Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 16. Februar 2017 (725 16 367 / 51)

Unfallversicherung

Verletzung der Mitwirkungspflicht; Leistungseinstellung aufgrund der Aktenlage

Besetzung	Vorsitzender Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Markus Mattle, Gerichtsschreiberin Tina Gerber
Parteien	**A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Marco Chevalier, Rechtsanwalt, Elisabethenstrasse 28, Postfach 425, 4010 Basel gegen **Suva**, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Andrea Tarnutzer, Advokat, Güterstrasse 106, 4053 Basel
Betreff	Leistungen

A. Der 1986 geborene A.____ arbeitete ab dem 23. Juni 2014 als Mitarbeiter Montage bei der B.____ AG in C.____ und war in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 28. August 2014 verunfallte der Versicherte, als er in der Badewanne stürzte. Er zog sich dabei multiple Prellungen des Schädels, der linken Schulter, des linken Ellbogens, der linken Hüfte und des linken Knies sowie des linken Thoraxes zu. Nachdem sich A.____ auf mehrere Einladungen und Schreiben der Suva hin nicht meldete, erliess diese am 19. Juni 2015 eine Verfügung, wo-

rin sie eine Verletzung der Mitwirkungspflichten festhielt und feststellte, dass aufgrund der vorliegenden Akten ab März 2015 eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe und keine ärztlichen Behandlungen mehr in Anspruch genommen würden. Aus diesem Grund werde der Schadenfall abgeschlossen. Auf die Rückforderung der bis 30. April 2015 ausbezahlten Taggelder werde verzichtet. Eine dagegen von A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Marco Chevalier, erhobene Einsprache wies die Suva mit Entscheid vom 30. September 2016 ab, wobei sie ausführte, dass keine unfallbedingten Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit vorliegen würden.

B. Gegen diesen Entscheid erhob A.____, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Chevalier, mit Eingabe vom 2. November 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, die Beschwerdegegnerin sei in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids zu verpflichten, über den März 2015 hinaus bis auf Weiteres die gesetzlichen Leistungen, namentlich Taggelder auf der Basis einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit, auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur umfassenden medizinischen Sachverhaltsabklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass der Beschwerdeführer mehrere Schreiben nicht oder erst verspätet erhalten habe. Er habe kein Interesse gehabt, die Annahme dieser Schreiben zu verweigern. Offenbar habe mit der Zustellung etwas nicht gestimmt. Von einer ausdrücklichen Verweigerung der Mitwirkung könne nicht die Rede sein. Zudem habe die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer keine Bedenkfrist eingeräumt, die jedoch Voraussetzung für die Leistungseinstellung wegen verweigerter Mitwirkung sei. Im Übrigen erweise sich die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts aufgrund der Akten als ungenügend. Der behandelnde Arzt führe die heute bestehenden Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurück.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 16. Dezember 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

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

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Form und Frist; ordnungsgemässe Bevollmächtigung des Rechtsvertreters; örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts; Beschwerdelegitimation) sind erfüllt, so dass auf die Beschwerde eingetreten werden kann.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über den 28. Februar 2015 hinaus Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung hat.

3.1 Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 hat der Unfallversicherer, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren.

3.2 Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag und erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person (Art. 16 Abs. 2 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität, so hat sie nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung.

3.3 Für Leistungen nach UVG hat der Unfallversicherer grundsätzlich nur unter der Voraussetzung aufzukommen, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Die adäquate Kausalität ist demgegenüber zu bejahen, wenn das schädigende Ereignis 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 181 E. 3.2 mit Hinweis). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges 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 vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 127 V 103 E. 5b/bb mit Hinweisen).

