

200 20 847 UV
JAP/ISD/SCY/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 4. März 2021

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Isliker

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 14. Oktober 2020



Sachverhalt:

A.

Die 1967 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war bei der B. _____ AG angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie gemäss „Bagatellunfall-Meldung UVG“ vom 15. August 2017 (Akten der Suva, Antwortbeilage [AB] 1) am 14. August 2017 als Beifahrerin in einem Auto in einen Verkehrsunfall verwickelt wurde (Frontalkollision mit einem entgegenkommenden Motorrad) und sich am rechten Knie eine Prellung zuzog. Die Suva gewährte bezüglich dieses Ereignisses Heilbehandlung (vgl. AB 7/1, 45/1). Nach Vornahme medizinischer Abklärungen und Vorlage zuhanden des agenturärztlichen Dienstes (vgl. AB 42) stellte die Suva mit Mitteilung vom 21. Juni 2019 (AB 45) die im Zusammenhang mit dem Schadenfall vom 14. August 2017 und den vormals stattgehabten Ereignissen vom 22. Oktober 2016 und 10. Februar 2017 (vgl. AB 45/1) erbrachten Leistungen ein und lehnte den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen ab, da die fortwährend bestehenden Beschwerden nicht mehr auf die genannten Ereignisse zurückzuführen seien. Mit Verfügung vom 10. September 2019 (AB 54) hielt sie an der Leistungseinstellung per 21. Juni 2019 fest. Die dagegen erhobene Einsprache wies sie mit Einspracheentscheid vom 14. Oktober 2020 (AB 73) ab.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 16. November 2020 Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides und Weiterausrichtung von Leistungen betreffend das Ereignis vom 14. August 2017 sowie zusätzlich „Schadenersatz“.

Mit Beschwerdeantwort vom 27. November 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 16. Dezember 2020 nahm die Beschwerdeführerin zur Beschwerdeantwort Stellung und machte Angaben zum Verlauf der Behandlung. Im Weiteren hielt sie an ihren Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist – unter Vorbehalt der nachstehenden Erwägung – auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 14. Oktober 2020 (AB 73). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 14. August 2017 und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen zu Recht per 21. Juni 2019 einstellte und den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen verneinte. Ausserhalb des Anfechtungs- und Streitgegenstandes liegt der geltend gemachte Anspruch auf „Schadenersatz“ (vgl. Beschwerde S. 5 Lemma 3), da dem Unfallversicherungs-

recht eine derartige Leistungsart fremd ist und die Verwaltung dementsprechend hierüber auch nicht befunden hat. Insoweit ist auf die Beschwerde nicht einzutreten (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1).

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.3 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Be-

dingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.4 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als eine Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

2.4.1 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die

Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

2.4.2 Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358, 115 V 133 E. 6c aa S. 140), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR 2018 UV Nr. 29 S. 101 E. 2.2). Dabei ist wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1997 UV Nr. 95 S. 346 E. 2a, 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382; SVR 2001 UV Nr. 1 S. 2 E. 3) erlitten hat, wobei die Schleudertrauma-Praxis nur dann Anwendung findet, wenn sich innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden Beschwerden in der Halsregion und der Halswirbelsäule (HWS) manifestieren (SVR 2009 UV Nr. 30 S. 107 E. 5.2). Liegt keine der erwähnten Verletzungen vor, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden zur Anwendung.

2.4.3 Nach der Schleudertrauma-Praxis ist analog zu den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen (BGE 115 V 133) für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359) – zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Dabei können die erlittenen Verletzungen

Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (SVR 2011 UV Nr. 10 S. 37 E. 4.2.2). Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126; SVR 2019 UV Nr. 11 S. 44 E. 8.2.1). Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 5.1). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2019 UV Nr. 11 S. 45 E. 8.4). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs (BGE 117 V 359 E. 6 S. 366, 117 V 369 E.4c S. 384).

Der Katalog der – abschliessend aufgezählten (BGE 134 V 109 E. 10.2 S. 127) – adäquanzrelevanten Kriterien lautet (BGE 134 V 109 E. 10.3 S. 130; SVR 2017 UV Nr. 41 S. 143 E. 6.1):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen;
- fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung;
- erhebliche Beschwerden;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;

- erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

2.5 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine) erreicht ist (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 55 f.).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 55 f.).

2.6 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese Frage ist prospektiv zu beurtei-

len (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2; zum Ganzen SVR 2019 UV Nr. 4 S. 16 E. 3.2.3.1).

3.

3.1 Fest steht und zwischen den Parteien zu Recht unbestritten ist, dass das Ereignis vom 14. August 2017 die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Art. 4 ATSG erfüllt (vgl. E. 2.1 hiavor). Die Beschwerdeführerin übernahm denn auch die Heilungskosten (vgl. AB 7/1, 45/1). Umstritten ist indessen, ob die Beschwerdeführerin infolge des Unfalls über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Einstellung der vorübergehenden Leistungen per 21. Juni 2019 (AB 54) hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Hierbei kommt es im Wesentlichen darauf an, ob die geklagten Beschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 14. August 2017 stehen. Dies wird im Folgenden zu prüfen sein.

