

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00141**

## **vom 18. Juni 2024**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-06-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2023.00141](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2023.00141)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00141 du 18 juin 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00141 del 18 giugno 2024

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

8. August 2023 wies die Allianz die Einsprache ab ( Urk. 8/93 = Urk. 2).

#### **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.

#### **E. 1.2**

Nach Art. 9 Abs. 1 UVG gelten als Berufskrankheiten Krankheiten, die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind. Als Berufskrankheiten gelten nach Art. 9 Abs. 2 UVG auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind. Soweit nichts anderes bestimmt ist, sind gemäss Art. 9 Abs. 3 UVG Berufskrankheiten von ihrem Ausbruch an einem Berufsunfall gleichgestellt. Sie gelten als ausgebrochen, sobald die betroffene Person erstmals ärztlicher Behandlung bedarf oder arbeitsunfähig ist.

#### **E. 1.3**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem schädigenden Ereignis 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 schädigendes Ereignis

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, das Ereignis 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 blosser 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).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Folgen des Ereignisses deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (vgl. BGE 138 V 248 E. 4, 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/ bb mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_640/2022 vom 9. August 2023 E. 4).

#### **E. 1.4**

Die in Rechtskraft erwachsene Verweigerung weiterer Leistungen durch den obligatorischen Unfallversicherer schliesst die spätere Entstehung eines Anspruchs, der sich aus demselben Ereignis herleitet, nicht unter allen Umständen aus. Vielmehr steht ein solcher Entscheid unter dem Vorbehalt späterer Anpassung an geänderte ereigniskausale Verhältnisse. Dieser in der Invalidenversicherung durch das Institut der Neuanschuldung geregelte Grundsatz gilt auch im Unfallversicherungsrecht, indem es der versicherten Person jederzeit freisteht, einen Rückfall oder Spätfolgen eines rechtskräftig beurteilten Ereignisses geltend zu machen (vgl. Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung; UVV) und erneut Leistungen der Unfallversicherung zu beanspruchen. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder auch psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1, 118 V 293 E. 2c, je mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

Der Fallabschluss hat in Form einer Verfügung zu erfolgen, wenn und solange die (weitere) Erbringung erheblicher Leistungen zur Diskussion steht (BGE 132 V 412 E. 4, Art. 124 UVV). Erlässt der Versicherer stattdessen nur ein einfaches Schreiben, erlangt dieses in der Regel jedenfalls dann rechtliche Verbindlichkeit, wenn die versicherte Person nicht innerhalb eines Jahres Einwände erhebt (BGE 134 V 145). Ständen zu einem bestimmten Zeitpunkt indes keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall auch vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten. Dies ist im Rahmen einer ex-ante-Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_400/2013 vom 31. Juli 2013 E. 4 mit weiterem Hinweis).

Dabei kommt der Art der Schädigung

und dem bisherigen Verlauf eine entscheidende Rolle zu: Lag ein vergleichsweise harmloses

Ereignis

mit günstigem Heilungsverlauf vor, welche s

nur während relativ kurzer Zeit einen Anspruch auf Leistungen begründete, wird tendenziell eher von einem stillschweigend erfolgten Abschluss auszugehen sein als nach einem kompliziert verlaufenen Heilungsprozess. Andererseits ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalls und nicht unter demjenigen eines Rückfalls zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Ereignis

aufgetretenen Beschwerden gelitten hat beziehungsweise wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_102/2008 vom 26. September 2008 E. 4.1 mit Verweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C\_433/2007 vom 26. August 2008 E. 2.3).

### **E. 1.6**

Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich begrifflich an ein bestehendes Ereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Ereignis erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c in fine). Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem schädigenden Ereignis

nachzuweisen. Nur wenn die Kausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem schädigenden Ereignis

und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteile des Bundesgerichts 8C\_448/2022 vom 23. November 2022 E. 2.3 und 8C\_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.2, je mit Hinweisen).

### **E. 1.7**

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

### **E. 2**

Am 14. September 2023 erhob die Versicherte Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 18. August 2023 (Urk. 2) und beantragte dessen Aufhebung sowie die Rückweisung der Sache zur Einholung eines externen Gutachtens, eventualiter die

Zusprache der gesetzlichen Leistungen ( Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 27. Oktober 2023 ( Urk. 7) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde

Die Beschwerdeführerin hielt mit Replik vom 29. November 2023 an ihren Anträgen fest ( Urk. 10) , ebenso die Beschwerdegegnerin mit Duplik vom 11. Januar 2024 ( Urk. 15), wovon die Beschwerdeführerin am 12. Januar 2024 in Kenntnis gesetzt wurde ( Urk. 16).

