



Entscheid des Kantonsgesichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 13. April 2023 (725 22 233 / 95)

Unfallversicherung

Zweifel an Vollständigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Abklärungen des medizinischen Sachverhalts betreffend Kausalzusammenhang zwischen Berufskrankheit (Covid-19-Erkrankung) und aktuellen Beschwerden.

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiberin Christina Markiewicz

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Raffaella Biaggi, Advokatin, Advokatur Biaggi, St. Jakobs-Strasse 11, Postfach 2102, 4002 Basel

gegen

Elips Life AG, Gewerbeweg 15, LI-9490 Vaduz, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Reto Bachmann, Rechtsanwalt, LISCHER ZEMP & PARTNER, Schwanenplatz 4, 6004 Luzern

Betreff Leistungen

A. Die 1972 geborene A._____ ist seit dem 4. Mai 2020 in einem Pensum von 80 % als Pflegehelferin im Seniorenzentrum B._____ in X._____ angestellt. Im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses ist sie bei der Elips Life AG gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen und

Berufskrankheiten versichert. Mit Schadenmeldung vom 12. Februar 2021 wurde der Elips Life AG mitgeteilt, dass A._____ am 30. November 2020 an Covid-19 erkrankt und 100 % arbeitsunfähig sei. Die Elips Life AG anerkannte die Infektion mit Covid-19 als Berufskrankheit und kam für die Heilbehandlung auf und richtete Taggelder aus. Mit Verfügung vom 14. März 2022 stellte die Elips Life AG die Versicherungsleistungen rückwirkend per 13. Juni 2021 ein. Ab diesem Zeitpunkt verneinte sie gestützt auf die vertrauensärztlichen Stellungnahmen von Dr. med. C._____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 25. Januar 2022 sowie von Dr. med. D._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. Februar 2022 einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den aktuellen Beschwerden und der Covid-19-Infektion. Namentlich sei kein Long-Covid-Syndrom verantwortlich für den heutigen Gesundheitszustand, sondern überwiegend wahrscheinlich ein psychisches Leiden. Auf eine Rückforderung der bereits geleisteten Aufwendungen ab 13. Juni 2021 in der Höhe von Fr. 9'597.25 verzichtete die Elips Life AG. Die hiergegen erhobene Einsprache vom 28. April 2022 wies die Elips Life AG mit Entscheid vom 9. August 2022 ab.

B. Dagegen erhob A._____, vertreten durch Advokatin Raffaella Biaggi, mit Eingabe vom 2. September 2022 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Sie beantragte, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 9. August 2022 aufzuheben sei und die gesetzlichen Leistungen über den 13. Juni 2021 hinaus zu erbringen seien. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren medizinischen Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Die versicherungsinternen Beurteilungen von Dr. C._____ und Dr. D._____, auf die sich die Vorinstanz bei der Leistungseinstellung berufe, seien beweisuntauglich. Gestützt auf die Berichte von Dr. med. E._____, FMH Innere Medizin, vom 19. April 2022, von Dr. med. F._____, FMH Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 22. April 2022 und von Dr. med. G._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 27. April 2022 sowie von der Klinik H._____ vom 20. Dezember 2021 sei davon auszugehen, dass die auf die als Berufskrankheit anerkannte Covid-19-Infektion zurückzuführende Symptomatik weiterhin vorliege und die natürliche Kausalität damit gegeben sei. Eine Einstellung der Leistungen sei damit zu Unrecht erfolgt. Die Leistungen seien somit weiterhin auszurichten bis im Rahmen eines Gutachtens mit persönlicher Untersuchung festgestellt werde, dass die Berufskrankheit keine Auswirkungen mehr auf den Gesundheitszustand habe.

C. Mit Vernehmlassung vom 12. Oktober 2022 beantragte die Elips Life AG, vertreten durch Rechtsanwalt Reto Bachmann, die Abweisung der Beschwerde. Die Beschwerdeführerin sei heute einzig wegen der Covid-19-Infektion fremden psychiatrischen Diagnosen in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Die Frage des natürlichen Kausalzusammenhangs könne aber letztlich offenbleiben, da es klar an der Adäquanz zwischen der Covid-19-Infektion und den heutigen psychischen Beschwerden fehle.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2

ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in Y.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde, die im Übrigen frist- und formgerecht erhoben worden ist, zuständig.

