

SO_GERICHTE VSBES.2020.129 vom 12. Mai 2020

SO Obergericht, 2020-05-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.129

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.129 du 12 mai 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.129 del 12 maggio 2020

Erwägungen

E. 1

Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 12. Mai 2020 sei aufzuheben.

E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin über das Datum vom 12. Februar 2019 hinaus die gesetzlichen Leistungen, namentlich die Übernahme von Heilbehandlungskosten und die Ausrichtung von Taggeldern, zu erbringen.

E. 3

3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.1 mit Hinweis). 3.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings 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 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweis; RKUV

2003 U 485 S. 259 E. 5; Urteil des Bundesgerichts 8C_17/2017 vom 4. April 2017 E. 2.2).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen, 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_852/2016 vom 12. September 2017 E. 3). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 105 V 156 E. 2d S. 161). Seit Einführung des Einspracheverfahrens ist der Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheids – vorliegend bis 12. Mai 2020 – mitzuberocksichtigen, da der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., 2015, Art. 52 ATSG N 60 mit weiteren Hinweisen).

3.4 Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt 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 S. 353 f.). 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, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

4. Zum medizinischen Sachverhalt enthalten die Akten insbesondere die folgenden Angaben:

4.1 Am 12. August 2018 fand eine CT-Untersuchung des Gehirnschädels, der Halswirbelsäule sowie des Thorax-Abdomen-Beckens im Spital C.____ statt. Dr. med. H.____, Leitender Arzt Radiologie, berichtet, im Bereich der Halswirbelsäule bestehe im Liegen ein harmonisches dorsales Alignment der Halswirbelsäule ohne Nachweis einer höhergradigen Wirbelkörperhöhenminderung oder frischer Fraktur. Es bestehe eine moderate degenerative Veränderung mit Osteochondrose und Spondylose, moderate Uncovertebralarthrosen sowie Crown dens. Zahlenmässig vermehrte Lymphknoten Regio II / III links-betont bis 8 mm Kurzachse. Im Liegen bestehe ein erhaltenes dorsales Alignment der Brustwirbelsäule mit bekannter leichter Keilwirbeldeformität BWK 8 ohne Nachweis einer frischen ossären Verletzung oder Gefügestörung. Des Weiteren bestünden degenerative Veränderungen der lumbalen Wirbelsäule ohne Nachweis einer frischen ossären Verletzung, das dorsale Alignment im Liegen sei intakt. Dr. med. H.____ gelangt in seiner Beurteilung zum Ergebnis, es gebe keinen Nachweis akuter Traumafolgen (Visana-Nr. 2 f.).

4.2 Dem Austrittsbericht des Spitals C.____ vom 14. August 2018 (Visana-Nr. 6 ff.) lässt sich entnehmen, die Zuweisung sei mit der Rega erfolgt. Die Beschwerdeführerin sei angegurtert als Beifahrerin hinten in einem PKW gesessen. Das Auto habe abrupt abbremsen müssen

wegen eines entgegenkommenden Fahrzeugs und es sei von hinten ein anderes Auto mit ca. 60 km/h in das Heck gefahren. Sie habe den Gurt getragen. Kein Kopfanprall, wahrscheinlich habe sie die Knie angeschlagen. Das Heck sei eingedellt gewesen, das Auto habe einen Totalschaden gehabt. Im Verlauf habe sie im Bereich der Brustwirbelsäule Schmerzen verspürt. Keine sensomotorischen Ausfälle. Keine Dyspnoe, keine Thoraxschmerzen. Keine Übelkeit oder Erbrechen. Bei der Beschwerdeführerin bestehe bei Status nach Eintritt kein Schmerz in der Halswirbelsäule auf Druck, aber eine Druckdolenz über der lateralen linken Thoraxwand, die Abdomen seien weich und indolent, Becken mit Druckdolenz suprapubisch sowie Druckdolenz über dem rechten lateralen Beckenkamm.

4.3 Dr. med. D.____, Leitender Arzt Schmerzklinik, Spital E.____, stellte in seinem Sprechstundenbericht vom 16. Oktober 2018 (Visana-Nr. 23 ff.) folgende Diagnosen: 1. Chron. Rückenschmerzen thorakal li bei St.n. traumatischer BWK8-Deckplattenimpressionsfraktur 09/2005 2. Fusschmerz linksbetont bei Längsgewölbeinsuffizienz, Spreizfuss 3. Hypothyreose, medikamentös substituiert 4. Arterieller Hypertonus 5. Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom 6. Anhaltende Nacken / Kopfschmerzen nach Auffahrunfall 12.08.2018 Die Beschwerdeführerin berichte, sie habe direkt nach dem Unfall hauptsächlich Schmerzen im Becken, LWS-Bereich sowie im Nacken verspürt. Die radiologischen Abklärungen hätten keine ossären Verletzungen gezeigt. Zwischenzeitlich seien die Becken / LWS-Schmerzen in Rückbildung begriffen gewesen. Die anfänglichen HWS-Beschwerden seien aktuell auch geringer, aber ein frontaler Kopfschmerz habe sich ausgebildet. Zwar spüre die Patientin gesamthaft eine positive Tendenz, jedoch sei die aktuelle Situation dennoch nicht zufriedenstellend. Bei der cursorischen problembezogenen klinischen Untersuchung zeige sich eine Druckschmerzhaftigkeit der oberen Facettsegmente und Druckdolenz über der Schulter / Nackenmuskulatur. Sensible oder motorische Ausfälle bestünden nicht. Aufgrund der Besserungstendenz werde die aktuelle Therapie mit Physio- und Craniosacraltherapie als ausreichend erachtet. Zusätzlich könne in Eigenregie Wechselduschen für eine bessere muskuläre Durchblutung sorgen.

4.4 Dem Kurzbericht von Dr. med. D.____ vom 21. November 2018 (Visana- Nr. 29 f.) lässt sich entnehmen, dass neben den bekannten chronisch-posttraumatischen Beschwerden an der thorakalen Wirbelsäule seit einem Auffahrunfall vom 12. August 2018 ein zerviko-cephales Schmerzsyndrom bestehe. Bei ausgeprägter vegetativer Begleitsymptomatik sei heute mit der ersten Sitzung Akupunktur begonnen worden. Diese diene einerseits zur Linderung der Zervico-Cephalgie und andererseits zur Linderung der vegetativen Begleitsymptomatik.

4.5 4.5.1 Gemäss KG-Auszug betreffend Unfall vom 12. August 2018 des Hausarztes der Beschwerdeführerin, Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, vom 24. November 2018 (Visana-Nr. 32 ff.) sei am 17. August 2018 eine erste Verlaufskontrolle erfolgt. Anlässlich dieser Untersuchung habe sich objektiv über dem oberen Sacrum ein Hämatom finden lassen. Zudem habe ein Muskelhartspann über der Lendenwirbelsäule festgestellt werden können. Das Becken als solches sei bei der klinischen Prüfung nicht aufklappbar gewesen, unter Angabe einer Druckdolenz über beiden Beckenschaufeln. Die Hüftgelenke seien frei beweglich gewesen und die Prüfung der Illiosakralgelenke sei negativ ausgefallen. Subjektiv berichte die Beschwerdeführerin von Schmerzen im Becken und in der Lendenwirbelsäule. Bei der Versicherten liege eine Kontusion der Wirbelsäule und des Beckens vor.

4.5.2 Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 22. Oktober 2018 berichtete die Beschwerdeführerin, der Rücken würde vor allem im Nacken schmerzen. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei frei. Es bestünden keine neurologischen Ausfälle. Es

bestehe eine Druckdolenz über den costosternalen Gelenken beidseits. Vom Rücken her sei es ebenfalls besser geworden, die Versicherte müsse noch täglich Schmerzmittel nehmen.

4.5.3 Dem Verlaufseintrag vom 13. November 2018 lässt sich entnehmen, die Beschwerdeführerin sei in Mauritius gewesen. Es sei dort super gewesen. Seit zwei Tagen sei sie in der Schweiz. Sie fühle sich gut. Es sei mit dem Nacken irgendwie gegangen. Sie habe auch Schmerzen im Becken. Der Nacken sei nicht immer gleich. Sie habe das Gefühl, dass es in der Nacht sehr stark sei. Beim nach vorne Beugen habe sie Schmerzen und sie empfinde Schwindel. Im Becken habe sie beim Sitzen und beim Gehen Schmerzen. Sie habe auch Anlaufschwierigkeiten. Im Liegen spüre sie es ebenfalls. Objektiv finde sich ein paravertebraler Hartspann an der Halswirbelsäule.

4.6 Am 31. Dezember 2018 erfolgte eine Bildgebung mittels MRI der ganzen Wirbelsäule und des Beckens. Dem dazugehörigen Bericht von Dr. med. J.____, Oberärztin, Spital K.____, vom 2. Januar 2019 (Visana-Nr. 36 f.) lässt sich entnehmen, im Liegen zeige sich eine physiologische S-förmige Schwingung der Wirbelsäule ohne Nachweis einer Aligementstörung. Der BWK 8 zeige eine ventrale Höhenminderung, jedoch ohne abgrenzbare Frakturlinie oder Knochenmarködem. Diese Höhenminderung sei bereits im CT Thorax vom 15. Februar 2016 abgrenzbar gewesen. Andere höhengeminderte Wirbelkörper oder abgrenzbare Frakturen der Wirbelsäule lägen nicht vor. Zervikal im Segment HWK 4/5 bestehe eine gering rechtslateral betonte Diskusprotrusion mit Verminderung des ventralen Subarachnoidalraumes und rechtsseitig leichter foraminale Enge, hierdurch könne die Radix C5 tangiert werden. Anderweitige Diskushernien oder spinale- / foraminale Stenosen lägen nicht vor. Auch im Beckenskelett seien keine frischen Frakturen nachweisbar. Am Trochanter major zeige sich bilateral linksbetont ein geringes Ödem mit diskreter Flüssigkeitsstrasse in der Bursa. In ihrer Beurteilung hielt Dr. med. J.____ fest, es gebe keinen Nachweis einer frischen Fraktur der Wirbelsäule oder des Beckens. Es bestehe eine breitbasige Bandscheibenprotrusion im Segment HWK 4/5 mit rechtsforaminale Enge und möglicher Affektion der Radix C5 rechts. Im Übrigen keine Diskushernien oder höhergradige Wirbelsäulendegenerationen. Es gebe Zeichen der Bursitis trochanterica links, diskreter auch rechts. Milde bis moderate Coxarthrose beidseits, jedoch ohne Begleiterrguss oder Aktivitätszeichen.

4.7 4.7.1 Dem KG-Auszug von Dr. med. I.____ vom 2. Februar 2019 (Visana-Nr. 44 ff.) lässt sich entnehmen, dass am 29. November 2018 eine weitere Verlaufskontrolle beim Hausarzt stattfand. Dem dazugehörigen Verlaufseintrag lässt sich entnehmen, die Beschwerdeführerin habe bei der Arbeit mehr Kopfschmerzen und auch mehr Nackenschmerzen und Schmerzen am ganzen Rücken. Sie habe mit der Akupunktur angefangen. Sie habe nun sehr viel mehr Schmerzen, welche aktuell überall vorhanden seien. Sie habe auch das Gefühl, dass es ihr psychisch schlechter gehe.

4.7.2 Aus dem Verlaufseintrag vom 18. Dezember 2018 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin psychisch von einer Besserung berichte. Sie habe aber einen permanenten Druck im Nacken. Sie habe auch Schwindel gehabt und gestern sogar Übelkeit. Die Schmerzen im Nacken strahlten in den Kopf aus, eher nicht in den unteren Rücken. Objektiv werde erneut ein paravertebraler Hartspann an der HWS festgehalten. Es gebe ein Ziehen bei Kopfdrehung nach links und rechts ab ca. 45°. Kein Meningismus.