Am 16. April 2024 ( Urk. 19) reichte die Beschwerdeführerin aufforderungsgemäss ( Urk. 17) weitere medizinische Akten ( Urk. 20 /1-11 ) ein, wozu die Beschwerdegegnerin am 29. April 2024 ( Urk. 23) Stellung nahm. Eine Kopie dieser Stellungnahme wurde der Beschwerdeführerin am 30. April 2024 zugestellt ( Urk. 24). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid ( Urk. 2) wie folgt: Da ein direkter Kontakt zu infizierten Personen bei der Arbeit stattgefunden und die Beschwerdeführerin als Ergotherapeutin in einer Gesundheitseinrichtung gearbeitet habe, habe auch ein spezifisches Expositionsrisiko bestanden. Es habe sich deshalb bei der Infektion mit Covid-19 vom 8. Dezember 2020 um eine Berufskrankheit gehandelt (S. 4 Ziff. 11- 13). Die behandelnden Ärzte begründeten nicht näher, weshalb nun die Diagnose Long Covid gestellt werde. Diese werde jeweils im Zusammenhang mit der Infektion vom 8. Dezember 2020 und den danach auftretenden Symptomen gestellt. Es finde kein Ausschluss einer anderen Diagnose statt. Die Diagnosestellung der behandelnden Ärzte deute auf eine post hoc, ergo propter hoc- Argumentation hin, die beweisrechtlich unzulässig sei. Auch Dr. Z.\_\_\_\_ begründete nicht, weshalb sie die Diagnose Long Covid stelle. Es ergebe sich aus ihrem Gutachten, dass sie diese Diagnose von den behandelnden Ärzten übernehme. Es sei lediglich möglich, dass die Covid-19-Infektion die somatischen Leiden verschlechtert habe. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genüge jedoch nicht (S. 9 Ziff. 43-44). Es sei gestützt auf die Beurteilung ihres Vertrauensarztes Dr. med. A.\_\_\_\_ und von Dr. B.\_\_\_\_ , regionaler ärztlicher Dienst (RAD) der Invalidenversicherung , davon auszugehen, dass aufgrund der bereits vor der Infektion bestehenden Herzproblematik gerade keine Erkrankung vorliege, die nicht durch eine andere Diagnose zu erklären sei. Auch die Erschöpfungssymptomatik lasse sich durch das Herzleiden erklären. Es könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen medizinischen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen der Covid- 19- Infektion und den geltend gemachten Beschwerden geschlossen werden (S. 9 Ziff. 45). Es sei deshalb nicht von einer Long- Covid -Erkrankung auszugehen. Somit bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen der im Dezember 2020 erlittenen Berufskrankheit und den im März 2022 gemeldeten Beschwerden (S. 9 Ziff. 46).

In ihrer Beschwerdeantwort ( Urk. 7) hielt die Beschwerdegegnerin fest, es bestehe nicht einmal teilweise eine Kausalität nach Art. 36 UVG zwischen der Infektion und den danach geltend gemachten Beschwerden. Vielmehr habe anhand der Beurteilungen durch Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ festgestellt werden können, dass die Diagnose Long Covid nach WHO-Definition nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorliege. Ferner bestehe einzig die Möglichkeit, dass die Infektion zu einer Verschlimmerung der vorbestehenden Herz-Kreislauf-Probleme geführt habe. Damit sei der Kausalzusammenhang nicht mit

überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben (S. 3 Ziff. 11). Es werde nicht bestritten, dass die Symptome der Beschwerdeführerin mit Post-Covid-Beschwerden vereinbar seien. Die Leistungspflicht werde abgelehnt, weil nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sei, dass die Diagnose Long Covid nach WHO-Definition vorliege. Entsprechend handle es sich um Beschwerden, die nicht auf die Berufskrankheit zurückzuführen seien und damit sei nicht die Unfallversicherung leistungspflichtig (S. 4 Ziff. 13).

