer Sicht erschien es dabei wahrscheinlich, dass das aggravierte Verhalten bewusstseinsfern und Teil einer psychiatrischen Erkrankung war. In der Gesamtschau sei die Trennung von tatsächlichen somatischen, psychosomatischen und psychiatrischen Beschwerden in diesem komplexen Fall sehr schwierig. Die Diagnose einer Depression war jedoch nicht eindeutig zu bestätigen. Viele Symptome seien zum Teil unspezifischer Natur. Im Gegensatz zu den früheren aktenkundigen depressiven Episoden habe damals keine fixierte somatische Krankheitsüberzeugung vorgelegen und die Beschwerden seien vollständig regredient gewesen. Die aktuell auffällige Fixierung auf ein explizit somatisches Krankheitskonzept sei DD auch im Rahmen einer Konversionsstörung, DD einer Somatisierungsstörung oder DD einer wahnhaften Überzeugung zu interpretieren. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter in der interdisziplinären Konsensbeurteilung auf:

- Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit anamnestisch emotional instabilen, zwanghaften, abhängigen und ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10: F61)
- Mögliches Post-Covid-Syndrom, Infektion 01/2021 im Sinne einer PEM: Postextortionelle Malaise (ICD-10: U09)
 - Fatigue, Schwindel, muskuläre Belastungsintoleranz, autonome orthostatische Dysregulation (verstärkt binnen 48 h nach Covid-Impfung Spikevax 07/2022), intermittierendes Anstrengungszittern, Gleichgewichtsstörung
 - Affektiv-depressive Züge, neurokognitive Einbussen (ggf. polyfaktoriell)

Insbesondere was das Post-Covid-Syndrom anbelangt, bestand unter den Gutachtern keine Einigkeit. Aus neurologischer Sicht wurde ein mögliches Post-Covid-Syndrom diagnostiziert mit auch postextortioneller Malaise, wobei einschränkend festgestellt wurde, dass eine Objektivierung der Leistungseinbussen aufgrund der bestehenden psychiatrischen Vorerkrankungen schwierig sei. Aus

allgemein-internistischer Sicht erschien die Diagnosestellung eines Post-Covid-Syndroms vor dem Hintergrund der bestehenden erheblichen Inkonsistenzen und auch vor dem Hintergrund der Vorerkrankungen auf psychiatrischem Fachgebiet nicht mit ausreichender Sicherheit möglich. Vor allem das präsentierte erheblich eingeschränkte Leistungsvermögen und das geschilderte, erheblich reduzierte Aktivitätenniveau waren nicht ausreichend plausibel.

Damit gelangte einzig das neurologische Teilgutachten zum Schluss, differentialdiagnostisch sei ein Post-Covid-Syndrom möglich; die weiteren Teilgutachten stellten keine solche Diagnose oder lehnten sie ab. Auch im neurologischen Teilgutachten wurde festgehalten, dass die Herleitung nicht einfach sei, gerade auch aufgrund der bestehenden psychiatrischen Vor- oder Ko-Erkrankung in Form einer affektiv-depressiven Erkrankung und Persönlichkeitsakzentuierung. Diesbezüglich wurde aber auch auf eine bestehende Annahme hingewiesen, es könne eine erhöhte Vulnerabilität bei psychisch Vorerkrankten bestehen; psychiatrische Vorerkrankungen, Fatigue, neurokognitive Störungen könnten eine Post-Covid-Symptomatik begünstigen. Im Fall der Versicherten bestehe unter Umständen ein Bild am ehesten dem einer möglichen PEM: Postextertionellen Malaise entsprechend.