4.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person sowie der Feststellung natürlicher

Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin und der angezeigten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] vom 6. Oktober 2000) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.2 Gemäss dem im Sozialversicherungsverfahren geltenden Untersuchungsgrundsatz haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen und ohne Bindung an die Parteibegehren für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhaltes zu sorgen (vgl. THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, S. 443 f. Rz 2 ff.). Es liegt im Ermessen des Rechtsanwenders, also des Versicherungsträgers oder des Gerichts, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln der Sachverhalt abzuklären ist. Grundsätzlich kommt der Behörde ein grosser Ermessenspielraum in Bezug auf Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit der Erhebungen und Abklärungen zu (MARKUS FUCHS, Rechtsfragen im Rahmen des Abklärungsverfahrens bei Unfällen, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherungsrecht und berufliche Vorsorge [SZS] 2006, S. 288). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungspflicht begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten will (LOCHER, a.a.O., S. 451 Rz 41). Diese Beweisregeln kommen allerdings erst dann zur Anwendung, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

4.3 Der Untersuchungsgrundsatz wird durch die Mitwirkungspflichten der Parteien ergänzt (vgl. BGE 121 V 210 E. 6c mit Hinweisen; FUCHS, a.a.O., S. 292). Die versicherte Person hat sich im Rahmen ihrer Pflicht zur Mitwirkung an der Abklärung des Sachverhalts namentlich ärztlichen und fachlichen Untersuchungen zu unterziehen, die für die Beurteilung ihres Leistungsanspruchs notwendig und zumutbar sind (Art. 43 Abs. 2 ATSG; Art. 55 Abs. 2 der Verordnung

über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 [UVV]; vgl. auch: UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, Rz 44 f zu Art. 43). Notwendig heisst, dass die Untersuchungen rechtserheblich, d.h. von entscheidender Bedeutung für die Abklärung des Gesundheitszustands, der Arbeitsfähigkeit und der Eingliederungsmöglichkeiten, sind (FUCHS, a.a.O., S. 293). Zumutbar sind in der Regel alle diagnostischen Massnahmen, ausser sie wären mit einem aussergewöhnlich hohen und somit nicht zu rechtfertigenden Risiko verbunden (vgl. GABRIELA RIEMER-KAFKA [Hrsg.] Versicherungsmedizinische Gutachten, Bern 2007, S. 54). Die Zumutbarkeit ist stets anhand der konkreten subjektiven und objektiven Umstände des Einzelfalls zu beurteilen (vgl. FUCHS, a.a.O., S. 293). Verweigert die versicherte Person die notwendige und zumutbare Mitwirkung an Abklärungen in unentschuldbarer Weise, so kann der Versicherungsträger aufgrund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen (Art. 43 Abs. 3 Satz 1 ATSG). Die Verletzung der Mitwirkungspflicht ist unentschuldbar, wenn die Weigerung der versicherten Person nicht mehr nachvollziehbar ist, wenn also ein Rechtfertigungsgrund nicht erkennbar oder das Verhalten schlechthin unverständlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2009, 8C_528/2009, E. 7.2; Urteil des Bundesgerichts vom 30. Januar 2007, I 166/06, E. 5.1; KIESER, a.a.O., Rz 51 zu Art. 43).

4.4 Die Rechtsfolgen bei Verletzung der Mitwirkungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG (Nichteintreten, Aktenentscheid) können erst nach Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens eintreten (Art. 43 Abs. 3 Satz 2 ATSG; Art. 21 Abs. 4 Satz 2 ATSG; BGE 134 V 194 E. 2.2). Dazu muss der Versicherungsträger die versicherte Person vorher schriftlich mahnen, sie über die rechtlichen Konsequenzen einer weiteren Verweigerung informieren und ihr eine angemessene Bedenkzeit einräumen (vgl. BGE 134 V 195 E. 3.1). Diese Vorgehensweise ist zwingend einzuhalten. Sinn und Zweck des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens ist es, die versicherte Person auf die möglichen nachteiligen Folgen ihres Widerstandes gegen die vorgesehenen Abklärungen und Massnahmen aufmerksam zu machen und sie so in die Lage zu versetzen, in Kenntnis der wesentlichen Faktoren ihre Entscheidung zu treffen. Die versicherte Person soll nicht Folgen eines Verhaltens tragen, über dessen Auswirkungen sie sich möglicherweise keine Rechenschaft abgelegt hat (vgl. BGE 134 V 194 E. 2.3, 122 V 218 ff.; Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2005 IV Nr. 30 E. 2.2). Aus dem Grundsatz von Treu und Glauben ergibt sich ausserdem, dass bloss die angedrohte Rechtsfolge eintreten kann (vgl. Art. 5 Abs. 3 und Art. 9 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 [BV], LOCHER, a.a.O., S. 446 Rz 13 mit Verweis auf Art. 40 Abs. 2 ATSG).

