

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00128 vom 19. November 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-11-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2023.00128

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00128 du 19 novembre 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00128 del 19 novembre 2024

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1983, war seit Februar 2017 bei der Stiftung Y.____, Z.____, als Behindertenbetreuerin

in einem vertraglichen Beschäftigungsgrad von 80 % angestellt und damit bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Zürich) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Mit Schadenmeldung vom 25. November 2020 wurde die Zürich darüber in Kenntnis gesetzt, dass sich die Versicherte durch den Kontakt mit der Bewohnerin bei der täglichen Betreuung, Pflege etc. am 17. November 2020 mit Covid-19 angesteckt habe

(Urk. 8/1; positiver Covid-Test vom 19. November 2020, Urk. 8/278 /7).

Die Zürich

trat auf den Schaden ein und leistete Heilbehandlung und Taggeld (vgl.

Urk. 8/9 ; Urk. 8/14/2).

Gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der Ärzte des A.____ vom 28. März 2022 (Urk. 8/275-276), zu welchem die Versicherte am 16. Mai 2022 Stellung nahm (Urk. 8/291), stellte die Zürich ihre Leistungen mit Verfügung vom

E. 1.1

Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 1.2

Als Berufskrankheiten gelten nach Art. 9 Abs. 1 UVG Krankheiten (Art. 3 ATSG), die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind, wobei der Bundesrat die Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen erstellen soll. Diese Liste findet sich im Anhang 1 zur Verordnung zur Unfallversicherung (UVV). Während in dessen Ziff. 1 die schädigenden Stoffe aufgeführt werden, enthält Ziff. 2 neben den durch physikalische Einwirkungen verursachten Erkrankungen (lit. a) eine Doppelliste mit einer abschliessenden Aufzählung von Krankheiten und der Arbeiten, die als Ursache für die jeweils aufgeführten Krankheiten zugelassen sind (lit. b). Auf der Doppelliste aufgezählt werden insbesondere Infektionskrankheiten bei Arbeiten in Spitälern, Laboratorien, Versuchsanstalten und dergleichen.

E. 1.3

Der internistische Gutachter legt e in seinem Teilgutachten dar (Urk. 8/275 S. 29-44) , dass die Beschwerdeführerin , b erfragt nach der aktuellen Beschwerde - sympto matik , e ine Vielzahl von

Beschwerden genannt habe , namentlich eine allgemeine Erschöpfung und Belastungsintoleranz , w eiterhin Gelenk- und

Muskelschmerzen, Hautausschläge, Brainfog , Verdauungsprobleme, Herz probleme, ein neu entwickeltes

Asthma, eine Histaminintoleranz und Menstrua tionsstörungen (S. 3 2

ff. Ziff. 2). Laborchemisch finde sich ein erniedrigter Wert für das Serum ferritin , welches ein Indikator für den Speichereisengehalt des retikulohistio zytären Systems sei, am ehesten ausgelöst durch eine

Hyper menorrhoe . Inwieweit sich hierdurch die Müdigkeit der Beschwerdeführerin erklären lasse, sei unklar, dies insbesondere, da normale Hämoglobin-Werte vorlägen. Unter Histamininto leranz verstehe man die Unverträglichkeit von mit der Nahrung aufgenommenem Histamin, deren Ursache ein Mangel des histaminabbauenden Enzyms Diaminoxidase oder ein Missverhältnis zwischen Histamin und Diam in ooxidase sei. Die Histaminintoleranz äussere sich unter anderem durch Symptome wie Schnupfen, Flush , Kopfschmerzen, Tachykardie und Diarrhoe. Un t er h istamin freier Diät sei eine Besserung zu erwarten. Ausserdem liege eine Hypercholeste rinämie vor , welche einen Risikofaktor im Hinblick auf eine koronare H erzkrank heit dar stelle . Em p fehlenswert seien In t erventionen des Lebensstils in Form von regelmässiger Bewegung und gesunder Ernährung. Es resultierten keine funktio nellen Einschränkungen aus einer leichten Hypercholesterinämie per se. Ein leichtes Asthma bronchiale sei in der Vorgeschichte beschrieben worden.

Andere internistische Erkrankungen, welche die Müdigkeit erklären könnten , liessen sich nicht nachweisen. Insbesondere seien keine Hinweise auf chronische Entzü n dun g en , Auto i mmunkrank heiten, chro n isch e Leber- oder Nierenkrankheiten und malign e Erkrankungen etc. vorhand en (S. 36) .

Der Verlauf sei für ein Long- Covid - Syndrom ungewöhnlich gewesen , da die Beschwerden zunächst (bis auf Herzrase n und Herzstolpern, den Geruchs- und Geschmackssinnverlust und die erhöhte Erschöpfung) bis zirka E nde 2020 vollständig abgeklungen gewesen seien. Die Beschwerdefüh r erin habe sich in den ersten drei Wochen im Januar wieder so fit gefühlt, dass sie habe anfangen können zu arbeiten. Erst im Verlauf seien dann wi e der Covid -Symptome aufge treten. Insbesondere im Hinblick auf die Müdigkeit und Erschöpfbarkeit sei festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin bereits vor der Infektion n ur zu 50 % gearbeitet habe und über Schlafstörungen, Unkonzentriertheit, starke Ängste und Verunsicherung, depressive Stimmung sowie einschränkende körperliche Symptome geklagt habe (S. 37 unten). Die übliche Definition für eine Post-Covid-19-Erkrankung beinhalte, dass es keine andere Erklärung für die Symptome g ebe (S. 38 oben). Bei der Beschwerdeführerin hätten einige Symptome vorgelegen, die mit einer Post-Covid-19- E rkrankung vereinbar seien. Mit überwiegender Wahr scheinlichkeit stünden die heute noch bestehenden Einschränkungen mit der nachgewiesenen Covid -Infektion nicht mehr in kausalem Zusammenhang. Bei bereits vorbestehender

eingeschränkter Leistungsfähigkeit sei der Vorzustand mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens ab dem aktuellen Untersuchungsdatum wieder erreicht. Unfallkausal fänden sich aus internistischer Sicht aktuell keine Einschränkungen mehr, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten (S. 40 unten).

3.