Zum im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht des Universitätsspitals C.\_\_\_\_, Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene, vom 20. Juli 2022 (Urk. 3) sei festzuhalten, dass dessen Inhalt im Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ enthalten sei, weshalb auf dessen Einholung verzichtet werden könne (S. 4 Ziff. 14). Darin werde festgehalten, dass sämtliche Beschwerden auf die Infektion zurückzuführen seien. Übersehen werde dabei, dass die Beschwerdeführerin im Januar 2021 eine Pneumonie und im September 2021 eine Rhinitis erlitten habe. Zudem sei den Ärzten des C.\_\_\_\_ offenbar nicht bekannt gewesen, dass die Beschwerdeführerin bereits vor der Infektion an kardiologischen Beschwerden gelitten habe (S. 4 Ziff. 15). Daran hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer Duplik (Urk. 15) fest.

Zu den im Beschwerdeverfahren eingeholten medizinischen Unterlagen (Urk. 20/1-11) machte die Beschwerdegegnerin geltend (Urk. 23), die Ursache der Tachykardie und der erhöhten peripheren Widerstände in der Lunge seien nicht weiter erforscht worden. Es hätten sich gemäss Radiologie-Befunden keine fassbaren Residuen nach Covid-19 gefunden. Die Diagnose Long beziehungsweise Post Covid sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt und folglich sei auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Kausalzusammenhang zwischen den mit E-Mail vom 17. März 2022 angemeldeten Beschwerden und der Infektion vom 8. Dezember 2020 gegeben.

## **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin hielt dem entgegen (Urk. 1), auf die Beurteilung durch den Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin,

Dr. A.\_\_\_\_, könne nicht abgestellt werden, da dieser kein Spezialist für Long-Covid-Erkrankungen sei und seine Beurteilung nur wenige Zeilen umfasse. Er widerspreche allen anderen Ärzten, womit völlig diametrale Beurteilungen vorlägen. Damit sei eine Oberexpertise notwendig (S. 3 Ziff. 3).

In ihrer Replik (Urk. 10) führte die Beschwerdeführerin aus, gemäss dem aktuellen Bericht der Klinik D.\_\_\_\_, die spezialisiert sei auf den Gebieten der Kardiologie, Pneumologie, Dermatologie, Allergologie und Psychosomatik, liege die Diagnose Long Covid vor (S. 2 Ziff. 4). Weiter bestreite die Beschwerdegegnerin die Kausalität nach Art. 36 UVG, räume aber dennoch ein, dass die Infektion zu einer Verschlimmerung der vorbestehenden Kreislaufprobleme geführt habe. Dies sei widersprüchlich (S. 4 Ziff. 11).

## **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin und dementsprechend die Unfallkausalität hinsichtlich der am 17. März 2022 gemeldeten Beschwerden. Ob diese im Rahmen des Grundfalls oder eines Rückfalls zu beurteilen sind und wer entsprechend die Beweislast trägt, wird dabei vorweg zu entscheiden sein. Unbestritten ist, dass die Beschwerdegegnerin die Covid-19-Infektion der Beschwerdeführerin vom 8. Dezember 2020 als Berufskrankheit im Sinne von Art. 9 UVG anerkannte.

### **E. 3.1**

Gemäss Unfallmeldung vom 15. Dezember 2020 (Urk. 8/1) wurde bei der Beschwerdeführerin am 8. Dezember 2020 eine Covid-19 -Infektion

festgestellt. Sie war deshalb vom 8. bis 17. Dezember 2020 zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff.

### **E. 3.2**

Nach entsprechender Anfrage der Beschwerdegegnerin vom 21. März 2022 bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zur Krankengeschichte im Zeitraum zwischen dem 8. Dezember 2020 und dem 31. Dezember 2021

(Urk. 8/16/2) wurde in der Überweisungsbericht vom 30. Dezember 2021 an Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie (Urk. 8/16/1), sowie eine Kopie der Krankengeschichte im angefragten Zeitraum (Urk. 8/17) eingereicht. Im Beschwerdeverfahren wurden weitere Einträge der Krankengeschichte zu den Akten genommen (Urk. 20/2-5). Darin wird das Folgende

aufgeführt:

#### **E. 3.2.1**

Am 25. Januar 2021 (Urk. 20/2) hielt Dr. E.\_\_\_\_ zur Anamnese (A) fest: « Müdigkeit und Abgeschlagenheit persistierend seit dem Covid -Infekt. Nach Hymenspaltung am 8. Januar 2020 Nachblutung, nachher leichtes Fieber. Seit der Operation noch verstärkte Müdigkeit. Seither Temperatur immer wieder Frieren, Temperatur um 37.5°, Müdigkeit geblieben. Stechen im linken Thorax, innere Unruhe. Kein Husten, ab und zu Reiz im Hals. » .