5. Die Beschwerdegegnerin hat die vorliegende Leistungseinstellung aufgrund der Aktenlage gefällt, wobei sie dem Beschwerdeführer vorwirft, wiederholt seine Mitwirkungspflicht verletzt zu haben. Der Aktenentscheid stützt sich somit auf Art. 43 Abs. 3 ATSG und sanktioniert eine Verletzung der Mitwirkungspflicht des Versicherten an (medizinischen) Abklärungsmassnahmen. In einem ersten Schritt ist demnach zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin wegen der unentschuldbaren fehlenden Mitwirkung des Beschwerdeführers anhand der Akten entscheiden durfte und ob die Beschwerdegegnerin das vorgeschriebene Mahn- und Bedenkzeitverfahren eingehalten hat. Bejahendenfalls ist in einem zweiten Schritt zu beurteilen, ob die Leistungseinstellung aufgrund der vorliegenden Aktenlage berechtigt ist.

5.1 Den Akten kann folgender Verfahrensablauf entnommen werden:

5.1.1 Mit Schreiben vom 28. Oktober 2014 forderte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer auf, sich zwecks eines persönlichen Gesprächs zu melden. Da der Versicherte darauf nicht reagierte, wiederholte die Beschwerdegegnerin ihre Aufforderung mit Schreiben vom 10. November 2014, wobei sie den Versicherten auf seine gesetzliche Mitwirkungspflicht hinwies. Nachdem der Beschwerdeführer sich auch auf dieses Schreiben hin nicht meldete, liess die Beschwerdegegnerin ihm mit Schreiben vom 21. November 2014 eine Einladung zu einem Gespräch am 26. November 2014 zukommen und drohte ihm unter Hinweis auf die gesetzlichen Bestimmungen an, bei weiterer Verweigerung der Mitwirkung eine Verfügung zu erlassen. Der Versicherte erschien zur anberaumten Besprechung nicht. Nachdem die Beschwerdegegnerin von ihrem Kreisarzt eine Stellungnahme eingeholt hatte, lud sie den Beschwerdeführer mit Schreiben vom 14. Januar 2015 zu einer kreisärztlichen Untersuchung ein, wobei sie den Termin mit Schreiben vom darauffolgenden Tag noch verschob. In beiden Schreiben wurde erneut auf die gesetzliche Mitwirkungspflicht hingewiesen und angedroht, bei weiterer Verweigerung aufgrund der Akten zu entscheiden. Mit Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 22. Januar 2015 wurde der Versicherte darauf aufmerksam gemacht, dass im Anschluss an die kreisärztliche Untersuchung eine persönliche Besprechung durchgeführt werde.

5.1.2 Am 10. Februar 2015 fand die kreisärztliche Untersuchung statt. Im anschliessenden persönlichen Gespräch informierte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer über das Ergebnis der Untersuchung und kündigte an, dass eine weitere Beurteilung der strukturellen Unfallfolgen am Spital D.____ durchgeführt werde. Der Versicherte werde das Aufgebot direkt vom Spital erhalten. Gemäss Aktennotiz vom 27. April 2015 blieb der Beschwerdeführer dem vereinbarten Termin am Spital D.____ unentschuldigt fern. Die Beschwerdegegnerin bot ihn in der Folge mit Schreiben vom 30. April 2015 erneut zu einer Untersuchung am Spital D.____ am 3. Juni 2015 auf. Sie zitierte die gesetzlichen Bestimmungen zur Mitwirkungspflicht und drohte dem Versicherten an, aufgrund der Akten zu entscheiden, falls er die Mitwirkung weiterhin verweigere und der Einladung zur Untersuchung nicht Folge leiste. Dieses Schreiben wurde sowohl eingeschrieben wie auch mit A-Post an den Beschwerdeführer versandt. Die eingeschriebene Sendung wurde von der Post am 27. Mai 2015 an die Beschwerdegegnerin retourniert, da sie der Adressat innert der Frist nicht abgeholt hatte. Gemäss Aktennotiz des Telefonats zwischen der Beschwerdegegnerin und dem Spital D.____ vom 4. Juni 2015 ist der Versicherte auch dem zweiten angesetzten Untersuchungstermin unentschuldigt ferngeblieben. In der Folge holte die Beschwerdegegnerin bei ihrem Kreisarzt eine medizinische Beurteilung der Unfallfolgen ein und erliess darauf gestützt die angefochtene Verfügung vom 19. Juni 2016.