4.7.3 Dem Verlaufseintrag vom 11. Januar 2019 lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin einen paravertebralen Hartspann lumbal beidseits und in der HWS beidseits habe.

4.8 Aufgrund der anhaltenden Schmerzen führte die Beschwerdeführerin bei Dr. med. D.____ neben der Akupunktur eine interventionelle Schmerztherapie durch (vgl. Visana-Nr. 79 ff.). So sei es gemäss Bericht vom 23. Juli 2019 (Visana-Nr. 89 f.) am 11. Juli 2019 zu einer

beidseitigen ISG Infiltration mit LA und Kenakort gekommen. Die Beschwerdeführerin habe von dieser Intervention sichtlich profitiert. Die Schmerzstärke im Beckenbereich liege momentan bei maximal NRS 3. Sie habe die Reise ins Tessin ohne starke Schmerzen geniessen können. Einzig die Flankenschmerzen links hätten sie etwas geplagt. Teilweise sei es ihr möglich gewesen, durch Eigenmassage diesen Schmerz zu lindern. Bei der klinischen Untersuchung habe sich der Verdacht einer Intercostalneuralgie bestätigt. 4.9 Der Stellungnahme des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin, PD Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Chirurgie und Intensivmedizin, vom 10. Oktober 2019 (Visana-Nr. 102 ff.) lässt sich entnehmen, zusammenfassend hätten unmittelbar im Nachgang zum Ereignis vom 12. August 2018 als objektiv erkennbare Befunde lediglich ein Hämatom über dem Sacrum sowie ein Muskelhartspann entlang der unteren Wirbelsäule dokumentiert werden können. In den Bildgebungen mittels initialer CT-Untersuchung vom 12. August 2018 sowie in der erneuten Untersuchung mittels MRI vom 31. Dezember 2018 hätten keine frischen bzw. verzögert aufgetretene anatomisch-strukturellen Veränderungen in Verbindung mit dem geltend gemachten Ereignis vom 12. August 2018 dokumentiert werden können. Es hätten auch keine teilursächlichen Veränderungen dokumentiert werden können. Die klinischen Befunde am rechten Knie, die die Indikation zur Arthroskopie gewesen seien, seien Ausdruck eines bekannten Vorzustandes. Die Beschwerden an der oberen Wirbelsäule seien ebenfalls Ausdruck eines Vorzustandes, zumindest zurückzugehen auf ein Ereignis mit Wirbelfraktur auf Höhe der Brustwirbelsäule zurückgehend auf das Jahr 2005. Bei der Versicherten seien auf mehreren Höhen der gesamten Wirbelsäule in der initialen Bildgebung vom 12. August 2018 vorbestehende und zum Teil fortgeschrittene degenerative Veränderungen zur Darstellung gekommen. Diese degenerativen Veränderungen hätten in der Verlaufsbildgebung mittels MRI vom 31. Dezember 2018 erneut bestätigt werden können, ohne dass zwischenzeitlich eine richtungsgebende Veränderung eingetreten sei. Der Diskusprolaps auf Höhe HWK 4/5 – wie dieser im ebenfalls persönlich eingesehenen Bilddatensatz zur Darstellung komme – sei überwiegend wahrscheinlich nicht auf das Ereignis vom 12. August 2018 zurückzuführen, sondern Ausdruck der voranschreitenden degenerativen Veränderung der Halswirbelsäule. Die degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule seien überwiegend wahrscheinlich Ursache für die von der Versicherten geschilderten Hals-Nacken-Beschwerden, womit auch diese nicht auf das geltend gemachte Ereignis zurückzuführen seien und angesichts des dokumentierten Vorzustandes auch nicht als Teilursache. In der Bildgebung mittels MRI hätten zusammenfassend keine Restbefunde, die überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 12. August 2018 zurückzuführen wären, festgehalten werden können. Spätestens mit der Bildgebung mittels MRI vom 31. Dezember 2018 habe der Status quo sine betreffend vorbekannten degenerativen Veränderungen dokumentiert werden können. 5. Im Beschwerdeverfahren reichten die Parteien weitere medizinische Unterlagen ein. Diesen zusätzlichen Unterlagen ist insbesondere Folgendes zu entnehmen: 5.1 Dr. med. I.____ bestätigte in seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2020 (Urkunde Nr. 6 der Beschwerdeführerin), dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall vom 12. August 2018 an starken, bislang therapieresistenten Schmerzen im Bereich des rechten Beckenkamms leide, wo sich nach dem Unfall ein Hämatom über dem Sacrum ausgebildet habe. Diese Lokalisierung habe sich seither nicht verändert und sei für die Patientin invalidisierend. Auch die Nackenschmerzen, welche nicht ganz unüblich bei einem HWS-Dezelerationstrauma erst mit einiger Verspätung aufträten, persistierten bis anhin. Eine ausgiebige Analgesie und

auch die Einleitung einer Behandlung in der Schmerzlinik [...] seien bis dato nicht zielführend gewesen, obwohl unter anderem wiederholt Ketamin-Infusionen verabreicht worden seien. Dies widerspiegeln die Schwere der Symptomatik. Die Ansicht, bezüglich der Diskusprotrusion der Halswirbelsäule sei der Status quo sine erreicht, werde nicht geteilt. Die Beschwerdeführerin habe vor diesem Unfall über keine Beschwerden der HWS geklagt. Einen schicksalsmässigen Verlauf des Vorzustandes zu proklamieren, werde als spekulativ erachtet. Die Fakten seien klar. Nach dem Unfallereignis habe die Beschwerdeführerin Becken- und Nackenschmerzen gehabt. Die Beckenschmerzen würden zeitnah beschrieben, die Nackenschmerzen träten verzögert auf. Nicht bestritten werde der Vorzustand der Brustwirbelsäule. HWS- und LWS-Beschwerden seien jedoch durch das Unfallereignis aufgetreten und persistierten seither. So klage die Beschwerdeführerin seither über einen Druck im Hinterkopf, welcher frontal ausstrahle. Im Sitzen bekomme sie Nackenschmerzen und habe Mühe, den Kopf nach links zu drehen. Dies führe regelmässig zu Kopfschmerzen. Daher habe sie auch massive Mühe mit dem Einschlafen, was zuweilen mehrere Stunden dauern könne. Die Schmerzen seien teilweise so heftig, dass sie sich darob übergeben müsse. Ausserdem habe sie seither Konzentrationsschwierigkeiten. Die Beckenschmerzen seien ständig vorhanden und verstärkten sich, sobald sie eine Körperposition (unabhängig davon, welche) länger inne habe. Es zeige sich also eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität der Patientin, welche seit dem Unfall herrsche.

5.2 In seiner Beurteilung vom 23. Juli 2020 (Visana-Nr. 174 f.) bekräftigte Dr. med. F.____ seine früheren Ausführungen und nahm eingehend Stellung zu den Einwendungen der Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 12. Juni 2020. So habe der Hausarzt Dr. med. I.____ in seinem Eintrag zum 13. November 2018 keinen objektiv nachvollziehbaren Befund zum Becken und der Hüfte beidseits festgehalten. Die Erwähnung von Schmerzen im Becken beruhten hingegen auf subjektiven Angaben der Versicherten, festgehalten unter dem Titel "Subjektiv". Es hätten von Seiten des Hausarztes wiederholt keine neurologischen Ausfälle dokumentiert werden können. In den Bildgebungen hätten wiederholt keine ereigniskausalen Strukturveränderungen an den dargestellten HWS/BWS/LWS/Sakrum (CT vom 12. August 2018 und MRI vom 31. Dezember 2018) festgestellt werden können. Dokumentiert seien der Vorzustand an der BWS und eine degenerativ bedingte kleine Diskushernie an der HWS. Betreffend Diskushernie seien anlässlich der klinischen Untersuchung vom 11. Januar 2019 bei Dr. med. I.____ erneut keine neurologischen Ausfälle festzustellen gewesen. Auf das Argument des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin betreffend Teilursache der geltend gemachten HWS-Beschwerden könne wie folgt geantwortet werden: Es sei weder in der CT-Untersuchung vom 12. August 2018 noch in der MRI-Untersuchung vom 31. Dezember 2018 eine ereigniskausale frische Strukturveränderung im Bereich der HWS bildgebend dokumentiert worden. Hinzu komme auch die Information seitens des Hausarztes, dass er in den Verlaufseinträgen seiner Krankenakte keine neurologischen Pathologien habe objektivieren können. Somit habe das Ereignis vom 12. August 2018 zu keiner richtungsgebenden Verschlechterung der vorbestehenden degenerativ bedingten Diskushernie auf Höhe HWK4/5 mit Tangierung der Wurzel C5 geführt. Aus ärztlicher Sicht gelte es seitens des Juristen der Frage nachzugehen, wie das Bundesgericht bei Vorliegen einer geringen degenerativen Veränderung und nur geringem Ausmass einer Diskushernie den Heilungsverlauf zeitlich eingrenze. Zur Problematik der LWS und des Beckens sei in Verbindung mit der CT-Untersuchung vom 12. August 2018 unter anderem durch den leitenden Arzt Radiologie, Dr. med. H.____, festgehalten, dass sich degenerative

Veränderungen an der lumbalen Wirbelsäule fänden, ohne Nachweis frischer knöcherner Verletzungen. Zum Beckenskelett finde sich explizit kein Befund erwähnt. In der MRI-Untersuchung vom 31. Dezember 2018 halte die Radiologieoberärztin Dr. med. J.____ zum Becken und zur LWS fest, dass sich keine frische Fraktur nachweisen lasse. Betreffend Hüftgelenke zeigten sich moderate degenerative Veränderungen, ohne Anzeichen einer Aktivierung. Somit habe auch diesbezüglich das Ereignis zu keiner richtunggebenden Verschlechterung geführt. Die LWS als Solche werde namentlich nicht explizit erwähnt. Es finde sich lediglich der Hinweis, dass sich in liegender Position eine physiologische S-Förmige Schwingung der Wirbelsäule erkennen lasse. Anderweitige pathologische Veränderungen im Bereiche der HWS und BWS seien vorbestehend und bereits vorgängig dokumentiert worden. Somit habe das Ereignis vom 12. August 2018 auch betreffend LWS zu keiner richtunggebenden Verschlechterung beigetragen. Zusammenfassend könne an der Beurteilung vom 10. Oktober 2019 festgehalten werden, dass bei der Versicherten bis 31. Dezember 2018 zu keinem Zeitpunkt eine Pathologie klinisch und/oder in der Bildgebung habe objektiviert werden können, bis auf das vorübergehende Hämatom über dem Sakrum, das erstmals von Dr. med. I.____ am 17. August 2018 in seiner Krankengeschichte und am 3. September 2018 nicht mehr erwähnt worden sei. Auch in weiteren Einträgen finde sich das Hämatom nicht mehr erwähnt. Die übrigen medizinischen Befunde seien vorbestehend, hierzu werde auf die Krankengeschichte von Dr. med. I.____ mit Diagnoseliste auf Seite 1 seines Schreibens vom 11. März 2019 verwiesen (Urkunde Nr. 8 der Beschwerdeführerin). 5.3 Dem Austrittsbericht der Klinik G.____ vom 14. August 2020 (Urkunde Nr. 9 der Beschwerdeführerin) sind unter anderem die Diagnosen «Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F33.1)», «Chronische Schmerzstörung mit psychischen und physischen Faktoren (ICD-10 F45.4) mit anhaltenden Nacken / Kopfschmerzen nach Auffahrunfall 12. August 2018», «Chronische Rückenschmerzen thorakal links bei St.n. traumatischer BWK8- / Deckplattenimpressionsfraktur 09/2005 (therapeutische Infiltration ISG bds. 07/2019; therapeutische funktionelle perkutane Rhizotomie Th8 und Th9 03/2017 [...], ab 10.18 in [...])» zu entnehmen. Aufgrund der komplexen Schmerzproblematik bei starker Ausprägung, begleitet von vegetativen Reaktionen wie Übelkeit, Erbrechen und Schwindel, sowie chronischen Ein- und Durchschlafstörungen, sei von einer langfristigen erheblichen Beeinträchtigung der psychophysischen Belastbarkeit auszugehen. Es bestehe deshalb keine Arbeitsfähigkeit. Eine IV-Anmeldung sei erfolgt und die Patientin befinde sich in Rentenprüfung. Die Patientin verlasse die Klinik affektiv verbessert, in Bezug auf die Schmerzen aber mit unverändertem Beschwerdebild. Nach Austritt werde sie wieder zu ihren Vorbehandlern gehen und die gewohnten Behandlungen wieder aufnehmen. 5.4 Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Rheumatologie, stellte in seinem rheumatologischen Gutachten vom 16. August 2020 zu Händen des Krankenversicherers (Urkunde Nr. 12 der Beschwerdeführerin) als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Panvertebralsyndrom (ICD-10 M54.80) im Rahmen einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (anhaltendes zerviko-zephalales Schmerzsyndrom nach Auffahrunfall am 12. August 2018 sowie chronisches thorako-spondylogenes Syndrom links bei Status nach traumatischer BWK8-Deckplattenimpressionsfraktur 09/2005 bei Leitersturz aus 2 1 / 2 m Höhe). Es könne angemerkt werden, dass es bei der persönlichen Anamnese von vorbestehenden chronischen, intermittierend exazerbierten thorakalen Rückenschmerzen bei Status nach BWK8-Fraktur im Jahre 2005, nach dem Auffahrunfall vom 12. August 2018 zu einem