Zum Befund (B) wurde festgehalten: « Röntgen Thorax: Thoraxskelett normal konfiguriert, symmetrisch, normale Kyphose der Brustwirbelsäule (BWS), im Lot, leichte Osteochondrosen und Spondylosen, normale Mineralisation. Herz normal gross, kompensiert. Lungengerüststrukturen vor allem basal recht deutlich akzentuiert bei Status nach Covid Bronchopneumonie. Zusätzlich Überlagerung durch die Brustdrüse. ».

Im Verlauf sei die Beschwerdeführerin nun sehr müde, die Temperatur sei leicht erhöht. Auskultatorisch sei die Lunge frei, radiologisch bestünden noch geschwollene Bronchien basal rechts. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 50 % (Urk. 20/3).

#### **E. 3.2.2**

Am 9. Februar 2021 (Urk. 20/3) hielt Dr. E.\_\_\_\_ zur Anamnese fest: « Seit Covid -Infekt Schmerzen in der Brust vorne und hinten, vor allem bei tiefer Inspiration. Schmerzen initial nur bei der Arbeit, nun ganzer Tag. Schmerzen letzte Woche zugenommen. Subjektiv keine Druckdolenz. Weiterhin oft Temperaturschübe, Frösteln. Regelmässig Kopfschmerzen. Der Befund habe atemabhängige Thoraxschmerzen ergeben. Auskultatorisch nihil, perkutorisch nihil, pulsoximetrisch gemessene Sauerstoffsättigung 99 % . » . Die bisherigen Einträge (vgl. Urk. 20/2) ergänzte Dr. E.\_\_\_\_ dahingehend, dass auch im weiteren Verlauf sehr viel Stechen in der Brust bei tiefer Inspiration und ständige Müdigkeit vorhanden seien .

#### **E. 3.2.3**

Am 16. Februar 2021 (Urk. 20/4) hielt Dr. E.\_\_\_\_ bei unveränderten übrigen Einträgen fest, im Angio -Computertomogramm vom 11. Februar 2021 (vgl. Urk. 20/8)

lägen kein Nachweis einer Lungenembolie , keine Infiltrate und keine fassbaren Residuen nach Covid-19 vor. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 50 % , die Beschwerdeführerin versuche zu steigern. Es erfolge eine Physiotherapie-Verordnung zur Atemtherapie.

#### **E. 3.2.4**

Am 27. Februar 2021 ( Urk. 20/5) führte Dr. E.\_\_\_\_ zur Anamnese zusätzlich aus, im Verlauf bestünden weiterhin viele Schmerzen im Thorax, die Beschwerdeführerin habe auch fast ständig Kopfschmerzen, es bestünden nur stundenweise Remissionen .

Die Müdigkeit sei etwas besser, mit 60 % Arbeit sei die Beschwerdeführerin viel müde, wegen innerer Unruhe schlafe sie trotz Erschöpfung auch schlecht. Den Befund ergänzte Dr. E.\_\_\_\_ um den Eintrag von Intercostalneuralgie Th 5/6 beidseits. Nun habe die Beschwerdeführerin eine Woche Ferien, dann erfolge ein Arbeitsversuch im Pensum von 80 % .

#### **E. 3.2.5**

Am 11. Dezember 2021 ( Urk. 8/17/1-2)

führte Dr. E.\_\_\_\_ zur Anamnese aus : « Weiterhin Rhythmusstörungen, erneut seit Covid-Infekt vermehrt, nach Installation des Betablockers 2019 nicht mehr gehabt. Viel Dyspnoe bei Anstrengung. Kein Husten mehr nach Rhinitis im September 2021. Ruhepuls hoch zu Hause. Stressbelastung nun lange hoch bei Unterbesetzung und Tod der Grossmutter. Stress verstärkt, aber auch ohne Stress Rhythmusstörungen und Dyspnoe. Oft Müdigkeit tagsüber. Seit Covid Infekt eher erhöhte Basaltemperatur. Befund: Atemabhängige Thoraxschmerzen. Auskultatorisch nihil , perkutorisch nihil. Pulsoxymetrisch gemessene Sauerstoffsättigung 99 % .

Intercostalneuralgien Th 5/6 beidseits. Im Angio-CT vom 11. Februar 2021 unauffälliges CT Thorax, kein Nachweis einer Lungenembolie, keine Infiltrate, keine fassbaren Residuen nach Covid-19. ».