2. Streitig ist, ob die Elips Life AG zurecht die Leistungen rückwirkend per 13. Juni 2021 eingestellt hat mit der Begründung, der Kausalzusammenhang zwischen der Berufskrankheit und den aktuellen Beschwerden sei dahingefallen.

3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld.

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsentschädigung) ein natürlicher und adäquater 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1). Für die Bejahung der natürlichen Kausalität eines Beschwerdebildes genügt mithin eine Teilursächlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5), wobei sich die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers auch auf mittelbare beziehungsweise indirekte Folgen erstreckt (Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2016, 8C_620/2015, E. 31). Ferner hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung 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 125 V 456 E. 5).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat die Covid-19-Erkrankung der Beschwerdeführerin als Berufskrankheit und damit ihre Leistungspflicht anerkannt. Die vom Unfallversicherer einmal anerkannte Leistungspflicht entfällt erst, wenn dieser nachweist, dass der Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine; Urteil des Bundesgerichts vom 21. Februar 2019, 8C_589/2017, E. 3.1.2 mit weiteren Hinweisen).

3.4 Der Versicherungsträger kann demnach die vorübergehenden Leistungen ohne Berufung auf einen Wiedererwägungs- oder Revisionsgrund "ex nunc et pro futuro" mit dem Argument einstellen, der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem leistungsbegründenden Gesundheitsschaden sei dahingefallen. Eine solche Einstellung kann auch rückwirkend erfolgen, sofern der Unfallversicherer keine Leistungen zurückfordern will (Urteile des Bundesgerichts vom 24. September 2019, 8C_22/2019, E. 3 [nicht publ. in BGE 146 V 51], und vom 9. November 2017, 8C_487/2017, E. 3.3.1 mit Verweis auf BGE 133 V 57 E. 6.8).

4.1 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 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 129 V 177 E. 3.1). Die Parteien tragen im Sozialversicherungsrecht in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6, 117 V 261 E. 3b).

4.2 Die Beweislast für das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens liegt beim Unfallversicherer, weil es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt. Auch dies muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. 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 vom 21. Februar 2018, 8C_589/2017, E. 3.2.3 mit weiteren Hinweisen).

5.1 Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs beziehungsweise dessen Wegfal-
lens ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies

bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach 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 Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

5.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. 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 mit Hinweis, 135 V 465 E. 4.4 und 4.5, 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss können auch reine Aktengutachten beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2021, 8C_75072020, E. 4 mit zahlreichen Hinweisen).

6.1 Die Versicherte erkrankte am 30. November 2020 an Covid-19 und wurde von ihrem Hausarzt, Dr. E.____, sowie vom Lungenspezialisten, Dr. F.____, behandelt. Nach schwerem Verlauf hielt sich die Versicherte vom 25. Mai 2021 bis 11. Juni 2021 in der Klinik H.____ zur pulmonalen Rehabilitation auf. Im Austrittsbericht vom 11. Juni 2021 wurde ein Long-Covid-Syndrom (ED 06/2021) diagnostiziert bei Status nach akutem Covid-19-Infekt im November 2020 mit Leistungsminderung, ausgeprägter Müdigkeit, Kurzatmigkeit, Schwindel, hohem Schlafbedürfnis, verlängerter Regenerationsphase, psychischer Belastung sowie Störung des Essverhaltens. Nach stattgehabter Covid-Pneumonie im November/Dezember 2020 zeige sich lungenfunktionell lediglich noch eine leicht eingeschränkte Diffusionskapazität. Durch die multimodalen Therapien habe sich die dysfunktionale Atmung im Verlauf deutlich gebessert, die Versicherte sei dadurch auch leistungsfähiger geworden. Bei ausgeprägter Müdigkeit sei eine respiratorische Polygraphie erfolgt, wobei eine schlafassoziierte Atemstörung habe ausgeschlossen werden können. Die Versicherte habe vor allem wegen der chronischen Kopfschmerzen schlecht geschlafen. Durch physiotherapeutische Massnahmen mit Detonisierung und medikamentöser Therapie mit Tizanidin, Magnesium und Amitriptylin habe eine Verbesserung erreicht werden können. Das Long-Covid-

Syndrom sei bei der Versicherten sehr ausgeprägt. Durch die Teilnahme an den Gruppengesprächen sei es ihr gelungen, die Symptome zu akzeptieren und dank der Therapien hätten diese gemildert werden können. Am 12. Juni 2021 habe sie in deutlich gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können.