anhaltenden chronifizierten Krankheitsbild gekommen sei. Trotz Einleiten eines multimodalen Behandlungskonzepts habe die Chronifizierung der Rückenschmerzen mit Entwicklung einer chronischen Schmerzkrankheit nicht positiv beeinflusst werden können. Die rheumatologischen Krankheitsbilder unterschieden bzw. überlappten sich teilweise von / mit den schmerzmedizinischen und psychiatrischen Diagnosesystemen. 5.5 Dem Untersuchungsbericht von Dr. med. M.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie vom 5. September 2020 zu Händen des Krankenversicherers (Urkunde Nr. 11 der Beschwerdeführerin) lassen sich die Diagnosen «Rezidivierende depressive Störung, ggf. leichte Episode» (ICD-10 F33.0) sowie «Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» (ICD-10 F45.1) entnehmen. Gemäss Ausführungen der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung hätten die Schmerzmedikamente grundsätzlich eine Wirkung auf die Schmerzen. Schmerzfrei sei sie aber seit 2005 nie mehr gewesen. Die Ärzte sagten ihr, dass es ihr «den Bildern nach» eigentlich besser gehen müsste. Aber ein Schleudertrauma würde man auf den Bildern nicht sehen. Am Becken habe die VP eine Muskelverhärtung. Wenn man dort drücke, tue es überall weh. Sie sei keine Simulant. Die Beschwerdeführerin habe 2005 einen ersten Unfall erlitten, bei dem sie von einer Leiter gestürzt sei und sich einen Brustwirbelkörper gebrochen habe. Seither leide sie in diesem Bereich unter anhaltenden Schmerzen, wobei sie schildere, mit diesen Schmerzen gut zurecht gekommen zu sein. Im August 2018 sei ein zweiter Unfall erfolgt. Seit diesem Zeitpunkt leide sie unter anhaltenden Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule, der Lendenwirbelsäule und des Beckens. Im Bereich der Halswirbelsäule schildere die Beschwerdeführerin einen starken Druck, der in den Kopf ziehe. Gemäss der Beschwerdeführerin bestünden Einschränkungen im Bereich der Halswirbelsäule, so dass der Kopf nicht mehr normal gedreht werden könne. Aufgrund der Schmerzen komme es zu vegetativen Reaktionen in Form von Schwindel und Erbrechen. Für diese Schmerzsymptomatik gebe es somatische Befunde, die jedoch, so wie es sich in den Akten darstelle, nicht in ausreichendem Mass die Intensität und Ausprägung der anhaltenden Schmerzsymptomatik erklärten. Bei der Beschwerdeführerin sei daher von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen auszugehen. 6. Die Beschwerdegegnerin hat einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 12. August 2018 und den geltend gemachten Beschwerden ab dem 12. Februar 2019 verneint. Da sie sich in ihrem Entscheid im Wesentlichen auf die Beurteilungen ihres Vertrauensarztes Dr. med. F.____ stützte, ist nachfolgend zunächst zu prüfen, ob dies korrekt ist. 6.1 Der Umstand, wonach Dr. med. F.____ seine Beurteilung ausschliesslich aufgrund der vorliegenden Akten und ohne eigene Untersuchung abgegeben hat, steht dem Beweiswert seiner ärztlichen Beurteilung nicht entgegen, sofern die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteile des Bundesgerichts 8C_792/2009 vom 1. Februar 2010 E. 5 mit Hinweisen und 8C_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1). So verhält es sich hier, denn die Situation der Wirbelsäule und des Beckens sowie der Verlauf sind durch Berichte über bildgebende und klinische Untersuchungen umfassend dokumentiert. 6.2 Den Beurteilungen von Dr. med. F.____ vom 10. Oktober 2019 und 23. Juli 2020 ist grundsätzlich voller Beweiswert zuzusprechen, denn sie sind für die streitigen Belange umfassend, sind in Kenntnis der vorhandenen Vorakten abgegeben worden und die Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet ebenfalls ein (vgl. E. II. 3.4 hiervor):

Dr. med. F. ___ hatte sich aufgrund der ihm durch die Beschwerdegegnerin vorgelegten Fragestellungen im Wesentlichen dazu zu äussern, zu welchen Beschwerden das Unfallereignis vom 12. August 2018 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Allein- oder Teilursache geführt habe, und falls die heutigen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesslich auf ereignisfremde Faktoren zurückzuführen seien, seit wann der Status quo ante oder Status quo sine erreicht seien (Visana-Nr. 102 ff.). Der Vertrauensarzt kommt zum Ergebnis, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 12. August 2018 und den geltend gemachten Beschwerden spätestens ab dem 1. Januar 2019 nicht mehr gegeben sei. Er begründet die fehlende Unfallkausalität in erster Linie mit den Befunden, die in zeitlicher Nähe zum Unfall erhoben wurden, mit den damals genannten Beschwerden und mit dem Umstand, dass in den bildgebenden Abklärungen keine unfallbedingten Läsionen festgestellt werden konnten. So hätten unmittelbar im Nachgang zum Ereignis vom 12. August 2018 als objektiv erkennbare Befunde lediglich ein Hämatom über dem Sacrum sowie ein Muskelhartspann entlang der unteren Wirbelsäule dokumentiert werden können. In den Bildgebungen mittels initialer CT-Untersuchung vom 12. August 2018 sowie in der erneuten Untersuchung mittels MRI vom 31. Dezember 2018 hätten keine frischen bzw. verzögert aufgetretenen anatomisch strukturellen Veränderungen in Verbindung mit dem geltend gemachten Ereignis vom 12. August 2018 dokumentiert werden können. Auf die Schlussfolgerungen des Vertrauensarztes kann abgestellt werden, denn die ihnen zugrundeliegenden Feststellungen sind zutreffend. So ergab die CT-Untersuchung vom 12. August 2018 (Visana-Nr. 2 f.), welche am selben Tag wie das Unfallereignis erfolgte, keinen Nachweis akuter Traumafolgen. Der Radiologe Dr. med. H. ___ hielt in seinem gleichentags erstellten Bericht fest, in der Halswirbelsäule gebe es keinen Nachweis einer höhergradigen Wirbelkörperhöhenminderung oder einer frischen Fraktur. Hingegen seien moderate degenerative Veränderungen mit Osteochondrose und Spondylose zu sehen. In der Brustwirbelsäule sei eine bekannte leichte Keilwirbeldeformität BWK 8 zu sehen. Auch hier gebe es keinen Nachweis einer frischen ossären Verletzung oder Gefügestörung. Sodann seien auch in der lumbalen Wirbelsäule degenerative Veränderungen ohne Nachweis einer frischen ossären Verletzung zu sehen. In der MRI-Untersuchung der ganzen Wirbelsäule und des Beckens vom 31. Dezember 2018 (Visana-Nr. 36 f.) seien gemäss Dr. med. J. ___ ebenfalls keine frischen Frakturen der Wirbelsäule oder des Beckens ersichtlich. Auch hier zeige der BWK 8 eine ventrale Höhenminderung, welche bereits im CT Thorax vom 15. Februar 2016 abgrenzbar sei. Andere höhengeminderte Wirbelkörper oder abgrenzbare Frakturen der Wirbelsäule lägen nicht vor. Zervikal im Segment HWK 4/5 bestehe eine gering rechtslateral betonte Diskusprotrusion mit Verminderung des ventralen Subarachnoidalraumes und rechtsseitig leichter foraminaler Enge, wodurch die Radix C5 tangiert werden könne. Im Beckenskelett seien keine frischen Frakturen nachweisbar, aber es bestehe eine symmetrische, regelrechte Artikulation im Hüftgelenk bei milden bis moderaten degenerativen Veränderungen ohne Anzeichen der Aktivierung. 6.3 Die bei der Beschwerdeführerin durchgeführten radiologischen Untersuchungen der Wirbelsäule und des Beckens ergaben somit keine strukturellen Läsionen, welche auf den Unfall vom 12. August 2018 zurückgeführt werden konnten, sondern ausschliesslich degenerative, also nicht unfallbedingte Veränderungen. Auch eine von der zu erwartenden Progression abweichende richtungsgebende Verschlimmerung des krankheitsbedingten Vorzustands ist nirgends belegt. Die Diskusprotrusion auf Höhe HWK 4/5 ist ebenfalls überwiegend wahrscheinlich nicht auf das Ereignis vom 12. August 2018 zurückzuführen, sondern

