Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 4. April 2013 (725 12 162 / 68)

Unfallversicherung

Verletzung der Mitwirkungs- und Schadenminderungspflichten: Durchführung des gesetzlichen Mahn- und Bedenkzeitverfahrens, Rechtsfolgen

Besetzung	Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiberin Tina Gerber
Parteien	**A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Markus Schmid, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel gegen **AXA Versicherungen AG**, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Dr. Kathrin Hässig, Rechtsanwältin, Löwenplatz / Dorfstrasse 18, 8630 Rüti ZH
Betreff	Leistungen

A.1 Der 1946 geborene A.____ betrieb als Selbstständigerwerbender bis zum 23. September 2009 ein Modellflugzeuggeschäft und war für diese Tätigkeit bei der AXA Versicherungen AG (AXA Winterthur) freiwillig gegen Unfälle versichert. Am 22. August 2007 verunfallte A.____, als er mit dem Motorrad mit einem Auto, dessen Lenker ihn beim Abbiegen bzw. Überqueren der Gegenfahrbahn übersah, kollidierte. Er zog sich dabei Verletzungen an der

rechten Schulter und am linken Fuss zu. A.____ wurde am 16. Februar 2009 zur Restabilisierung der Clavicula eine Balser-Platte an der Schulter eingesetzt. Beim Herunterholen einer Jacke von einem Kleiderhaken verspürte der Versicherte ein akutes Knacken in der rechten Schulter. In der Folge wurde festgestellt, dass die Platte ausgehängt war, so dass am 13. März 2009 eine Revision der Schulter mit Entfernung der Platte vorgenommen wurde. Die AXA Winterthur erbrachte seit dem Unfall die gesetzlichen Leistungen.

A.2 Am 14. September 2009 stellte der behandelnde Arzt eine deutliche Atrophie des Musculus supraspinatus fest. Die AXA Winterthur bat daraufhin um eine Magnetresonanz-Arthrographie (MR-Arthrographie) des rechten Schultergelenks, um die Unfallkausalität der Muskelatrophie abzuklären. Die Untersuchung wurde vom Versicherten mit Verweis auf eine vorbestehende Klaustrophobie abgelehnt. Daran hielt er fest, nachdem die AXA Winterthur ihn auf seine Mitwirkungspflichten hingewiesen und zur Stellungnahme aufgefordert hatte. Eine daraufhin angeordnete Begutachtung durch die B.____ ergab am 23. August 2010, dass A.____ an einer subacromialen Impingement-Symptomatik leide. Die B.____ empfahl ein arthroskopisches Débridement mit eventueller Erweiterung des subacromialen Raums mit arthroskopischen Inaugenscheinnahme des Zustands der Rotatorenmanschette und der Supraspinatussehne. Nach Einholung einer Stellungnahme durch den behandelnden Orthopäden lehnte der Versicherte mit Schreiben vom 9. März 2011 den empfohlenen Eingriff ab. Die AXA Winterthur holte in der Folge eine ergänzende Stellungnahme der B.____ ein und wies den Versicherten mit Schreiben vom 7. Juli 2011 und 1. September 2011 erneut auf seine Mitwirkungspflichten hin, wobei sie ihm androhte, bei einer weiteren Verweigerung diagnostischer Massnahmen anhand der Akten über seinen Leistungsanspruch zu entscheiden.