3.2 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten in Bezug auf das Unfallereignis vom 14. August 2017 im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.2.1 Gemäss dem Bericht des Spitals C. _____ vom 14. August 2017 (AB 5) sei die Beschwerdeführerin gleichentags notfallmässig mit der Feuerwehr zugewiesen worden, nachdem sie in einen Autounfall geraten war, wobei sich ein Airbag gelöst und gegen ihr Knie geschlagen habe. Es wurde eine Kontusion des rechten Knies diagnostiziert. Es bestehe eine Schwellung über der lateralen Tibia und eine Druckdolenz ebenda sowie über der medialen Tibia. Das Integument sei intakt und es bestehe kein Hämatom. Flexion und Extension des Knies seien nur leicht eingeschränkt und es bestehe kein Hinweis auf eine Knieinnenläsion. Die Seitenbänder seien intakt und die periphere DMS-Kontrolle (Durchblutung, Motorik, Sensorik) unauffällig.

3.2.2 Im Bericht der Klinik D. _____ des Spitals E. _____ vom 24. August 2017 (AB 6) wurden folgende Diagnosen gestellt:

1. Persistierende Allodynie Fuss links:

- Status nach konservativ behandelter Weber-A-Fraktur Os-naviculare-Fraktur 08/2015
- durchgemachtes CPRS 10/2015
- Status nach Kleinzehfraktur 10/2016
- OSG-Distorsion links mit Ausriss LFTA 02/2017
- Neurom N. suralis auf Höhe lateraler Malleolus links
- Verdacht auf zentrale Hypersensibilisierung

2. Nebendiagnosen:

- Kraniozervikales Beschleunigungstrauma (Frontalkollision Auto) am 14. August 2017:
- Aktuell beginnende whiplash-associated disorders: Myogelosen mit Triggerpunkten nuchal, Kribbelparästhesien Hände bds., Flashbacks
 - Kniekontusion rechts

Die Beschwerdeführerin habe am 14. August 2017 mit dem Auto einen Frontalzusammenstoss gehabt. Seither berichte sie von Nackenbeschwerden, linksseitigen Zervikozephalgien und gelegentlichen Kribbelparästhesien an beiden Armen. Daneben kämen die Bilder des Unfalls regelmässig wieder ins Bewusstsein. Auch eine Kniekontusion sei damals auf der Notfallstation behandelt worden. Die HWS sei allseits endständig schmerzhaft beweglich, der Spurling-Test sei beidseits negativ. Die Kraft und Sensibilität der oberen Extremitäten sei symmetrisch normal. Über dem N. occipitalis major links könne ein Tinelphänomen nach links kranial ausgelöst werden. Es fänden sich mehrere Triggerpunkte über dem M. trapezius interscapulär mit Auslösung der Kribbelparästhesien der Arme beidseits. Betreffend den Nacken scheine eine gewisse whiplash-associated disorder im Beginn begriffen zu sein. Hier gelte es, intensiv multimodal zu behandeln, auch hinsichtlich der vorbestehenden Hypersensibilisierung (AB 6/3).

3.2.3 Gemäss dem Verlaufsbericht der Klinik D._____ des Spitals E._____ vom 11. Dezember 2017 (AB 16) wurde die Physiotherapie zur Analgesie und Mobilisation der Nackenmuskulatur als sehr lindernd empfunden. Eine TENS-Therapie am Nacken sei kontraproduktiv gewesen. Im Verlauf der Behandlung seien zunehmend Konzentrationsstörungen, teilweise auch Flashbacks und eine ausgeprägte Schreckhaftigkeit aufgetreten. Daneben berichte die Beschwerdeführerin von Schlafstörungen und einem Erschöpfungszustand. Psychosomatisch seien eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert und der Besuch der psychothera-

peutischen Praxisstelle sowie der Schmerzmanagementgruppe der Psychosomatik des Spitals F._____ empfohlen worden. Die somatischen Beschwerden, welche sich als schmerzhafte Verspannungen im Bereich des M. trapezius manifestiert hätten, habe man erfolgreich mit einer Serie von Triggerpunktinfiltrationen am Nacken und paravertebral therapiert. Auf weitere medikamentöse Therapien, insbesondere hinsichtlich der bestehenden Hyperalgesie und neuropathischer Schmerzproblematik am Fuss, habe die Patientin verzichten wollen.

3.2.4 Gemäss dem Verlaufsbericht der Klinik D._____ des Spitals E._____ vom 12. Juni 2018 (AB 35) sei eine weitere Triggerpunkt-Infiltrationsserie durchgeführt worden, was eine partielle Beschwerdelinderung bewirkt habe. Physiotherapie, unter anderem mit Triggerpunktbehandlungen, sollte diesbezüglich weitergeführt werden. Klinisch zeigten sich aktuell keine Hinweise auf eine zervikale Fazettengelenksirritation. Die psychosomatische Betreuung habe bisher nicht stattfinden können. Die Beschwerdeführerin leide weiterhin unter gelegentlichen Flashbacks, die glücklicherweise seltener geworden seien. Ausserdem klage sie über Schlafstörungen. Deshalb sowie im Hinblick auf die zentrale Schmerzsensibilisierung sei eine psychosomatische Therapie weiterhin zu empfehlen und von der Beschwerdeführerin auch gewünscht.

