

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2023/32 vom 16. Januar 2024

Sg Versicherungsgericht, 2024-01-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2023_32

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2023/32 du 16 janvier 2024

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2023/32 del 16 gennaio 2024

Regeste

Art. 43 Abs. 1 ATSG; Art. 9 UVG; Art. 11 UVV; Anhang 1 zur UVV: Vorliegend ist vom Vorliegen einer Berufskrankheit im Sinne einer am 29. Oktober 2021 bestätigten Covid-Infektion auszugehen. Der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin für die Zeit ab dem 12. April 2022 ist unter dem Aspekt des Grundfalls und nicht als Rückfall zu prüfen. Die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die vorübergehenden gesetzlichen Leistungen – soweit von der Fortsetzung der medizinischen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG) – entfällt nur dann, wenn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass die Berufskrankheit für die geklagte Long-Covid-Symptomatik keinen (teil-)kausalen Anteil (mehr) hat. Es gibt nicht zu unterdrückende Zweifel an der versicherungsmedizinischen neurologischen Aktenbeurteilung. Rückweisung zur weiteren medizinischen Abklärung und neuen Verfügung. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Januar 2024, UV 2023/32).

Volltext

Entscheid vom 16. Januar 2024 Besetzung Versicherungsrichter Mirjam Angehrn (Vorsitz), Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. UV 2023/32 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roland Zahner, Studer Zahner Anwälte AG, Neugasse 40, Postfach 2020, 9000 St. Gallen, gegen AXA Versicherungen AG, General-Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Kathrin Hässig, Anwaltsbüro Lättsch + Hässig, Dorfstrasse 18, Postfach 138, 8630 Rüti ZH, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte) war als diplomierte Pflegefachfrau beim B.____ tätig und dadurch über die AXA Versicherungen AG (nachfolgend: Axa) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert, als sie am 29. Oktober 2021 positiv auf Covid-19 getestet wurde (act. M1 und A1). Vom 29. Oktober bis 17. November 2021 war die Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben, am 18. November 2022 (recte: 2021) nahm sie ihre Arbeit im vorbestehenden Pensum von 90 % wieder auf (act. A1 und A19). Am 10. Dezember 2021 wurde die Versicherte in der kardiologischen Praxis C.____, vorstellig. Im dazu ergangenen Sprechstundenbericht hielt Dr. med. D.____, Fachärztin Innere Medizin FMH, Fachärztin Kardiologie FMH, fest, dass es anamnestisch bereits seit mehreren Monaten zu unklaren thorakalen Beschwerden mit retrosternalem Druck komme. Ab und an bestehe subjektiv auch eine Belastungsdyspnoe. Im Oktober 2021 sei die Versicherte an Covid erkrankt mit einem eher milden Verlauf (Temperaturen, Husten, kein stationärer Aufenthalt, keine akute Dyspnoe). Anschliessend sei es subjektiv zu einer

Progredienz der inadäquaten Belastungsdyspnoe und der thorakalen Beschwerden gekommen. Insgesamt bestehe subjektiv ein Unwohlgefühl, vermutlich auch durch eine chronische Belastungssituation am Arbeitsplatz mitbedingt. In der zusammenfassenden Beurteilung gelangte Dr. D. ___ zum Schluss, dass sich bei der Versicherten anhand der erhobenen Befunde keine klaren Anhaltspunkte für eine mögliche relevante koronare Herzerkrankung ergäben. Eine weitergehende Diagnostik mittels einer CT-Koronarangiografie habe die Versicherte aufgrund der bekannten Kontrastmittelallergie nicht gewünscht. In der durchgeführten Ergometrie sei eine altersentsprechend unauffällige Auslastung gelungen (act. M3). Am 21. Dezember 2021 wurde die Versicherte im Lungenzentrum des KSSG vorstellig. Im dazu ergangenen Untersuchungsbericht vom 29. Dezember 2021 hielten die behandelnden Ärzte fest, dass die Versicherte anamnestisch im Oktober 2021 an Covid erkrankt und drei Wochen stark krank gewesen sei mit einer Ruhedyspnoe nach sieben Tagen. Im Verlauf sei es zu einer langsamen Besserung gekommen. Die Versicherte habe stets das Gefühl, nicht richtig durchatmen zu können. Teilweise habe sie Panikattacken und Erstickungsängste gehabt, aktuell nicht mehr. Als Diagnosen nannten die behandelnden Ärzte einen Status nach einer Covid-Infektion Oktober 2021 (aktuell Long-Covid mit Leistungsminderung, Dyspnoe und Brustenge), ein allergisches Asthma bronchiale (GINA-Stufe 1, Erstdiagnose August 2011), einen Status nach Mitralklappenendokarditis 2001 und weitere Nebendiagnosen. In ihrer Beurteilung hielten die Ärzte sodann fest, dass sich in der Lungenfunktion normale dynamische und statische Lungenvolumina sowie eine normale Diffusionskapazität hätten beobachten lassen. Die geschilderten Beschwerden entsprächen einer Long-Covid-Symptomatik, welche hauptsächlich die Atmung und Leistungsfähigkeit betreffe. Als supportive Massnahme empfahlen sie ein ICS/LABA-Präparat in Reserve und trotz durchgemachter Infektion eine Covid-Impfung (act. M2). Mit Schadenmeldung UVG vom 11. März 2022 liess die Arbeitgeberin der Axa melden, dass die Versicherte durch einen Patientenkontakt am Arbeitsplatz eine Coronainfektion erlitten habe und vom 29. Oktober 2021 bis 17. November 2022 (recte: 2021) zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei (act. A1). Am 21. März 2022 füllte die Versicherte einen Fragebogen der Axa aus (act. A4). Mit Schreiben vom 24. März 2022 teilte die Axa der Versicherten mit, dass die Arbeitgeberin die Infektion mit dem Coronavirus als Berufskrankheit gemeldet habe. Obwohl bei summarischer Prüfung der vorliegenden Informationen der Nachweis einer beruflichen Ansteckung nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit habe erbracht werden können, übernehme die Axa dennoch vorläufig alle gesetzlich festgelegten Versicherungsleistungen, ohne die Leistungsvoraussetzungen im Zusammenhang mit dem Vorliegen einer Berufskrankheit näher zu prüfen. Dies garantiere der Versicherten eine rasche und unkomplizierte Kostenübernahme. Die Axa behalte sich aber vor, den Anspruch auf Versicherungsleistungen später zu prüfen. Auf Leistungen, die sie bis zu diesem Zeitpunkt bereits ausgerichtet oder zugesichert habe, werde die Überprüfung keinen Einfluss haben, sondern es gehe dann ausschliesslich um zukünftige Leistungen (act. A6). Ab dem 12. April 2022 wurde die Versicherte erneut arbeitsunfähig geschrieben (act. A31), was diese der Axa mit E-Mail vom 19. Mai 2022 unter Bezugnahme auf ein Telefonat vom 18. Mai 2022 mitteilte (act. A19; vgl. ferner act. A29). Die Axa erbrachte für die Zeit ab dem 12. April 2022 wiederum Taggelder für eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und ab dem 16. Mai 2022 entsprechend der von der Versicherten beigebrachten Krankschreibung für eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (vgl. act. A19, A31, A45 und A79). Anlässlich einer Konsultation in der Klinik für Rheumatologie des KSSG vom 20. Mai 2022 ergab sich in