E. 1.3.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3.2

Praxisgemäss entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand erst dann, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. 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 beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 150 V 188 E. 4.2, 146 V 51 E. 5.1, je mit Hinweisen). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen). 1.

E. 1.4

Gegenüber dem psychiatrischen Facharzt Dr. E.____ gab die Beschwerdeführerin an (Urk. 8/275 S. 45-60), die Beschwerden seien wechselnd. Die Monatsblutungen dauerten länger und seien auch stärker. Sie leide an körperlicher Erschöpfung, sie habe schwere Beine, es komme immer wieder zu Hautausschlägen sowie kalten Füßen und Händen. Sie habe eine Histaminintoleranz bemerkt und sei nicht mehr so belastbar wie früher, sie habe das Gefühl, Watte oder einen Nebel im Gehirn zu haben, die Konzentration sei schlechter und sie sei vergesslich geworden. Intermittierend habe sie Herzprobleme, manchmal stolpere das Herz, zeitweise sei es so, als wolle es aus der Brust heraus springen. Ein von früher bekanntes leichtes Asthma sei wieder aufgetreten, sie habe Kopf und Halsschmerzen und ab und zu bemerke sie noch einen falschen Geruch (S. 46 unten).

Dr. E.____

stellte keine unfallrelevante (Berufskrankheit) Diagnose, als nicht unfallrelevante (Berufskrankheit) Diagnosen nannte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), sowie eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Funktionsstörung (ICD-10: F06.7; S. 55 oben). Das Vorliegen eines Long-Covid-Syndroms sei aus psychiatrischer Sicht zu verneinen. Ohne jeden Zweifel liege eine relevante Einschränkung vor, die auch habe verifiziert werden können. Es handle sich um authentische Beschwerden. Es müsse aber festgehalten werden, dass das Leistungsvermögen auch in der Vergangenheit erheblich eingeschränkt gewesen sei. Anknüpfungstatsache sei hierfür, dass die Beschwerdeführerin bereits vor der nachgewiesenen Infektion habe lediglich in einem 50%igen Pensum tätig sein können. Es fehle an einem überwiegend wahrscheinlichen kausalen Zusammenhang zwischen den bei ihr festgestellten Einschränkungen und der stattgehabten Infektion. Die Problematik sei vielmehr vorbestehend gewesen (S. 55 unten). 3.

E. 1.5

Im neurologischen Teilgutachten hielt Dr. E.____ (Urk. 8/275 S. 61-68) fest, eine neurologische Diagnose könne nicht hergeleitet werden (S. 65 Ziff. 4). 3.

E. 1.6

Lic. phil. F.____ hielt im neuropsychologischen Teilgutachten fest (Urk. 8/276), bei guter Kooperation und Anstrengungsbereitschaft hätten sich klinisch keine formal-sprachlichen Auffälligkeiten, eine konzentrierte Beteiligung am Anamnesegespräch und eine gegen Ende der Exploration leichte Ermüdung gezeigt. Bei der Aufgabenbearbeitung habe die leistungsorientierte Beschwerdeführerin sichtlich angespannt gewirkt. Sie sei bemüht gewesen, gute Testleistungen zu erbringen, und es habe geschienen, dass sie sich diesbezüglich unter Druck gesetzt habe. Die Aufmerksamkeit und die Merkfähigkeit seien bei der Prüfung der Merksparanen schwankend gewesen. In den Lern- und Gedächtnistests habe sich eine schwankende Lernkonstanz gezeigt. Die Verarbeitung und kurzfristige Speicherung von vorgelesenen kontextualen Informationen (Kurzgeschichten) sei sehr deutlich beeinträchtigt gewesen und fehlende Erinnerungen

sein durch konfabulative Elemente ersetzt worden. Im Eindruck habe die Belastbarkeit im Verlauf in unverändertem Ausmass beeinträchtigt geschienen. Die Beschwerde führerin habe durchgehend angespannt gewirkt und sie habe den Eindruck gemacht, dass sie komplexere Aufgaben gefordert hätten (S. 18 unten f.)

Testpsychologisch seien etliche Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Exekutivleistungen praktisch durchwegs unauffällig gewesen. Unauffällig seien auch die Langzeitspeicherleistungen, die Objekterkennung, das Erkennen von Sinnzusammenhängen in bildlichen Darstellungen und die Fehler- und Handlungskontrolle

gewesen. Minderleistungen hätten sich wie folgt gezeigt: Die Verarbeitung und Kurzzeitspeicherung von vorgelesenen Kurzgeschichten seien sehr deutlich beeinträchtigt gewesen, die Beschwerdeführerin habe blockiert und überfordert geschienen. Die sprachliche Lernfähigkeit sei leicht reduziert gewesen. Die erreichte Lernleistung sei leicht unterdurchschnittlich, die Abrufleistungen nach Interferenz und zeitverzögert sei ohne nennenswerten relativen Informationsverlust gelungen. Die verbalen und nonverbalen Erfassensspannen seien reduziert gewesen, die entsprechenden Arbeitsgedächtnisleistungen ebenfalls (verbal > nonverbal). Die Wortfindung sei leicht erschwert sowie die Interferenzabwehr und die komplexe Aufmerksamkeitsleistung seien leicht auffällig gewesen (S. 19 oben).

Die beschriebenen Leistungsauffälligkeiten wirkten sich in der aktuellen Betreuungstätigkeit nur bedingt negativ aus. Die Betreuung und Unterstützung der Bewohner seien kaum beeinträchtigt. Beim Richten von Medikamenten, bei der administrativen Unterstützung und in den Gesprächen bestünden gewisse Einschränkungen, indem etwas Wichtiges unterlassen, Besprochenes vergessen und wegen der erhöhten Störbarkeit durch äussere Einflüsse gehäuft Fehler auftreten könnten. Die neuropsychologisch begründete Einschränkung in der aktuellen Tätigkeit sei mit 25-30 % einzuschätzen. In einer angepassten Tätigkeit, bei welcher Aus- und Unterlassungen sowie Fehler kompensiert bzw. korrigiert werden könnten, dürfte die Einschränkung 10 % geringer sein (S. 20 unten und S. 21 oben).

E. 2

Ziff. I.1-2, Ziff. II).