Ausdruck der voranschreitenden degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule, da Diskusprotrusionen nach medizinischer Lehrmeinung in der Regel Folge eines degenerativen Prozesses sind. Degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule können nur ganz ausnahmsweise als im eigentlichen Sinne unfallbedingt angesehen werden. Eine unfallbedingte Veränderung muss organisch objektiv ausgewiesen sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_101/2011 vom 14. September 2011 E. 3.3 mit Hinweisen). Hier ist zu beachten, das im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises auch medizinische Erfahrungssätze berücksichtigt werden dürfen, sofern sie der herrschenden Lehrmeinung entsprechen (s. Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.2.3, unter Hinweis auf BGE 126 V 183 E. 4c S. 189 f.). In diesem Sinne ist bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule – wie es hier der Fall ist – in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens nach einem Jahr davon auszugehen, die durch den Unfall verursachte Verschlimmerung des Vorzustandes habe sich auf jenen Zustand zurückgebildet, der sich auf Grund des schicksalsmässigen Verlaufs des krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingestellt hätte (Urteil des Bundesgerichts 8C_101/2011 vom 14. September 2011 E. 3.3 mit Hinweisen). Dr. med. F. ___ geht davon aus, dass spätestens mit der Bildgebung mittels MRI vom 31. Dezember 2018 der Status quo sine betreffend die vorbekannten degenerativen Veränderungen habe dokumentiert werden können. Die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin erfolgte per 12. Februar 2019 und somit ein halbes Jahr nach dem Unfallereignis. Dies lässt sich unter Berücksichtigung allein der organisch nachweisbaren Unfallfolgen nicht beanstanden. 6.4 Von den behandelnden Ärzten befasst sich keiner näher mit der Frage der Unfallkausalität. Wenn der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. I. ___, ausführt, dass die Beschwerdeführerin vor dem obenerwähnten Ereignis über keine Beschwerden in der HWS geklagt hätte, so dass die anhaltende Restsymptomatik auf das Unfallereignis zurückzuführen sei, ist dem entgegenzuhalten, dass für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend ist (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Diesbezüglich erübrigen sich somit weitere Ausführungen. Ergänzend ist in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den Berichten von Dr. med. I. ___ auch deswegen weniger Beweiswert zuzumessen ist. 6.5 Damit ist zusammenfassend festzuhalten, dass das Unfallereignis vom 12. August 2018 bei der Beschwerdeführerin weder strukturelle Verletzungen hervorgerufen, noch die vorbestehenden degenerativen Veränderungen richtungsgebend verschlimmert hat. Gestützt auf die beweismässige Beurteilung von Dr. med. F. ___ wurde der Kausalzusammenhang zwischen den noch geklagten Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule und des Beckens und dem Unfall vom 12. August 2018 auf Grund des Erreichens des status quo sine zu Recht verneint und der Fallabschluss per 12. Februar 2019 ist nicht zu beanstanden. An diesem Resultat vermögen auch die Rügen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern, wie nachfolgend darzulegen ist. Der Einwand, wonach der ärztlichen Beurteilung von Dr. med. F. ___ kein Beweiswert zukomme, da dieser als interner Arzt der Beschwerdegegnerin eine voreingenommene Haltung habe, ist nicht stichhaltig: Dr. med. F. ___ steht in keinem Anstellungs- und Abhängigkeitsverhältnis zur Beschwerdegegnerin. Der beim Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin eingeholte Bericht steht zwar auf einer Stufe mit

den kreisärztlichen Berichten. Es lässt sich jedoch bei Berichten versicherungsinterner Ärzte – Dr. med. F. ___ ist zwar nicht Kreisarzt, aber Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin – nicht bereits auf Grund des Arbeits- (resp. hier des Auftrags-)Verhältnisses auf mangelnde Objektivität oder Befangenheit schliessen (Urteil des Bundesgerichts 8C_397/2012 vom 14. März 2013, E. 5.1). Die Beschwerdeführerin rügt weiter, mit dem Hinweis des Vertrauensarztes auf den Umstand, dass Dr. med. N. ___ anlässlich einer Nachkontrolle vom 22. August und 8. Oktober 2018 keine pathologischen Befunde betreffend Wirbelsäule und Becken festgestellt habe, wolle dieser offensichtlich suggerieren, die beklagten Beschwerden an der Wirbelsäule und am Becken seien gar nicht vorhanden. Diese Rüge ist jedoch unbegründet. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend festhält (A.S. 43), weist Dr. med. F. ___ lediglich darauf hin, dass Dr. med. N. ___ keine pathologischen Befunde festgehalten habe. Darin lässt sich noch keine parteiische Beweisführung erblicken. Die Beschwerdeführerin lässt weiter vorbringen, der Vertrauensarzt habe die Ferien der Beschwerdeführerin in Mauritius nur erwähnt, um das Vorhandensein von deutlichen Beschwerden in Zweifel zu ziehen. Auch diese Rüge ist unbegründet, zumal Dr. med. F. ___ in seiner Beurteilung keine direkten Schlussfolgerungen aus dem Ferienaufenthalt der Beschwerdeführerin in Mauritius zieht. Dass er diesen erwähnt, lässt sich nicht beanstanden, sondern ist sachgerecht. Des Weiteren hat Dr. med. F. ___ in seiner Stellungnahme vom 10. Oktober 2019 entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin auch richtigerweise festgehalten, im Verlaufseintrag des Hausarztes vom 13. November 2018 sei zum Becken und zur Hüfte beidseits kein Befund erhoben worden. Unter «Subjektiv» hielt der Hausarzt der Beschwerdeführerin in seinem Verlaufseintrag vom 13. November 2018 zwar fest, die Beschwerdeführerin habe im Becken beim Sitzen und Gehen Schmerzen. Unter «Objektiv» wurden aber lediglich die Befunde «Paravertebraler Hartspann HWS bds. Klopfdolenz der knöchernen WS» festgehalten (Visana-Nr. 33). Schliesslich trifft es nicht zu, dass der Vertrauensarzt nur indirekt Stellung zu den HWS-Beschwerden genommen habe. Der Vertrauensarzt führte in seiner Stellungnahme vom 10. Oktober 2019 nach Einsicht in den Bilddatensatz aus, der Diskusprolaps auf Höhe HWK 4/5 sei überwiegend wahrscheinlich nicht auf das Ereignis vom 12. August 2018 zurückzuführen, sondern Ausdruck der voranschreitenden degenerativen Veränderungen in der Halswirbelsäule. In seiner Stellungnahme vom 23. Juli 2020 führt er zusätzlich aus, dass weder in der CT-Untersuchung vom 12. August 2018 noch in der MRI-Untersuchung vom 31. Dezember 2018 eine ereigniskausale frische Strukturveränderung im Bereiche der HWS bildgebend dokumentiert worden sei. Hinzu komme die Information des Hausarztes, dass er in den Verlaufseinträgen seiner Krankenakte keine neurologischen Pathologien habe objektivieren können. Somit habe das Ereignis vom 12. August 2018 zu keiner richtunggebenden Verschlechterung der vorbestehenden degenerativ bedingten Diskushernie auf Höhe HWK 4/5 mit Tangierung der Wurzel C5 geführt. 7. Ob die in den Akten thematisierte psychische Problematik (vgl. E. II. 5.5 hiervor) in einem Zusammenhang mit dem Unfall steht, kann offen bleiben, falls die adäquate Kausalität zwischen dem Unfall vom 12. August 2018 und den nicht objektivierbaren Beschwerden zu verneinen ist. Dies gilt es nachfolgend zu prüfen. 7.1 Nach der in BGE 117 V 359 begründeten Praxis ist bei einem diagnostizierten Schleudertrauma der Halswirbelsäule (d.h. einer sehr häufig im Strassenverkehr verursachten Distorsion der Halswirbelsäule, medizinisch auch als kraniozervikales Beschleunigungstrauma bezeichnet) mit dem für diese Verletzung typischen Beschwerdebild (mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen,

Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw.) in der Regel davon auszugehen, dass zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (a.a.O., E. 4b S. 360). Demnach kann ein Unfall mit Schleudertrauma in der charakteristischen Erscheinungsform einer Häufung von typischen Beschwerden eine Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit verursachen, selbst wenn die festgestellten Funktionsausfälle organisch nicht nachweisbar sind (E. 5d/aa S. 363 f.). Die Schleudertrauma-Praxis findet auch für Beschwerden nach einem dem Schleudertrauma «äquivalenten» Mechanismus und nach einem Schädel-Hirntrauma Anwendung, wenn und soweit sich die Folgen mit jenen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule vergleichen lassen (BGE 134 V 109 E. 6.2.2 S. 117). Treten nach einem Unfall psychische und / oder organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, und kann weder das Vorliegen des für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typischen, bunten Beschwerdebildes noch eine solche Verletzung bejaht werden, so ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 115 V 133, 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Eine Adäquanzprüfung nach diesen Regeln hat über die psychischen Unfallfolgen hinaus bei allen nicht objektivierbaren (d.h. nicht durch bildgebende Befunde erklärbaren) Beschwerden stattzufinden, die nicht unter die Schleudertrauma-Praxis fallen (vgl. Irene Hofer in: Basler Kommentar zum UVG, 2019, Art. 6 N. 84, mit Hinweis).

7.2 Im angefochtenen Einspracheentscheid hat sich die Beschwerdegegnerin mit der Frage auseinandergesetzt, ob bei der Beschwerdeführerin das Vorliegen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Sie kam dabei zum Schluss, dass gestützt auf die Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sei, dass die Nackenbeschwerden der Beschwerdeführerin nicht innerhalb der von der Rechtsprechung erwähnten 72 Stunden aufgetreten seien. Auch sei die Diagnose einer HWS-Distorsion oder einer ähnlichen Verletzung nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. So sei auch der Vertrauensarzt Dr. med. F.____ zum Schluss gekommen, dass mit der MRT-Untersuchung vom 31. Dezember 2018 objektivierbare unfallkausale Pathologien hätten ausgeschlossen werden können (A.S. 9 f.). Dennoch hat die Beschwerdegegnerin vorliegend den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem fraglichen Ereignis und den Beschwerden nach der «Schleudertrauma-Praxis» geprüft. Ob dies zutreffend ist, erscheint als fraglich, kann aber offen bleiben, da die Adäquanz auch nach dieser für die Versicherte günstigeren Praxis zu verneinen ist.

7.3 Bei der Schleudertrauma-Praxis ist (analog zu den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen, s. BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140, aber anders als dort ohne Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten, s. BGE 117 V 359 E. 5d/aa S. 364 und E. 6a S. 367) für die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zunächst vom Unfallereignis auszugehen. Dieses ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Die Unfallschwere beurteilt sich nach dem augenfälligen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften, während die Unfallfolgen sowie Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können, ausser Acht bleiben (Rumo-Jungo / Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012., S. 61). Bei leichten Unfällen ist die Adäquanz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren wiederum zu bejahen.

Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein schlüssig beantworten; es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126). Diese Kriterien lauten nach der präzisierten Rechtsprechung wie folgt: · besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls · die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen · fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung · erhebliche Beschwerden · ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert · schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen · erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen Bei einem im engeren Sinn mittelschweren Unfall ist die Adäquanz zu bejahen, wenn drei dieser Kriterien erfüllt sind (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 65). Handelt es sich um einen Unfall, der als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfall einstufen ist, müssen vier Kriterien erfüllt sein (a.a.O., S. 64), während bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen die einfache Erfüllung eines der Kriterien ausreicht (a.a.O., S. 67). Im gesamten mittleren Bereich kann jedoch ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126 f.).

7.4 Die Beschwerdeführerin hat es vorliegend offen gelassen, ob es sich beim Ereignis vom 12. August 2018 um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten oder um einen Unfall im eigentlich mittleren Bereich handelt. Die Beschwerdeführerin ist der Auffassung, es handle sich beim Unfall vom 12. August 2018 um einen mittelschweren Unfall, weder an der Grenze zu den leichten noch zu den eigentlich schweren Unfällen. Unter den Verfahrensbeteiligten ist zu Recht unbestritten, dass das Ereignis vom 12. August 2018 nicht den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen oder sogar den eigentlich schweren Unfällen zuzuordnen ist. Selbst wenn man vorliegend von einem Unfall im eigentlich mittleren Bereich ausgehen würde, so dass drei der vorgenannten Kriterien erfüllt sein müssten, sofern kein einzelnes davon besonders ausgeprägt wäre, wäre die Adäquanz zu verneinen, wie nachfolgend darzulegen ist:

7.4.1 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles ist gemäss der bundesgerichtlichen Praxis objektiv zu beurteilen und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens bzw. des Angstgefühls der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 69). Der Auffahrunfall hat sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen zugetragen, noch war er von besonderer Eindrücklichkeit.