Zusammenschau der Befunde kein Hinweis für eine entzündlich rheumatologische Grunderkrankung. Als Diagnosen nannten die behandelnden Ärztinnen in ihrem Bericht Artralgien, Myalgien und Cephalgie (derzeit ohne Hinweis auf eine entzündlich rheumatologische Grunderkrankung), einen Status nach einer Covid-Infektion Oktober 2021 (aktuell Long-Covid mit Leistungsminderung, Dyspnoe und Brustenge), ein allergisches Asthma bronchiale (GINA-Stufe 1, Erstdiagnose August 2011), einen Status nach Mitralklappenendokarditis 2001 und weitere Nebendiagnosen (act. M14). In einem Bericht vom 9. Juni 2022 an die Axa erklärte Dr. med. E.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, Polipraxis F.____, dass die Versicherte anamnestisch im November 2021 an Covid-19 erkrankt sei. Danach habe eine langandauernde Dyspnoe bestanden. Seit der Covid-Erkrankung leide sie immer wieder (rechts mehr als links) an drückenden Kopfschmerzen und Myalgien. Die Myalgien seien am ganzen Körper verteilt und zum Teil als taktile Hyperästhesien beschrieben. Durch konventionelle Analgesie könne keine Besserung erzielt werden. Als objektiven Befund nannte er einen Vitamin B12 Mangel. Als Diagnosen erwähnte er unklare Kopfschmerzen und Myalgien (Differentialdiagnose: Long-Covid, rheumatologisch, funktionell). Als Behandlung werde neben der Einnahme von Vitarubin, Duloxetin, Magnesium, Echinamed forte und Irfen Physiotherapie durchgeführt und die Versicherte befinde sich in rheumatologischer Abklärung sowie in der Long-Covid-Sprechstunde beim KSSG (act. M5). Im Rahmen einer Kopfschmerzsprechstunde vom 16. Juni 2022 in der Klinik für Neurologie des KSSG erkannten die behandelnden Ärzte in Zusammenschau der erhobenen Befunde und der ICHD-3-Kopfschmerzkriterien keinen Anhalt für einen primären Kopfschmerz. Sie sahen die Beschwerden als sekundäre Kopfschmerzen an, welche auf eine systemische virale Infektion (Covid-Infekt) zurückzuführen seien. Eine bereits geplante Rehabilitation unterstützten sie und empfahlen eine anschließende Reevaluation der Beschwerden. Bei fehlender Besserung oder Zunahme der Beschwerden erachteten sie eine Zuweisung und Anbindung ans Schmerzzentrum aus neurologischer Sicht als sinnvoll (act. M12). Am 1. Juli 2022 erfolgte auf Zuweisung des Hausarztes eine Vorstellung der Versicherten bei Dr. med. G.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Ambulante Reha H.____, welche als Diagnosen eine Post-Covid-19-Erkrankung (Long-Covid-Syndrom), ein allergisches Asthma bronchiale (GINA-Stufe 1; Erstdiagnose August 2011) sowie einen Status nach einer Mitralklappenendokarditis 2001 erhob (act. M10). Noch gleichentags gelangte die Ambulante Reha H.____ mit einem Kostengutsprache gesuch für eine ambulante Therapie an die Axa (act. A25). Nach der Zustellung eines Auszugs aus der Krankengeschichte der Versicherten (act. M8) und der Beantwortung einiger Fragen durch Dr. E.____ (act. A40 und M9) erteilte die Axa am 19. Juli 2022 Kostengutsprache für die ambulante Rehabilitation im Zusammenhang mit der Corona-Erkrankung vom 29. Oktober 2021 (act. A43). In einem Verlaufsbericht vom 19. August 2022 hielt Dr. G.____ fest, dass die Versicherte gut in die multimodale ambulante Rehabilitation gestartet sei. Es bestehe ein positiver Rehabilitationsverlauf. Im Mittelpunkt stünden die körperliche Aktivierung sowie die Energiemanagementschulung und Krankheitsakzeptanz. Typisch für die Erkrankung beschreibe die Versicherte immer wiederkehrende Tiefpunkte der Energie sowie anschließende Re-Kompensation. Sie sei in ihren Alltagsaktivitäten nach wie vor deutlich eingeschränkt. Von ärztlicher Seite werde die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit mit 20 % ab September 2022 unterstützt. Idealerweise würde das Pensum von 20 % auf zwei Tage pro Woche aufgeteilt. Sollte dies nicht möglich sein, könne die Versicherte mit einem Dienst pro Woche starten und die Verträglichkeit des

Arbeitspensums abwarten (act. M11). Am 26. September 2022 ging ein erneutes Kostengutsprachege such für eine weitere ambulante Rehabilitationstherapie bei der Axa ein (act. A67). Mit E-Mail vom 28. September 2022 erklärte die Axa, dass sie noch weitere Abklärungen treffen müsse und daher zum erneuten Kostengutsprachege such noch keine Stellung beziehen könne (act. A68). In seiner Aktenbeurteilung vom 31. Oktober 2022 kam der Versicherungsmediziner Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie FMH, zum Schluss, dass sich aufgrund der erhobenen Befunde nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit objektiv nachweisen lasse, dass die gesundheitlichen Beschwerden im Zusammenhang mit der Covid-Infektion vom Oktober 2021 stünden. In Anwendung der WHO-Kriterien könne keine Post-Covid-19-Erkrankung diagnostiziert werden, da andere Ursachen nicht ausgeschlossen seien bzw. die Fortsetzung eines vorbestehenden, nicht durch eine organische Erkrankung bedingten Prozesses als Ursache der weiterhin bestehenden Symptome weit im Vordergrund stehe. Sicher sei, dass keine organische Erkrankung des Nervensystems, des Herzes und des Atemapparates nachgewiesen worden sei und die geklagten Beschwerden respektive deren Ursachen nicht durch technische oder apparative Untersuchungsmethoden nachzuweisen seien. Die ab dem 12. April 2022 erneut eingetretene Arbeitsunfähigkeit sei nicht auf die Covid-Infektion zurückzuführen. Die initial milde verlaufende akute Covid-19-Erkrankung respektive die organischen Folgen dieser Krankheit könnten keine vier Monate später neu auftretende Arbeitsunfähigkeit erklären (act. M15). Mit Schreiben vom 1. November 2022 teilte die Axa der Versicherten mit, der medizinische Dienst sei zum Schluss gelangt, dass die Beschwerden nicht mehr mit der gesetzlich festgelegten überwiegenden Wahrscheinlichkeit in einem Zusammenhang zur erlittenen Covid-Infektion vom 29. Oktober 2021 stehen würden. Aufgrund dieser Beurteilung bestehe ab dem 12. April 2022 kein Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung mehr. Auf eine Rückforderung der bereits erbrachten Leistungen verzichte die Axa (act. A71). Bezugnehmend auf ein Telefonat vom 7. November 2022 liess die Versicherte der Axa am 8. November 2022 eine Stellungnahme zukommen, mit welcher sie zum Ausdruck brachte, mit dem negativen Leistungsbescheid vom 1. November 2022 nicht einverstanden zu sein (act. A76 f.). Aus der Stellungnahme und den dazu eingereichten Unterlagen ging überdies hervor, dass bei der Versicherten bereits ein Antikörper-Serologie-Test vom 5. August 2021 positiv ausgefallen war (vgl. act. M16 und A76 f.). Am 29. November 2022 verfügte die Axa, dass für die Covid-Infektion vom 29. Oktober 2021 sowie für eine weitere Covid-Infektion unklaren Datums (positiver Antikörper-Serologie-Test vom 5. August 2021) kein Leistungsanspruch aus der Unfallversicherung bestehe (act. A88). Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. R. Zahner, St. Gallen, am 6. Januar 2023 Einsprache (act. A92). Sie legte ihrer Einsprache einen Bericht von Dr. G.____ vom 15. Dezember 2022 (act. M18), einen Bericht der gleichen Ärztin vom 2. Dezember 2022 zur Sprechstunde vom 25. November 2022 (act. M17) sowie einen Bericht von Dr. med. J.____, Psychosomatik, und Dr. phil. K.____, Psychotherapeutin, Ambulante Reha H.____, vom 12. Dezember 2022 bei (act. M19). Mit Einspracheentscheid vom 1. April 2023 wies die Axa die Einsprache der Versicherten ab (act. A1). Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die weiterhin durch Rechtsanwalt Zahner vertretene Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 16. Mai 2023 Beschwerde. Sie beantragte, der Einspracheentscheid der Axa (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 1. April 2023 sei vollumfänglich aufzuheben und ihr seien die ihr zustehenden gesetzlichen Leistungen aus UVG zuzusprechen. Eventualiter sei ein versicherungsexternes Gutachten beim Universitätsspital Basel, asim, einzuholen. Alles

unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1 S. 2). Die Beschwerdeführerin legte ihrer Beschwerde unter anderem einen Auszug aus ihrem Kalender vom Oktober 2021 (act. G 1.6), eine Übersicht über ihre Absenzen von Dezember 2021 bis November 2022 (act. G 1.3), einen weiteren Sprechstundenbericht von Dr. G. ____ vom 28. Oktober 2022 (act. G 1.4) sowie eine Aktenbeurteilung des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 3. Januar 2023 (act. G 1.5) bei. In ihrer Beschwerdeantwort vom 26. Juni 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. K. Hässig, Rütli ZH, die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. G 3). Die Beschwerdeführerin hielt in ihrer Replik vom 28. August 2023 an den in der Beschwerde gestellten Anträgen fest (act. G 6). In ihrer Duplik vom 9. November 2023 hielt die Beschwerdegegnerin an dem in der Beschwerdeantwort gestellten Antrag fest (act. G 10). Erwägungen Anfechtungsgegenstand im vorliegenden Beschwerdeverfahren bildet der Einspracheentscheid vom 1. April 2023 (act. A1), mit welchem die Beschwerdegegnerin die Verfügung vom 29. November 2022 bestätigt hat. In dieser Verfügung hatte die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch für die am 29. Oktober 2021 nachgewiesene Covid-Infektion sowie eine weitere Covid-Infektion unklaren Datums (positiver Antikörper-Serologie-Test vom 5. August 2021; act. M6) verneint, da es sich bei den genannten Covid-Infektionen um keine Berufskrankheiten handle. Darüber hinaus hatte sie einen über die akuten Folgen der Infektion vom 29. Oktober 2021 hinausgehenden Leistungsanspruch auch in Ermangelung eines nachgewiesenen Kausalzusammenhangs abgelehnt und ihre Leistungen daher für die Zukunft (ex nunc et pro futuro) eingestellt (act. A88). Zunächst zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht mit der Begründung abgelehnt hat, bei den Covid-Erkrankungen der Beschwerdeführerin (Tests vom 5. August 2021 und 29. Oktober 2021) handle es sich nicht um Berufskrankheiten im unfallversicherungsrechtlichen Sinne. Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Als Berufskrankheiten gelten namentlich 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). 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, die durch Arbeiten in Spitälern, Laboratorien, Versuchsanstalten und dergleichen bedingt sind. Die Covid-19-Erkrankung lässt sich eindeutig der in Anhang 1 Ziff. 2 lit. b UVV erwähnten Gruppe der Infektionskrankheiten zuordnen und die Arbeit der Beschwerdeführerin als Pflegefachperson auf der Covid-Station hat unbestrittenermassen eine berufsbedingte Exposition gegenüber dem Virus in einem Spital umfasst (vgl. dazu Empfehlungen der Ad-Hoc-Kommission Schaden UVG, Nr. 1/2003, Erkrankungen im Sinne von Anhang 1 Ziff. 2 lit. b UVV in der Version vom 23. Dezember 2020). Wurden die Covid-19-Erkrankungen der Beschwerdeführerin ausschliesslich oder vorwiegend bei ihrer beruflichen Tätigkeit als Pflegefachfrau im Spital verursacht, haben sie demnach als Berufskrankheiten zu gelten (Art. 9 Abs. 1 UVG i.V.m. Anhang 1 zur UVV). Nach der Rechtsprechung ist eine "vorwiegende" Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten im Sinne von Art. 9 Abs. 1 UVG dann gegeben, wenn diese mehr wiegen als alle andern mitbeteiligten Ursachen,

mithin im gesamten Ursachenspektrum mehr als 50 % ausmachen (BGE 119 V 200 E. 2a und 117 V 355 E. 2a mit Hinweis). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 472 E. 3.2). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Ein spezifisches Expositionsrisiko am Arbeitsplatz, wie es bei Arbeiten auf der Covid-19-Intensivstation oder der Covid-19-Pflegeabteilung gegeben ist, ist ein gewichtiges Indiz für das Vorliegen einer Berufskrankheit, während das alleinige Arbeiten im Spital ohne bewussten Kontakt mit infizierten Personen, beispielsweise in der Wäscherei oder in der Orthopädie, für den Nachweis einer Berufskrankheit nicht ausreicht. Bei der Deckungsprüfung gilt es auch die ausserberuflichen Kontakte zu berücksichtigen. Massgebend ist stets der Einzelfall mit einer Abwägung der Argumente, die für oder gegen eine vorwiegende Verursachung (> 50 %) bei der beruflichen Tätigkeit sprechen. Bei Beweislosigkeit, wenn also gleich viel für und gegen eine berufliche Ansteckung spricht, fällt der Entscheid zu Ungunsten der versicherten Person aus, die aus dem Vorliegen einer Berufskrankheit für sich Rechte ableiten wollte (<https://www.koordination.ch/de/online-handbuch/uvg/berufskrankheit/listenerkrankungen/#highlight=Berufskrankheiten%2FListenkrankheiten>; abgerufen am 16. Januar 2024; Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Basel-Stadt vom 25. April 2023, UV.2022.25, E. 3.12 mit Hinweisen). Was die von der Beschwerdeführerin behauptete Covid-Infektion vom Sommer 2021 (Serologie-Test vom 5. August 2021; act. M16) betrifft, ist hinsichtlich der Frage, ob es sich dabei um eine Berufskrankheit gehandelt hat, mit der Beschwerdegegnerin (act. G 3 S. 4 f.) von Beweislosigkeit auszugehen, die sich zu Ungunsten der Beschwerdeführerin auswirkt (zur Folge der Beweislosigkeit vgl. oben E. 2.6). Es kann, wie die Beschwerdeführerin selber eingesteht (vgl. act. A77), rückwirkend nicht mehr rekonstruiert werden, wann genau und unter welchen Umständen diese Ansteckung erfolgt ist. Vor diesem Hintergrund ist nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Ansteckung im beruflichen Kontext wahrscheinlicher ist als eine solche im privaten Kontext. Dass die Beschwerdegegnerin mangels ausgewiesener Berufskrankheit eine Leistungspflicht für die Covid-Infektion unklaren Datums abgelehnt hat, ist somit nicht zu beanstanden. Anders verhält es sich hinsichtlich der am 29. Oktober 2021 bestätigten Covid-Infektion (act. M16). Die Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt der Ansteckung unbestrittenermassen als Pflegefachperson in einem Pensum von 90 % in einem Akutspital angestellt. Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin im Fragebogen vom 21. März 2022 war sie damals seit zwei Jahren in einem Springerteam tätig mit überwiegendem Einsatz auf der Covid-Station 0202 (Pneumologie; act. A4). Bei diesen Angaben handelt es sich um Aussagen der ersten Stunde, denen beweisrechtlich ein erhöhtes Gewicht zukommt (BGE 121 V 47 E. 2a und 143 V 174 E. 5.2.2; Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juni 2021, 9C_808/2020, E. 3.3). Angesichts dessen, dass die Beschwerdeführerin somit auch im fraglichen Zeitraum der