Mit Beschwerdeantwort vom 14. November 2023 beantragte die Zürich die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit Eingabe vom 27. November 2023 reichte die Beschwerdeführerin

einen weiteren Arztbericht (Urk. 11) ein (Urk. 10), welcher der Beschwerdegegnerin am 30. November 2023 zur Stellungnahme zugestellt wurde (Urk. 12). Mit Eingabe vom 2. Februar 2024 reichte die Beschwerdegegnerin ihre Stellungnahme ein (Urk. 15), die der Beschwerdeführerin am 8. Februar 2024 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 16).

Am 17. Mai 2024 holte das Gericht die Akten der Eidgenössischen Invalidenversicherung (Urk. 19/1-655) ein (Urk. 17), zu welchen die Beschwerdegegnerin am 19. August 2024 (Urk. 30) und die Beschwerdeführerin am 26. August 2024 (Urk. 31) Stellungnahmen. Die Stellungnahmen wurden den Parteien am 29. August 2024 gegenseitig zur Kenntnis gebracht (Urk. 33).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin

führte

im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) im Wesentlichen aus, dass sie zur Klärung der natürlichen Kausalität ein polydisziplinäres Gutachten bei der A.____ eingeholt habe. Dem A.____-Gutachten komme voller Beweiswert zu. Die A.____ Gutachter seien in ihrer Gesamtbeurteilung zum Schluss gekommen, dass die vorliegenden Symptome im Untersuchungszeitpunkt nicht überwiegend kausal zur Covid-19-Infektion seien, sondern im Zusammenhang mit dem Vorzustand stünden (S. 10 unten). Vor diesem Hintergrund seien weitere Abklärungen nicht notwendig (S. 11 lit. b). Mangels Kausalität seien die Leistungen zu Recht per 31. Dezember 2021 eingestellt worden (S. 11 Ziff. 13 lit. a).

Daran hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 7) sowie in ihren Stellungnahmen (Urk. 15 und Urk. 30) im Wesentlichen fest.

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin machte demgegenüber zusammengefasst

geltend (Urk. 1), aus ihrer Sicht sei die Covid-Erkrankung mindestens teilsächlich am heutigen Beschwerdebild, weshalb ihr weitere Leistungsansprüche zuzusprechen seien (S.

E. 2.3

Gemäss zur Publikation vorgesehenem Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2022 vom 12. Juli 2024 besteht in beweisrechtlicher Hinsicht praxisgemäss (unter Vorbehalt des schlüssigen Gegenbeweises) die natürliche Vermutung, dass eine Berufskrankheit vorliegt, wenn eine der in der Doppelliste von Ziff. 2 lit. b des Anhangs 1 zur UVV aufgelisteten Krankheiten aufgetreten ist und die versicherte Person die im UVV-Anhang umschriebene Tätigkeit verrichtet. Die Vermutung, dass eine Infektionskrankheit durch die Arbeit im Spital oder Einrichtungen, wo Kranke gepflegt werden, verursacht worden sei, rechtfertigt sich (nur) dann, wenn es sich dabei um eine Tätigkeit mit dem spezifischen Risiko des vom Verordnungsgeber als gesundheitsgefährdend definierten Arbeitsplatzes handelt (E. 4.6).

Die Beschwerdeführerin war im Wohnheim für behinderte Personen mit der Pflege einer akut am Covid-19-Virus erkrankten Bewohnerin betraut und war dem spezifischen Ansteckungsrisiko eines gesundheitsgefährdenden Arbeitsplatzes in einer Pflegeeinrichtung ausgesetzt, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht vom Vorliegen einer Berufskrankheit ausging und Leistungen ausrichtete. Zu prüfen ist daher vorliegend einzig, ob sie über den 31. Dezember 2021 hinaus Leistungen zu erbringen hat. 3.

E. 3

Die Beschwerdeführerin bezog von August 2013 bis Juli 2014 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze, von Juni 2015 bis März 2020 bei einem Invaliditätsgrad von 40 % eine Viertels-, ab April 2020 im Sinne einer Übergangsleistung eine Viertels-, ab Mai 2020 bei einem Invaliditätsgrad von 60 % eine Dreiviertels- und ab November 2020 bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe Rente (Urk. 19/502 S. 1 Mitte, S. 6 unten und S. 7 Mitte). Im Zeitpunkt der Ansteckung mit Covid-19 am 17. November 2020 bestand eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % resp. von 2.5 Arbeitstagen, attestiert von Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 8/53 S. 1 i.V.m. Urk. 19/492/4). Auf den 1. Januar 2021 wurde der Beschäftigungsgrad auf 60 % reduziert (Urk. 8/142). Das Arbeitsverhältnis bei der Stiftung Y.____

wurde per 30. Juni 2021

aufgelöst (vgl. Urk. 8/ 145) und die Beschwerdeführerin startete

im August 2021 einen Arbeitsversuch beim Arbeitsheim C.____ (vgl. Urk. 8/ 257) . Auf den 1. Januar 2022 wurde sie vom Arbeitsheim C.____ zu einem Pensum von 50 % angestellt (Urk. 19/553/1 unten) , das Pensum wurde auf den 1. März 2022 auf 70 % erhöht (Urk. 19/555). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1.1

Am 28. März 2022 erstatteten Prof. Dr. med. D.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Tropenmedizin und Infektiologie, Dr. med. E.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für Neurologie, sowie