Als Diagnose nannte er einen Status nach Covid-19- Infekt am 8. Dezember 2020, welcher folgenlos abgeheilt sei , aber mit später dann vermehrt aufgetretenen Rhythmusstörungen nach Pneumonie . Es erfolge ein 7-Tage-Elektrokardiogramm (EKG) zur Evaluation der Beta-Blocker Therapie.

#### **E. 3.2.6**

Am 30. Dezember 2021 ( Urk. 8/17/2) ergänzte Dr. E.\_\_\_\_

die Anamnese wie folgt : « Kein Stechen mehr im Thorax, aber immer wieder Druckgefühl in der Brust. Zum Befund wurde ausgeführt : Anstrengungsabhängiges Druckgefühl praecordial , oft auch Dyspnoe, auskultatorisch nihil, perkutorisch nihil. Pulsoxymetrisch gemessene Sauerstoffsättigung 99 % ,

Intercostalneuralgie

weg . Schilddrüsenwerte und Hämatologie normal. Im Angio-CT vom 11. Februar 2021 unauffälliges CT Thorax, kein Nachweis einer Lungenembolie, keine Infiltrate, keine fassbaren Residuen nach Covid-19. Langzeit-EKG vom Dez. 21 ohne höhergradige Rhythmusstörungen. ».

Zum Prozedere hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, es sei nochmals eine kardiale Abklärung bei Dr. F.\_\_\_\_ vorzunehmen. Das Problem liege in erneuten kardialen Arrhythmien seit dem Covid -Infekt im Dezember 2020 (richtig: 2021). Neu bestehe ein präcordialer Druck bei Belastungen mit sehr schneller Ermüdung ( Urk. 8/17/3).

#### **E. 4**

und 10). Die Beschwerdegegnerin leistete Taggelder im Zeitraum vom 1.1. bis 1.6. Dezember 2020 ( Urk. 8/2). Am 17. Dezember 2020 wurde die Arbeit wieder zu 100 % aufgenommen (vgl. Urk. 8/1 Ziff. 10).

#### **E. 4.1**

Ein schriftlicher Fallabschluss ist nicht dokumentiert. Nach Lage der Akten dauerte die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin infolge der Covid-19-Infektion bis am 17. Dezember 2020 (vgl. Urk. 8/1 Ziff. 10; Urk. 8/2). Für die von Dr. E.\_\_\_\_ im Januar und Februar 2021 zusätzlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 %

und 40 %

(vgl. vorstehend E. 3.3.2.1 und 3.2.3 -3.2.4 ) wie auch die Behandlungen in diesem Zeitraum (vorstehend E. 3.2) finden sich keine entsprechenden Meldungen an die Beschwerdegegnerin in den Akten; mithin wurden dafür keine Unfallleistungen ausgerichtet.

Dies ergibt sich auch aus der Leistungsübersicht der Krankenkasse ( Urk. 8/15).

#### **E. 4.2**

Am 16. Februar 2021 stellte Dr. E.\_\_\_\_ gestützt auf ein Angio -Computertomogramm vom 11. Februar 2021 keine Lungenembolie, keine Infiltrate und keine fassbaren Residuen nach Covid-19 fest (vorstehend E. 3.2.3). Am 27. Februar 2021 erfolgte die letzte Konsultation unter Hinweis auf einen Arbeitsversuch im Pensum von 80 % (vorstehend E. 3.2.4) . In der Folge fand die nächste Konsultation erst im Dezember 2021 statt (vorstehend E. 3.2.5-6) . Dies bestätigte die Beschwerdeführerin auf entsprechende Anfrage der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 8/11 Ziff. 1). Aus diesem Ablauf ist ersichtlich, dass die im Dezember 2020 zugezogene Covid-19-Infektion ein vergleichsweise harmloses Ereignis darstellte, das während lediglich etwas mehr als zwei Monaten behandlungsbedürftig war. Bis Dezember 2021 ist keine weitere Behandlung aktenkundig und während dieser leistungsfreien Zeit sind keine Brückensymptome ausgewiesen . Denn solche werden in der Praxis gestützt auf ärztliche Aussagen beurteilt ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_271/2013 vom 30.7.2013 E. 4 mit Hinweisen ) . Auch wenn sie natur gemäss auch relativ harmloser Natur sein können und in der Regel nicht nur dann anerkannt werden dürfen , wenn sie auch durchgängig ärztlich behandelt wurden (Urteil 8C\_433/2007 vom 26. August 2008) , vermag die Beschwerdeführerin das Vorliegen von Brückensymptomen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_314/2012 vom 25. Mai 2012 E. 3.2) . Vielmehr diagnostizierte

Dr. E.\_\_\_\_ am 11. Dezember 2021 einen folgenlos abgeheilten Status nach Covid-19-Infekt (vgl. vorstehend E. 3.2.5) . Somit ist von einem stillschweigenden Fallabschluss per Ende Dezember 2020 auszugehen. Entsprechend ist der Leistungsanspruch ab 17. März 2022 unter dem Aspekt eines Rückfalls zu prüfen. Die Beweislast liegt daher bei der

Beschwerdeführerin, welche das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem aktuellen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen hat ( vgl. vorstehend E. 1.