Covid-Infektion teilweise auf der Covid-Station eingesetzt worden ist, mithin am Coronavirus erkrankte Personen gepflegt hat, ist grundsätzlich ohne Weiteres von einer berufsbedingten Exposition mit relevanter Dauer auszugehen. An den Nachweis einer beruflichen Ansteckung sind demnach keine hohen Anforderungen zu stellen (vgl. dazu Nathalie Lang, Long Covid, Ein neues Krankheitsbild und seine Herausforderungen für das Versicherungsrecht, in: Ueli Kieser/Marc Hürzeler/Stefanie J. Heinrich [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2022, S. 123; vgl. oben E. 2.6). Dass die Beschwerdeführerin, wie von der Beschwerdegegnerin geltend gemacht wird (act. G 3 S. 6), neben ihrer Tätigkeit auf der Covid-Station möglicherweise im Zeitraum der Ansteckung auch noch auf anderen Stationen eingesetzt worden ist, ändert am grundsätzlich erhöhten Expositionsrisiko nichts. Selbst wenn die Beschwerdeführerin nicht ausschliesslich Patientinnen und Patienten mit Covid-19-Infektion gepflegt haben sollte, musste sie immerhin in Kauf nehmen, dass mehrere Patienten – aufgrund ihrer Einsätze auf der Covid-Station vermutlich sogar alle Patientinnen und Patienten – an Covid-19 erkrankt waren und sie sich dabei infiziert haben könnte. Die vom Bund empfohlenen Abstandsvorschriften konnte sie bei ihrer Berufstätigkeit nicht einhalten, womit sie aufgrund einer räumlichen Nähe einem spezifischen Berufsrisiko ausgesetzt gewesen war (vgl. dazu auch Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Basel-Stadt vom 25. April 2023, UV.2022.25, E. 4.6.1). Die von der Beschwerdeführerin – unter Beilage einer Fotografie ihres Kalenders mit eingetragenen Diensten (act. G 1.6) – in der Beschwerde aufgestellte Behauptung, wonach auch der am 27. und 28. Oktober 2021, also an den beiden Tagen vor dem positiven Testresultat, verrichtete Dienst auf der Nephrologie (vgl. act. A4), als Dienst auf der Covid-Station zu werten sei (act. G 1 S. 7), braucht daher keiner weiteren Überprüfung unterzogen zu werden. Neben dem bei der beruflichen Tätigkeit generell erhöhten Expositionsrisiko kommt bei der Beschwerdeführerin konkret hinzu, dass sie an den beiden Tagen vor ihrem positiven Testresultat bzw. vor dem Ausbruch ihrer Covid-19-Erkrankung unbestrittenermassen Kontakt mit einem an Covid-19 infizierten Patienten hatte, wobei sie nur mit einem normalen Mund-Nasenschutz geschützt war (act. A4; act. G 3 S. 6 f. und 10 S. 3), was eine Ansteckung im beruflichen Kontext wahrscheinlich macht. Der Hinweis der Beschwerdegegnerin auf die angeblich zu kurze Inkubationszeit ist unbehelflich (act. G 3 S. 7 f.). Die Beschwerdeführerin hat auf eine Internetinformation des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) verwiesen, wonach die Inkubationszeit durchschnittlich drei bis vier Tage betrage, jedoch bis zu 14 Tagen reichen könne, womit ein Ausbruch bzw. eine Positivtestung einer Covid-19-Erkrankung am 29. Oktober 2021 (dritter Tag nach Exposition am 27. Oktober 2021) durchaus von der Inkubationszeit erfasst sein kann. Inwiefern die von der Beschwerdeführerin zitierten Angaben des BAG (act. G 1 S. 8) weniger aussagekräftig sein sollen als die von der Beschwerdegegnerin angeführte Studie, welche Fälle von Juli bis August 2021, mithin eines Zeitraums vor der hier fraglichen Ansteckung im Oktober 2021, untersucht zu haben scheint (act. G 3 S. 7), ist nicht ersichtlich. Bei einem beruflich allgemein erhöhten Risiko und einem konkreten Kontakt mit einem an Covid-19 erkrankten Patienten an den zwei Tagen vor dem positiven Test vermag eine Statistik mit Durchschnittswerten somit nichts daran zu ändern, dass eine Ansteckung im Spital wahrscheinlich ist, wenn keine Anhaltspunkte für eine anderweitige Infektionssituation bestehen. Solche sind vorliegend nicht ersichtlich. Es gibt keine Anhaltspunkte für eine erhöhte Gefährdung im Privatbereich. Die Beschwerdeführerin hat durchaus glaubhaft ausgeführt, dass der mit ihr zusammenlebende Ehemann geimpft gewesen und aufgrund seiner Anstellung als Arzt

wöchentlich getestet worden sei (act. G 1 S. 9). Das von ihrem Ehemann ausgehende Ansteckungsrisiko dürfte somit gering gewesen sein. Ausserdem wäre anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin von einer allfälligen Infektion ihres Ehemannes im fraglichen Zeitraum erfahren hätte. Aufgrund der fehlenden Impfung und der zeitweise geltenden Zertifikatspflicht erscheint es überdies glaubhaft, dass sich die Beschwerdeführerin im privaten Bereich eher zurückhaltend verhalten hat (act. G 1 S. 9), selbst wenn es durch Tests die Möglichkeit gegeben hat, ein Zertifikat zu erlangen (vgl. dazu die Ausführungen der Beschwerdegegnerin in act. G 3 S. 10). Der Beschwerdeführerin dürfte aufgrund ihrer Anstellung das Ansteckungsrisiko sowie die entsprechenden Verhaltensempfehlungen im privaten Bereich durchaus bekannt gewesen sein, sodass ein vorsichtiger Umgang im Privatleben plausibel erscheint. Jedenfalls fehlen konkrete Indizien, dass die Beschwerdeführerin im hier interessierenden Zeitraum um den 29. Oktober 2021 ausserhalb des Spitals Kontakt mit infizierten Personen gehabt hätte. Folglich ist eine Ansteckung im Spital mit abstrakt erhöhtem Expositionsrisiko und konkret feststehendem Kontakt mit einer infizierten, hustenden Person wahrscheinlicher (act. A4). Dass im Spital gegenüber dem privaten Bereich erhöhte Schutzmassnahmen gegolten haben, wie von der Beschwerdegegnerin vorgebracht wird (vgl. act. G 3 S. 8 f.), lässt den Kontakt mit dem infizierten Patienten als nicht weniger gefährlich erscheinen. Es ist zwischen den Parteien nämlich, wie bereits gesagt, nicht umstritten, dass die Beschwerdeführerin anlässlich des besagten Kontaktes einzig mit einem normalen Mund-Nasenschutz ausgerüstet gewesen ist (act. A4; G 3 S. 8, unten; vgl. oben E. 2.9). Aus ihren Ausführungen zur epidemiologischen Lage bzw. den gestiegenen Fallzahlen (act. G 3 S. 8 f.) kann die Beschwerdegegnerin ebenfalls nichts zu ihren Gunsten ableiten. Eine Zunahme der Fallzahlen dürfte das Ansteckungsrisiko sowohl im privaten als auch im beruflichen Kontext erhöht haben. In der Gesamtwürdigung aller Umstände erscheint nach dem Gesagten eine Ansteckung im beruflichen Kontext wahrscheinlicher als im privaten. Folglich ist vom Vorliegen einer Berufskrankheit im Sinne einer am 29. Oktober 2021 bestätigten Covid-Infektion auszugehen. In einem nächsten Schritt gilt es zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin eine über den 11. April 2022 hinausgehende Leistungspflicht (zum Datum vgl. Einspracheentscheid [act. G 1.2] S. 7 f.) infolge fehlender natürlicher Kausalität zwischen den Beschwerden und der Covid-Infektion zu Recht verneint. Bei Fehlen gegenteiliger Regelungen sind Berufskrankheiten von ihrem Ausbruch an einem Berufsunfall gleichgestellt (Art. 9 Abs. 3 UVG). Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht grundsätzlich nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Ereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 f. E. 3.2 f. mit Hinweisen; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [KOSS UVG]; Irene Hofer, N 66 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2012, S. 53 ff.). Für die Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen (KOSS UVG-Nabold, N 53, 59 zu Art. 6; BSK UVG-HofeR, N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58; BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2, 112 V 32 f. E. 1 sowie in BGE 135 V 465 nicht publizierte E. 2 des Urteils 8C_216/2009 vom 28. Oktober 2009, je mit Hinweisen). Ob ein

natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4). 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; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54). 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; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54; KOSS UVG-Nabold, N 54 zu Art. 6). Die Beschwerdegegnerin hat initial grundsätzlich anerkannt, dass die Beschwerdeführerin an Folgen einer Corona-Infektion leidet. Der von ihr beim Leistungsanerkennungsschreiben angebrachte Vorbehalt hinsichtlich ihrer Leistungspflicht hat sich in erster Linie auf das Vorliegen einer Berufskrankheit und nicht auf das Bestehen eines Kausalzusammenhangs zwischen den Beschwerden und der Covid-Infektion von Oktober 2021 bezogen (act. A6). Selbst wenn der Vorbehalt aber auch hinsichtlich des Kausalzusammenhangs angebracht worden wäre, kann die Beschwerdegegnerin vorliegend daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Da die Beschwerdegegnerin nach der Manifestierung der Diagnose Long-Covid (diese hat erstmals im Bericht der Pneumologie des KSSG vom 29. Dezember 2021 Erwähnung gefunden; act. M2) weiterhin Leistungen ausgerichtet hat, ist grundsätzlich von einer faktischen Anerkennung auszugehen (zur späteren Anerkennung der Long-Covid-Symptomatik vgl. auch unten E. 4.5). Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, dass es sich bei der ab dem 12. April 2022 erneut aufgetretenen Arbeitsunfähigkeit um einen Rückfall gehandelt habe, nachdem die Beschwerdeführerin vom 18. November 2021 bis 11. April 2022, also rund fünf Monate, arbeitstätig gewesen und erst ab dem 12. April 2022 wieder arbeitsunfähig geworden sei. Folglich obliege es der Beschwerdeführerin, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall geltend gemachten Beschwerdebild und der Berufskrankheit Covid-19 nachzuweisen. Bei Beweislosigkeit falle der Entscheid zu Ungunsten der Beschwerdeführerin aus (und act. G 3 S. 15 f.). Demgegenüber bestreitet die Beschwerdeführerin, dass es sich bei der ab dem 12. April 2022 erneut eingetretenen Arbeitsunfähigkeit um einen Rückfall gehandelt habe. Sie vertritt die Ansicht, dass die Beweislast für das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung der Covid-19-Erkrankung bei der Beschwerdegegnerin liege (act. G 1 S. 10). Gemäss Art. 11

UVV werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Praxismässig handelt es sich bei einem Rückfall um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit bzw. vermeintlich geheilter Unfallfolgen, sodass es erneut zu ärztlicher Behandlung und möglicherweise zu einer weiteren Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen wird dann gesprochen, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Lauf längerer Zeit organische oder psychische Folgen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis bzw. eine Berufskrankheit an. Dementsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Ereignis erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 118 V 296 f. E. 2c). Der Unfallversicherer kann bezüglich Rückfälle oder Spätfolgen nicht auf der Anerkennung des natürlichen Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden, da die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Der Nachweis, dass zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge postulierten Beschwerdebild und dem Unfall bzw. der Berufskrankheit ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, obliegt dem Versicherten (Urteil des Bundesgerichts vom 26. September 2008, 8C_102/2008, E. 2.2). Wenn und solange die (weitere) Erbringung erheblicher Leistungen zur Diskussion steht, hat der Unfallversicherer einen Fallabschluss mittels Verfügung vorzunehmen (vgl. Art. 49 ATSG). Erlässt er stattdessen nur ein einfaches Schreiben, erlangt dieses jedenfalls regelmässig dann rechtliche Verbindlichkeit, wenn die versicherte Person nicht innerhalb eines Jahres Einwände erhebt. Standen allerdings in einem gewissen Zeitpunkt keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann auch ein Rückfall vorliegen, ohne dass der versicherten Person vorgängig mitgeteilt worden war, dass der Fall abgeschlossen und die Leistungen eingestellt würden. Entscheidend ist, ob zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, dass keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten werden. Diese Beurteilung hat im Rahmen einer ex-ante Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu erfolgen. Dabei kommt der Art der Verletzung und dem bisherigen Verlauf eine entscheidende Bedeutung zu. Lag ein vergleichsweise harmloses Ereignis mit günstigem Heilungsverlauf vor, das nur während relativ kurzer Zeit Leistungen erforderte, ist tendenziell eher von einem stillschweigend erfolgten Abschluss auszugehen als nach einem kompliziert verlaufenen Heilungsprozess. Andererseits ist der Leistungsanspruch auch dann unter dem Aspekt des Grundfalls und nicht eines Rückfalls zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem versicherten Ereignis aufgetretenen Beschwerden gelitten hat bzw. wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (zum Ganzen Urteile des Bundesgerichts vom 26. September 2008, 8C_102/2008, E. 4.1 und vom 26. August 2008, 8C_433/2007, E. 2.3; je mit Hinweisen). Soweit aktenkundig, hatte die Beschwerdegegnerin vor der am 12. April 2022 erneut eingetretenen Arbeitsunfähigkeit (act. A19 und A31) keinen formellen Fallabschluss vorgenommen. Auch hatte sie kein einfaches Schreiben erlassen, mit welchem sie der Beschwerdeführerin einen solchen angezeigt hätte. Weiter kann nicht gesagt werden, dass in der Zeit zwischen der Arbeitsaufnahme vom 18. November 2021 (act. A1) und der am 12. April 2022 erneut eingetretenen Arbeitsunfähigkeit (act. A19 und A31) keine Leistungen mehr zur Diskussion gestanden hätten. Vielmehr hat die Beschwerdeführerin auch nach der Arbeitsaufnahme vom 18. November 2021 über