Auch im psychiatrischen Teilgutachten wird die nicht einfache Diagnosestellung betont. Die Trennung von tatsächlichen somatischen, psychosomatischen und psychiatrischen Beschwerden sei in diesem Fall aufgrund der sehr seltenen und neuartigen Konstellation im Kontext von Long Covid sehr schwierig. Die Diagnosen könnten daher nur unter Vorbehalt gestellt werden, da auch deutliche Hinweise auf Aggravation und sekundären Krankheitsgewinn bestehen würden. Festgehalten wird, dass eine rezidivierende depressive Störung bereits vor der Covid-Infektion aktenkundig sei; aktuell lasse sich die Diagnose der Depression nicht eindeutig aufrechterhalten, eine klassische Depression sei eher unwahrscheinlich. Insgesamt sei festzustellen, dass bei der Beschwerdeführerin psychische Probleme wahrscheinlich schon vor der Covid Infektion bestanden hätten und diese nun unter dem Druck am Arbeitsplatz und dem mutmasslichen zeitweise vorhandenen gewesenen Long Covid Syndrom exazerbiert seien.

4.4 Es kann damit festgehalten werden, dass es sich einerseits zwar um einen komplexen Fall handelt, andererseits aber der Gesundheitsverlauf der Beschwerdeführerin aktenmässig gut dokumentiert und die Beschwerdeführerin namentlich auch seit der Covid-19-Infektion medizinisch fachlich breit untersucht und betreut wurde. Dabei steht fest, dass keine objektivierbaren strukturellen Schädigungen erhoben werden konnten. Weder ergeben sich solche aus den Berichten zu den vielfältigen somatischen Untersuchungen, noch aus dem jüngsten IV-Gutachten,

noch legt die Beschwerdeführerin Berichte ins Recht, welche einen objektivierbaren, organischen Befund dokumentieren würden. Damit aber scheiden objektivierbare organische Folgen der Covid-19-Infektion (= Versicherungsfall) aus. Hieran ändert das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach ihre Leistungseinbusse durch die Spiroergometrie verifiziert und objektiviert worden sei (vgl. Vi-act. M36), nichts. Denn trotz all der allgemeininternistischen, kardiologischen, pneumologischen oder neurologischen Abklärungen konnten für die erhobenen Befunde keine organischen objektivierbaren Ursachen resp. Folgen der Covid-19-Infektion nachgewiesen werden, was allein entscheidend ist. Diesbezüglich kann ergänzt werden, dass gemäss IV-Gutachtern aus allgemein-internistischer und kardiologischer Sicht die angegebene erhebliche körperliche Schwäche und auch das erheblich reduzierte Energieniveau nicht plausibel und nicht nachvollziehbar waren (Vi-act. M76 S.12 der interdisziplinären Konsensbeurteilung).

4.5 Was das Post-Covid-19-Syndrom im Speziellen anbelangt, so vermag das IV-Gutachten an den Beurteilungen der beratenden Versicherungsärzte, wonach ein solches nur möglich ist, keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken. Übereinstimmend betonen auch die Gutachter, es handle sich um einen komplexen Fall. Weiter weisen Sie auf erhebliche Inkonsistenzen hin, was die Beurteilung erschwert. In der Gesamtschau wurde die Trennung von tatsächlichen somatischen, psychosomatischen und psychiatrischen Beschwerden in diesem komplexen Fall als sehr schwierig beurteilt; viele Symptome seien zum Teil unspezifischer Natur. Die auffällige Fixierung auf ein explizit somatisches Krankheitskonzept sei differentialdiagnostisch auch im Rahmen einer Konversionsstörung, einer Somatisierungsstörung oder einer wahnhaften Überzeugung zu interpretieren. Die Diagnosestellung konnte aufgrund deutlicher Hinweise auf Aggravation und sekundären Krankheitsgewinn nur unter Vorbehalt erfolgen (Vi-act. M76). Letztlich vermochte einzig das neurologische Teilgutachten die Differentialdiagnose eines möglichen Post-Covid-19-Syndroms zu stellen, wogegen das allgemein-internistische Gutachten eine solche Diagnose ablehnte. Der psychiatrische Teilgutachter stellte zudem etwa fest, dass Long-Covid-Patienten auch bei ausgeprägten Schwächeerscheinungen keine Diskrepanzen zwischen den Schwächesymptomen und der körperlichen Leistungsfähigkeit zeigen würden, wie dies bei der Beschwerdeführerin der Fall sei, was ebenfalls gegen ein Post-Covid-19-Syndrom spricht (Vi-act. M76, psychiatrisches Teilgutachten S. 26). Damit aber werden die Beurteilungen der die Versicherung beratenden Ärzte, wonach ein Post-Covid-19-Syndrom nur möglich ist, bestätigt. Auch aufgrund der polydisziplinären Untersuchung der Beschwerdeführerin kann somit ein Post-Covid-19-Syndrom als Sekundärerkrankung zur Covid-19-Infektion nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden.