7.4.2 Die Versicherte zog sich beim Unfall vom 12. August 2018 auch keine schweren Verletzungen oder solche besonderer Art zu, da ein Schleudertrauma und die damit verbundenen Beschwerden für sich allein dieses Kriterium nicht zu erfüllen vermögen (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.2.3 [= U 380/04]). Namentlich verfügte die Beschwerdeführerin über eine Kopfstütze und war im Moment des Aufpralls angegurtet (vgl. Verlaufseintrag Dr. med. I. ___ vom 3. September 2018, Visana-Nr. 32 f.). Auch eine besondere Haltung des Kopfes ist nicht dokumentiert. Laut der Krankengeschichte des Hausarztes hatte die Beschwerdeführerin den Blick nach vorne gerichtet (vgl. Eintrag vom 3. September 2018, Visana-Nr. 32 f.).

7.4.3 Zur Bejahung des Kriteriums der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen

Behandlung ist erforderlich, dass nach dem Unfall fortgesetzt eine spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung bis zum Fallabschluss notwendig war. Das Kriterium ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens der versicherten Person (Urteil des Bundesgerichts 8C_970/2008 vom 30. April 2009 E. 5.4). Der Umstand, dass verschiedene Therapieansätze versucht wurden, genügt für sich alleine noch nicht für dessen Bejahung (Urteil des Bundesgerichts 8C_388/2007 vom 11. September 2008 E. 3.4.3). Die durchgeführten Therapiemassnahmen waren für die Beschwerdeführerin nicht überdurchschnittlich belastend im Sinne der Rechtsprechung, da praxisgemäss an das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung deutlich höhere Anforderungen gestellt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_277/2013 vom 7. Juni 2013 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin blieb nach dem Unfall nur kurz im Spital (vgl. Visana-Nr. 6 ff.). Der Umstand, dass verschiedene Therapieansätze versucht wurden und die Beschwerdeführerin sich neben ambulanten Behandlungen für einige Wochen in einer stationären Rehabilitation befand, reicht nicht aus (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 75). Keine ärztliche Behandlung stellen der Einsatz von Medikamenten, manuelle Behandlungen wie Physiotherapie sowie Abklärungsmassnahmen und bloss ärztliche Kontrollen dar (a.a.O.). Überdies ist eine Behandlungsbedürftigkeit (im Sinne medikamentöser Schmerz- und Physiotherapie) während zwei bis drei Jahren nach einem Schleudertrauma der HWS respektive äquivalenten Verletzungen mit ähnlichem Beschwerdebild durchaus üblich (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 239 E. 5.2.4 [= U 380/04]).

7.4.4 Die Erheblichkeit der Beschwerden beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128), wobei nur die dem Distorsionstrauma zuzurechnenden Beschwerden in Betracht fallen. Die Beschwerdeführerin leidet zwar unter chronischen Nackenschmerzen etc. Die üblicherweise mit einem Schleudertrauma verbundenen Beschwerden genügen indes nicht, ansonsten das Kriterium bei jeder solchen Verletzung bejaht werden müsste und keine Bedeutung als Differenzierungsmerkmal mehr hätte (Urteile des Bundesgerichts 8C_730/2011 vom 9. Dezember 2011 E. 6.2.2 und 8C_938/2011 vom 14. August 2012 E. 5.3.4). Im vorliegenden Fall übersteigen die unfallbedingten Schmerzen und die Beeinträchtigung nach Lage der Akten das bei derartigen Verletzungen Übliche nicht in einem solchen Masse, als dass von «erheblichen Beschwerden» gesprochen werden könnte.

7.4.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung ist nicht ersichtlich und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. 7.4.6 Zur Bejahung des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs mit erheblichen Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, die die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.8 mit Hinweis). Solche sind vorliegend nicht ersichtlich. Die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien genügen nicht zur Bejahung dieses Kriteriums. Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten (Urteil des Bundesgerichts 8C_987/2008 vom 31. März 2009 E. 6.6). Das Kriterium ist somit zu verneinen. 7.4.7 Ob das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen erfüllt ist, wie die Beschwerdegegnerin annimmt, muss nicht abschliessend beantwortet werden, da auch so nur eines der sieben Adäquanzkriterien – und auch dieses nicht in besonders ausgeprägter Weise – erfüllt wäre, was nicht ausreicht. 7.5 Somit ist eines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien erfüllt, jedoch nicht in ausgeprägter Weise.

Damit ist die Unfalladäquanz der geltend gemachten nicht objektivierbaren Beschwerden zu verneinen. 7.6 Der Vollständigkeit halber ist festzustellen, dass eine Adäquanzprüfung nach der «Psychopraxis» in Bezug auf die übrigen nicht organisch nachweisbaren Beschwerden zum gleichen Ergebnis führt. Insbesondere lässt sich die Arbeitsunfähigkeit nicht durch organisch nachweisbare Unfallfolgen erklären. 8. Gestützt auf die obigen Erwägungen ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre weitergehende Leistungspflicht mit Verfügung vom 22. August 2019 und Einspracheentscheid vom 12. Mai 2020 per 12. Februar 2019 verneint hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 9. Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG). 10. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

E. 29

November 2018 eine weitere Verlaufskontrolle beim Hausarzt stattfand. Dem dazugehörigen Verlaufseintrag lässt sich entnehmen, die Beschwerdeführerin habe bei der Arbeit mehr Kopfschmerzen und auch mehr Nackenschmerzen und Schmerzen am ganzen Rücken. Sie habe mit der Akupunktur angefangen. Sie habe nun sehr viel mehr Schmerzen, welche aktuell überall vorhanden seien. Sie habe auch das Gefühl, dass es ihr psychisch schlechter gehe.

4.7.2 Aus dem Verlaufseintrag vom 18. Dezember 2018 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin psychisch von einer Besserung berichte. Sie habe aber einen permanenten Druck im Nacken. Sie habe auch Schwindel gehabt und gestern sogar Übelkeit. Die Schmerzen im Nacken strahlten in den Kopf aus, eher nicht in den unteren Rücken. Objektiv werde erneut ein paravertebraler Hartspann an der HWS festgehalten. Es gebe ein Ziehen bei Kopfdrehung nach links und rechts ab ca. 45°. Kein Meningismus.

4.7.3 Dem Verlaufseintrag vom 11. Januar 2019 lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin einen paravertebralen Hartspann lumbal beidseits und in der HWS beidseits habe.

4.8 Aufgrund der anhaltenden Schmerzen führte die Beschwerdeführerin bei Dr. med. D.____ neben der Akupunktur eine interventionelle Schmerztherapie durch (vgl. Visana-Nr. 79 ff.). So sei es gemäss Bericht vom 23. Juli 2019 (Visana-Nr. 89 f.) am 11. Juli 2019 zu einer beidseitigen ISG Infiltration mit LA und Kenakort gekommen. Die Beschwerdeführerin habe von dieser Intervention sichtlich profitiert. Die Schmerzstärke im Beckenbereich liege momentan bei maximal NRS 3. Sie habe die Reise ins Tessin ohne starke Schmerzen geniessen können. Einzig die Flankenschmerzen links hätten sie etwas geplagt. Teilweise sei es ihr möglich gewesen, durch Eigenmassage diesen Schmerz zu lindern. Bei der klinischen Untersuchung habe sich der Verdacht einer Intercostalneuralgie bestätigt.

4.9 Der Stellungnahme des Vertrauensarztes der Beschwerdegegnerin, PD Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Chirurgie und Intensivmedizin, vom 10. Oktober 2019 (Visana-Nr. 102 ff.) lässt sich entnehmen, zusammenfassend hätten unmittelbar im Nachgang zum Ereignis vom 12. August 2018 als objektiv erkennbare Befunde lediglich ein Hämatom über dem Sacrum sowie ein Muskelhartspann entlang der unteren Wirbelsäule dokumentiert werden können. In den Bildgebungen mittels initialer CT-Untersuchung vom 12. August 2018 sowie in der erneuten Untersuchung mittels MRI vom 31. Dezember 2018 hätten keine frischen bzw. verzögert aufgetretene

anatomisch-strukturellen Veränderungen in Verbindung mit dem geltend gemachten Ereignis vom 12. August 2018 dokumentiert werden können. Es hätten auch keine teilursächlichen Veränderungen dokumentiert werden können. Die klinischen Befunde am rechten Knie, die die Indikation zur Arthroskopie gewesen seien, seien Ausdruck eines bekannten Vorzustandes. Die Beschwerden an der oberen Wirbelsäule seien ebenfalls Ausdruck eines Vorzustandes, zumindest zurückzugehen auf ein Ereignis mit Wirbelfraktur auf Höhe der Brustwirbelsäule zurückgehend auf das Jahr 2005. Bei der Versicherten seien auf mehreren Höhen der gesamten Wirbelsäule in der initialen Bildgebung vom 12. August 2018 vorbestehende und zum Teil fortgeschrittene degenerative Veränderungen zur Darstellung gekommen. Diese degenerativen Veränderungen hätten in der Verlaufsbildgebung mittels MRI vom 31. Dezember 2018 erneut bestätigt werden können, ohne dass zwischenzeitlich eine richtungsgebende Veränderung eingetreten sei. Der Diskusprolaps auf Höhe HWK 4/5 ■ wie dieser im ebenfalls persönlich eingesehenen Bilddatensatz zur Darstellung komme ■ sei überwiegend wahrscheinlich nicht auf das Ereignis vom 12. August 2018 zurückzuführen, sondern Ausdruck der voranschreitenden degenerativen Veränderung der Halswirbelsäule. Die degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule seien überwiegend wahrscheinlich Ursache für die von der Versicherten geschilderten Hals-Nacken-Beschwerden, womit auch diese nicht auf das geltend gemachte Ereignis zurückzuführen seien und angesichts des dokumentierten Vorzustandes auch nicht als Teilursache. In der Bildgebung mittels MRI hätten zusammenfassend keine Restbefunde, die überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 12. August 2018 zurückzuführen wären, festgehalten werden können. Spätestens mit der Bildgebung mittels MRI vom 31. Dezember 2018 habe der Status quo sine betreffend vorbekannten degenerativen Veränderungen dokumentiert werden können.

5. Im Beschwerdeverfahren reichten die Parteien weitere medizinische Unterlagen ein. Diesen zusätzlichen Unterlagen ist insbesondere Folgendes zu entnehmen:

5.1 Dr. med. I. ___ bestätigte in seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2020 (Urkunde Nr. 6 der Beschwerdeführerin), dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall vom 12. August 2018 an starken, bislang therapieresistenten Schmerzen im Bereich des rechten Beckenkamms leide, wo sich nach dem Unfall ein Hämatom über dem Sacrum ausgebildet habe. Diese Lokalisierung habe sich seither nicht verändert und sei für die Patientin invalidisierend. Auch die Nackenschmerzen, welche nicht ganz unüblich bei einem HWS-Dezelerationstrauma erst mit einiger Verspätung aufträten, persistierten bis anhin. Eine ausgiebige Analgesie und auch die Einleitung einer Behandlung in der Schmerzklinik [...] seien bis dato nicht zielführend gewesen, obwohl unter anderem wiederholt Ketamin-Infusionen verabreicht worden seien. Dies widerspiegle die Schwere der Symptomatik. Die Ansicht, bezüglich der Diskusprotrusion der Halswirbelsäule sei der Status quo sine erreicht, werde nicht geteilt. Die Beschwerdeführerin habe vor diesem Unfall über keine Beschwerden der HWS geklagt. Einen schicksalsmässigen Verlauf des Vorzustandes zu proklamieren, werde als spekulativ erachtet. Die Fakten seien klar. Nach dem Unfallereignis habe die Beschwerdeführerin Becken- und Nackenschmerzen gehabt. Die Beckenschmerzen würden zeitnah beschrieben, die Nackenschmerzen träten verzögert auf. Nicht bestritten werde der Vorzustand der Brustwirbelsäule. HWS- und LWS-Beschwerden seien jedoch durch das Unfallereignis aufgetreten und persistierten seither. So klage die Beschwerdeführerin seither über einen Druck im Hinterkopf, welcher frontal ausstrahle. Im Sitzen bekomme sie Nackenschmerzen und habe Mühe, den Kopf

nach links zu drehen. Dies führe regelmässig zu Kopfschmerzen. Daher habe sie auch massive Mühe mit dem Einschlafen, was zuweilen mehrere Stunden dauern könne. Die Schmerzen seien teilweise so heftig, dass sie sich darob übergeben müsse. Ausserdem habe sie seither Konzentrationsschwierigkeiten. Die Beckenschmerzen seien ständig vorhanden und verstärkten sich, sobald sie eine Körperposition (unabhängig davon, welche) länger inne habe. Es zeige sich also eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität der Patientin, welche seit dem Unfall herrsche.