3.2.5 Im Bericht vom 19. Juli 2018 der Sprechstunde Wirbelsäulenchirurgie des Spitals E._____ (AB 33) wurden im HWS-Bereich reizlose Hautverhältnisse festgestellt. Die HWS-Beweglichkeit sei frei, der Kinn-Sternum Abstand betrage 0 cm, das Drehen des Kopfes sei beidseits um ca. 30° möglich und die Seitwärtsneigung des Kopfes beidseits ca. 20°. Das Spurling-Zeichen sei negativ und die Kraftgrade aller Kennmuskeln der Arme beidseits betragen M5. An der rechten Hand (Dig. I-III) bestehe eine geringe Hyposensibilität, ansonsten sei die Sensibilität aller Dermatome beidseits intakt. Das Tinel-Zeichen des N. medianus über dem Karpaltunnel sei beidseits negativ. Es bestehe ein Druckschmerz über den HWK 5/6, jedoch ohne Ausstrahlung in die Arme sowie im Bereich der BWK 4/5 mit Ausstrahlung nach ventral entlang der Rippen. Das Röntgen vom 12. Juli 2018 (vgl. AB 36) zeige ein normales Alignment der Wirbelsäule. Es seien keine ossären Läsionen sichtbar und die Zwischenwirbelabstände normal.

Bezüglich der Wirbelsäulenproblematik seien keine klaren Ursachen gefunden worden. Um eine organische Ursache zu bestätigen respektive auszuschliessen werde die Durchführung eines MRI der HWS und der BWS empfohlen.

3.2.6 Gemäss dem Bericht vom 7. August 2018 der Sprechstunde Wirbelsäulenchirurgie des Spitals E._____ (AB 34) ist das Spurling-Zeichen negativ und es bestehen starke Druckdolenzen über den Triggerpunkten Trapezius, Supraspinatus, Infraspinatus und Thromboide (recte wohl: Rhomboideus). Das Halstead Maneuver löse keine Schmerzen oder Parästhesien aus. Peripher bestehe eine C8-Kraftschluss-Schwäche (rechts mehr als links) aber beidseits liege der Kraftgrad bei M4. Ansonsten bestünden Parästhesien für C 6/7 über Dig. I-III und weniger über Dig. IV und V beidseits. Das MRI von HWS und BWS zeige keine relevanten spinalen oder neuroforaminalen Engstellen und keine Myelopathie. MR-tomografisch könne kein pathomorphologisches Korrelat gesichtet werden. Man empfehle eine neurologische Standortbestimmung.

3.2.7 Im Bericht vom 20. November 2018 (AB 41) der Klinik G._____ am Spital E._____ wurde klinisch-neurologisch ein Normalbefund, insbesondere ohne klinische Anhaltspunkte für eine zervikale Wurzelaffektion, beschrieben. MR-tomografisch zeigten sich degenerative Veränderungen, jedoch ohne bild-morphologisches Korrelat für die bestehenden Beschwerden (vgl. auch AB 37). In der sensiblen und motorischen Neurographie des N. medianus beidseits zeige sich ein regelrechter Befund unter anderem ohne Hinweis auf ein Karpaltunnelsyndrom. Aufgrund der Anamnese gehe man von chronischer Zervikobrachialgie beim Status nach Schleudertrauma aus. Therapeutisch empfehle man die Fortsetzung der begonnenen Therapie durch den Kollegen der Psychosomatik, sowie Physiotherapie. Medikamentös könne eine schmerzdistanzierte Therapie mit Amitriptylin in Erwägung gezogen werden.

3.2.8 Am 24. Dezember 2018 (AB 38) wurde im Verlaufsbericht der Klinik H._____ des Spitals E._____ festgehalten, dass die in der Zwischenzeit durchgeführte neurologische Evaluation bezüglich des Schleudertraumas von 2017 im ENMG keine Auffälligkeiten ergeben habe. Aktuell

nehme die Beschwerdeführerin analgetisch bei Bedarf Novalgin ein, auch die lokalen Lidocainpflaster würden ab und zu benutzt.