## **E. 5**

.

## **E. 6**

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdeführerin weitere, im November 2023 ergangene Berichte (Urk.11/4-6) ein.

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der Verwaltungsverfügungen beziehungsweise der Einsprache entscheide in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Jedoch sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verwaltungsverfügung beziehungsweise des Einspracheentscheides zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b, 99 V 98 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1 m.w.H.).

Diese Voraussetzungen sind für die genannten Berichte erfüllt, weshalb sie vorliegend berücksichtigt werden können. 5 .

### **E. 6.3**

Was die weiteren medizinischen Akten angeht, stellt sich die Beschwerdegegnerin unter anderem auf den Standpunkt, es werde darin nach der beweisrechtlich unzulässigen Formel « post hoc, ergo propter hoc» argumentiert (vgl. vorstehend E. 2.1) . Die Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc», nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb , vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_244/2023 vom 19. Oktober 2023 E. 5.1 mit Hinweisen). Ärztliche Auskünfte, die allein auf dieser Argumentation beruhen, sind beweisrechtlich nicht zu verwerten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_241/2020 vom 29. Mai 2020 E. 3).

Eine solche Argumentation lässt sich in den Berichten von Dr. G.\_\_\_\_ (vorstehend E. 5.3), des C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 5.4), Dr. Z.\_\_\_\_ (vorstehend E. 5.5), der Klinik D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 5.7) und Dr. H.\_\_\_\_ (vorstehend E. 5.9) wohl erkennen. Es dürfte bei der Diagnose eines Long/ Post- Covid - Syndroms jedoch in der Natur der Sache liegen, dass eine solche Diagnose nur nach einer entsprechenden Infektion mit Covid-19 gestellt werden kann. Aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht ist in solchen Fällen die « post hoc, ergo propter hoc» - Beweisregel nicht unbesehen anzuwenden. Vielmehr ist eine vertiefte Auseinandersetzung aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht notwendig. Diese hat die Beschwerdegegnerin nachzuholen. 6 . 4

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes

über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer ). 6. 5

Es ist angezeigt, die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Einholung eines externen Gutachtens über die Frage des Kausalzusammenhangs zwischen der am 8. Dezember 2020 erlittenen Covid-19-Infektion und der am 17. März 2022 gemeldeten Beschwerden erneut entscheide.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 7.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis), weshalb die vertretene Beschwerdeführer in Anspruch auf eine Parteientschädigung hat.

Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 Abs. 3 GSVGer ). Als weitere Bemessungskriterien nennt § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht ( GebV

SVGer ) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien ist die Parteientschädigung beim gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer , MWST ) auf Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und MWST

von 7.7 % für Aufwendungen vor dem 1. Januar 2024 sowie 8.1 % für Aufwendungen ab dem 1. Januar 2024) festzusetzen und ausgangs gemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. August 2023 aufgehoben und die Sache an die Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG, Wallisellen, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu entscheide. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kreso

Glavas - Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit 5.

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. 7**

Vom 10. September bis 18. November 2023 hielt sich die Beschwerdeführerin zur stationären Rehabilitationsbehandlung in der Klinik D. \_\_\_ auf. Mit Austrittsbericht vom 22. November 2023 ( Urk. 11/4) wurden folgende Hauptdiagnosen gestellt (S. 1): - Anpassungsstörung bei langdauernder Leistungseinschränkung - bei multifaktoriellem Erschöpfungssyndrom - vor dem Hintergrund komplexer Traumatisierung in der Lebensgeschichte - Akzentuierung von Persönlichkeitsmerkmalen mit hohem Perfektionsanspruch und Leistungsorientierung - Long Covid - hartnäckiger Verlauf kardial mit Herzinsuffizienz, Tachykardien, Leistungsunfähigkeit, Schwäche, zunehmend auch depressive Entwicklung im Rahmen der Belastung durch die Long-Covid-Erkrankung - klinisch inadäquate Sinustachykardie - Covid-19-Infekt 8. Dezember 2020 Als Nebendiagnosen wurden genannt (hier teilweise verkürzt dargestellt): - Syndrom der inadäquaten Sinustachykardie unter Ivabradin und Nebivolol - Status nach Mononucleosis Infectiosa, 2017 - chronische Kopfschmerzen - Spannungskopfschmerzen, Migräne - Status nach Borrelien-Neuritis Nervi Optici beidseits 2007