F.____ , Fachpsychologe für Neuro psychologie FSP, das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten der A.____ (Urk. 8/275-276). Den Experten lagen die von der Beschwerdegegnerin eingehol ten Arztberichte vor , insbesondere diejenigen von Dr. med. G.____ , Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 2. März 2021 (Urk. 8/51), von Dr. med. H.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Herzkrankheiten (Kardiologie) , vom 23. Februar 2021 (Urk. 8/43 = Urk. 8/67) und 10. März 2021 (Urk. 8/72), von Dr. med. I.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 26. Februar 2021 (Urk. 8/44) und 19. April 2021 (Urk. 8/81) ,

von Dr. med. B.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. März 2021 (Urk. 8/53) und 1. Dezember 2021 (Urk. 8/250) , von Dr. med. J.____ , Oberärztin an der Klinik für Pneumologie des Universitätsspitals K.____ , vom 19. März 2021 (Urk. 8/61), von PD Dr. med. L .____ , Facharzt für Radiologie und Neuroradiologie, vom 20. März 2021 (Urk. 8/59/2 = Urk. 8/324), des Rehasentrums M.____ vom 22. Juni 2021 (Urk. 8/119), von PD Dr. med. N.____ , Facharzt für Pathologie und Facharzt für Dermatologie und Venerologie, vom 7. Juli 2021 (Urk. 8/158), von PD Dr. med. O.____ , Fachärztin für Pathologie, speziell Zytopathologie , vom 14. Juli 2021 (Urk. 8/186), von Dr. med. P.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Gastroenterologie, vom 16. Juli 2021 (Urk. 8/278/1) und 29. Juli 2021 (Urk. 8/278/2), von Dr. med. Q.____ , Facharzt für Haut- und Geschlechts - krankheiten (Dermatologie und Venerologie), und Dr. med. univ. R.____ , Assistenzärztin, vom 15. August 2021 (Urk. 8/173 = Urk. 8/278/3 = Urk. 8/180), von Dr. med. S.____ , Fachärztin für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe, vom 25. Februar 2021 (Urk. 8/137) und 25. Juni 2021 (Urk. 8/138) sowie von Dr. med. Dr. sc. nat. T.____ , Fachärztin für Neurologie, vom 1. März 2021 (Urk. 8/74 = Urk. 8/94 = Urk. 8/94) vor . Auf deren Wi e dergabe wird vorliegend verzichte t .

E. 3.1.2

In ihrer Gesamtbeurteilung führten die Experten des A.____

aus (Urk. 8/275/1-6) , dass bei der Beschwerdeführerin einige Symptome vorgelegen hätten, die mit einem Long- Covid -Syndrom (= Post-Covid-19-Erkrankung) vereinbar gewesen seien. Es ergäben sich aber aktuell keine überwiegend wahrscheinliche Hinweise mehr auf ein weiter bestehendes Long- Covid -Syndrom. Die Beschwerdeführerin leide aus internistischer Sicht an einem Speichereisenmangel, einem Verdacht auf Histamin intoleranz , einer Hypercholesterinämie und einem bekannten Asthma bronchiale. Aus psychiatrischer Sicht liege eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert

(ICD-10 : F33.4), sowie eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Funktionsstörung (ICD-10 : F06.07) vor. Neurologische Erkrankungen lägen nicht vor. In Anlehnung an die Richtlinien der Schweizerischen Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (SVNP) zur Bestimmung des Schweregrads einer neuropsychologischen Funktionsstörung liege eine „leichte“ bis „leichte bis mittelgradige Störung“ vor (S. 4 Ziff. 4). Es seien keine spezifischen Therapien durchgeführt worden und von einer weiteren ärztlichen Behandlung sei keine namhafte Besserung mehr zu erwarten (S. 5 Ziff. 6). Bei fehlenden Hinweisen auf ein weiter bestehendes Long-Covid-Syndrom bestehe aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit (S. 5 Ziff. 7). 3.

E. 3.2

Am 12. Juni 2022 (Urk. 8/298) bestätigte Dr. Q.____, dass unter der Covid-19-Erkrankung verschiedene Hautveränderungen auftreten könnten. Die bei der Beschwerdeführerin aufgetretenen Hautveränderungen im Sinne einer urtikariellen Veränderung am ganzen Körper seien in der Literatur ebenfalls als Covid-19-assoziiert beschrieben.

E. 3.3

Mit ärztlicher Bestätigung vom 23. September 2022 (Urk. 6/319) diagnostizierte Dr. G.____ Arthralgien, Myalgien und Rückenschmerzen (Hals- und Brustwirbelsäule), als Post-Covid- bzw. Long-Covid-19-Syndrom zu interpretieren. Seit der Covid-19-Infektion leide die bis anhin gesunde Beschwerdeführerin an diversen Beschwerden am Bewegungsapparat. Ein entzündlich-rheumatologisches Systemleiden habe anlässlich der Erstuntersuchung vom März 2021 ausgeschlossen werden können. Die noch bestehende Symptomatik sei als Long-Covid-19-Erkrankung zu interpretieren. Die Beschwerdeführerin arbeite trotz Beschwerden zu 50 % in der Altenbetreuung. Die rheumatologische Behandlung, insbesondere zur Verbesserung der noch bestehenden Symptomatik und der allgemeinen Leistungsfähigkeit bzw. Rekonditionierung laufe zurzeit noch weiter.

E. 3.4

Vom 31. Oktober bis 3. Dezember 2022 weilte die Beschwerdeführerin zur stationären Behandlung in der Klinik U.____. Laut (korrigiertem) Austrittsbericht vom 5. Januar 2023 (Urk. 8/326) liegen folgende Diagnosen vor (S. 1): - postvirales Müdigkeitssyndrom bei Post-Covid-19-Erkrankung - SARS-CoV-2 Infektion im November 2020, Re-Infektion im März 2022 - fokale kortikale FLAIR-Hyperintensität im Gyrus subcallosus links ohne Schrankenstörung (MRI vom März 2021) - kognitive Defizite (Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit) sowie kognitive Erschöpfbarkeit, Leistungsintoleranz, Reizüberflutung, Belastungsdyspnoe, fibromyalgiforme Muskelschmerzen wechselnder Lokalisation sowie Arthralgien, Verdacht auf Histaminunverträglichkeit im Rahmen eines Reizdarm-Syndroms sowie zahlreiche Nahrungsmittelunverträglichkeiten, psychische Anspannung, Palpationen, Durchblutungsstörungen, Schwankschwindel und Schlafstörung - post-infektiös aufgetretene Hypermenorrhoe mit Status nach Hysterektomie im August 2022 - anamnestisch allergisches Asthma bronchiale - Herpes labialis - Status nach Burnout-Syndrom 2020

Die internistische klinische Untersuchung habe einen unauffälligen Herz-Lungen-Befund ergeben. In der neurologischen Untersuchung hätten sich keine fokalen neurologischen Defizite und laborchemisch keine Hinweise auf eine Anämie oder einen entzündlichen

Prozess gezeigt (S. 3 unten). Die diagnostischen Kriterien einer CFS/SEID und somit einer Myalgic Encephalomyelitis/ Chronic

Fatigue Syndrome seien nicht erfüllt.