3.2.9 In der zusammenfassenden Beurteilung vom 28. März 2019 (AB 42) beschrieb der Kreisarzt Dr. med. I._____, Facharzt für Chirurgie, die Beschwerdeführerin habe abgesehen vom hier massgebenden Autounfall vom 14. August 2017 zwischen 2015 und 2017 auch noch drei weitere Unfälle gehabt. So habe sie sich bei einem Motorradunfall im Jahr 2015 eine OS-naviculare-Fraktur links zugezogen, wobei sich im weiteren Verlauf ein CRPS entwickelt habe. Weiterhin bestehe eine Allodynie bei Status nach CRPS des linken Fusses (vgl. AB 42/8). Ferner habe die Beschwerdeführerin am 22. Oktober 2016 eine Kleinzehfraktur links mit dem mit Charakter einer vorübergehenden Verschlimmerung und am 10. Juli 2017 eine Distorsion des linken Sprunggelenks mit gleichem Charakter erlitten (vgl. AB 42/9). Hinsichtlich des Unfalls vom 14. August 2017 führte er aus, dass die Beschwerdeführerin bei der Erstbehandlung im Spital C._____ lediglich Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenks beklagt habe. Im weiteren Verlauf, ca. zehn Tage nach dem Unfallereignis, sei von Seiten der behandelnden Schmerztherapeuten das Unfallereignis vom 14. August 2017 als kraniozervikales Beschleunigungstrauma gewertet worden. Im Rahmen der im weiteren Verlauf durchgeführten Diagnostik hätten jedoch keine unfallbedingten strukturellen Läsionen festgestellt werden können. Auch die neurologische Untersuchung ergebe keinen Hinweis auf unfallbedingte Veränderungen. Es bestünden degenerative Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule, jedoch keine Hinweise auf eine ligamentäre Strukturstörung aufgrund des Unfallereignisses. Der stattgehabte Unfall vom 14. August 2017 mit Frontalaufprall erfülle nicht die Kriterien eines kraniozervikalen Beschleunigungstraumas. Ein entsprechender Dokumentationsbogen sei auch erst mit grossem Abstand erstellt worden. Bei der initialen Notfallbehandlung sei keine HWS-Symptomatik erwähnt worden. Das Ereignis sei somit als Distorsionstrauma der HWS bei vorbestehender degenerativer Erkrankung der Halswirbelsäule einzuschätzen. Das Ereignis vom 14. August 2017 habe den Charakter einer vorübergehenden Verschlimmerung mit zu erwartender Ausheilung innerhalb von einem halben Jahr. Die im weiteren Verlauf noch bestandene Beschwerdesymptomatik sei Ausdruck der degenerativen Veränderung im Bereich der Halswir-

belsäule und stehe nicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 14. August 2017. Ein Ereignis, bei dem der Unfallgegner im weiteren Verlauf zu Tode komme, sei sicher einschneidend und könne zu einer vorübergehenden Stress Disorder führen. Eine diesbezügliche psychosomatische und psychiatrische Betreuung habe stattgefunden. Allerdings ergebe sich kein Anhalt dafür, dass über den Zeitraum von einem halben Jahr hinaus eine unfallbedingte psychische Alteration bestanden habe (AB 42/9).

Bei Betrachtung der verschiedenen Unfallereignisse zwischen den Jahren 2015 und 2017 bleibe festzuhalten, dass eindeutig das Unfallgeschehen vom 3. August 2015 im Vordergrund stehe. Die dabei festgestellte distale Fibulafraktur und die zunächst übersehene Os naviculare-Fraktur stellten ein erhebliches Rückfusstrauma dar. Auf dem Boden der Verletzung habe sich ein CRPS entwickelt mit einer verbliebenen Allodynie, die weiterhin behandlungsbedürftig erscheine. Alle anderen Ereignisse stünden gegenüber diesem Unfall im Hintergrund. Auch die erlittene kraniozervikale Distorsion und deren schmerzhaftige Nachwirkung gälten nach diesem Zeitraum als abgeheilt (AB 42/9 f.).

3.3 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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. 354). Auch ein medizinischer Aktenbericht kann beweistauglich sein, wenn die Akten ein vollständiges

Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Berichtersteller imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Entscheid des BGer vom 25. September 2019, 8C_414/2019, E. 2.2.1). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.4

3.4.1 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 14. Oktober 2020 (AB 73) im Wesentlichen auf die versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung des Kreisarztes Dr. med. I. _____ vom 28. März 2019 (AB 42). Diese erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert einer versicherungsinternen medizinischen Aktenbeurteilung (vgl. E. 3.3 hiavor), weshalb ihr volle Beweiskraft zuzuerkennen ist. Die Beurteilung erfasst den gesamten massgeblichen medizinischen Sachverhalt und beruht auf einem lückenlosen medizinischen Befund. Dabei legt der Kreisarzt die medizinischen Zusammenhänge nachvollziehbar dar und begründet seine Schlussfolgerungen in Kenntnis der damit korrelierenden Vorakten widerspruchsfrei und überzeugend. Demgegenüber ergeben sich weder aus den medizinischen Akten, noch der beschwerdeweise vorgebrachten Kritik Anhaltspunkte, die auch nur geringe Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit zu wecken vermögen.