A.3 Mit Verfügung vom 3. Oktober 2011 stellte die AXA Winterthur fest, dass der Versicherte durch seine wiederholten Weigerungen, sich den von ihr angeordneten diagnostischen Abklärungen zu unterziehen, sowohl seine Mitwirkungspflicht als auch seine Schadenminderungspflicht verletzt habe. Ein unfallkausaler Befund als Grundlage für die Einschränkungen und die Behandlungsbedürftigkeit sei somit nicht mehr überwiegend wahrscheinlich belegbar, bzw. die Atrophie sei im Zusammenhang mit der Verletzung aus medizinischer Sicht nicht erklärbar. Aus diesem Grund würden sämtliche Leistungen rückwirkend auf den 31. Dezember 2010 eingestellt. Eine gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies die AXA Winterthur mit Entscheid vom 17. April 2012 ab. In den Erwägungen führte sie aus, dass der Versicherte die MR-Arthrographie grundlos verweigerte, da die Untersuchung unter Sedierung und in einem offenen Gerät hätte durchgeführt werden können. Für die von den Gutachtern empfohlene Behandlung der Impingement-Symptomatik habe eine gute Prognose bestanden. Im Übrigen stellten diagnostische und therapeutische Massnahmen grundsätzlich keine Gefahr für Leben oder Gesundheit dar, weshalb der Versicherte mit seiner Weigerung, sich dieser diagnostischen Massnahme zu unterziehen, seine Mitwirkungspflicht klar verletzt habe. Die Behandlung mittels einer Schulterarthroskopie sei ferner zumutbar, da es sich um einen minimalinvasiven Eingriff handle und dessen Folge eine mögliche Beschwerdefreiheit sei.

B. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch Advokat Markus Schmid, mit Eingabe vom 16. Mai 2012 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantons-

gericht), und beantragte, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm über den 31. Dezember 2010 hinaus die gesetzlichen Leistungen auszurichten; unter o/e Kostenfolge. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass sich eine Leistungseinstellung nicht auf eine Verletzung der Mitwirkungs- und Schadenminderungspflichten stützen lasse. Der Gesundheitsschaden sei unbestritten und die Verneinung der Kausalität durch die Beschwerdegegnerin nicht nachvollziehbar. Weder die verlangte MR-Arthrographie noch das arthroskopische subacromiale Débridement seien dem Beschwerdeführer zumutbar.

C. Die Beschwerdegegnerin schloss mit Vernehmlassung vom 21. August 2012 auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde. Mit seiner Weigerung, sich einer zweiten MRT-Untersuchung zu unterziehen, habe der Beschwerdeführer klar seine gesetzliche Mitwirkungspflicht verletzt. Der vorgeschlagene Eingriff des arthroskopischen subacromialen Débridements sei indiziert und medizinisch zumutbar. Die Ablehnung dieses Eingriffs durch den Beschwerdeführer stelle eine Verletzung der Schadenminderungspflicht dar. Entsprechend ihrer Androhung habe die Beschwerdegegnerin deshalb aufgrund der Akten entschieden. Da aufgrund der Akten kein mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehender unfallkausaler Befund belegbar sei, seien die Taggeldleistungen zu Recht eingestellt worden.

D. Mit Replik vom 8. November 2012 hielt der Beschwerdeführer an seinem Rechtsbegehren fest und beantragte im Eventualfall die Einholung eines gerichtlichen Gutachtens zur Frage der Indikation und Zumutbarkeit der empfohlenen Arthroskopie sowie zur Frage, ob durch den Eingriff eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands herbeigeführt werden könne.

E. In ihrer Duplik vom 10. Januar 2013 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Rechtsbegehren fest. Zum Eventualantrag auf Einholung eines gerichtlichen Gutachtens führte sie ergänzend aus, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Verletzung seiner Mitwirkungspflichten im Verwaltungsverfahren seinen Anspruch auf weitere medizinische Abklärungen verwirkt habe. Es sei aufgrund der vorliegenden Akten zu entscheiden. Der Beschwerdeführer sei im Übrigen unbestrittenermassen in einer angepassten Tätigkeit vollschichtig 100% arbeitsfähig. Unabhängig von der Unfallkausalität sei es ihm folglich seit Längerem zumutbar und möglich gewesen, mit einer angepassten Tätigkeit ein taggeld- und rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen.

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

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1, Art 4 Abs. 1 und Art. 5 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versiche-

rungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in Schönenbuch, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde des Versicherten ist demnach einzutreten.

2. In ihrer Verfügung vom 3. Oktober 2011, die sie mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 17. April 2012 bestätigt hat, hat die Beschwerdegegnerin die Einstellung ihrer Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2010 beschlossen. Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über dieses Datum hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung hat.

3.1 Gemäss Art. 6 UVG 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 Prozent 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. Diese wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 UVG).

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 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).

3.4 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 ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. 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).