5.2 In seiner Beurteilung vom 23. Juli 2020 (Visana-Nr. 174 f.) bekräftigte Dr. med. F.____ seine früheren Ausführungen und nahm eingehend Stellung zu den Einwendungen der Beschwerdeführerin in der Beschwerde vom 12. Juni 2020. So habe der Hausarzt Dr. med. I.____ in seinem Eintrag zum 13. November 2018 keinen objektiv nachvollziehbaren Befund zum Becken und der Hüfte beidseits festgehalten. Die Erwähnung von Schmerzen im Becken beruhten hingegen auf subjektiven Angaben der Versicherten, festgehalten unter dem Titel "Subjektiv". Es hätten von Seiten des Hausarztes wiederholt keine neurologischen Ausfälle dokumentiert werden können. In den Bildgebungen hätten wiederholt keine ereigniskausalen Strukturveränderungen an den dargestellten HWS/BWS/LWS/Sakrum (CT vom 12. August 2018 und MRI vom 31. Dezember 2018) festgestellt werden können. Dokumentiert seien der Vorzustand an der BWS und eine degenerativ bedingte kleine Diskushernie an der HWS. Betreffend Diskushernie seien anlässlich der klinischen Untersuchung vom 11. Januar 2019 bei Dr. med. I.____ erneut keine neurologischen Ausfälle festzustellen gewesen. Auf das Argument des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin betreffend Teilursache der geltend gemachten HWS-Beschwerden könne wie folgt geantwortet werden: Es sei weder in der CT-Untersuchung vom 12. August 2018 noch in der MRI-Untersuchung vom 31. Dezember 2018 eine ereigniskausale frische Strukturveränderung im Bereich der HWS bildgebend dokumentiert worden. Hinzu komme auch die Information seitens des Hausarztes, dass er in den Verlaufseinträgen seiner Krankenakte keine neurologischen Pathologien habe objektivieren können. Somit habe das Ereignis vom 12. August 2018 zu keiner richtungsgebenden Verschlechterung der vorbestehenden degenerativ bedingten Diskushernie auf Höhe HWK4/5 mit Tangierung der Wurzel C5 geführt. Aus ärztlicher Sicht gelte es seitens des Juristen der Frage nachzugehen, wie das Bundesgericht bei Vorliegen einer geringen degenerativen Veränderung und nur geringem Ausmass einer Diskushernie den Heilungsverlauf zeitlich eingrenze. Zur Problematik der LWS und des Beckens sei in Verbindung mit der CT-Untersuchung vom 12. August 2018 unter anderem durch den leitenden Arzt Radiologie, Dr. med. H.____, festgehalten, dass sich degenerative Veränderungen an der lumbalen Wirbelsäule fänden, ohne Nachweis frischer knöcherner Verletzungen. Zum Beckenskelett finde sich explizit kein Befund erwähnt. In der MRI-Untersuchung vom 31. Dezember 2018 halte die Radiologieoberärztin Dr. med. J.____ zum Becken und zur LWS fest, dass sich keine frische Fraktur nachweisen lasse. Betreffend Hüftgelenke zeigten sich moderate degenerative Veränderungen, ohne Anzeichen einer Aktivierung. Somit habe auch diesbezüglich das Ereignis zu keiner richtungsgebenden Verschlechterung geführt. Die LWS als Solche werde namentlich nicht explizit erwähnt. Es finde sich lediglich der Hinweis, dass sich in liegender Position eine physiologische S-Förmige Schwingung der Wirbelsäule erkennen lasse. Anderweitige pathologische Veränderungen im Bereiche der HWS und BWS seien vorbestehend und bereits vorgängig dokumentiert worden. Somit habe das Ereignis vom 12. August 2018 auch betreffend LWS zu keiner richtungsgebenden Verschlechterung beigetragen. Zusammenfassend könne an der

Beurteilung vom 10. Oktober 2019 festgehalten werden, dass bei der Versicherten bis 31. Dezember 2018 zu keinem Zeitpunkt eine Pathologie klinisch und/oder in der Bildgebung habe objektiviert werden können, bis auf das vorübergehende Hämatom über dem Sakrum, das erstmals von Dr. med. I. ___ am 17. August 2018 in seiner Krankengeschichte und am 3. September 2018 nicht mehr erwähnt worden sei. Auch in weiteren Einträgen finde sich das Hämatom nicht mehr erwähnt. Die übrigen medizinischen Befunde seien vorbestehend, hierzu werde auf die Krankengeschichte von Dr. med. I. ___ mit Diagnoseliste auf Seite 1 seines Schreibens vom 11. März 2019 verwiesen (Urkunde Nr. 8 der Beschwerdeführerin).

5.3 Dem Austrittsbericht der Klinik G. ___ vom 14. August 2020 (Urkunde Nr. 9 der Beschwerdeführerin) sind unter anderem die Diagnosen «Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F33.1)», «Chronische Schmerzstörung mit psychischen und physischen Faktoren (ICD-10 F45.4) mit anhaltenden Nacken / Kopfschmerzen nach Auffahrunfall 12. August 2018», «Chronische Rückenschmerzen thorakal links bei St.n. traumatischer BWK8- / Deckplattenimpressionsfraktur 09/2005 (therapeutische Infiltration ISG bds. 07/2019; therapeutische funktionelle perkutane Rhizotomie Th8 und Th9 03/2017 [...], ab 10.18 in [...])» zu entnehmen. Aufgrund der komplexen Schmerzproblematik bei starker Ausprägung, begleitet von vegetativen Reaktionen wie Übelkeit, Erbrechen und Schwindel, sowie chronischen Ein- und Durchschlafstörungen, sei von einer langfristigen erheblichen Beeinträchtigung der psychophysischen Belastbarkeit auszugehen. Es bestehe deshalb keine Arbeitsfähigkeit. Eine IV-Anmeldung sei erfolgt und die Patientin befinde sich in Rentenprüfung. Die Patientin verlasse die Klinik affektiv verbessert, in Bezug auf die Schmerzen aber mit unverändertem Beschwerdebild. Nach Austritt werde sie wieder zu ihren Vorbehandlern gehen und die gewohnten Behandlungen wieder aufnehmen.

5.4 Dr. med. L. ___, Facharzt FMH für Rheumatologie, stellte in seinem rheumatologischen Gutachten vom 16. August 2020 zu Händen des Krankenversicherers (Urkunde Nr. 12 der Beschwerdeführerin) als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Panvertebralsyndrom (ICD-10 M54.80) im Rahmen einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (anhaltendes zerviko-zepales Schmerzsyndrom nach Auffahrunfall am 12. August 2018 sowie chronisches thorako-spondylogenes Syndrom links bei Status nach traumatischer BWK8-Deckplattenimpressionsfraktur 09/2005 bei Leitersturz aus 21/2m Höhe). Es könne angemerkt werden, dass es bei der persönlichen Anamnese von vorbestehenden chronischen, intermittierend exazerbierten thorakalen Rückenschmerzen bei Status nach BWK8-Fraktur im Jahre 2005, nach dem Auffahrunfall vom 12. August 2018 zu einem anhaltenden chronifizierten Krankheitsbild gekommen sei. Trotz Einleiten eines multimodalen Behandlungskonzepts habe die Chronifizierung der Rückenschmerzen mit Entwicklung einer chronischen Schmerzkrankheit nicht positiv beeinflusst werden können. Die rheumatologischen Krankheitsbilder unterschieden bzw. überlappten sich teilweise von / mit den schmerzmedizinischen und psychiatrischen Diagnosesystemen.

5.5 Dem Untersuchungsbericht von Dr. med. M. ___, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie vom 5. September 2020 zu Händen des Krankenversicherers (Urkunde Nr. 11 der Beschwerdeführerin) lassen sich die Diagnosen «Rezidivierende depressive Störung, ggw. leichte Episode» (ICD-10 F33.0) sowie «Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» (ICD-10 F45.1) entnehmen. Gemäss Ausführungen der

Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung hätten die Schmerzmedikamente grundsätzlich eine Wirkung auf die Schmerzen. Schmerzfrei sei sie aber seit 2005 nie mehr gewesen. Die Ärzte sagten ihr, dass es ihr «den Bildern nach» eigentlich besser gehen müsste. Aber ein Schleudertrauma würde man auf den Bildern nicht sehen. Am Becken habe die VP eine Muskelverhärtung. Wenn man dort drücke, tue es überall weh. Sie sei keine Simulant. Die Beschwerdeführerin habe 2005 einen ersten Unfall erlitten, bei dem sie von einer Leiter gestürzt sei und sich einen Brustwirbelkörper gebrochen habe. Seither leide sie in diesem Bereich unter anhaltenden Schmerzen, wobei sie schildere, mit diesen Schmerzen gut zurecht gekommen zu sein. Im August 2018 sei ein zweiter Unfall erfolgt. Seit diesem Zeitpunkt leide sie unter anhaltenden Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule, der Lendenwirbelsäule und des Beckens. Im Bereich der Halswirbelsäule schildere die Beschwerdeführerin einen starken Druck, der in den Kopf ziehe. Gemäss der Beschwerdeführerin bestünden Einschränkungen im Bereich der Halswirbelsäule, so dass der Kopf nicht mehr normal gedreht werden könne. Aufgrund der Schmerzen komme es zu vegetativen Reaktionen in Form von Schwindel und Erbrechen. Für diese Schmerzsymptomatik gebe es somatische Befunde, die jedoch, so wie es sich in den Akten darstelle, nicht in ausreichendem Mass die Intensität und Ausprägung der anhaltenden Schmerzsymptomatik erklärten. Bei der Beschwerdeführerin sei daher von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen auszugehen.

6. Die Beschwerdegegnerin hat einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 12. August 2018 und den geltend gemachten Beschwerden ab dem 12. Februar 2019 verneint. Da sie sich in ihrer Entscheid im Wesentlichen auf die Beurteilungen ihres Vertrauensarztes Dr. med. F.____ stützte, ist nachfolgend zunächst zu prüfen, ob dies korrekt ist.

6.1 Der Umstand, wonach Dr. med. F.____ seine Beurteilung ausschliesslich aufgrund der vorliegenden Akten und ohne eigene Untersuchung abgegeben hat, steht dem Beweiswert seiner ärztlichen Beurteilung nicht entgegen, sofern die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Experte imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteile des Bundesgerichts 8C_792/2009 vom 1. Februar 2010 E. 5 mit Hinweisen und 8C_833/2009 vom 26. Januar 2010 E. 5.1). So verhält es sich hier, denn die Situation der Wirbelsäule und des Beckens sowie der Verlauf sind durch Berichte über bildgebende und klinische Untersuchungen umfassend dokumentiert.