Symptome im Zusammenhang mit der Corona-Infektion geklagt und sich bereits im Dezember 2021 zur Abklärung der Beschwerden in fachärztliche Behandlung zu einer Kardiologin (act. M3) und ins Lungenzentrum des KSSG begeben, wo dann auch erstmals die Diagnose Long-Covid mit Leistungsminderung, Dyspnoe und Brustenge gestellt worden ist (act. M2). Anlässlich der weiteren ärztlichen Konsultationen hat die Beschwerdeführerin immer wieder auf den Zusammenhang zwischen der Covid-Infektion im Oktober 2021 und den Beschwerden hingewiesen. Dieser Zusammenhang ist auch von der behandelnden Ärzteschaft in den vorliegenden medizinischen Berichten immer wieder erwähnt worden (vgl. act. M5 ff.). Schliesslich hat die Beschwerdeführerin im Juli 2022 eine ambulante Rehabilitation im Zusammenhang mit der Covid-Infektion bzw. deren Folgen gestartet (act. M10 f. und A50 f.). Es liegen somit in der nur knapp fünf Monate dauernden Zeit der Arbeitsfähigkeit zwischen dem 18. November 2021 und dem 11. April 2022 klarerweise Brückensymptome vor, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen. Zwischen der am 24. März 2022 erfolgten Leistungsanerkennung durch die Beschwerdegegnerin für die Corona-Erkrankung vom 29. Oktober 2021 (act. A6) und der am 12. April 2022 erneut eingetretenen Arbeitsunfähigkeit (act. A19 und A31) liegt sodann nicht einmal ein Monat. Der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin für die Zeit ab dem 12. April 2022 ist demnach unter dem Aspekt des Grundfalls und nicht als Rückfall zu prüfen. Selbst wenn man aber von einem Rückfall ausgehen würde, wäre anzunehmen, die Beschwerdegegnerin habe einen solchen und damit einen Kausalzusammenhang zwischen dem als Rückfall postulierten Beschwerdebild und der Covid-19-Infektion anerkannt, hat sie doch ab dem 12. April 2022 erneut Taggelder für eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit erbracht (act. A45) und Kostengutsprache für die im Juli 2022 angetretene Rehabilitation erteilt (act. A43 und A50 f.). Diese Rehabilitation ist auf die Behandlung der von der Beschwerdeführerin auch noch nach dem 11. April 2022 geklagten Beschwerden bzw. eine Long-Covid-Symptomatik ausgerichtet gewesen, was der Beschwerdegegnerin durch die von ihr getätigten medizinischen Abklärungen im Zeitpunkt der Kostengutsprache bewusst gewesen ist (vgl. dazu namentlich act. A40). Nach dem Gesagten trifft die Beschwerdegegnerin für den Wegfall des Kausalzusammenhangs zwischen den von der Beschwerdeführerin über den 11. April 2022 hinaus geklagten Beschwerden und der am 29. Oktober 2021 nachgewiesenen Corona-Infektion die Beweislast. Nachfolgend gilt es somit zu prüfen, ob aufgrund der vorliegenden Aktenlage mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, dass die am 29. Oktober 2021 bestätigte Corona-Infektion im Zeitpunkt der von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Leistungseinstellung sämtliche Bedeutung für die geklagten Beschwerden verloren hatte, mithin ob die Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine andere Ursache als die Corona-Infektion zurückzuführen sind. Die Beschwerdegegnerin geht gestützt auf die versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung von Dr. I. ___ vom 31. Oktober 2022 (act. M15) davon aus, dass in den medizinischen Akten eine nachvollziehbar begründet erhobene Post-Covid-19-Diagnose, welche die WHO-Kriterien erfülle, fehle, weshalb keine Leistungspflicht bestehe (act. G 1.2 S. 10). Die Diagnose Long-Covid sei erstmals im Bericht der Pneumologen des KSSG vom 29. Dezember 2021 zur Untersuchung vom 21. Dezember 2021 erhoben worden. Dr. I. ___ habe zutreffend festgehalten, dass die Diagnosestellung sowohl rein formal als auch inhaltlich unzutreffend sei. Die nachfolgenden behandelnden Ärzte hätten die am 21. Dezember 2021 unzutreffend erhobene Post-Covid-19-Diagnose jeweils unkritisch, ohne eigene Prüfung, übernommen (act. G 1.2 S. 9; act. G 3 S. 13 und 17 f.). Ausserdem habe Dr. I. ___ zutreffend darauf

hingewiesen, dass ein Erschöpfungssyndrom, wie hier vorliegend, sowohl Folge einer Covid-19-Erkrankung als auch einer starken beruflichen Belastung sein könne (act. G 1.2 S. 10). Gestützt auf eine sorgfältige Analyse aller verfügbaren medizinischen Akten habe Dr. I. ___ nachgewiesen, dass bereits über ein halbes Jahr vor der akuten Covid-19-Erkrankung ein Prozess begonnen habe, mit immer neuen und an Intensität und Auswirkungen zunehmenden gesundheitlichen Symptomen. Dieser Prozess habe sich nach der Covid-19-Erkrankung von Ende Oktober 2021 fortgesetzt (act. G 1.2 S. 11; act. G 3 S. 17). Die Beschwerdeführerin habe die geklagten Beschwerden fälschlicherweise der erlittenen Covid-19-Infektion zugeordnet. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass das Erschöpfungssyndrom auf die schon vor der Covid-19-Infektion bestehende berufliche Überbelastung zurückzuführen sei. In den medizinischen Akten sei belegt, dass die Beschwerdeführerin tatsächlich schon Monate vor ihrer Covid-19-Erkrankung unter den psychischen Belastungen der beruflichen Pflegetätigkeit gelitten und sich deswegen im Juli und im August 2021 bei ihrem Hausarzt gemeldet habe. Eine Leistungspflicht entfalle daher auch aus diesem Grund (act. G 1.2 S. 10 f.; act. G 3 S. 18 mit Verweis auf act. M8). Es bestünden nicht die geringsten Zweifel an der Beurteilung von Dr. I. ___ (act. G 3 S. 19). Die behandelnden Ärztinnen Dr. G. ___ und Dr. J. ___ würden in ihren Berichten keinen Bezug auf die Beurteilung von Dr. I. ___ nehmen und sich nicht auf die vollständigen Akten, sondern vorab auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin stützen (act. G 3 S. 14 und 18 f.). Der RAD habe sich inhaltlich ebenfalls nicht mit der Beurteilung von Dr. I. ___ auseinandergesetzt. Aus der psychiatrischen Beurteilung von Dr. J. ___ ergäben sich keine Anhaltspunkte, welche eine psychiatrische Begutachtung erforderlich machen würden. Zudem befänden sich in den Akten bereits Berichte über kardiologische, pneumologische und rheumatologische Abklärungen, welche allesamt unauffällige Befunde ergeben hätten. Von einer weiteren Abklärung seien somit keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (act. G 3 S. 18 f.). Die Beschwerdeführerin ist demgegenüber der Ansicht, dass die von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung geforderten geringen Zweifel an der Darstellung von Dr. I. ___ begründet seien. Unter Zitaten verschiedener Definitionen von Long-Covid stellt sie sich auf den Standpunkt, dass die Voraussetzungen für den Beweis einer Post-Covid Erkrankung in jedem Fall erfüllt seien, zumal bei ihr bereits im Juli/August 2021 eine Covid-Infektion wahrscheinlich gewesen sei, da ein positiver Antikörpertest genüge (act. G 1 S. 10 ff.). Wenig überzeugend sei die Argumentation von Dr. I. ___, wonach die vorliegende Erkrankung einzig auf die höhere Arbeitsbelastung und ein deshalb resultierendes Erschöpfungssyndrom zurückzuführen sei. Der von ihm behauptete nahtlos fortgesetzte Prozess wäre nur dann einleuchtend, wenn die Covid-19-Erkrankung und die daraus resultierenden Beschwerden vollständig ausgeblendet würden, was nicht haltbar sei. Aufgrund der medizinischen Aktenlage bestünden klare Anhaltspunkte dafür, dass Long-Covid-Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise auf die erlittene Coronainfektion zurückzuführen seien. Mehrere Fachärzte und auch der RAD würden im vorliegenden Fall eine Post-Covid-Erkrankung bestätigen und somit mindestens geringe Zweifel an der neurologischen Aktenbeurteilung erwecken. Eine neurologische Aktenbeurteilung wie diejenige von Dr. I. ___, die sich insbesondere nur mit den körperlichen Erkrankungen auseinandersetze, vermöge dem nicht vollständig verstandenen Krankheitsbild nach einer Covid-Infektion nicht zu genügen. Vielmehr stelle dies eine interdisziplinäre Herausforderung dar. Im Lichte der aktenkundigen psychiatrischen Beurteilung von Dr. J. ___ vom 12. Dezember 2022 wäre eine zusätzliche klinische