3.4.2 Im Aktenbericht vom 28. März 2019 (AB 42) stellt der Kreisarzt Dr. med. I. _____ fest, dass die Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 14. August 2017 abgeheilt seien, respektive betreffend die HWS-Beschwerden die im weiteren Verlauf noch bestehende Symptomatik nicht im Zusammenhang mit diesem stehe, sondern Ausdruck degenerativer Veränderungen im Bereich der HWS seien (vgl. AB 42/9). Diese Einschätzung überzeugt und wird von den medizinischen

Akten gestützt: So konnte weder im bildgebenden Verfahren, noch klinisch-neurologisch ein somatisches Korrelat für die geklagten Beschwerden gefunden werden (vgl. AB 33/2, 34/2, 41/2). Der Röntgenbefund vom 12. Juli 2018 (AB 36) zeigte ein normales Alignment der Wirbelsäule, keine ossären Läsionen und normale Zwischenwirbelabstände (vgl. AB 33). Die behandelnden Ärzte konnten demnach für die Wirbelsäulenproblematik keine klaren Ursachen finden (AB 33/2). Auch in der daraufhin durchgeführten MR-tomografischen Untersuchung (vgl. AB 37) konnten lediglich degenerative Veränderungen der HWS und BWS, jedoch kein pathomorphologisches Korrelat für die geklagten Beschwerden festgestellt werden (vgl. AB 34/2, 37/1, 41/2). Weiter zeige die neurologische Abklärung mittels Neurographie des N. medianus beidseits einen regelrechten Befund unter anderem ohne Hinweis auf ein Karpaltunnelsyndrom. Klinisch-neurologisch liege ein Normalbefund vor und es bestünden insbesondere keine klinischen Anhaltspunkte für eine zervikale Wurzelaffektion (vgl. AB 41/2). Ebenso habe die neurologische Evaluation im ENMG keine Auffälligkeiten ergeben (AB 38/1). Mit Blick auf überzeugende kreisärztliche Einschätzung, wonach die unfallbedingte vorübergehende Verschlimmerung spätestens nach einem halben Jahr abgeheilt sei (vgl. AB 42/3), war im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 21. Juni 2019 (vgl. AB 45, 54) der Status quo sine vel ante längst eingetreten. Zwischen dem Unfall vom 14. August 2017 und den über die Leistungseinstellung hinaus beklagten Beschwerden besteht damit kein natürlicher Kausalzusammenhang mehr.

Ebenso war im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 21. Juni 2019 der medizinische Endzustand im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG erreicht, weil von einer weiteren Behandlung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten war (vgl. E. 2.6 hiavor). So bewirkte bereits die zweite Triggerpunkt-Infiltrationsserie zwischen März und Mai 2018 (vgl. AB 79/61 ff.) kaum mehr eine Besserung der geklagten Beschwerden (vgl. AB 33/1). Dasselbe gilt für die regelmässige Physiotherapie, mit der offenbar kein anhaltender Effekt erzielt werden konnte (vgl. AB 33/1), wobei die Fortsetzung einer physiotherapeutischen Behandlung ohnehin nicht genügt, um den Fallabschluss hinauszuzögern (vgl. Entscheid des BGer vom 3. Dezember 2019, 8C_674/2019, E. 4.3). Soweit die Beschwerdeführerin in ihrer Eingabe vom

16. Dezember 2020 (S. 2) geltend macht, dass eine nicht näher spezifizierte ärztliche Behandlung der Wirbelsäule einen ununterbrochenen Nachtschlaf bewirkt habe, ist aus dieser Schilderung keine massgebende, ärztlich bestätigte Verbesserung des Gesundheitszustandes ersichtlich, zumal sich der geschilderte Sachverhalt nach dem vorliegend massgeblichen Beurteilungshorizont zugetragen hat (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140).

3.5 Nach dem Gesagten erfolgte der Fallabschluss per 21. Juni 2019 zu Recht, da spätestens in diesem Zeitpunkt keine natürliche Kausalität (mehr) vorlag respektive der medizinische Endzustand erreicht war. Selbst wenn die von der Beschwerdeführerin darüber hinaus geklagten somatisch nicht erklärbaren Beschwerden natürlich kausal mit dem Unfall verbunden wären, so änderte sich im Ergebnis nichts, weil es jedenfalls an der adäquaten Kausalität fehlt (vgl. E. 4 hiernach).

4.

4.1 Bei der Prüfung der adäquaten Kausalität ist gemäss Rechtsprechung zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1997 UV Nr. 95 S. 346 E. 2a, 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382; SVR 2001 UV Nr. 1 S. 2 E. 3) erlitten hat, wobei die Schleudertrauma-Praxis nur dann Anwendung findet, wenn sich innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden Beschwerden in der Halsregion und der Halswirbelsäule (HWS) manifestieren (SVR 2009 UV Nr. 30 S. 107 E. 5.2; E. 2.4.2 hiervor).