5.2 Unter den Parteien ist grundsätzlich unbestritten, dass der Beschwerdeführer auf verschiedene Schreiben der Beschwerdegegnerin und des mit der medizinischen Abklärung betrauten Spitals nicht reagierte und den darin enthaltenen Einladungen – mit Ausnahme derer zur kreisärztlichen Untersuchung am 10. Februar 2015 – keine Folge leistete. Damit hat der Beschwerdeführer seine gesetzlichen Mitwirkungspflichten verletzt. Er macht diesbezüglich zu seiner Entschuldigung geltend, dass er verschiedene Schreiben nicht erhalten habe. Auch die Verfügung vom 19. Juni 2015 habe zunächst nicht zugestellt werden können. Nachdem er die

Einladungen erhalten habe, sei er ihnen jeweils gefolgt. Von einer ausdrücklichen Verweigerung könne unter diesen Umständen keine Rede sein. Ferner habe ihm die Beschwerdegegnerin keine zusätzliche Bedenkfrist eingeräumt, weshalb die Leistungseinstellung unzulässig sei. Diese Vorbringen des Beschwerdeführers vermögen nicht zu überzeugen. Nachdem er auf die Schreiben vom 28. Oktober 2014 (mit A-Post versendet) und 10. November 2014 (per Einschreiben verschickt) nicht reagierte, versandte die Beschwerdegegnerin die Einladung zur kreisärztlichen Untersuchung am 14. bzw. 15. Januar 2015 jeweils eingeschrieben und per A-Post. Obwohl der Beschwerdeführer die eingeschriebene Sendung nicht in Empfang nahm, erhielt er offenbar die nicht-eingeschriebene Einladung, ist er doch zum angesetzten Termin erschienen. Von der am 25. März 2015 angesetzten Untersuchung im Spital D.____ blieb der Beschwerdeführer wiederum unentschuldigt fern. Die Beschwerdegegnerin lud ihn daraufhin mit Schreiben vom 30. April 2015 zu einer neuen Untersuchung im Spital D.____ am 3. Juni 2015 ein. Dieses Schreiben wurde dem Beschwerdeführer wiederum sowohl eingeschrieben als auch per A-Post gesendet. Der Anwalt des Beschwerdeführers und sein behandelnder Arzt erhielten Orientierungskopien. Dennoch leistete er der Einladung keine Folge. Dass er von dieser keine (rechtzeitige) Kenntnis habe erlangen können, erscheint im Hinblick auf die unterschiedlichen Versandarten und auch die verschickten Orientierungskopien nicht glaubhaft. Zu keiner Zeit im Abklärungsverfahren wurde vom Beschwerdeführer moniert, dass die Sendungen nicht angekommen seien und er den Einladungen keine Folge habe leisten können. Auch gingen sämtliche Schreiben an die vom Beschwerdeführer selbst angegebene Adresse. Dieselbe Adresse hat er im vorliegenden Beschwerdeverfahren angegeben. Da zumindest die Schreiben vom 14. und 15. Januar 2015 vom Beschwerdeführer in Empfang genommen wurden, muss davon ausgegangen werden, dass die Zustellung an diese Adresse möglich war. Das Verhalten des Beschwerdeführers ist unverständlich, seine (implizite) Weigerung, an den angeordneten Abklärungsmassnahmen teilzunehmen, nicht nachvollziehbar. Nach dem Ausgeführten steht fest, dass der Beschwerdeführer seinen Mitwirkungspflichten unentschuldbar nicht nachgekommen ist.