psychiatrische Beurteilung unbedingt angezeigt gewesen. Auch argumentiere Dr. I.____ zu Unrecht mit der Schwere der Infektion. Das Postcovid-19-Syndrom könne unabhängig von der Schwere der Erkrankung auftreten. Aufgrund der obigen Darstellung seien geringe Zweifel an der neurologischen Aktenbeurteilung von Dr. I.____ mit Sicherheit erstellt (act. G 1 S. 12 ff.). 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). Die Rechtsprechung erachtet sodann Aktengutachten als zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte bzw. die Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C_780/2016, E. 6.1). Vorab ist festzuhalten, dass die von der Beschwerdegegnerin an Dr. I.____ gestellte Frage, ob sich aufgrund der erhobenen Befunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen lasse, dass die gesundheitlichen Beschwerden im Zusammenhang mit der Covid-Infektion vom Oktober 2021 stehen (vgl. act. M15), nicht ganz präzise ist. Wie bereits festgehalten, hat die Beschwerdegegnerin die von der Beschwerdeführerin geklagte Long-Covid-Symptomatik, die zum Antritt der ambulanten Rehabilitation geführt hat, initial anerkannt (vgl. oben E. 3.4 und 4.5). Folglich stellt sich hinsichtlich des natürlichen Kausalzusammenhangs die Frage, ob mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass die zunächst anerkannte Symptomatik nicht (mehr) auf die Covid-Infektion vom Oktober 2021 zurückzuführen ist, mithin ob der geklagten Symptomatik überwiegend wahrscheinlich ausschliesslich andere Ursachen als die Covid-Infektion vom Oktober 2021 zu Grunde liegen (vgl. dazu oben E. 4.6 und 5.1). Dieser Nachweis könnte namentlich dann als erbracht gelten, wenn überwiegend wahrscheinlich feststehen würde, dass keine Post-Covid-19-Erkrankung, sondern ausschliesslich eine andere Erkrankung, die in keinem Zusammenhang mit der als Berufskrankheit anerkannten Covid-Infektion von Oktober 2021 steht, für die über den Leistungseinstellungszeitpunkt hinaus geklagte Symptomatik verantwortlich ist. Dazu gilt es festzuhalten, dass das Vorliegen eine Long-Covid-Symptomatik nicht einzig mit dem Argument fehlender organischer Ursachen

in Abrede gestellt werden kann. Denn viele Long-Covid-Symptome dürften nach dem aktuellen medizinischen Stand nicht durch organische Ursachen belegt werden können (vgl. Nathalie Lang, a.a.O., S. 127 f.; Philipp Egli/Matthias Kradolfer/Kerstin Noëlle Vokinger, «Long Covid» – Eine (vorläufige) interdisziplinäre Standortbestimmung, SZS 2021, S. 171 f. und 176; je mit Hinweisen). Ebenso erscheint die Entwicklung einer Long-Covid-Symptomatik auch bei leichten akuten Covid-Infektionen möglich (vgl. dazu Philipp Egli/Matthias Kradolfer/Kerstin Noëlle Vokinger, a.a.O., S. 173 mit Hinweisen).

Dr. I.____ führt in seiner Aktenbeurteilung durchaus verständlich aus, dass die WHO-Definition der Post-Covid-19-Erkrankung sehr allgemein gehalten und ungenau sei. Nach dieser Definition trete eine Post-Covid-19-Erkrankung bei Personen mit einer wahrscheinlichen oder bestätigten SARS-CoV-2-Infektion in der Anamnese auf, in der Regel drei Monate nach Ausbruch der Covid-19-Erkrankung und mit Symptomen, die mindestens zwei Monate lang anhalten und nicht durch eine andere Diagnose erklärt werden könnten. Zu den häufigsten Symptomen würden gemäss WHO-Definition Müdigkeit, Kurzatmigkeit und kognitive Funktionsstörungen zählen, aber auch andere, die sich im Allgemeinen auf das tägliche Leben auswirken würden. Entsprechend der WHO-Definition könnten die Symptome neu auftreten nach der anfänglichen Genesung von einer akuten Covid-19-Erkrankung oder die anfängliche Krankheit überdauern. Die Symptome könnten fluktuieren oder im Laufe der Zeit zurückkehren. Die Diagnose erfordere keine Mindestanzahl an Symptomen. Sie könne gestellt werden, wenn eine beliebige Art und eine beliebige Anzahl Symptome zeitlich irgendwann nach einer Covid-19-Erkrankung auftreten würden und keine andere Erklärung gefunden werde.

Neben der Schwierigkeit, dass die Post-Covid-19-Erkrankung nach WHO einzig basierend auf dem Umstand diagnostiziert werde, dass Symptome zeitlich irgendwann nach einer Covid-19-Erkrankung aufgetreten seien, stecke in der WHO-Definition noch ein weiterer Fallstrick. Die Symptome dürften nicht durch eine andere Diagnose erklärt werden. Dieses Ausschlusskriterium sei in der Praxis schwierig anzuwenden, da die Frage nach dem Vorliegen einer anderen Erklärung auch davon abhängig sei, wie intensiv eine solche gesucht werde (act. M15). Zwar legt Dr. I.____ die mit der sehr offen gehaltenen WHO-Definition einhergehenden Schwierigkeiten verständlich dar. Gleichwohl erachtet er die Definition angesichts des aktuellen Forschungsstandes durchaus für sinnvoll und präsentiert jedenfalls keine andere Definition, welche besser geeignet wäre, eine Post-Covid-Symptomatik zu diagnostizieren oder zu beurteilen. In seiner weiteren Stellungnahme orientiert er sich denn auch an der WHO-Definition, um aufzuzeigen, dass aus seiner Sicht im Fall der Beschwerdeführerin keine Post-Covid-19-Erkrankung überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen sei (act. M15). Zunächst stellt Dr. I.____ die Diagnose einer Post-Covid-19-Erkrankung in Abrede, da diese anlässlich der pneumologischen Sprechstunde vom 21. Dezember 2021 schon rein formal falsch gestellt worden sei. Nach der WHO-Definition könne eine Post-Covid-19-Erkrankung nämlich frühestens drei Monate nach der akuten Erkrankung diagnostiziert werden. Dem ist entgegenzuhalten, dass gemäss der von Dr. I.____ selbst zitierten WHO-Definition lediglich die Rede davon ist, dass eine Post-Covid-19-Erkrankung "in der Regel" drei Monate nach Ausbruch der Covid-19-Erkrankung auftrete. "In der Regel" bedeutet nicht, dass die Erkrankung oder Symptome nicht auch früher auftreten können. Dies ergibt sich auch daraus, dass entsprechend der von Dr. I.____ dargelegten WHO-Definition die Symptome nach der anfänglichen Genesung von einer akuten Covid-19-Erkrankung neu auftreten oder die anfängliche Krankheit überdauern können. Im Übrigen ist es ein Widerspruch, wenn Dr.