6.2 Den Beurteilungen von Dr. med. F.____ vom 10. Oktober 2019 und 23. Juli 2020 ist grundsätzlich voller Beweiswert zuzusprechen, denn sie sind für die streitigen Belange umfassend, sind in Kenntnis der vorhandenen Vorakten abgegeben worden und die Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet ebenfalls ein (vgl. E. II. 3.4 hiervor): Dr. med. F.____ hatte sich aufgrund der ihm durch die Beschwerdegegnerin vorgelegten Fragestellungen im Wesentlichen dazu zu äussern, zu welchen Beschwerden das Unfallereignis vom 12. August 2018 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Allein- oder Teilursache geführt habe, und falls die heutigen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesslich auf ereignisfremde Faktoren zurückzuführen seien, seit wann der Status quo ante oder Status quo sine erreicht seien (Visana-Nr. 102 ff.). Der Vertrauensarzt kommt zum Ergebnis, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 12. August 2018 und den geltend gemachten Beschwerden spätestens ab

dem 1. Januar 2019 nicht mehr gegeben sei. Er begründet die fehlende Unfallkausalität in erster Linie mit den Befunden, die in zeitlicher Nähe zum Unfall erhoben wurden, mit den damals genannten Beschwerden und mit dem Umstand, dass in den bildgebenden Abklärungen keine unfallbedingten Läsionen festgestellt werden konnten. So hätten unmittelbar im Nachgang zum Ereignis vom 12. August 2018 als objektiv erkennbare Befunde lediglich ein Hämatom über dem Sacrum sowie ein Muskelhartspann entlang der unteren Wirbelsäule dokumentiert werden können. In den Bildgebungen mittels initialer CT-Untersuchung vom 12. August 2018 sowie in der erneuten Untersuchung mittels MRI vom 31. Dezember 2018 hätten keine frischen bzw. verzögert aufgetretenen anatomisch strukturellen Veränderungen in Verbindung mit dem geltend gemachten Ereignis vom 12. August 2018 dokumentiert werden können. Auf die Schlussfolgerungen des Vertrauensarztes kann abgestellt werden, denn die ihnen zugrundeliegenden Feststellungen sind zutreffend. So ergab die CT-Untersuchung vom 12. August 2018 (Visana-Nr. 2 f.), welche am selben Tag wie das Unfallereignis erfolgte, keinen Nachweis akuter Traumafolgen. Der Radiologe Dr. med. H. ___ hielt in seinem gleichentags erstellten Bericht fest, in der Halswirbelsäule gebe es keinen Nachweis einer höhergradigen Wirbelkörperhöhenminderung oder einer frischen Fraktur. Hingegen seien moderate degenerative Veränderungen mit Osteochondrose und Spondylose zu sehen. In der Brustwirbelsäule sei eine bekannte leichte Keilwirbeldeformität BWK 8 zu sehen. Auch hier gebe es keinen Nachweis einer frischen ossären Verletzung oder Gefügestörung. Sodann seien auch in der lumbalen Wirbelsäule degenerative Veränderungen ohne Nachweis einer frischen ossären Verletzung zu sehen. In der MRI-Untersuchung der ganzen Wirbelsäule und des Beckens vom 31. Dezember 2018 (Visana-Nr. 36 f.) seien gemäss Dr. med. J. ___ ebenfalls keine frischen Frakturen der Wirbelsäule oder des Beckens ersichtlich. Auch hier zeige der BWK 8 eine ventrale Höhenminderung, welche bereits im CT Thorax vom 15. Februar 2016 abgrenzbar sei. Andere höhengeminderte Wirbelkörper oder abgrenzbare Frakturen der Wirbelsäule lägen nicht vor. Zervikal im Segment HWK 4/5 bestehe eine gering rechtslateral betonte Diskusprotrusion mit Verminderung des ventralen Subarachnoidalraumes und rechtsseitig leichter foraminaler Enge, wodurch die Radix C5 tangiert werden könne. Im Beckenskelett seien keine frischen Frakturen nachweisbar, aber es bestehe eine symmetrische, regelrechte Artikulation im Hüftgelenk bei milden bis moderaten degenerativen Veränderungen ohne Anzeichen der Aktivierung.

6.3 Die bei der Beschwerdeführerin durchgeführten radiologischen Untersuchungen der Wirbelsäule und des Beckens ergaben somit keine strukturellen Läsionen, welche auf den Unfall vom 12. August 2018 zurückgeführt werden konnten, sondern ausschliesslich degenerative, also nicht unfallbedingte Veränderungen. Auch eine von der zu erwartenden Progression abweichende richtungsgebende Verschlimmerung des krankheitsbedingten Vorzustands ist nirgends belegt. Die Diskusprotrusion auf Höhe HWK 4/5 ist ebenfalls überwiegend wahrscheinlich nicht auf das Ereignis vom 12. August 2018 zurückzuführen, sondern Ausdruck der voranschreitenden degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule, da Diskusprotrusionen nach medizinischer Lehrmeinung in der Regel Folge eines degenerativen Prozesses sind. Degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule können nur ganz ausnahmsweise als im eigentlichen Sinne unfallbedingt angesehen werden. Eine unfallbedingte Veränderung muss organisch objektiv ausgewiesen sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_101/2011 vom 14. September 2011 E. 3.3 mit Hinweisen). Hier ist zu beachten, dass im Rahmen des Wahrscheinlichkeitsbeweises auch medizinische Erfahrungssätze berücksichtigt werden dürfen, sofern sie der herrschenden Lehrmeinung

entsprechen (s. Urteil des Bundesgerichts 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.2.3, unter Hinweis auf BGE 126 V 183 E. 4c S. 189 f.). In diesem Sinne ist bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule ■ wie es hier der Fall ist ■ in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens nach einem Jahr davon auszugehen, die durch den Unfall verursachte Verschlimmerung des Vorzustandes habe sich auf jenen Zustand zurückgebildet, der sich auf Grund des schicksalsmässigen Verlaufs des krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingestellt hätte (Urteil des Bundesgerichts 8C_101/2011 vom 14. September 2011 E. 3.3 mit Hinweisen). Dr. med. F. ___ geht davon aus, dass spätestens mit der Bildgebung mittels MRI vom 31. Dezember 2018 der Status quo sine betreffend die vorbekannten degenerativen Veränderungen habe dokumentiert werden können. Die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin erfolgte per 12. Februar 2019 und somit ein halbes Jahr nach dem Unfallereignis. Dies lässt sich unter Berücksichtigung allein der organisch nachweisbaren Unfallfolgen nicht beanstanden.

6.4 Von den behandelnden Ärzten befasst sich keiner näher mit der Frage der Unfallkausalität. Wenn der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. I. ___, ausführt, dass die Beschwerdeführerin vor dem obenerwähnten Ereignis über keine Beschwerden in der HWS geklagt hätte, so dass die anhaltende Restsymptomatik auf das Unfallereignis zurückzuführen sei, ist dem entgegenzuhalten, dass für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend ist (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341). Diesbezüglich erübrigen sich somit weitere Ausführungen. Ergänzend ist in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den Berichten von Dr. med. I. ___ auch deswegen weniger Beweiswert zuzumessen ist.

6.5 Damit ist zusammenfassend festzuhalten, dass das Unfallereignis vom 12. August 2018 bei der Beschwerdeführerin weder strukturelle Verletzungen hervorgerufen, noch die vorbestehenden degenerativen Veränderungen richtungsgebend verschlimmert hat. Gestützt auf die beweiswertige Beurteilung von Dr. med. F. ___ wurde der Kausalzusammenhang zwischen den noch geklagten Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule und des Beckens und dem Unfall vom 12. August 2018 auf Grund des Erreichens des status quo sine zu Recht verneint und der Fallabschluss per 12. Februar 2019 ist nicht zu beanstanden.

An diesem Resultat vermögen auch die Rügen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern, wie nachfolgend darzulegen ist. Der Einwand, wonach der ärztlichen Beurteilung von Dr. med. F. ___ kein Beweiswert zukomme, da dieser als interner Arzt der Beschwerdegegnerin eine voreingenommene Haltung habe, ist nicht stichhaltig: Dr. med. F. ___ steht in keinem Anstellungs- und Abhängigkeitsverhältnis zur Beschwerdegegnerin. Der beim Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin eingeholte Bericht steht zwar auf einer Stufe mit den kreisärztlichen Berichten. Es lässt sich jedoch bei Berichten versicherungsinterner Ärzte ■ Dr. med. F. ___ ist zwar nicht Kreisarzt, aber Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin ■ nicht bereits auf Grund des Arbeits- (resp. hier des Auftrags-)Verhältnisses auf mangelnde Objektivität oder Befangenheitschliessen (Urteil des Bundesgerichts 8C_397/2012 vom 14. März 2013, E. 5.1). Die Beschwerdeführerin rügt weiter, mit dem Hinweis des Vertrauensarztes auf den Umstand,

dass Dr. med. N.____ anlässlich einer Nachkontrolle vom 22. August und 8. Oktober 2018 keine pathologischen Befunde betreffend Wirbelsäule und Becken festgestellt habe, wolle dieser offensichtlich suggerieren, die beklagten Beschwerden an der Wirbelsäule und am Becken seien gar nicht vorhanden. Diese Rüge ist jedoch unbegründet. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend festhält (A.S. 43), weist Dr. med. F.____ lediglich darauf hin, dass Dr. med. N.____ keine pathologischen Befunde festgehalten habe. Darin lässt sich noch keine parteiische Beweisführung erblicken. Die Beschwerdeführerin lässt weiter vorbringen, der Vertrauensarzt habe die Ferien der Beschwerdeführerin in Mauritius nur erwähnt, um das Vorhandensein von deutlichen Beschwerden in Zweifel zu ziehen. Auch diese Rüge ist unbegründet, zumal Dr. med. F.____ in seiner Beurteilung keine direkten Schlussfolgerungen aus dem Ferienaufenthalt der Beschwerdeführerin in Mauritius zieht. Dass er diesen erwähnt, lässt sich nicht beanstanden, sondern ist sachgerecht. Des Weiteren hat Dr.med. F.____ in seiner Stellungnahme vom 10. Oktober 2019 entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin auch richtigerweise festgehalten, im Verlaufseintrag des Hausarztes vom 13. November 2018 sei zum Becken und zur Hüfte beidseits kein Befund erhoben worden. Unter «Subjektiv» hielt der Hausarzt der Beschwerdeführerin in seinem Verlaufseintrag vom 13. November 2018 zwar fest, die Beschwerdeführerin habe im Becken beim Sitzen und Gehen Schmerzen. Unter «Objektiv» wurden aber lediglich die Befunde «Paravertebraler Hartspann HWS bds. Klopfdolenz der knöchernen WS» festgehalten (Visana-Nr. 33). Schliesslich trifft es nicht zu, dass der Vertrauensarzt nur indirekt Stellung zu den HWS-Beschwerden genommen habe. Der Vertrauensarzt führte in seiner Stellungnahme vom 10. Oktober 2019 nach Einsicht in den Bilddatensatz aus, der Diskusprolaps auf Höhe HWK 4/5 sei überwiegend wahrscheinlich nicht auf das Ereignis vom 12. August 2018 zurückzuführen, sondern Ausdruck der voranschreitenden degenerativen Veränderungen in der Halswirbelsäule. In seiner Stellungnahme vom 23. Juli 2020 führt er zusätzlich aus, dass weder in der CT-Untersuchung vom 12. August 2018 noch in der MRI-Untersuchung vom 31. Dezember 2018 eine ereigniskausale frische Strukturveränderung im Bereiche der HWS bildgebend dokumentiert worden sei. Hinzu komme die Information des Hausarztes, dass er in den Verlaufseinträgen seiner Krankenakte keine neurologischen Pathologien habe objektivieren können. Somit habe das Ereignis vom 12. August 2018 zu keiner richtunggebenden Verschlechterung der vorbestehenden degenerativ bedingten Diskushernie auf Höhe HWK 4/5 mit Tangierung der Wurzel C5 geführt.