Vorliegend wurde bei der am Unfalltag durchgeführten Untersuchung im Spital C._____ keine HWS-Symptomatik festgestellt und von der Beschwerdeführerin ebenso wenig beklagt (vgl. AB 5). Die Diagnose eines kraniozervikalen Beschleunigungstraumas erfolgte erst am 21. August 2017 (vgl. AB 6/1), wobei im entsprechenden Bericht nicht erwähnt wird, wann die damit zusammenhängenden Beschwerden eingetreten seien. Gegenüber der Beschwerdegegnerin gab die Beschwerdeführerin in der E-Mail vom 29. August 2017 (AB 3) an, die Rücken- Nacken- und Kopf-

schmerzen hätten ein paar Tage nach dem Unfall eingesetzt. Dies wiederholte sie anlässlich der Erstvorstellung in der Sprechstunde Wirbelsäulenchirurgie des Spitals E. _____ am 12. Juli 2018 (vgl. AB 33/1). Auch bei der Polizei meldete sie sich erst einige Tage nach dem Unfall und gab an, beim Unfall ein Schleudertrauma erlitten zu haben (vgl. AB 14/14). Ein Erhebungsblatt zur Dokumentation von HWS-Verletzungen wurde erst mit erheblicher zeitlicher Distanz zum Unfall am 4. Oktober 2017 ausgefüllt (vgl. AB 12). Insoweit wurden die für ein Schleudertrauma der HWS typischen Beschwerden erst nach der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden von der Beschwerdeführerin geschildert bzw. entsprechend dokumentiert, was rechtsprechungsgemäss grundsätzlich gegen das Vorliegen eines Schleudertraumas der HWS sprechen würde. Es kann jedoch offen bleiben, ob die Beschwerdeführerin beim Unfallereignis vom 14. August 2017 ein Schleudertrauma der HWS erlitten hat, da ein adäquater Kausalzusammenhang auch bei Anwendung der für die Beschwerdeführerin günstigeren Schleudertrauma-Praxis, welche nicht zwischen physischen und psychischen Gesundheitsschäden differenziert (vgl. BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112), zu verneinen ist, wie nachfolgend aufgezeigt wird.

4.2 Die Unfallschwere ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs des konkreten Unfallereignisses mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen (vgl. E. 2.4.3 hiavor).

4.2.1 Am 14. August 2017 kollidierte ein talwärts kommender Personenwagen, in dem sich die Beschwerdeführerin als Beifahrerin befand, ausserorts in einer Rechtskurve frontal mit einem entgegenkommenden Motorrad. Dabei sei der Motorradfahrer mit dem behelmteten Kopf am Personenwagen angeschlagen und nach rechts abgewiesen worden, wo er schwerverletzt liegen geblieben sei. Das Motorrad sei nach links auf das angrenzende Weideland geschleudert worden (vgl. AB 14/19). Ferner habe sich durch den Aufprall ein Airbag gelöst und der Beschwerdeführerin gegen ihr rechtes Knie geschlagen (vgl. AB 5/1).

4.2.2 Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 14. Oktober 2020 qualifizierte die Beschwerdegegnerin den Unfall vom 14. August 2017 als solchen mittlerer Schwere im engeren Sinn (vgl. AB 73/5 Ziff. 3.1). Diese Einschätzung ist mit Blick auf die bundesgerichtliche Kasuistik bezüglich Unfäl-

len zwischen Autos und Motorrädern nicht zu beanstanden. So nahm das Bundesgericht etwa in den folgenden Fällen ebenfalls ein Unfallereignis im mittelschweren Bereich an: Sturz mit mindestens 56 km/h aufgrund eines abbiegenden Autos (Entscheid des BGer vom 11. November 2019, 8C_473/2019, E. 5.1); Aufprall mit höchstens 60 km/h auf einen seitlich einbiegenden, den Vortritt missachtenden Personenwagen (Entscheid des BGer vom 31. Oktober 2016, 8C_430/2016, E. 7.4); Kollision mit einer Geschwindigkeit von ca. 60-70 km/h mit einem noch ca. 20 km/h schnell fahrenden Auto. Der Motorradfahrer stürzte zu Boden von wo aus er nochmals in hohem Bogen auf eine Wiese katapultiert wurde (Entscheid des BGer vom 5. Juni 2014, 8C_137/2014, E. 6.1); Frontalaufprall mit einer Geschwindigkeit von ca. 60-70 km/h auf den hinteren seitlichen Teil eines Autos. Der Motorradfahrer wurde auf die Strasse geschleudert und zog sich diverse Verletzungen zu (Entscheid des BGer vom 17. März 2008, U 78/07, E. 5.1). Da die Beschwerdeführerin vorliegend nicht die Motorradfahrerin, sondern lediglich die Beifahrerin im Personenwagen war, ist jedenfalls nicht von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu einem schweren oder gar einem schweren Unfall auszugehen. Zudem sind keine erschwerende Elemente ersichtlich, welche regelmässig für die Annahme eines mittelschweren Unfalls im Grenzbereich zu einem schweren anzutreffen sind (vgl. Entscheid des BGer vom 14. September 2015, 8C_134/2015, E. 5.3.1 [Fahrer und mitfahrende Freundin wurden rund 10m durch die Luft geschleudert]; Entscheid des BGer vom 28. September 2011, 8C_917/2010, E. 5.3 [ungebremste Kollision mit einem Lieferwagen]; Entscheid des BGer vom 3. September 2008, 8C_484/2007, E. 6.2 [erhebliche Geschwindigkeit des herannahenden Motorrads]). Soweit die Beschwerdeführerin sinngemäss geltend macht, es handle sich um einen schweren Unfall, weil der Motorradfahrer zwei Tage später im Spital verstarb (vgl. Beschwerde S. 2), ist dem nicht zu folgen. Denn bei der Beurteilung der Unfallschwere ist einzig vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften auszugehen (vgl. E. 2.4.3 hiervor), nicht jedoch von den Folgen oder Begleitumständen, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können (vgl. Entscheid des BGer vom 19. November 2007, U 2/07, E. 5.3.1). Der zwei Tage nach dem Unfall eingetretene Tod des beteiligten Motorradfahrers hat daher keinen direkten Einfluss auf die Unfallschwere, sondern kann erst bei den Adäquanzkriterien, namentlich bei