6.2 Mit Verlaufsbericht vom 9. Juli 2021 berichtete Dr. E.____ von schweren Myalgien (Muskelschmerzen), Husten, Ruhedispnoe, grosser Müdigkeit, einer Geruchs- und Geschmacksstörung sowie von Stimmungsschwankungen. Ein weiterer stationärer Aufenthalt in der Klinik H.____ sei geplant.

6.3.1 Am 17. August 2021 beantragte die Klinik H.____ Kostengutsprache für einen sechs bis achtwöchigen stationären Aufenthalt in der Abteilung psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit Hinweis auf eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.1), ein Long-Covid-Syndrom (ED 06/2021) und eine Covid-19-Erkrankung (ED 11/2020). Angesichts der ängstlich-depressiven Long-Covid-Symptomatik, der somatischen Komorbiditäten und des bislang unzureichenden ambulanten Behandlungsverlaufs bestehe die Indikation zu einer stationären multimodalen psychiatrischen, psychosomatischen wie auch psychopharmakologischen Behandlung.

6.3.2 Gestützt auf eine Stellungnahme des psychiatrischen Vertrauensarztes Dr. D.____ vom 26. August 2021 lehnte die Beschwerdegegnerin die Kostenübernahme am 3. September 2021 für eine weitere stationäre Behandlung ab. Dr. D.____ zweifelte, ob die Versicherte überhaupt an Covid-19 erkrankt sei, in der Annahme, es liege kein Testergebnis vor. Ferner sei ein Long-Covid-Syndrom keine klar definierte Erkrankung. Es gebe keine ausreichende somatische Erklärung für die geklagten Beschwerden. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht könne daher keine natürliche (Teil-)Kausalität angenommen werden. Ausserdem sollte grundsätzlich eher ambulant als stationär behandelt werden. Er empfehle eine Laboruntersuchung zur Feststellung, ob eine Covid-19-Ansteckung vorliege. Ferner sei eine interdisziplinäre Begutachtung (internistisch-lungenfachärztlich, psychiatrisch und neuropsychologisch) angezeigt. Das Wiedererwägungsgesuch der Klinik H.____ vom 22. September 2021 wies die Beschwerdegegnerin am 7. Oktober 2021 mit Verweis auf die gleichentags erfolgte kurze Stellungnahme von Dr. D.____ ab, wonach die Beschwerden im ambulanten Rahmen behandelt werden könnten.

6.3.3 Obgleich eine Kostengutsprache fehlte, wurde die stationäre Behandlung in der Klinik H.____ vom 30. September 2021 bis 25. November 2021 durchgeführt. Im Austrittsbericht vom 20. Dezember 2021 diagnostizierten die behandelnden Fachärzte unter anderem eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F31.1), ein Long-Covid-Syndrom (ED 06/2021) sowie eine Panikstörung (ICD-10 F. 41.0). Die Zuweisungsdiagnosen im Zusammenhang mit Long Covid und den beschriebenen Symptomen inklusive dysfunktionaler Atmung hätten im Verlauf bestätigt werden können. Die ängstlich-depressive Anpassungsstörung habe sich dahingehend verschlechtert, dass die Versicherte nunmehr die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode und einer Panikstörung erfülle. Trotz klarer symptomatischer Verbesserungen der Dyspnoe, der Angstzustände und der depressiven Einbrüche habe sie zum Behandlungsende noch eine Restsymptomatik hinsichtlich der Leistungsintoleranz, der schnellen Erschöpfbarkeit und der Dyspnoe unter kognitiver Belastung gezeigt. Im Verlauf des Aufenthaltes seien zudem belastende und