In der Exploration habe sich eine erhebliche lebensgeschichtliche Belastung mit verschiedenen Bindungstraumatisierungen gezeigt, die die Verhaltensmuster der Beschwerdeführerin sehr relevant beeinflussten. Dabei stünden im Vordergrund eine erhebliche Leistungsorientierung und ein Wille zur absoluten Pflichterfüllung. Dies wiederum begründe plausibel eine über die Lebenszeit sich aufbauende Grunderschöpfung, die durch verschiedene Infektionen (Epstein-Barr-Virus, Covid-19) erheblich gesteigert worden sei und den aktuellen Gesamtzustand ausgelöst habe. Insgesamt bestehe ein komplexes Störungsbild mit klaren psychosomatischen Zusammenhängen (S. 4). 5.

### **E. 8**

Dr. E. \_\_\_ nahm am 8. November 2023 ( Urk. 11/6) zum Einspracheentscheid Stellung und hielt fest, dass nach der Covid-19-Infektion mit klinisch eindeutiger Symptomatik und persistierender Verschlechterung des Allgemeinzustands mit zunehmender Lungensymptomatik mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Covid-Infekt bestehe. Der Allgemeinzustand der Beschwerdeführerin habe sich nach dem Covid-Infekt nie vollständig erholt. Nachdem wegen Covid Hunderte von Patienten wegen Covid-Pneumonien auf der Intensivstation gewesen seien, scheine es schon sehr fragwürdig, den Zusammenhang zwischen Covid und Pneumonie in diesem zeitlichen Zusammenhang zu verneinen. Die « Covid-Spezialisten», die dies verneinten, bei einer Krankheit, bei welcher man erst auf drei Jahre Erfahrung zurückblicken könne, nähmen die Erfahrung im Einordnen von Krankheitsabläufen von Allgemeininternisten mit über 40 Jahren Erfahrung am Krankenbett sehr wenig ernst. Sehr viele Krankheiten, vor allem auch solche, bei denen man noch wenig Langzeitverläufe kenne, könnten erst durch Beobachtung des Langzeitverlaufes beurteilt werden. Bezüglich der Rhinitis im September 2021 sei festzuhalten, dass es sich um einen banalen Atemwegsinfekt gehandelt habe, der nicht einmal eine Konsultation nach sich zog. Diesen Infekt nur zur Ursache der Erkrankung aufzubauschen entbehre einer rationalen Grundlage.

Weiter gebe es keine kardiologische Diagnose vor dem Covid -Infekt. Im Gegenteil, eine Cardiopathie habe im Rahmen einer Abklärung von Oberbauchschmerzen nach Mononukleose mit Splenomegalie kardiologisch klar ausgeschlossen werden können. 5 .

## E. 9

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, stellte mit Bericht vom 21. November 2023 (Urk. 11/6) die nachfolgend teilweise gekürzt wiedergegebenen Diagnosen (S. 1): - Kopfwehdiagnosen - New Onset Daily Headache mit und bei - anhaltenden chronischen Kopfschmerzen - dumpf-drückende r Qualität bei Intensitäten zuletzt bei VAS 4/10 - relative r Schmerzmittelresistenz - episodische r Migräne ohne Aura - Verdacht auf Nahrungsmittelunverträglichkeit, Differentialdiagnose:

Histaminintoleranz - Nebendiagnosen - Post-Covid-19 Beschwerden (Erstmanifestation Januar 2021) mit und bei - Geschmacksverlust, Schnupfen, Halsschmerzen - anhaltende r physische r Leistungsintoleranz, Erschöpfung und