der besonderen Eindrücklichkeit oder den besonders dramatischen Begleitumständen, berücksichtigt werden (vgl. E. 4.3.1 hiernach).

4.3 Nach dem Dargelegten könnten bei der gegebenen Unfallschwere (mittlere Schwere im engeren Sinn) die Adäquanz nur bejaht werden, wenn mindestens drei der sieben Kriterien erfüllt sind oder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise vorliegt (vgl. E. 2.4.3 hiervor).

4.3.1 Das Kriterium der besonderen Eindrücklichkeit oder der besonders dramatischen Begleitumstände ist in Anbetracht des Todes des Unfallgegners zu bejahen. Jedoch liegt es – wie die Beschwerdegegnerin zu Recht annimmt (vgl. AB 73/6 Ziff. 3.3) – nur in einfacher, nicht aber in ausgeprägter Weise vor. Dies entspricht der Rechtsprechung des Bundesgerichts, welches das Vorliegen besonderer Eindrücklichkeit oder besonders dramatischer Begleitumstände in ausgeprägter Weise selbst bei einem Unfall, bei dem der beteiligte Motorradfahrer noch am Unfallort verstarb und der Motorraum des Autos des Versicherten in Brand geriet, verneinte (Entscheidung des BGer vom 10. November 2010, 8C_692/2010, E. 5.1). Der Tod eines Unfallbeteiligten alleine vermag nicht die besondere Ausprägung des Kriteriums zu begründen, insbesondere, wenn er erst Tage nach dem Unfall eintritt und sich insofern dem unmittelbaren Erleben der versicherten Person entzieht.

4.3.2 Die Beschwerdeführerin macht zu Recht nicht geltend, dass das Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung erfüllt sei. Betreffend das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ist festzuhalten, dass nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und ernsthafte Anstrengungen zur Überwindung auszuweisen vermag, das Kriterium erfüllen kann (BGE 134 V 109 E. 10.2.7 S. 130; SVR 2009 Nr. 13 S. 56 E. 7.7.1). Vorliegend ist eine allfällige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht auf das hier massgebliche Unfallereignis vom 14. August 2017 zurückzuführen, da entsprechend der überzeugenden kreisärztlichen Einschätzung von Dr. med. I. _____ das Unfallereignis vom 3. August 2015 mit dem dabei erlittenen erheblichen Rückfussstrauma und dem sich daraus entwickelten CRPS mit einer verbleibenden Allodynie im Vordergrund steht und eine allfällige psychische Alteration nach einem halben Jahr als ausgeheilt angenommen

werden kann (vgl. AB 42/9 f.). Soweit die Beschwerdeführerin zudem geltend macht, sie habe nach den Sommerferien, in denen sich der Unfall ereignete, eine Erhöhung der Arbeitstätigkeit geplant, welche durch den Unfall zunichtegemacht worden sei (vgl. Beschwerde S. 4), bestehen hierfür keine Belege, zumal auch keine Anstrengungen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sind.

4.3.3 Betreffend das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der Verletzung kann festgestellt werden, dass die beim Unfall erlittene Kniekontusion lediglich in der Notfallstation des Spitäles C. _____ am Unfalltag behandelt wurde (vgl. AB 5, 6/3) und deshalb davon ausgegangen werden kann, dass diese komplikationslos abgeheilt ist. Eine Kniekontusion stellt denn auch offensichtlich keine besonders schwere Verletzung dar. Betreffend die HWS-Beschwerden könnte das Kriterium nur beim Vorliegen einer besonderen Schwere der typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, die das Beschwerdebild beeinflussen können, z.B. eine beim Unfall eingenommene spezielle Körperhaltung und dadurch bewirkte Komplikationen (Entscheid des BGer vom 22. August 2018, 8C_114/218, E. 6.4 mit Hinweisen), bejaht werden. Solche Umstände sind vorliegend jedoch nicht ersichtlich und werden von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Die in der ansonsten unauffälligen MRT festgestellten degenerativen Veränderungen der HWS (vgl. AB 37, 41) stellen sodann keine erhebliche Vorschädigung der Wirbelsäule dar, zumal die Beschwerdeführerin deshalb nicht unmittelbar vor dem Unfall mindestens teilweise arbeitsunfähig war (vgl. SVR 2017 UV Nr. 41 S. 143 E. 6.3). Das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der Verletzungen ist damit insgesamt nicht erfüllt.