5.3 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers hat die Beschwerdegegnerin auch das vorgeschriebene Mahn- und Bedenkzeitverfahren eingehalten. So hat sie den Beschwerdeführer erstmals mit Schreiben vom 10. November 2014 auf seine Mitwirkungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 2 und 3 ATSG hingewiesen. In den späteren Schreiben vom 21. November 2014, 14. und 15. Januar 2015 und insbesondere auch im Schreiben vom 30. April 2015 wurde dieser Hinweis wiederholt und dem Beschwerdeführer wurde ausdrücklich angedroht, bei weiterer Verweigerung der Mitwirkung aufgrund der Akten zu entscheiden. Die eingeräumten Bedenkzeiten sind grundsätzlich als genügend zu betrachten. Insbesondere war auch die zuletzt eingeräumte Bedenkfrist zeitlich angemessen. Wird davon ausgegangen, dass die eingeschriebene Sendung vom 30. April 2015 spätestens am 11. Mai 2015 als zugestellt gelten muss (letzter Tag der Abholfrist, vgl. BGE 127 I 34 E. 2a/aa, 119 V 94 E. 4b/aa, jeweils mit Hinweisen), hatte der Beschwerdeführer beinahe drei Wochen Zeit, um sich über die Konsequenzen seines Verhaltens Rechenschaft abzulegen. Daran vermag entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nichts zu ändern, dass diese Frist von der Beschwerdegegnerin nicht ausdrücklich als Bedenkzeit bezeichnet worden ist. Dem Sinn und Zweck des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens wurde vorliegend klar Genüge getan.

6. Nach dem Ausgeführten ist eine unentschuldbare Verletzung der Mitwirkungspflicht seitens des Beschwerdeführers zu bejahen. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer über die Konsequenzen seines Verhaltens hingewiesen und ihm genügend Gelegenheit gegeben, diese zu bedenken. Sie war demnach wegen der andauernden Verweigerung des Beschwerdeführers, am Abklärungsverfahren mitzuwirken, berechtigt, aufgrund der Akten über den Leistungsanspruch zu entscheiden. Zu prüfen ist folglich in einem weiteren Schritt, ob die Leistungspflicht – wie von der Beschwerdegegnerin vorgebracht – aufgrund der vorliegenden Aktenlage zu verneinen ist und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auf das Unfallereignis vom 28. August 2014 zurückzuführen sind.

6.1 Zur Beurteilung dieser Frage sind folgende medizinische Unterlagen zu berücksichtigen:

6.1.1 Der erstbehandelnde Arzt Dr. med. E.____, FMH Praktischer Arzt, diagnostizierte im Arztzeugnis UVG vom 21. September 2014 multiple Prellungen. Der Patient sei voraussichtlich bis 31. (recte 30.) September 2014 zu 100% arbeitsunfähig.

6.1.2 Mit ärztlichem Zwischenbericht vom 9. November 2014 stellte Dr. E.____ Weichteilkontusionen der linken Schulter, des linken Ellbogens, der linken Hüfte und des linken Knies sowie eine Schädelprellung links und eine Thoraxprellung links fest. Der Heilverlauf gestalte sich zögerlich, die Prognose sei jedoch gut. Es sei eine psychogene Überlagerung festzustellen mit ängstlich-depressiver Symptomatik. Der Patient beklage weiterhin sehr starke Schmerzen.

6.1.3 Der Kreisarzt Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seiner Beurteilung vom 3. Dezember 2014 aus, dass sich der Versicherte am 28. August 2014 multiple Prellungen zugezogen habe, indessen keine strukturellen Läsionen dokumentiert seien. Unfallbedingte strukturelle Läsionen seien damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht gegeben. Nach seiner Erfahrung könnten Prellungen zunächst sehr schmerzhaft sein, ohne strukturelle Läsionen würden sie indessen nach einer gewissen Zeit abklingen. Dieser Zeitpunkt sei seiner Auffassung nach drei Monate nach dem Ereignis eingetreten. Ab 30. November 2014 sei eine Arbeitsunfähigkeit nicht mehr attestiert, weshalb davon auszugehen sei, dass mehr als drei Monate nach dem Unfall die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt sei. Von einer weiteren Behandlung sei unter diesen Umständen keine namhafte Verbesserung mehr zu erwarten.