Damit aber kann festgehalten werden, dass nicht nur keine objektivierbaren organischen Folgen der Covid-19-Infektion dokumentiert sind, sondern auch ein Post-Covid-19-Syndrom im Speziellen nur möglich, aber keinesfalls überwiegend wahrscheinlich ist.

4.6 Schliesslich weisen auch die IV-Gutachter in Übereinstimmung mit den die Vorinstanz beratenden Ärzten auf die eindrückliche Krankheitsgeschichte der Beschwerdeführerin vor erfolgter Covid-19-Infektion hin mit immer wieder auch stationärer und ambulanter psychiatrischer Behandlung (vgl. Vi-act. M10, M15-M17, M19, M20, M71, auch Aktenzusammenfassung im Gutachten M76). Aus psychiatrischer Sicht wurde im IV-Gutachten ausdrücklich festgestellt, dass bereits vor erlittener Covid-19-Infektion mit hoher Wahrscheinlichkeit psychische Probleme bestanden und sich diese nun unter dem Druck am Arbeitsplatz und bei möglicherweise zusätzlich bestehender Post-Covid-Symptomatik verstärkt haben (Vi-act. M76 S. 13 interdisziplinäre Konsensbeurteilung; S. 28 psychiatrisches Teilgutachten). Festgestellt wurden auch deutliche Inkonsistenzen und Diskrepanzen, wobei festgehalten wurde, es sei wahrscheinlich, dass das aggravierte Verhalten bewusstseinsfern und Teil einer psychischen Erkrankung mit auffälliger Fixierung auf ein explizit somatisches Krankheitskonzept sei, es bestehe eine ausgeprägte Krankheitsüberzeugung, wobei eine psychische Krankheit abgelehnt werde. Da indes wie aufgezeigt die Post-Covid-Symptomatik nur möglich, nicht aber überwiegend wahrscheinlich ist, erweisen sich die Beurteilungen der die Vorinstanz beratenden Ärzte, wonach die Symptome vorwiegend auf die bekannte und vorbestehende Psychopathologie zurückzuführen seien und nur möglicherweise in Zusammenhang mit der Covid-Infektion stünden (Vi-act. M41), als nachvollziehbar und schlüssig (vgl. oben E. 4.2.1 - 4.2.3). Die psychischen Beschwerden können nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf die Covid-19-Infektion zurückgeführt werden, womit die natürliche Kausalität nicht gegeben ist. Damit aber ist auch die Adäquanz nicht zu prüfen.

5. Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde damit als unbegründet. Die von der Beschwerdeführerin über den 31. August 2022 hinaus geklagten Beschwerden stehen in keinem überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zu der von der C._____ anerkannten Covid-19-Infektion vom Januar 2021. Die Einstellung der Versicherungsleistungen erfolgte damit zu Recht. Die Beschwerde ist abzuweisen.

6. Es sind keine Kosten zu erheben (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG); Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht bei diesem Verfahrensausgang keiner (Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Rechtsvertreterin der Vorinstanz (2/R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 10. April 2025

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 8. Mai 2025