4.3.4 Für die Adäquanzfrage wesentlich können im Weiteren in der Zeit zwischen Unfall und Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt, wobei diese in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehen müssen (BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128; SVR 2017 UV Nr. 9 S. 33 E. 9). Die ärztlich festgestellten und mit dem Un-

fall vom 14. August 2017 in Verbindung gebrachten Beschwerden bestehen vorliegend im Wesentlichen aus den whiplash-associated disorders Myogelosen mit Triggerpunkten nuchal, Kribbelparästhesien der Hände beidseits, Flashbacks, Konzentrations- und Schlafstörungen sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. AB 6, 16, 33-35, 38, 41, 42). Die zwischen September und November 2017 durchgeführte erste Triggerpunkt-Infiltrationsserie reduzierte die HWS-Beschwerden zeitweise deutlich. Im November 2017 gab die Beschwerdeführerin sogar an, nach der letzten Infiltration mehrere Tage keine Schmerzen gehabt zu haben. Ebenso seien die Flashbacks verschwunden und trotz kurzer Schlafdauer fühle sie sich erholt. Gleichwohl halfen die Triggerpunktinfiltrationen meistens nur kurzfristig (vgl. AB 79/59 f.). Eine wesentliche Unterbrechung der HWS-Beschwerden erfolgte damit nicht. Auch die zweite Triggerpunkt-Infiltrationsserie ab März 2018 brachte kaum eine Besserung und ebenso erzielte die Physiotherapie keinen langanhaltenden Effekt (vgl. AB 33/1). Indessen sind zwischen Oktober 2018 und dem Fallabschluss per 21. Juni 2019 keine Berichte aktenkundig, welche über den Verlauf der HWS-Beschwerden Auskunft gäben, sodass deren Status in diesem Zeitraum unklar ist. Angesichts der ausgewiesenen Modulierbarkeit und der fehlenden Dokumentation des Verlaufs kann das Kriterium der erheblichen Beschwerden zumindest nicht in besonders ausgeprägter Weise angenommen werden. Hinsichtlich der posttraumatischen Belastungsstörung hat eine psychosomatische und psychiatrische Betreuung stattgefunden und es ergibt sich kein Anhalt dafür, dass über den Zeitraum von einem halben Jahr hinaus eine unfallbedingte psychische Alteration bestanden hat (vgl. AB 42/9).

Im Übrigen kann offen bleiben, ob das Kriterium der erheblichen Beschwerden in einfacher Weise erfüllt ist, da die übrigen Kriterien der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung bzw. des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen, nicht erfüllt sind. Für erstere wird rechtsprechungsgemäss eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgerichtete ärztliche Behandlung, verbunden mit einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität, verlangt (BGE 134 V 109 E. 10.2.3 S. 128; SVR 2019 UV Nr. 11 S. 45 E. 8.5, 2007 UV Nr. 25 S. 84

E. 8.3.3; Entscheid des BGer vom 16. Februar 2009, 8C_327/2008, E. 4.2). Eine solche bestand respektive besteht nicht. Für letztere bedarf es besonderer Umstände, welche die Heilung beeinträchtigt haben (BGE 140 V 356 E. 5.6.3 S. 367, 134 V 109 E. 10.2.6 S. 129; SVR 2019 UV Nr. 11 S. 85 E. 8.5, 2007 UV Nr. 25 S. 85 E. 8.5) während aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf geschlossen werden darf (Entscheid des BGer vom 13. November 2020, 8C_542/2020, E. 6.2; SVR 2019 UV Nr. 11 S. 45 E. 8.4). Besondere Umstände, wie etwa weitere, den Heilungsverlauf wesentlich beeinträchtigende unfallfremde Krankheiten (vgl. SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 5.3; Entscheid des BGer vom 2. August 2017, 8C_147/2017, E. 5.3), sind vorliegend nicht ausgewiesen. Insbesondere ergibt sich aus keinem der ärztlichen Berichte, dass sich die Allodynie am linken Fuss negativ auf den Heilungsverlauf ausgewirkt hätte.

4.4 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass von den sieben relevanten Adäquanzkriterien keines in ausgeprägter Weise vorliegt und höchstens zwei in einfacher Form erfüllt sind. Demzufolge ist ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 14. August 2017 und den über den Fallabschluss per 21. Juni 2019 hinaus geklagten Beschwerden zu verneinen.

5.

Nach dem Dargelegten ist der Einspracheentscheid vom 14. Oktober 2020 (AB 73) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG (in der bis Ende 2020 gültigen Fassung; vgl. Art. 83 ATSG) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteienschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Suva (samt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 16. Dezember 2020)
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.