3.5 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.). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über die Rechte und Pflichten so oder anders zu entscheiden ist. Besteht aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass, haben die Verwaltungsbehörden beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht stets zusätzliche Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 117 V 283 E. 4a). Es liegt im Ermessen des Rechtsanwenders, also des Versicherungsträgers oder des Gerichts, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln der Sachverhalt abzuklären ist. Es sind bloss jene Untersuchungen zu tätigen, die notwendig sind, um eine taugliche Entscheidbasis zu erhalten. Grundsätzlich kommt der Behörde

jedoch 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). Nach der Praxis des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG, seit 1. Januar 2007: Bundesgericht, Sozialrechtliche Abteilungen) liegt die Beweislast bei anspruchsbegründenden Tatfragen demzufolge bei der Partei, welche den Anspruch geltend macht. Bei anspruchsaufhebenden Tatfragen liegt sie bei der Partei, welche sich auf das Dahinfallen des Anspruches beruft (vgl. Kranken- und Unfallversicherung – Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). 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).

3.6 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 Umständen des Einzelfalls zu beurteilen (vgl. FUCHS, a.a.O., S. 293). Die Art der Durchführung einer medizinischen Untersuchung im Einzelnen liegt in der Verantwortung der untersuchenden Ärzte, die sich dabei an den Stand der ärztlichen Wissenschaft zu halten haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2009, 8C_528/2009, E. 7.2 mit Hinweisen). 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).

3.7 Im Rahmen der Schadenminderungspflicht ist die versicherte Person gehalten, sich medizinischen und sonstigen Massnahmen zu unterziehen, die geeignet sind, die gesundheitliche Beeinträchtigung oder deren nachteilige Folgen zu mildern oder zu beheben (Urteil des EVG vom 22. April 2005, U 417/04, E. 4.5). Gemäss Art. 48 UVG ist der Versicherungsträger ermächtigt, unter angemessener Rücksichtnahme auf den Versicherten und seine Angehörigen die nötigen Anordnungen zur zweckmässigen Behandlung zu treffen. Der Unfallversicherer darf folglich die vorzunehmenden medizinischen Massnahmen festlegen. "Rücksichtsnahme" bedeutet in diesem Zusammenhang, dass lediglich verhältnismässige, d.h. zumutbare Behandlungen angeordnet werden dürfen (FUCHS, a.a.O., S. 303). Die Zumutbarkeit einer Operation ist zu bejahen, wenn es sich um einen erfahrungsgemäss unbedenklichen, nicht mit Lebensgefahr verbundenen Eingriff handelt, der mit Sicherheit oder überwiegender Wahrscheinlichkeit völlige Heilung oder doch erhebliche Besserung des Leidens und damit verbunden eine wesentliche Erhöhung der Erwerbsfähigkeit erwarten lässt, der ferner nicht zu einer normalerweise sichtbaren Entstellung führt und nicht übermässige Schmerzen verursacht. Die Frage der Zumutbarkeit ist dabei aufgrund der konkreten Umstände und mit Blick auf die betroffene Person zu beurteilen (Urteil des EVG vom 1. März 2005, U 287/03, E. 2.1 mit Hinweisen; vgl. auch: LOCHER, a.a.O., S. 270 Rz 34). Behandlungen und Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nie zumutbar (Art. 21 Abs. 4 Satz 3 ATSG). Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr gemäss Art. 21 Abs. 4 Satz 1 ATSG die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Ergänzend bestimmt Art. 61 UVV, dass einer versicherten Person, die sich ohne zureichenden Grund weigert, sich einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederungsmassnahme zu unterziehen, nur die Leistungen gewährt werden, die beim erwarteten Erfolg dieser Massnahmen wahrscheinlich gewährt werden müssten.

3.8 Sowohl die Rechtsfolgen bei Verletzung der Mitwirkungspflichten gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG (Nichteintreten, Aktenentscheid) wie auch diejenigen bei Verletzung der Schadenminderungspflichten gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG bzw. Art. 61 UVV (Kürzung oder Verweigerung von Leistungen) 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).