traumatisierende Erlebnisse der Versicherten sichtbar geworden, welche einer genaueren Exploration und Behandlung im ambulanten Setting bedürften. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei ein Arbeitsversuch ab 6. Dezember 2021 im Rahmen von 20 % Anwesenheit geplant. Die körperlich anspruchsvolle Arbeit in der Pflege überfordere die Versicherte aktuell infolge der zum Austrittszeitpunkt weiterhin bestehenden Leistungsintoleranz und Fatigue. Es sei deshalb mit der Arbeitgeberin vereinbart worden, dass sie mehrheitlich in der Aktivierung der Bewohnerinnen und Bewohner eingesetzt werde. Die Arbeitsbelastung solle nach dem Arbeitsversuch stufenweise und in Absprache mit der Versicherten erhöht werden. Dr. E._____ attestierte im weiteren Verlauf eine Arbeitsfähigkeit von 30 % ab 3. Januar 2022.

6.4 Am 10. Januar 2022 beauftragte die Beschwerdegegnerin Dr. C._____ mit einer vertrauensärztlichen Beurteilung. In seinem schriftlichen Bericht vom 25. Januar 2022 führte er aus, dass die Langzeitsymptome nach akuter Covid-19-Erkrankung sehr unterschiedlich seien. Die am häufigsten beschriebenen Symptome seien Müdigkeit (40 %), Kurzatmigkeit (36 %), Geruchsverlust (24 %), Angstzustände (22 %), anhaltender Husten (17 %), Geschmacksverlust (16 %) und Depression (15 %). Es gebe inzwischen Hinweise dafür, dass Personen mit einer lebensgeschichtlich erklärbaren verminderten psychischen Resilienz oder mit bekannten vorbestehenden psychischen Leiden deutlich anfälliger für Long Covid seien als andere. Dem allgemeinen Verständnis nach dürfe bei einem Long-Covid-Syndrom keine andere Erkrankung vorliegen, welche das Beschwerdebild hinreichend zu erklären vermöge. Die parallele Aufführung der Diagnosen einer mittelgradig depressiven Episode, einer Panikstörung und eines Long-Covid-Syndroms im Austrittsbericht der Klinik H._____ vom 20. Dezember 2021 sei somit nicht nachvollziehbar.

Die kognitiven Beschwerden inklusive Leistungsintoleranz und Fatigue seien durch die psychiatrischen Diagnosen gut erklärbar. Für die ausgeprägt situative Dyspnoe beziehungsweise Kurzatmigkeit sei weder während der pulmologischen Rehabilitation noch bei den ambulanten Untersuchungen beim behandelnden Pneumologen ein erklärendes pathologisches Organkorrelat gefunden worden. Anlässlich der stationären psychosomatischen Rehabilitation hätten sich zahlreiche Probleme herausgestellt, die nichts mit einer Covid-19-Erkrankung respektive mit dem Long-Covid-Syndrom zu tun hätten. Die im Vordergrund stehende psychische Situation scheine ziemlich verfahren zu sein; sie sei überwiegend wahrscheinlich organisch beziehungsweise somatisch nicht erklärbar. Die geltend gemachten Beschwerden seien bis zum Tag der ersten pneumologischen Untersuchung vom 15. April 2021 überwiegend wahrscheinlich kausal auf die Covid-19-Infektion zurückzuführen und teilkausal bis zum Austritt aus der stationären pulmologischen Rehabilitation in der Klinik H._____ per 12. Juni 2021. Ab dem 13. Juni 2021 seien weder direkte Folgen einer Covid-19-Infektion noch ein sogenanntes Long-Covid-Syndrom massgeblich verantwortlich für den Gesundheitszustand der Versicherten, sondern überwiegend wahrscheinlich ein psychisches Leiden.

6.5 Dr. D._____ nahm am 21. Februar 2022 zur Einschätzung von Dr. C._____ Stellung. Seine Ausführungen zum Long-Covid-Syndrom respektive zum Post-Covid-Syndrom seien nachvollziehbar, auch in Bezug auf die Überschneidung mit den psychiatrischen Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) und einer Panikstörung (ICD-10: F41.0). Ein Long-Covid-Syndrom beziehungsweise ein Post-Covid-Syndrom sei keine psychische Störung.