Es bestehe noch ein grosses Rehabilitationspotential, welches noch einiges an Zeit und Aufwand erfordere, nun aber ambulant weitergeführt werden könne. In der aktuell noch instabilen Situation und zur Organisation und Umsetzung der ambulanten Rehabilitation bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit

(S. 6 unten) .

E. 3.5

Laut dem Bericht der Klinik für Immunologie des K.____ vom 14. März 2023 (Urk. 8/332) liegen folgende Diagnosen vor (S. 1) - chronisch spontane und induzierbare Urtikaria - Rhinokonjunktivitis

allergica

saisonalis et perennialis mit Asthma bronchiale - Verdacht auf benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel (Erstmanifestation Mai 2022) - Verdacht auf Tubenventilationsstörung linksbetont - symmetrische hochtonbetonte mittel- bis hochgradige sensorineurale Schwerhörigkeit - Status nach Burn - out - Syndrom Anfang 2020 - Status nach Hysterektomie bei anamnestisch a.e . Adenom und Hypermenorrhoe - multiple Nahrungsmittelunverträglichkeiten

In der Zusammenschau der Befunde hätten keine Hinweise auf eine Immundefizienz, klare Autoimmunität oder Autoinflammation nachgewiesen werden können . In der Allergo-Serologie fände sich eine Polyatopie und ein Nachweis einer Th2-medierten Aktivität, passend zur Anamnese und Fotodokumentation einer chronisch spontanen und induzierbaren Urtikaria. Die neurokognitiven, arthralgischen und myalgischen Beschwerden könnten insgesamt nicht erklärt werden, kämen jedoch gehäuft im Rahmen einer Th2-Immunkaktivität, insbesondere nach Covid -Infektion vor. Daher sei das Aufflammen des Asthma bronchiale, der Haut-Ekzeme und der chronisch spontanen und induzierbaren Urtikaria im Rahmen der Sars-Cov2-Infektion zu interpretieren.

E. 3.6

Dr. med. V.____ , Facharzt für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie sowie praktischer Arzt , diagnostizierte mit Bericht vom 14. Juli 2023 (Urk. 8/336) ein postvirales Müdigkeits-Syndrom bei Post - Covid - 19 - Erkrankung. Als Symptome nannte er unspezifische, wandernde Schmerzen der gesamten Muskulatur und Gelenke vor allem im Oberkörper beidseits, einen raschen Leistungseinbruch, eine ausgeprägte Fatigue und schnelle Erschöpfung nach körperlicher und geistiger Anstrengung, Einschränkungen der Konzentration, der kognitiven Fähigkeiten und der Merkfähigkeit mit teilweiser Wortfindungsstörung, eine persistierende Belastungsintoleranz, fibromyalgiforme Muskelschmerzen wechselnder Lokalisation sowie Arthralgien (Hand- und Kniegelenke betont), Insomnie (Kombination aus Einschlaf- und Durchschlafstörung), situationsabhängige vegetative Symptome (Palpitationen, Vertigo, Tinnitus rechtsbetont) und vermehrte Angstgefühle ähnlich dem Bild einer posttraumatischen Belastungsstörung (S. 1 Ziff. 2). Aktuell sei die Beschwerdeführerin psychisch stabil, die somatischen Beschwerden zeigten kein Korrelat zu einer psychischen Erkrankung (S. 1 Ziff. 3).

E. 3.7

Laut Bericht der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin des K.____ vom 17. November 2023 (Urk. 11) wird die Beschwerdeführerin wegen einer atopischen Diathese mit Typ - 2 - Entzündung (S. 1 Ziff. 1) behandelt. In der Zusammenschau der Befunde bestehe weiterhin eine atopische Diathese, welche gemäss Akten bereits seit der Kindheit vorbestehend , aber während der Adoleszenz ruhig gewesen sei. Zeitlich und kausal sei es zu einer Exazerbation ab dem Primoinfekt des SARS-CoV2-Erregers mit Multiorgan-Beteiligung und einer atopischen Dermatitis, einer chronisch spontanen und induzierbaren Urtikarie , einer Rhinokonjunktivitis , einem Asthma bronchiale und unspezifischen Nahrungsmittelunverträglichkeiten mit post- prandialen , gastrointestinalen Beschwerden gekommen . Ein SARS-CoV-2-Infekt könne wie jede bakterielle und virale Infektion sowie andere körperliche Stressoren eine Überaktivierung und Entzündung verursachen. Somit seien immuno -medizinisch die Symptome erklärbar und verursachten unbehandelt mittel- bis langfristig bei zu Typ-2-Entzündung neigenden Patienten zu Fatigue und psychosozialen Stress. Als Aktivitätsmarker einer eosinophilen Aktivität sei das ECP, welches passend zur Symptomatik erhöht sei. Eine Typ - 2 - Entzündung lasse sich nicht mittels klassischen Entzündungsmarkern nachweisen. Eine Daueraktivierung der Typ-2-Entzündung führe zu Fatigue und den oben genannten neurokognitiven, gastrointestinalen, kutanen und pulmonalen Beschwerden (S. 3) .

E. 3.8

PD Dr. med. W.____ , Chefarzt Rheumatologie am Spital AA.____ , diagnostizierte mit Bericht vom 3. Juni 2024 (Urk. 32/4) neben bereits bekannten Diagnosen neu eine HLB 27 assoziierte

Spondylarthritis (AS), DD: Psoriasisarthritis (pos FA ; S. 1). Da die entzündlichen Veränderungen an der Wirbelsäule nachvollzogen werden könnten und die Beschwerdeführerin nur unzureichend auf NSAR/Steroide anspreche , sei ein Therapieversuch mit IL-17 Inhibitor zu befürworten. Nicht alle der von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden könnten zum jetzigen Zeitpunkt der Grunderkrankung zugeschrieben werden (die ausgeprägte Fatigue etc.). Hier könnten Aspekte eines Long- Covid -Syndroms vorliegen bzw. dies auch durch die atopische Diathese erklärt sein (S. 2) . 4 .