7. Ob die in den Akten thematisierte psychische Problematik (vgl. E. II. 5.5 hiervor) in einem Zusammenhang mit dem Unfall steht, kann offen bleiben, falls die adäquate Kausalität zwischen dem Unfall vom 12. August 2018 und den nicht objektivierbaren Beschwerden zu verneinen ist. Dies gilt es nachfolgend zu prüfen.

7.1 Nach der in BGE 117 V 359 begründeten Praxis ist bei einem diagnostizierten Schleudertrauma der Halswirbelsäule (d.h. einer sehr häufig im Strassenverkehr verursachten Distorsion der Halswirbelsäule, medizinisch auch als kraniozervikales Beschleunigungstrauma bezeichnet) mit dem für diese Verletzung typischen Beschwerdebild (mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw.) in der Regel davon auszugehen, dass zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (a.a.O., E. 4b S.

360). Demnach kann ein Unfall mit Schleudertrauma in der charakteristischen Erscheinungsform einer Häufung von typischen Beschwerden eine Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit verursachen, selbst wenn die festgestellten Funktionsausfälle organisch nicht nachweisbar sind (E. 5d/aa S. 363 f.). Die Schleudertrauma-Praxis findet auch für Beschwerden nach einem dem Schleudertrauma «äquivalenten» Mechanismus und nach einem Schädel-Hirntrauma Anwendung, wenn und soweit sich die Folgen mit jenen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule vergleichen lassen (BGE 134 V 109 E. 6.2.2 S. 117).

Treten nach einem Unfall psychische und / oder organisch nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden auf, und kann weder das Vorliegen des für ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule typischen, bunten Beschwerdebildes noch eine solche Verletzung bejaht werden, so ist die adäquate Kausalität gemäss der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen nach Unfällen zu prüfen (BGE 115 V 133, 138 V 248 E. 4 S. 250 f. mit Hinweisen). Eine Adäquanzprüfung nach diesen Regeln hat über die psychischen Unfallfolgen hinaus bei allen nicht objektivierbaren (d.h. nicht durch bildgebende Befunde erklärbaren) Beschwerden stattzufinden, die nicht unter die Schleudertrauma-Praxis fallen (vgl. Irene Hofer in: Basler Kommentar zum UVG, 2019, Art. 6 N. 84, mit Hinweis).

7.2 Im angefochtenen Einspracheentscheid hat sich die Beschwerdegegnerin mit der Frage auseinandergesetzt, ob bei der Beschwerdeführerin das Vorliegen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Sie kam dabei zum Schluss, dass gestützt auf die Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sei, dass die Nackenbeschwerden der Beschwerdeführerin nicht innerhalb der von der Rechtsprechung erwähnten 72 Stunden aufgetreten seien. Auch sei die Diagnose einer HWS-Distorsion oder einer ähnlichen Verletzung nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. So sei auch der Vertrauensarzt Dr. med. F. ___ zum Schluss gekommen, dass mit der MRT-Untersuchung vom 31. Dezember 2018 objektivierbare unfallkausale Pathologien hätten ausgeschlossen werden können (A.S. 9 f.). Dennoch hat die Beschwerdegegnerin vorliegend den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem fraglichen Ereignis und den Beschwerden nach der «Schleudertrauma-Praxis» geprüft. Ob dies zutreffend ist, erscheint als fraglich, kann aber offen bleiben, da die Adäquanz auch nach dieser für die Versicherte günstigeren Praxis zu verneinen ist.

7.3 Bei der Schleudertrauma-Praxis ist (analog zu den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen, s. BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140, aber anders als dort ohne Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten, s. BGE 117 V 359 E. 5d/aa S. 364 und E. 6a S. 367) für die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zunächst vom Unfallereignis auszugehen. Dieses ist einer der drei folgenden Gruppen zuzuordnen: Banale bzw. leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischenliegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 f.). Die Unfallschwere beurteilt sich nach dem augenfälligen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften, während die Unfallfolgen sowie Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können, ausser Acht bleiben (Rumo-Jungo / Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, 4. Aufl., Zürich 2012., S. 61). Bei leichten Unfällen ist die Adäquanz in der Regel ohne weiteres zu verneinen, bei schweren wiederum zu bejahen. Handelt es sich um einen Unfall im mittleren Bereich, lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfallereignisses allein

schlüssig beantworten; es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126). Diese Kriterien lauten nach der präzisierten Rechtsprechung wie folgt:

Bei einem im engeren Sinn mittelschweren Unfall ist die Adäquanz zu bejahen, wenn drei dieser Kriterien erfüllt sind (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 65). Handelt es sich um einen Unfall, der als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfall einstuft ist, müssen vier Kriterien erfüllt sein (a.a.O., S. 64), während bei einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen die einfache Erfüllung eines der Kriterien ausreicht (a.a.O., S. 67). Im gesamten mittleren Bereich kann jedoch ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126 f.).

7.4 Die Beschwerdegegnerin hat es vorliegend offen gelassen, ob es sich beim Ereignis vom 12. August 2018 um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten oder um einen Unfall im eigentlich mittleren Bereich handelt. Die Beschwerdeführerin ist der Auffassung, es handle sich beim Unfall vom 12. August 2018 um einen mittelschweren Unfall, weder an der Grenze zu den leichten noch zu den eigentlich schweren Unfällen. Unter den Verfahrensbeteiligten ist zu Recht unbestritten, dass das Ereignis vom 12. August 2018 nicht den mittelschweren Unfällen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen oder sogar den eigentlich schweren Unfällen zuzuordnen ist. Selbst wenn man vorliegend von einem Unfall im eigentlich mittleren Bereich ausgehen würde, so dass drei der vorgenannten Kriterien erfüllt sein müssten, sofern kein einzelnes davon besonders ausgeprägt wäre, wäre die Adäquanz zu verneinen, wie nachfolgend darzulegen ist:

7.4.1 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalles ist gemäss der bundesgerichtlichen Praxis objektiv zu beurteilen und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens bzw. des Angstgefühls der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 69). Der Auffahrunfall hat sich weder unter besonders dramatischen Begleitumständen zugetragen, noch war er von besonderer Eindrücklichkeit.

7.4.2 Die Versicherte zog sich beim Unfall vom 12. August 2018 auch keine schweren Verletzungen oder solche besonderer Art zu, da ein Schleudertrauma und die damit verbundenen Beschwerden für sich allein dieses Kriterium nicht zu erfüllen vermögen (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.2.3 [= U 380/04]). Namentlich verfügte die Beschwerdeführerin über eine Kopfstütze und war im Moment des Aufpralls angegurtet (vgl. Verlaufseintrag Dr. med. I. ___ vom 3. September 2018, Visana-Nr. 32 f.). Auch eine besondere Haltung des Kopfes ist nicht dokumentiert. Laut der Krankengeschichte des Hausarztes hatte die Beschwerdeführerin den Blick nach vorne gerichtet (vgl. Eintrag vom 3. September 2018, Visana-Nr. 32 f.).

7.4.3 Zur Bejahung des Kriteriums der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist erforderlich, dass nach dem Unfall fortgesetzt eine spezifische, die versicherte Person belastende ärztliche Behandlung bis zum Fallabschluss notwendig war. Das Kriterium ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens der versicherten Person (Urteil des Bundesgerichts 8C_970/2008 vom

E. 30

April 2009 E. 5.4). Der Umstand, dass verschiedene Therapieansätze versucht wurden, genügt für sich alleine noch nicht für dessen Bejahung (Urteil des Bundesgerichts 8C_388/2007 vom 11. September 2008 E. 3.4.3). Die durchgeführten Therapiemassnahmen waren für die Beschwerdeführerin nicht überdurchschnittlich belastend im Sinne der Rechtsprechung, da praxisgemäss das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung deutlich höhere Anforderungen gestellt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_277/2013 vom 7. Juni 2013 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin blieb nach dem Unfall nur kurz im Spital (vgl. Visana-Nr. 6 ff.). Der Umstand, dass verschiedene Therapieansätze versucht wurden und die Beschwerdeführerin sich neben ambulanten Behandlungen für einige Wochen in einer stationären Rehabilitation befand, reicht nicht aus (Rumo-Jungo / Holzer, a.a.O., S. 75). Keine ärztliche Behandlung stellen der Einsatz von Medikamenten, manuelle Behandlungen wie Physiotherapie sowie Abklärungsmassnahmen und blosser ärztliche Kontrollen dar (a.a.O.). Überdies ist eine Behandlungsbedürftigkeit (im Sinne medikamentöser Schmerz- und Physiotherapie) während zwei bis drei Jahren nach einem Schleudertrauma der HWS respektive äquivalenten Verletzungen mit ähnlichem Beschwerdebild durchaus üblich (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 239 E. 5.2.4 [= U 380/04]).

7.4.4 Die Erheblichkeit der Beschwerden beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128), wobei nur die dem Distorsionstrauma zuzurechnenden Beschwerden in Betracht fallen. Die Beschwerdeführerin leidet zwar unter chronischen Nackenschmerzen etc. Die üblicherweise mit einem Schleudertrauma verbundenen Beschwerden genügen indes nicht, ansonsten das Kriterium bei jeder solchen Verletzung bejaht werden müsste und keine Bedeutung als Differenzierungsmerkmal mehr hätte (Urteile des Bundesgerichts 8C_730/2011 vom 9. Dezember 2011 E. 6.2.2 und 8C_938/2011 vom 14. August 2012 E. 5.3.4). Im vorliegenden Fall übersteigen die unfallbedingten Schmerzen und die Beeinträchtigung nach Lage der Akten das bei derartigen Verletzungen Übliche nicht in einem solchen Masse, als dass von «erheblichen Beschwerden» gesprochen werden könnte.

7.4.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung ist nicht ersichtlich und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht.

7.4.6 Zur Bejahung des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs mit erheblichen Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, die die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.8 mit Hinweis). Solche sind vorliegend nicht ersichtlich. Die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien genügen nicht zur Bejahung dieses Kriteriums. Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten (Urteil des Bundesgerichts 8C_987/2008 vom 31. März 2009 E. 6.6). Das Kriterium ist somit zu verneinen.

7.4.7 Ob das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen erfüllt ist, wie die Beschwerdegegnerin annimmt, muss nicht abschliessend beantwortet werden, da auch so nur eines der sieben Adäquanzkriterien ■ und auch dieses nicht in besonders ausgeprägter Weise ■ erfüllt wäre, was nicht ausreicht.

7.5 Somit ist eines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien erfüllt, jedoch nicht in ausgeprägter Weise. Damit ist die Unfalladäquanz der geltend gemachten nicht objektivierbaren Beschwerden zu verneinen.

7.6 Der Vollständigkeit halber ist festzustellen, dass eine Adäquanzprüfung nach der «Psychopraxis» in Bezug auf die übrigen nicht organisch nachweisbaren Beschwerden zum gleichen Ergebnis führt. Insbesondere lässt sich die Arbeitsunfähigkeit nicht durch organisch nachweisbare Unfallfolgen erklären.

8. Gestützt auf die obigen Erwägungen ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre weitergehende Leistungspflicht mit Verfügung vom 22. August 2019 und Einspracheentscheid vom 12. Mai 2020 per 12. Februar 2019 verneint hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

9. Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG).

10. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Lazar

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