4. Die Beschwerdegegnerin begründet die Einstellung sämtlicher Leistungen in erster Linie mit dem fehlenden bzw. nicht nachgewiesenen Kausalzusammenhang zwischen der Atrophie des Musculus supraspinatus und dem Unfallereignis vom 22. August 2007. Dieser Entscheid habe aufgrund der Aktenlage so gefällt werden müssen, da sich der Beschwerdeführer wiederholt die Mitwirkung an einer zweiten MRT-Untersuchung verweigert habe, die für die Klärung der Kausalitätsfrage von massgeblicher Bedeutung sei. Ergänzend bringt die Beschwerdegegnerin vor, dass sich eine Leistungseinstellung auch aufgrund der aktenkundigen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers rechtfertige. Der Aktenentscheid stützt sich auf Art. 43 Abs. 3 ATSG und sanktioniert eine Verletzung der Mitwirkungspflicht der Versicherten an (medizinischen) Abklärungsmassnahmen. In einem ersten Schritt ist demnach zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin das vorgeschriebene Mahn- und Bedenkzeitverfahren eingehalten hat. Weiter ist zu beurteilen, ob die Beschwerdegegnerin wegen der unentschuldbaren fehlenden Mitwirkung des Beschwerdeführers an einer MR-Arthroskopie anhand der Akten entscheiden durfte und gegebenenfalls, ob aufgrund der vorliegenden Aktenlage ein Kausalzusammenhang zwischen den vorliegend geklagten Schulterbeschwerden und dem Unfallereignis verneint werden muss bzw. die Möglichkeit eines taggeld- und rentenausschliessendes Einkommens anzunehmen ist.

4.1 Betreffend die Mitwirkungspflicht hinsichtlich der MRT-Untersuchung hat die Beschwerdegegnerin das vorgeschriebene Mahn- und Bedenkzeitverfahren korrekt durchgeführt. So hat sie den Beschwerdeführer erstmals mit Schreiben vom 24. November 2009 auf seine Mitwirkungspflicht gemäss Art. 28 ATSG in Verbindung mit Art. 43 Abs. 2 und 3 ATSG hingewiesen, ihm Frist zur Stellungnahme gegeben und ihm angedroht, bei fehlendem Einverständnis aufgrund der vorliegenden Akten zu entscheiden. In späteren Schreiben erläuterte die Beschwerdegegnerin, weshalb eine MRT-Untersuchung aus ihrer Sicht notwendig sei, und berief sich diesbezüglich insbesondere auf die Ausführungen ihres Vertrauensarztes Dr. med. C.____, FMH Chirurgie, vom 11. Februar 2010, wonach die Atrophie des Musculus supraspinatus nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 22. August 2007 zurückzuführen sei. Mit Schreiben vom 2. Juni 2010 wies die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer erneut auf seine Pflicht hin, an diagnostischen Massnahmen mitzuwirken, und ordnete eine orthopädische Begutachtung durch die B.____ an. Mit Schreiben vom 7. Juni 2011 und 1. September 2011 stellte die Beschwerdegegnerin fest, dass der Beschwerdeführer wiederholt seine Pflicht zur Mitwirkung an diagnostischen Untersuchungen verletzte und kündigte an, den Sachverhalt aufgrund der vorliegenden Akten zu entscheiden. Aufgrund des korrekt durchgeführten Mahn- und Bedenkzeitverfahrens ist die Beschwerdegegnerin nach dem Ausgeführten grundsätzlich berechtigt, bei einer schuldhaften Verletzung der Mitwirkungspflicht die angedrohte Rechtsfolge, namentlich einen Entscheid aufgrund der Akten, eintreten zu lassen. Ob die angeordnete Untersuchung zumutbar ist, was der Beschwerdeführer bestreitet, kann im Hinblick auf die nachfolgenden Überlegungen offen gelassen werden.