I.____ für die Anerkennung einer Post-Covid-19-Erkrankung eine Dauer von mindestens drei Monaten fordert, gleichzeitig aber im Rahmen der Beantwortung der Fragen behauptet, dass die Covid-19-Erkrankung von Oktober 2021 keine vier Monate später neu auftretende Arbeitsunfähigkeit erklären könne. Auch hinsichtlich der Kopfschmerzsymptomatik stellt sich Dr. I.____ auf den Standpunkt, dass eine solche gemäss den Diagnosekriterien der Kopfschmerzgesellschaft nur dann auf eine systemische virale Infektion zurückgeführt werden könne, wenn diese noch aktiv oder innerhalb der letzten drei Monate abgeklungen sei. Da bei der Beschwerdeführerin die Diagnose des chronischen Kopfschmerzes von den behandelnden Ärzten erst Mitte Juni 2022 und damit zu einem Zeitpunkt, als die systemische virale Infektion schon deutlich mehr als drei Monate lang abgeklungen sei, gestellt worden sei, könne kein auf die Covid-19-Erkrankung zurückzuführender Kopfschmerz diagnostiziert werden. Beim Kopfschmerz verlangt Dr. I.____ also ein Auftreten innerhalb von drei Monaten nach der akuten Viruserkrankung (vgl. zum Ganzen act. M15). Die von ihm dargestellten zeitlichen Kriterien überzeugen in einer Gesamtschau somit nicht. Weiter stellt Dr. I.____ eine Post-Covid-19-Erkrankung mit dem Argument in Abrede, dass andere Ursachen für die geklagten Beschwerden nicht ausgeschlossen seien, sondern mit einer recht hohen Wahrscheinlichkeit vorliegen würden. Die Beschwerdeführerin habe bereits im Frühling und Sommer 2021 den Hausarzt wegen verschiedener gesundheitlicher Beschwerden konsultiert. Ende August 2021 hätten sich ein allgemeines Unwohlsein, ein Druckgefühl in der Brust, eine innere Unruhe und zeitweise intensive Angstgefühle eingestellt. Der Hausarzt habe eine erhebliche subjektive Belastung durch die Tätigkeit als Pflegefachfrau auf den Covid-Stationen festgestellt und einen direkten Kausalzusammenhang zwischen dieser Belastung und den Symptomen, die er als psychosomatischer Natur eingestuft habe, gesehen. Diese Einschätzung sei nachvollziehbar. Der Wissenschaft sei bekannt, dass bei Pflegefachpersonen in Akutspitälern im hier relevanten Zeitraum (Sommer 2021) sowohl die subjektiv empfundene Arbeitsbelastung als auch die emotionale Erschöpfung im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie stark angestiegen seien. Dass angesichts dieser bekannten Belastung, dem Vorhandensein unspezifischer Symptome und des Fehlens einer nachweisbaren organischen Ursache eine stressbedingte Symptomatik vermutet worden sei, erscheine retrospektiv gerechtfertigt. Ein Erschöpfungssyndrom, wie es hier vorliegend sei, könne sowohl Folge einer Covid-19-Erkrankung als auch einer starken beruflichen Belastung sein. Das klinische Bild unterscheide sich nicht. Die Symptome seien unspezifisch und bei jeder Ursache gleich. Dies bedeute, dass beim Untersuchen der vorliegenden Symptome lediglich ein Erschöpfungssyndrom diagnostiziert werden könne. Bei der sorgfältigen Analyse aller verfügbaren medizinischen Akten zeige sich deutlich, dass bereits über ein halbes Jahr vor der akuten Covid-19-Erkrankung ein Prozess mit immer neuen und in Intensität und Auswirkungen zunehmenden gesundheitlichen Symptomen bestanden habe. Dieser Prozess habe sich nach der Covid-19-Erkrankung von Ende Oktober 2021 fortgesetzt. Nachdem die im Dezember 2021 dokumentierten Symptome noch denjenigen von vor der Covid-19-Erkrankung entsprochen hätten, seien ab März 2022 zunehmende Symptome dokumentiert, die schliesslich ab April 2022 die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt hätten. Letztlich entspreche dies einem nahtlos fortgesetzten Prozess (act. M15). Dass sich die Beschwerdeführerin wegen verschiedener ungeklärter Symptome bereits im Sommer 2021 und damit noch vor der im Oktober 2021 nachgewiesenen Corona-Infektion in ärztliche Behandlung begeben hat, ist aktenkundig (act. M 8). Es ist durchaus möglich und scheint plausibel, dass die im Frühling oder Sommer 2021 aufgetretene Symptomatik einen

Zusammenhang zu der starken, pandemiebedingten Belastungssituation auf den Covid-Stationen aufweisen könnte. Daraus kann aber nicht automatisch geschlossen werden, dass die von der Beschwerdegegnerin als Berufskrankheit anerkannte Covid-Infektion von Oktober 2021 keine Post-Covid-19-Erkrankung ausgelöst hat und sämtliche nach dem 11. April 2022 geklagten Beschwerden auf eine vor der Corona-Erkrankung im Oktober 2021 bestehende Problematik zurückzuführen sind. Dies gilt umso mehr, als Dr. I.____ selber einräumt, dass sich die Beschwerden nach der Covid-19-Erkrankung von Ende Oktober 2021 verschlimmert bzw. auch verändert hätten. Zunächst hätten die Symptome im Dezember 2021 noch denjenigen vor der Covid-Erkrankung geglichen, ab März 2022 seien zunehmende Symptome dokumentiert (vgl. act. M15). Dies spricht ja gerade dafür, dass durch die Covid-Erkrankung eine verschlimmerte Situation eingetreten ist, die sich nicht ohne Weiteres durch die vorbestehende Symptomatik erklären lässt. Im Übrigen ist es durchaus denkbar, dass gerade eine vorbestehende Belastungssituation eine Person vulnerabler für die Entwicklung einer Post-Covid-19-Erkrankung macht. Mit diesem Umstand setzt sich Dr. I.____ ebenso wenig wie mit den Diagnosekriterien eines Erschöpfungssyndroms auseinander. Als Neurologe scheint er denn auch nicht prädestiniert für eine solche Diagnostik, soweit diese nicht im Rahmen einer neurologischen Erkrankung gestellt wird. Angesichts des von Dr. I.____ in den Raum gestellten Erschöpfungssyndroms ist folglich eine psychiatrische Mitbeurteilung angezeigt, wie die Beschwerdeführerin zu Recht angemerkt hat (vgl. act. G 1 S. 13). Auch ist der Beschwerdeführerin darin zuzustimmen, dass sich beim eher neuartigen Krankheitsbild einer Post-Covid-19-Erkrankung und angesichts der multiplen Beschwerden eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung und nicht bloss eine neurologische Aktenbeurteilung aufdrängt (vgl. act. G 1 S. 13 und 6 S. 6). Dies gilt umso mehr, als mehrere behandelnde Ärztinnen und Ärzte eine Post-Covid-19-Erkrankung diagnostiziert haben (vgl. act. M2, M9 ff. und M17 ff.) und auch Dr. G.____ eine Begutachtung als angezeigt erachtet (act. M18). Der Umstand, dass bereits verschiedene somatische Abklärungen erfolgt sind, ohne organische Ursachen der geklagten Beschwerden nachweisen zu können, macht eine Begutachtung entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (act. G 3 S. 19) ebenfalls nicht entbehrlich. Zum einen dürften sich Long-Covid-Symptome gerade dadurch auszeichnen, dass sie organisch häufig nicht objektivierbar sind (vgl. Nathalie Lang, a.a.O., S. 127 f.; Philipp Egli/Matthias Kradolfer/Kerstin Noëlle Vokinger, a.a.O., S. 171 f. und 176). Zum anderen kommt es im Zusammenhang mit Long Covid auch häufig zu psychischen Symptomen wie Depressionen, Ängstlichkeit, Anpassungs- und Schlafstörungen (Nathalie Lang, a.a.O., S. 120; Philipp Egli/Matthias Kradolfer/Kerstin Noëlle Vokinger, a.a.O., S 171 f.). Nach dem Gesagten gibt es nicht zu unterdrückende Zweifel an der neurologischen Beurteilung von Dr. I.____. Nachdem bereits geringe Zweifel an den versicherungsinternen Beurteilungen weitere Abklärungen erfordern (vgl. oben E. 5.4), kann auf die Einschätzung von Dr. I.____ nicht abgestellt werden. Vielmehr wäre es an der Beschwerdegegnerin gewesen, eine polydisziplinäre versicherungsexterne fachmedizinische Abklärung zu veranlassen. Nachdem sie dies in Verletzung ihrer Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) unterlassen hat, ist der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Nachdem die Beschwerdegegnerin selber noch kein Gutachten veranlasst hat, drängt sich die Einholung eines Gerichtsgutachtens zum aktuellen Zeitpunkt nicht auf. Gerichtskosten sind mangels entsprechender spezialgesetzlicher

Grundlage keine zu erheben (vgl. Art. 61 lit. f bis ATSG). 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 In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.