6.1.4 Im Anschluss an die kreisärztliche Untersuchung hielt Dr. F.____ mit Bericht vom 10. Februar 2015 fest, dass der Versicherte mit einer Unterarmgehstütze auf der linken Seite mit deutlichem Hinken links zur Untersuchung erschienen sei. Er habe über Schmerzen linksseitig im Nacken, hinter der Schulter sowie im Bereich der linken Schulter und Schmerzen im Brustkorb linksseitig beim Atmen, bis nach vorne in den Rippenbogen ziehend, berichtet. Ausserdem habe er Rückenschmerzen im Bereich der linken Lendenwirbelsäule, bis ins linke Bein ausstrahlend, sowie dauernde Kopfschmerzen, gelegentlich Schwindel, Konzentrationsstörungen und Schmerzen im linken Knie beklagt. Insgesamt seien die Beschwerden so, wie sie der

Kreisarzt selbst bei polytraumatisierten Patienten sechs Monate nach dem Ereignis nicht mehr vorzufinden erwarten würde. Insgesamt werde der Verdacht erweckt, dass der Versicherte seine Beschwerden akzentuiert darstelle, möglicherweise, weil er befürchte, dass ihm sonst nicht geglaubt werde. Etwas auffällig sei, dass trotz einer angeblichen Schonung keine Differenzen im Muskelumfang der Arme und Beine zu erkennen seien. Insgesamt sehe Dr. F.____ sechs Monate nach dem Ereignis den Zeitpunkt gekommen, um allfällig durch das Ereignis verursachte strukturelle Läsionen zu diagnostizieren oder auszuschliessen. Dies solle durch eine entsprechende (bildgebende) Untersuchung am Spital D.____ erfolgen.

6.1.5 Nachdem der Beschwerdeführer der Untersuchung am Spital D.____ fernblieb, erstellte Dr. F.____ am 10. Juni 2015 eine kreisärztliche Aktenbeurteilung. Er hielt fest, dass anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung eine Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Befunden und den subjektiven Beschwerden festgestellt worden sei. Bei nicht nachgewiesenen strukturellen Läsionen sei davon auszugehen, dass sich der Versicherte beim Unfall vom 28. August 2014 multiple Prellungen zugezogen habe. Nach ärztlicher Erfahrung seien Prellungen ohne strukturelle Läsionen nach vier, allerspätestens nach sechs Monaten abgeheilt. Unfallfolgen würden nach diesem Zeitpunkt nicht mehr vorliegen. Grosszügig gerechnet sei der Status quo sine / Status quo ante ab März 2015 erreicht. Ab diesem Zeitpunkt bestünde keine unfallbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr.

6.1.6 Dr. med. G.____, FMH Radiologie, stellte mit Bericht vom 13. Januar 2015 (eingegangen bei der Beschwerdegegnerin am 12. Juni 2015) im Anschluss an eine gleichentags durchgeführte MRT ein altersentsprechendes, unauffälliges MRI des Kniegelenkes ohne Hinweis auf eine Traumafolge, insbesondere ohne Knochenkontusionszonen und ohne Hinweise auf eine Kniebinnenläsion fest. Die bereits mit MRT vom 21. Oktober 2013 festgestellte zentrale Degenerationszone im medialen Meniskushinterhorn sei unverändert.

6.1.7 Im Rahmen des Einspracheverfahrens reichte der Beschwerdeführer einen Arztbericht von Dr. E.____ vom 11. August 2015 ein. Darin diagnostiziert dieser chronische Kopfschmerzen, Schmerzen im linken Kniegelenk, Belastungsschmerzen im linken Kniegelenk sowie eine depressive Stimmungslage. Der Patient sei seit dem Sturz am 29. (recte: 28.) August 2014 nicht arbeitsfähig. Er behandle den Patienten seit dem 22. Oktober 2013. Die aktuell beklagten Beschwerden seien vor dem Sturzereignis nicht beklagt worden und seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Sturz zurückzuführen. Eine psychogene Überlagerung sei nicht auszuschliessen. Die Psychiatrische Klinik H.____ habe am 10. Dezember 2013 eine Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von anderen Gefühlen und eine akzentuierte Persönlichkeit (narzisstisch, ängstlich-vermeidend) diagnostiziert.

6.1.8 Mit seiner Beschwerde vom 2. November 2016 reichte der Beschwerdeführer einen aktuellen Arztbericht von Dr. E.____ vom 19. Oktober 2016 ein. Darin hielt dieser fest, dass der Patient weiterhin nicht arbeitsfähig sei. Die heute geklagten Beschwerden seien vor dem Sturzereignis nicht beklagt worden. Sie seien „mit grösster Wahrscheinlichkeit höchstwahrscheinlich“ auf den Sturz vom 29. (recte: 28.) August 2014 zurückzuführen.