Die mittelgradige depressive Episode sowie die Panikstörung seien "unfallfremd" und hätten den Heilverlauf entscheidend verzögert.

6.6 Schliesslich liegen noch Berichte der behandelnden Arztpersonen bei den Akten. Zunächst bestätigte Dr. E.____ mit Schreiben vom 19. April 2022, dass die Versicherte ein Long-Covid-Syndrom mit Leistungsminderung, ausgeprägter Müdigkeit, Atemnot, Schwindel, Depression und Panikstörung entwickelt habe. Vor der Erkrankung an Covid-19 hätten keine physischen oder psychischen Einschränkungen bestanden, insbesondere sei sie nie infolge einer Depression oder Panikstörung behandelt worden. Im Weiteren erklärte der behandelnde Pneumologe, Dr. F.____, in seinem Bericht vom 22. April 2022, dass Symptome von Long Covid bis zum heutigen Datum noch vorhanden seien. Eine ambulante Physiotherapie, eine Medizinische Trainingstherapie (MTT) sowie eine psychologische Betreuung seien weiterhin notwendig. Und schliesslich führte die behandelnde Psychiaterin, Dr. G.____, in ihrem Bericht vom 27. April 2022 aus, dass die Versicherte seit dem 20. Dezember 2021 bei ihr in Behandlung sei. Sie leide im Rahmen des Long-Covid-Syndroms unter einer depressiv-ängstlichen Symptomatik mit einer Störung der Vitalgefühle, Müdigkeit, Stimmungseinbrüchen, Tremor, Atemproblemen, kognitiven Defiziten, Flashbacks und Schlafproblemen. Bis vor der Erkrankung an Covid-19 im November 2020 sei die Versicherte sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht gesund gewesen und habe ihren komplexen privaten und beruflichen Alltag problemlos bewältigen können. Das psychiatrische Krankheitsbild sei somit sicher auf die Covid-19-Erkrankung zurückzuführen. Insgesamt sei die Funktionsfähigkeit der Versicherten seit der Erkrankung im sozialen und beruflichen Bereich massiv eingeschränkt und sie könne im Rahmen eines therapeutischen Arbeitsversuches aktuell ein Pensum von knapp 16 Stunden pro Woche bewältigen. Als Diagnosen nannte Dr. G.____ eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), eine Depression (ICD-10 F32.1) sowie eine Panikstörung (ICD-10 F41.0).

7.1 Die Elips Life AG stützte die Einstellung der Leistungen auf die vertrauensärztlichen Beurteilungen von Dr. C.____ und Dr. D.____. Als versicherungsinterne Aktenbeurteilungen unterliegen sie strengen Beweisanforderungen, bereits geringe Zweifel genügen für eine Aufhebung des Beweiswertes. Und solche zumindest geringen Zweifel lassen sich im vorliegenden Fall nicht ausräumen. Zunächst ist der erste Bericht von Dr. D.____ vom 26. August 2021 schon deshalb ohne jeglichen Beweiswert, weil der Psychiater von der falschen Annahme ausgegangen ist, dass gar keine Covid-19-Infektion nachgewiesen worden sei. Immerhin schlug er in dieser Beurteilung eine interdisziplinäre Begutachtung vor, die aber nie angeordnet wurde. Im Weiteren kann auch nicht auf den zweiten Bericht von Dr. D.____ vom 21. Februar 2022 abgestellt werden. Nach der Rechtsprechung bedarf es zu einer überzeugenden psychiatrischen Exploration in aller Regel eines Gesprächs mit der Patientin, ist doch gerade im Rahmen der Psychiatrie der persönliche Eindruck von ausschlaggebender Bedeutung (Urteile des Bundesgerichts vom 4. August 2016, 9C_410/2016, E. 2.2.1 und vom 27. April 2015, 8C_721/2014, E. 7.3). Dr. D.____ hat die Versicherte jedoch nicht persönlich gesehen, sondern sich der Aktenbeurteilung von Dr. C.____ vom 25. Januar 2022 angeschlossen, welcher ohne die fachärztliche Qualifikation eines Psychiaters zu besitzen, eine psychiatrische Einschätzung abgab. Die Stellungnahme von Dr. D.____ vom 21. Februar 2022 genügt dadurch nicht als psychiatrische Entscheidungsgrundlage. Ferner sind Aktengutachten nur dann beweistauglich, sofern es im Wesentlichen lediglich um die Beurteilung

eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteile des Bundesgerichts vom 4. August 2016, 9C_410/2016, E. 2.2.1 und vom 27. April 2015, 8C_721/2014, E. 7.3). Dies ist vorliegend nicht der Fall, da unklar ist, welche Beschwerdebilder und Symptome auf die Covid-19-Infektion zurückzuführen sind beziehungsweise in Zusammenhang mit dem Long-Covid-Syndrom stehen. Namentlich fehlt eine fachärztliche und nachvollziehbare Auseinandersetzung zur Thematik, ob die psychischen Beschwerdebilder Depression und Angststörung sowie die kognitiven Beeinträchtigungen und die Fatigue Folgen der Covid-19-Infektion und dem Long-Covid-Syndrom zuzuschreiben sind oder ob es sich bei der Depression und der Angststörung um eigenständige, davon unabhängige Diagnosen handelt, welchen die kognitiven Störungen und die Erschöpfung als Symptome zuzuordnen sind. Zur Klärung dieser Fragen bedarf es einer vertieften ganzheitlichen Betrachtung. Zu beachten ist nämlich, dass gemäss der deutschen S3-Leitlinie "Empfehlungen zur stationären Therapie von Patienten mit Covid-19" viele Betroffene weit über die Zeit der eigentlichen Viruserkrankung hinaus symptomatisch blieben. Das Post-Covid-19-Syndrom könne unabhängig von der Schwere der Erkrankung auftreten, also auch bei Patienten, die nur leicht erkrankt seien und ambulant behandelt worden seien. Häufig fände sich neben spezifischen Organmanifestationen auch ein ubiquitäres Fatigue-Syndrom, das neben einem allgemeinen Krankheitsgefühl mit Mattigkeit, Antriebslosigkeit, Niedergeschlagenheit, schneller Erschöpfung und mangelnder Belastbarkeit auch neurokognitive Störungen wie vermehrte Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen umfasse. Diese Symptome seien psychoneuroimmunologisch als direkte Auswirkung des Infektionsgeschehens zu verstehen. Zudem komme es zu psychischen Symptomen wie zum Beispiel Ängstlichkeit, Depressivität oder psychovegetative Übererregbarkeit als Ausdruck posttraumatischer Verarbeitungsprozesse. Die Mehrzahl dieser Patienten sei nur mit Mühe oder gar nicht in der Lage, den Alltag zu bewältigen (PHILIPP EGLI, MATTHIAS KRADOLFER, KERSTIN NOELLE VOKINGER, "Long Covid", in SZS 2021, S. 174). Weder Dr. C.____ noch Dr. D.____ setzten sich mit dieser Problematik auseinander. Namentlich erklärten sie nicht, weshalb sie bei der Beschwerdeführerin von Covid-unabhängigen und eigenständigen psychiatrischen Diagnosen ausgehen. Dr. C.____ erwähnte zwar, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Symptome wie Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Depressivität und Angstzustände typische Merkmale des Long-Covid-Syndroms seien. Er nahm aber keine Mischsymptomatik an, sondern subsumierte diese Symptome unter die Diagnosen Depression und Angststörung. Dies lässt vermuten, dass Dr. C.____ aufgrund der Auflistung der Diagnosen im Austrittsbericht der Klinik H.____ vom 20. Dezember 2021 von getrennten Krankheitsbildern ausging und, da die Befunde organisch nicht nachweisbar seien, ein Long-Covid-Syndrom ausschloss.