E. 4

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen , der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_640/2022 vom 9. August 2023 E. 3.4). 1.

E. 4.1

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Unfallversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle

Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3bb mit Hinweisen).

Der angefochtene Entscheid (Urk. 2) basiert auf der ärztlichen Einschätzung der Gutachter der A. ___ (E. 3.1). Die Gutachter berücksichtigten die gesamten Vorakten und die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Beschwerden, setzten sich mit diesen nach eigenen Untersuchungen eingehend auseinander und kamen zum Schluss, dass die geklagten Beschwerden spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung nicht mehr auf den Covid-Infekt zurückzuführen seien. Ob gegen die Schlüssigkeit des Gutachtens - wie von der Beschwerdeführerin behauptet - konkrete Indizien vorliegen, ist im Folgenden zu prüfen. 4. 2

Laut der in den (neusten) Empfehlungen für die versicherungsmedizinische Abklärung in der Schweiz bei Post-Covid-19-Erkrankung der Arbeitsgruppe Post-Covid-19 Versicherungsmedizin (Stand 31. Juli 2023; Urk. 32/3) zitierten Definition der WHO tritt 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 können. Zu den häufigen Symptomen gehören Müdigkeit, Kurzatmigkeit, kognitive Funktionsstörungen, aber auch andere. Die Symptome haben im Allgemeinen Auswirkungen auf das tägliche Leben. Die Symptome können nach der anfänglichen Genesung von einer akuten Covid-19-Erkrankung neu auftreten oder die anfängliche Krankheit überdauern. Die Symptome können fluktuieren oder im Laufe der Zeit zurückkehren. Die Diagnose erfordert keine Mindestanzahl an Symptomen (S. 3 oben).

Die Pathogenese der Post-Covid-19-Erkrankung ist abgesehen von klar zuordenbaren Organschäden nicht umfassend geklärt und multifaktoriell. In verschiedenen Studien konnten bei Patienten und Patientinnen mit persistierenden Beschwerden nach Covid-19-Erkrankung Auffälligkeiten des zellulären und humoralen Immunsystems, Hinweise auf Persistenz viraler Bestandteile, Hinweise auf auto-immun Phänomene, Veränderungen der Gerinnung und des Gefäss endothels sowie Veränderungen des Mikrobioms resp. Viroioms (inklusive Reaktivierung latenter Herpes Virus-Infektionen) festgestellt werden. Zudem bestehen bei einem Teil der Betroffenen Hinweise auf Veränderungen im zentralen und autonomen Nervensystem inklusive neuroradiologischer Veränderungen. Diese Auffälligkeiten entsprechen aktuellen Hypothesen zur Pathophysiologie. Mehrheitlich ist jedoch unklar, welche dieser Auffälligkeiten und Abweichungen im Vergleich zu einer Normalpopulation kausal für die Post-Covid-19-Erkrankung sind, welche vorbestehend und gegebenenfalls im Sinne eines Risikofaktors zu interpretieren sind und welche Folge aber nicht Ursache einer Post-Covid-19-Erkrankung sind. Zudem zeigen sich die beschriebenen Auffälligkeiten, bestätigt durch prinzipiell alle Studien, nicht bei allen Patienten und Patientinnen, die die WHO-Kriterien erfüllen. Es besteht somit auch kein labor-chemischer oder radiologischer Surrogatmarker, der eine Post-Covid-Erkrankung beweist oder ausschliesst (S. 5 Ziff. 3.2).

Viele Patienten und Patientinnen berichten über Müdigkeit (Fatigue) in Kombination mit anderen schwer fassbaren Symptomen nach Covid-19-Erkrankung. Die beklagten Symptome umfassen zumeist eine Gruppe von Kernsymptomen wie Anstrengungs-Intoleranz, Post Exertional Malaise, übermässige Müdigkeit/Ermüdbarkeit (Fatigue) mit nicht erholsamem Schlaf, neurokognitive Einschränkungen, grippeartige

Symptome, Muskel-/Gelenkschmerzen - nebst einer Vielzahl unspezifischer (v.a. vegetativer) Symptome unterschiedlicher Ausprägung, wie z.B. belastungsinduzierte Atemnot (ohne fassbare pneumologische Erkrankung). Analog zur Post-Covid-19-Erkrankung berichtet eine Minderheit von Patienten und Patientinnen nach einer viralen oder bakteriellen Infektion (auch bei initial milden bis moderaten Krankheitsverläufen) von einer Persistenz von die Leistungsfähigkeit einschränkenden Symptomen. Solche Erkrankungen sind als «Post Acute

Infection Syndrom» (PAIS) beschrieben, wobei gewisse Krankheitsentitäten (bezüglich persistierender Beschwerden) epidemiologisch deutlich besser abgestützt sind als andere. Die Pathogenese dieser Beschwerden bei Infektionen allgemein und Covid-19 im speziellen ist letztlich nicht geklärt, die Beschwerden treten auch bei Personen ohne dokumentierte vorangehende Infektion auf. Aufgrund der unspezifischen Natur der Symptome besteht notgedrungen eine breite Überlappung zu Symptomen einer Vielzahl anderer, sowohl somatischer wie psychiatrischer Erkrankungen. Dies ist unter anderem mit ein Grund für die unbefriedigende Studienlage. Hinsichtlich der Symptomatik bestehen Überschneidungen zur Cancer-related Fatigue und dem Chronic Fatigue Syndrom (S. 10 Mitte). 4.3.1

Die Beschwerdeführerin brachte vor, es sei mittlerweile wissenschaftlich erstellt, dass gastrointestinale Manifestationen bei Long-Covid gehäuft vorkämen, und die Histaminintoleranz nach aktueller Studienlage mit einem Zytokinsturm bzw. mit dem mit der Covid-Erkrankung zusammenhängenden Mastzellenaktivierungssyndrom (MCAS) erklärt würden, weshalb immunologische Abklärungen in die Wege zu leiten seien (Urk. 1 S. 4 Ziff. 10).