erhöhtem Erholungsbedarf - New Onset Persistent Headache - inadäquate r Sinustachykardie - Status nach Mononukleose 2017 mit anschliessendem New Onset Persistent Headache - Status nach Borrelien Neuronitis Nervi optici beidseits Die von der Patientin geschilderten Beschwerden müssten in erster Linie im Sinne einer Post Covid Symptomatik gewertet werden. Die Kopfschmerzen entsprächen dabei einer episodischen Migräne ohne Aura sowie einem New Onset Persistent Headache (S. 3). 6 . 6 .1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich zur Begründung der Leistungsabweisung auf die Beurteilung durch ihren Vertrauensarzt Dr. A.\_\_\_\_ vom 26. April 2022 (vgl. vorstehend E. 5 .2). Diese umfasst wenige Zeilen und stützte sich einzig auf einen nicht näher genannten kardiologischen Bericht, mit dem derjenige von Dr. F.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2022 (vorstehend E. 5 .1) gemeint sein dürfte. Dr. A.\_\_\_\_ bezog die zum damaligen Zeitpunkt in den Akten bereits vorhandenen Angaben von Dr. E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.2.5 -3.2.6 ) nicht in seine Beurteilung mit ein. Dieser rudimentären Stellungnahme stehen verschiedene ausführliche Berichte gegenüber . Das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_, das die Beschwerdegegnerin noch vor Erlass des Einspracheentscheides zu den Akten nahm (vgl. Urk. 8/70), fand keinen Eingang in die vertrauensärztliche Beurteilung, wurde es doch Dr. A.\_\_\_\_ gar nicht mehr vorgelegt. Des Weiteren stützte sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid auf eine Einschätzung der RAD-Ärztin im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren (vgl. Urk. 2 S. 8 Ziff. 36), welche ebenfalls Dr. A.\_\_\_\_ nicht vorgelegt wurde und zu der der Beschwerdeführerin zudem das rechtliche Gehör nicht gewährt wurde . Hinzu kommt, dass es sich bei dieser Stellungnahme - wie im Übrigen auch bei der Beurteilung durch Dr. A.\_\_\_\_ - um keinen Arztbericht im eigentlichen Sinne handelt, fehlt es darin doch an Anamnese und Befunden. Vielmehr stellt dieses Dokument eine bloss Besprechungsnotiz dar und wurde auch so bezeichnet (vgl. Urk. 8/98).

Obwohl die Beschwerdeführerin auf entsprechende Anfrage der Beschwerdegegnerin angab, am 18. und 25. Januar 2021 und am 9., 16., und 27. Februar 2021 Konsultationen bei Dr. E.\_\_\_\_ wahrgenommen zu haben (vgl. Urk. 8/11 Ziff. 1), reichte dieser, obwohl ausdrücklich nach Angaben im Zeitraum vom 8. Dezember 2020 bis 31. Dezember 2021 gefragt wurde (vgl. Urk. 8/16/2), lediglich den Überweisungsbericht an Dr. F.\_\_\_\_ vom 30. Dezember 2021 (Urk. 8/16/1) und seine Einträge in die Krankengeschichte im Dezember 2021 (vorstehend E. 3.2.5- 3.2.6) ein . Die Beschwerdegegnerin unterliess es, die aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin eindeutig fehlenden Konsulta

tionseinträge nachzuverlangen, und legte sie, selbst nachdem ihr das Gericht diese zukommen liess ( Urk. 21), ihrem Vertrauensarzt nicht vor. 6 .2

In den im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingeholten Arztberichten werden übereinstimmend Post- beziehungsweise Long Covid - Beschwerden genannt. So hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest, es liege ein Long- Covid -Syndrom vor (vgl. vorstehend E. 5 .3). Im Bericht des C.\_\_\_\_ wurden detailliert Post- Covid - Beschwerden genannt (vgl. vorstehend E. 5 .4). Auch diese beiden Berichte ergingen noch vor Erlass des Einspracheentscheides und wurden dennoch von Dr. A.\_\_\_\_ nicht berücksichtigt. Nachdem ihm die Einträge von Dr. E.\_\_\_\_ in die Krankengeschichte nach dem Gesagten ebenfalls nicht vorlagen, stützte sich Dr. A.\_\_\_\_ bei seiner Einschätzung nicht auf die vorhandene gesamte Aktenlage, diese wurde ihm gar nicht zur Verfügung gestellt. Es bestehen deshalb mehr als nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seiner Feststellungen, womit ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. vorstehend E. 1.7). Die Beweislast der Beschwerdeführerin (vgl. vorstehend E. 1.6) steht hier der Untersuchungs- und Begründungspflicht der Beschwerdegegnerin gegenüber. Der Beschwerdeführerin kann grundsätzlich nicht Beweislosigkeit zur Last gelegt werden, wenn die Beschwerdegegnerin ihre Einschätzung auf eine unvollständige und damit nicht genügende vertrauensärztliche Beurteilung stützt.

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