7.2 Indem das Krankheitsbild Long Covid gerade wegen der Mischsymptomatik schwer fassbar ist, bedarf es einer ganzheitlichen Abklärung mit einer direkten Befassung mit der Patientin. Neben einer psychiatrischen Analyse gehört dazu auch eine abschliessende somatische Beurteilung der Gesundheitssituation der Versicherten im Sinne einer pneumologischen und neurologischen Abklärung. Eine Aktenbeurteilung reicht zur Klärung eines solch komplexen Beschwerdebildes nicht aus (KASPAR GEHRING, UELI KIESER, Pflegefachpersonen und Covid-19 – Blick auf die Versicherungssituation, in: Pflegerecht 2021, S. 150). Zur Einordnung der Symptomatik ist folglich eine polydisziplinäre Abklärung unverzichtbar. Erst wenn die medizinischen Zusammenhänge feststehen, stellt sich im Anschluss die Frage der Adäquanz.

8. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass, wird eine Erkrankung an Long Covid als Berufskrankheit anerkannt, während der Heilbehandlung sowohl die natürliche als auch die adäquate Kausalität in der Regel bejaht werden dürften. Die Heilbehandlung ist so lange zu erbringen, wie die Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erwarten lässt (Art. 19 UVG). Sobald keine namhafte Verbesserung mehr zu erwarten ist, wird der Fallabschluss und somit die Adäquanz geprüft. Bei einem organisch nachweisbaren behandlungsbedürftigen Befund deckt sich bei der Beurteilung gesundheitlicher Störungen die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind. Sofern eine Long-Covid-Erkrankung organisch nachgewiesen werden kann, stellen sich keine Probleme in Bezug auf die Kausalität. Dies dürfte allerdings eine Ausnahme sein, denn die meisten Long-Covid-Symptome können gemäss dem heutigen Stand organisch nicht belegt werden. Nach wie vor wird in den meisten Fällen die Diagnose über das Abfragen von Symptomen gestellt. Sind bei der Prüfung der Adäquanz die organisch nicht nachweisbaren Beschwerden Folge einer Berufskrankheit, ist die im Zusammenhang mit Unfällen geltende "Psycho-Praxis" nicht sinngemäss anwendbar. Es gilt die allgemeine Adäquanzformel. Vorausgesetzt ist, dass die Berufskrankheit eine wesentliche Teilursache der Gesundheitsbeeinträchtigung darstellt. Die Infektion mit dem Coronavirus müsste somit nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sein, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen hervorzurufen (NATHALIE LANG, Long Covid, Ein neues Krankheitsbild und seine Herausforderungen, in: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht [JaSo] 2022, Zürich/St. Gallen 2022, S. 127; BGE 125 V 456 E. 5).

9. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass vorliegend Zweifel an der Vollständigkeit und an der Schlüssigkeit der Ermittlung und Beurteilung des relevanten medizinischen Sachverhalts namentlich durch Dr. C.____ und Dr. D.____ bestehen. Diese Zweifel stehen einer abschliessenden Beurteilung der streitigen Kausalitätsfrage entgegen, weshalb auf die versicherungsinternen Beurteilungen nicht abgestellt werden kann. Ebenso wenig kann die Streitsache gestützt auf die Berichte der behandelnden Fachpersonen entschieden werden. Der angefochtene Einspracheentscheid ist deshalb zur weiteren medizinischen Abklärung aufzuheben. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst die nötigen Abklärungen vorzunehmen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (BGE 139 V 100 E. 1.1, BGE 137 V 263 E. 4.4.1 ff.). Da die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt unvollständig abgeklärt hat, und es nicht die Aufgabe des kantonalen Gerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit zur Einholung eines versicherungsexternen medizinischen Gutachtens nach Art. 44 ATSG an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dabei ist die Einholung eines interdisziplinären Gutachtens angezeigt, das die Disziplinen Allge-

meine Medizin, Pneumologie, Psychiatrie und Neurologie mitberücksichtigt. Gestützt auf die Ergebnisse ihrer Aktenenergänzung wird sie in der Folge über die strittige Leistungseinstellung erneut zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

10.1 Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. f^{bis} ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

10.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Gemäss Honorarnote der Rechtsvertreterin vom 19. Oktober 2022 werden ein Aufwand von 11 Stunden und 25 Minuten sowie Auslagen von Fr. 53.90 geltend gemacht, was angemessen ist. Der Beschwerdeführerin ist demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'132.-- (inklusive Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

11.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutmachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

11.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der Elips Life AG vom 9. August 2022 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Elips Life AG hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'132.-- (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) auszurichten.