Anlässlich

der Begutachtung klagte die Beschwerdeführerin

unter anderem über Verdauungsprobleme und eine Histaminintoleranz. Allerdings sind gastrointestinale Symptome nicht erst mit/nach der Covid-19-Infektion aufgetreten. Bereits im Januar 2019 sind bei postprandial betonten und stressverstärkten Epigastralgien und Völlegefühl

diskrete Zeichen einer chemisch-reaktiven Gastropathie und eine geringgradig chronische, nicht aktive Begleitentzündung erhoben worden (Bericht des Instituts für Pathologie und Molekularpathologie des

K.____ vom 24. Januar 2019, Urk. 19/489/3-4). Dr. med. AB.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 31. August 2020 (Urk. 19/489/1-2), die Beschwerdeführerin leide an starken psychosomatischen Beschwerden unter anderem im Magen-Darmtrakt, allerdings bis dato ohne somatisch pathologischen Befund.

Dementsprechend erwähnte

Dr. P.____ am 16. Juli 2021 (Urk. 8/278/1) seit Jahren bestehende, und nicht erst mit der Covid-Erkrankung aufgetretene dyspeptische Beschwerden mit relativ starken Oberbauchschmerzen.

Was die Histaminintoleranz betrifft, handelt es sich hierbei lediglich um eine Verdachtsdiagnose (vgl. vorstehend E. 3.4), welche nach Lage der Akten nie abgeklärt wurde und von den Ärzten auch nie in Zusammenhang mit einer MCAS gebracht wurde.

Eine

Histaminintoleranz wurde denn auch nie ärztlich abgeklärt und es fehlen Aussagen über den Erfolg der von Dr. Q.____ eingeleiteten medikamentösen Behandlung (vgl. Urk. 8 / 173 = Urk. 8/180 = Urk. 278/3 S. 2 oben) , äusserte er sich doch im Bestätigungsschreiben vom 12. Juni 2022 (E. 3.2) lediglich über die urtikarielle Veränderung. 4. 3 .2

Insoweit die Beschwerdeführerin einwandte , dass dermatologische Veränderungen häufig in einem Zusammenhang mit der Covid -Erkrankung stünden (Urk. 1 S. 4 Ziff. 11) , mag dies wohl zu treffen . Fest steht aber auch in Bezug auf die geltend gemachte Hautbeteiligung, dass bei der Beschwerdeführerin schon vor der Covid -Infektion das Vorliegen eines atopischen Ekzems bekannt war. So diagnostizierte

Dr. med. AC.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nach der Kontrolle vom 24. Januar 2013 ein Asthma bronchiale sowie ein atopisches Ekzem (Urk. 19 /195 = Urk. 19 /205 S. 1 Ziff. 1.1 ; der IV-Stelle am 1. Februar 2013 zugegangen, vgl. Aktenverzeichnis zu Urk. 19 /1-655).

Von einer seit Kindheit bestehenden atopischen Diathese gingen auch die Ärzte der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin des K.____ (E. 3.7) aus, allerdings legten sie ihren Überlegungen zugrunde, dass diese seit der Adoleszenz ruhig war und erst ab der Covid -Infektion

wieder ausbrach . Abgesehen davon, dass die Spezialärzte einen Zusammenhang mit Covid-19 nur als möglich erachteten, sind sie auch von der unkorrekten Annahme ausgegangen , dass die atopische Diathese erst wieder mit der Covid -Infektion aufgetreten ist, was offensichtlich nicht der echtzeitlichen Berichterstattung durch Dr. AC.____ entspricht .

Auch Dr. Q.____ (E. 3.2) erachtete einen Zusammenhang der Hautveränderungen mit der Covid-19-Erkrankung als nur möglich und ging ausserdem ebenfalls

fälschlicherweise davon aus, dass die geklagten Hautausschläge und Rötungen erst seit der Covid -Infektion aufgetreten sind (vgl. Urk. 8/180 = Urk. 8/ 173 S. 2).

Entgegen der Einwendungen der Beschwerdeführerin (Urk. 10 S. 1 Mitte) ist damit trotz der immunologischen Diagnose ein Zusammenhang mit der Covid -Infektion nicht überwiegend wahrscheinlich. Daran ändert entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 31 S. 2) auch die medizinische Einschätzung durch PD W.____ (E. 3.8) nichts, stellte doch auch er die mit der HLB 27 assoziierten Spondylarthritis nicht erklärbaren Beschwerden lediglich in einen möglichen Zusammenhang mit der Covid -Infektion. 4. 3 .3

Die Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt, in welchem sie sich infizierte, aus psychischen Gründen in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. So ersuchte sie am 20. Mai 2020 (Urk. 19 /471) die Invalidenversicherung um Weiterausrichtung der Invalidenrente mit dem Hinweis, dass ihr aufgrund von Schlafstörungen, Unkonzentriertheit, starker Ängste und Verunsicherung, depressiver Stimmung und Wiederaufflammen körperlicher Symptome eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Laut Bericht vom 25. August 2020 (Urk. 19 /487/7-8) attestierte Dr. B.____

eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 9. März bis 15. April 2020 und danach eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (50% ige arbeitsfähig bei 80%igem Pensum) bis auf weiteres und wies

darauf hin, dass er das Arbeitspensum von 80 % als zu hoch einstufte und ein Pensum von 50 % als realistisch betrachte (S. 2).

Aber schon davor beschrieben die Ärzte der AD. ___ AG nach einem stationären Aufenthalt am 14. Dezember 2012 (Urk. 19 /195/6-9) Aufmerksamkeits-, Auffassungs- und Konzentrationsstörungen (S. 2 Ziff. 4), und Dr. AE. ___, Oberärztin am Psychiatriezentrum AF. ___,

hielt im Bericht vom 29. Januar 2013 (Urk. 8/196/1-5) eine reduzierte Belastbarkeit und fehlende Konzentrationsfähigkeit fest (S. 3 Ziff. 1.7). Am 10. September 2013 (Urk. 19 /259/5-9) berichtete Dr. B. ___ zwar über einen verbesserten Gesundheitszustand, nannte aber unter anderem weiterbestehende Konzentrationsstörungen sowie eine deutlich reduzierte Belastbarkeit (S. 3 oben).