6.2 Die Suva stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes vollumfänglich auf die kreisärztlichen Einschätzungen von Dr. F.____ vom 3. Dezember 2014, 10. Februar 2015 und 10. Juni 2015. Sie ging demzufolge davon aus, dass beim Versicherten im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (März 2015) keine Unfallfolgen mehr vorgelegen hätten, die mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 28. August 2014 zurückgeführt werden könnten. Vielmehr sei bei nicht nachgewiesenen strukturellen Läsionen davon auszugehen, dass sich der Versicherte beim Unfall vom 28. August 2014 multiple Prellungen zugezogen habe, welche nach ärztlicher Erfahrung indessen nach vier, allerspätestens nach sechs Monaten folgenlos abheilen würden. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Die von der SUVA übernommenen Ergebnisse, zu denen der Kreisarzt gelangt ist, beruhen auf einem sorgfältigen Studium der vorhandenen medizinischen Akten und einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers. Die Berichte erweisen sich sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen als überzeugend. Die Einschätzung des Kreisarztes wird überdies vom nachträglich eingereichten MRT-Bericht vom 13. Januar 2015 bestätigt, weshalb vollumfänglich darauf abgestellt werden kann.

6.3 Was der Beschwerdeführer vorbringt, ist nicht geeignet, die vorinstanzliche Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes in Frage zu stellen. Er beruft sich in seiner Beschwerde im Wesentlichen auf die Berichte des behandelnden Arztes Dr. E.____ vom 11. August 2015 und 19. Oktober 2016, worin dieser die geklagten Beschwerden mit überwiegender bzw. höchster Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 28. August 2014 zurückführt. Indessen läuft diese nicht begründete Behauptung im Ergebnis auf die Beweisformel "post hoc ergo propter hoc" aus, wonach eine gesundheitliche Schädigung bereits deshalb als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb). Eine solche Beweiswürdigung erweist sich im unfallversicherungsrechtlichen Bereich aber nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung als unzureichend (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 22. Juni 2010, 8C_309/2010). Soweit der Beschwerdeführer auch die psychischen Beschwerden auf den Unfall zurückführt, ist ihm mit der Beschwerdegegnerin entgegenzuhalten, dass gemäss Bericht von Dr. E.____ bereits im Jahr 2013 eine Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von anderen Gefühlen sowie eine akzentuierte Persönlichkeit (narzisstisch, ängstlich-vermeidend) diagnostiziert worden ist. Eine psychische Überlagerung der Unfallfolgen wird von Dr. E.____ für möglich erachtet. Indessen kann die Kausalität der allfällig erlittenen psychischen Unfallfolgen in antizipierter Beweiswürdigung verneint werden. Aufgrund des fehlenden organischen Substrats ist die adäquate Kausalität der möglichen psychischen Folgeschäden des Unfalls nach den in BGE 115 V 133 ff. entwickelten Kriterien zu beurteilen. Von diesen Kriterien könnten höchstens diejenigen der längeren Arbeitsunfähigkeit sowie der (allerdings nicht objektivierten) Dauerschmerzen angenommen werden. Eine gesamthafte Würdigung des Unfallereignisses und der damit zusammenhängenden, objektivierbaren Faktoren führt daher zum Schluss, dass dem Ereignis vom 28. August 2014 auch für die Entstehung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit keine Bedeutung zukommt. Damit erübrigen sich auch weitergehende medizinische Abklärungen.

7. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund der unentschuldigten und wiederholten Verletzung der Mitwirkungspflicht des Beschwerdeführers berechtigt war, die vorliegende Angelegenheit anhand der vorhandenen Akten zu entscheiden. Aufgrund der vorliegenden Aktenlage ist ein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen den aktuell geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 28. August 2014 zu verneinen. Die Beschwerdegegnerin hat die Leistungen damit zu Recht eingestellt. Die Beschwerde ist nach dem Ausgeführten abzuweisen.

8. Art. 61 lit . a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind entsprechend dem Verfahrensausgang wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

http://www.bl.ch/kantonsgericht