Am 23. März 2015 (Urk. 19 /337) erachtete er eine Arbeitstätigkeit von 80 % für die Beschwerdeführerin als zu hoch und wies darauf hin, dass es im vergangenen halben Jahr zu vielen Krankheitsausfällen gekommen sei. Den Wunsch der Beschwerdeführerin, nur 60 % zu arbeiten, unterstützte er. Psychosomatisch berichtete er über Tinnitus, Herzklopfen, Schwindel und Kopfschmerzen.

Insoweit Dr. V. ___ (E. 3.6) kein Korrelat zu einer psychischen Erkrankung festgestellt hat, ist dem entgegenzuhalten, dass dieser über keinen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie verfügt. Ausserdem geht aus seinem Bericht nicht hervor, inwieweit ihm medizinische Berichte zum Vorzustand zur Verfügung gestanden haben. Daher vermag sein Bericht die gutachterlichen Feststellungen nicht in Zweifel zu ziehen. Hinzu kommt, dass sowohl der psychiatrische Teilgutachter (E. 3.1.4) von einer Remission der über Jahre hinweg diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung ausging, was allerdings nicht zum Schluss führt, dass die geklagten somatischen Beschwerden auf die Covid-Infektion zurückzuführen wären. Immerhin stellte Dr. B. ___ im Bericht vom 9. November 2023 (Urk. 19/620 / 5-6) die Verdachtsdiagnose einer Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0). 4. 3.4

Was die fokale kortikale FLAIR-Hyperintensität im Gyrus subcallosus links ohne Schrankenstörung (DD: postentzündlich, postischämisch) betrifft, erachtete Dr. T. ___ (Urk. 8/74) einen Zusammenhang mit der Covid-Infektion höchstens in Bezug auf die olfaktorischen Halluzinationen als möglich. Ob diese das funktionelle Leistungsvermögen beeinträchtigen könnten, erscheint höchst fraglich. Ausserdem klagte die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung nur noch über einen ab und zu auftretenden falschen Geruch (E. 3.1.4) und in den späteren Berichten kommt ein gestörtes Geruchs- oder Geschmacksempfinden nicht mehr vor. 4. 3.5

Nichts zu ihren Gunsten vermag die Beschwerdeführerin daraus abzuleiten, dass der Autoantikörper-Test positiv ausgefallen ist (Urk. 1 S. 6 unten f. Ziff. 15 f.). Dass die Autoantikörper auf die Covid-Infektion zurückzuführen sind, ist allein durch ihr Bestehen nicht erwiesen. Wie bereits dargelegt (vorstehende E. 4.3.2) trifft auch nicht zu, dass das Asthma bronchiale sowie das atopische Ekzem nur in der Jugend aufgetreten und erst mit der Covid-Infektion wieder aufgeflammt sind. Auch die gemäss Bericht der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin des K. ___

(E. 3.7) geklagten Verspannungen im Nacken- und Schulterbereich sowie die Kiefermuskulaturschmerzen waren vorbestehend. So berichtete Dr. AC. ___ am 12. Juli

2017, dass die ganze Hals- und Nackenmuskulatur verspannt sei (Urk. 19/412). Abgesehen davon, dass die Spezialärzte einen Zusammenhang mit Covid-19 nur als möglich erachteten, sind sie von unkorrekten anamnestischen Angaben ausgegangen. 4. 4

Gesamthaft sprechen vor diesem Hintergrund keine konkreten Anhaltspunkte gegen die Zuverlässigkeit des A.____ -Gutachten s. A aufgrund des vor de r

Covid -Infektion vorgelegenen medizinischen Sachverhalts kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die geltend gemachten Einschränkungen

spätestens ab der Begutachtung nicht mehr auf die Infektion zurückzuführen sind , weshalb der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und der stattgehabten Infektion ab dem 31. Dezember 2021 nicht mehr überwiegend wahrscheinlich ist. Es besteht auch kein Anlass zur Einholung eines Gerichts gutachtens, da hievon unter den gegebenen Umständen kaum abschliessende Ergebnisse zu erwarten wären. Es ist zudem nicht Sache des Sozialversicherungsgerichts, medizinisch-wissenschaftliche Kontroversen zu klären; seine Aufgabe beschränkt sich darauf, die Unfallkausalität aufgrund der im konkreten Fall gegebenen Verhältnisse und unter Berücksichtigung der medizinischen Lehrmeinung zu beurteilen (BGE 134 V 231 E. 5.3). 5.

Nach dem Dargelegten erfolgte die Leistungseinstellung per 31. Dezember 2021 zu Recht, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Sebastian Lorentz - Zürich
Versicherungs-Gesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Grieder-Martens Tiefenbacher

E. 5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet

sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2023 vom 30. November 2023 E. 4.2.1). 2.

E. 10

Ziff. 27). Die Beschwerdegegnerin versteife sich darauf, dass das A.____ -Gutachten beweistauglich sei. Vorliegend werde eine Vielzahl – späterer – wissenschaftlicher Publikationen ins Recht gelegt, welche die Gutachter allein aus zeitlichen Gründen nicht hätten kennen und damit auch nicht hätten berücksichtigen können. Es könne nicht angehen, dass der vorliegende Fall nach «veraltetem» Kenntnisstand in medizinischer Hinsicht beurteilt werde, weshalb weitere Abklärungen unabdingbar seien (S. 10 Ziff. 28 f.). Es sei erwiesen, dass sie an einer angeborenen atopischen Diathese mit Mehrorganbeteiligung und Stabilisierung ab Adoleszenz und Exazerbation im zeitlichen und kausalen Zusammenhang mit de r

Covid -Infektion im November stehe. Damit seien die aktuellen somatischen Beschwerden erklärbar und die (Teil-)Kausalität sei gegeben (Urk. 10 S. 1 Mitte).

Mit Stellungnahme vom 26. August 2024 (Urk. 31) wies die Beschwerdeführerin darauf hin, dass sich gemäss den neusten Empfehlungen zur Abklärung von Post-Covid-19-Erkrankungen zwingend eine infektiologische Abklärung aufdränge. Dementsprechend erweise sich das A.____ -Gutachten als nicht ausreichend, dies umso mehr, als bei ihr immunologische Erkrankungen erstellt seien, die bis dato noch überhaupt nicht abgeklärt worden seien (S. 2 Mitte).

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