4.2 Für die Beurteilung des vorliegenden Falls und insbesondere der Unfallkausalität sind folgende medizinische Unterlagen von Bedeutung:

4.2.1 Mit Stellungnahme vom 11. Februar 2010 hielt der Vertrauensarzt Dr. C.____ fest, dass die isolierte Atrophie des Musculus supraspinatus gegen einen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 22. August 2007 spreche. Bei einer Schonung des Schultergürtels müssten auch die restlichen Muskeln der Schulter betroffen sein. Weiter sei 14 Monate nach dem Unfall in einem MRI keine Muskelatrophie festgestellt worden, obwohl der Patient in dieser Zeit nicht schmerzfrei gewesen sei. Die Rotatorenmanschette sei bei beiden Operationen nicht tangiert worden. Dass der Beschwerdeführer am 7. März 2009 seine Jacke von einer Garderobe herunter holen konnte, spreche ebenfalls dafür, dass die Abduktion des rechten Armes zu diesem Zeitpunkt gut funktionierte.

4.2.2 Das Gutachten der B.____ vom 23. August 2010 diagnostizierte beim Beschwerdeführer mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Impingement-Syndrom der Schulter rechts subacromial, eine posttraumatische AC-Gelenkarthrose rechts sowie eine knöchern konsolidierte Metatarsale III – V-Fraktur links. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien die Diagnosen der arteriellen Hypertonie, der Hypercholesterinämie und des Diabetes mellitus Typ II anzusehen. Nach dem Unfall sei in der MR-Arthrographie eine Tendinose der Supraspinatussehne im Ansatzbereich ohne Nachweise der Rotatorenmanschettenruptur oder muskulären Atrophie gesehen worden. Gemäss der im Rahmen der Begutachtung durchgeführten Computertomographie bestehe nach wie vor ein Claviculahochstand gegenüber dem Acromion von knapp halber Schaftbreite mit unregelmässiger knöcherner Begrenzung und Callusbildung bei Status nach der in den Akten beschriebenen Ermüdungsfraktur der Acromion. Es lägen keine indirekten Zeichen einer relevanten Rotatorenmanschettenruptur vor, allerdings seien aufgrund der gewählten Methode Partialrupturen oder Tendinopathien nicht auszuschliessen. Es liege keine relevante fettige Atrophie der Rotatorenmanschettenmuskulatur vor. Die Gutachter stellten fest, dass es im Verlauf einer Operation zur Behebung des Unfallsschadens mit dem Versagen des Osteosynthesematerials zu einer Komplikation gekommen sei. Konsekutiv sei es zu einer Einengung des Subacromialraums gekommen. Aus diesem Grund stellten die vom Beschwerdeführer geklagten Impingement-Beschwerden über die postoperative Komplikation eine mittelbare Konsequenz des Unfalls vom 22. August 2007 dar. Als Heilbehandlung empfiehlt die Ärzteschaft der B.____ ein arthroskopisches subacromiales Débridement, gegebenenfalls mit Erweiterung des subacromialen Raums im Sinne einer Acromioplastik bei Inaugenscheinnahme des Zustands der Rotatorenmanschette und gegebenenfalls Behandlung allfälliger Schäden. Das entsprechende Vorgehen werde als erfolgversprechend und prognostisch gut angesehen.

4.3 Aufgrund der nachvollziehbaren, schlüssigen und unbestrittenen gebliebenen Aussagen des orthopädischen Gutachtens vom 23. August 2010 ist davon auszugehen, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und die erhobenen Befunde auf den Unfall vom 22. August 2007 bzw. auf die im Zusammenhang mit diesem Unfall aufgetretenen postoperativen Komplikationen zurückzuführen sind. Es sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, wonach entgegen den Schlussfolgerungen des Gutachtens auf die ältere, aufgrund von Akteneinsicht verfasste Stellungnahme des Vertrauensarztes abzustellen wäre. Dr. C.____ selbst gibt in einer Stellungnahme vom 5. Oktober 2010 an, dass das Gutachten der B.____, auch in Bezug auf die Beurteilung der natürlichen Kausalität, schlüssig und nachvollziehbar sei. Zwar äussern sich die

Gutachter zur Unfallkausalität der umstrittenen Atrophie nicht; festzustellen ist jedoch, dass das Gutachten auch keinen entsprechenden Befund erhebt. Die Beschwerden des Beschwerdeführers werden vielmehr auf die Diagnosen des festgestellten Impingement-Syndroms, der posttraumatischen AC-Gelenkarthrose und der knöchern konsolidierten Metatarsale III – V-Fraktur links zurückgeführt, welche allesamt als unfallkausal angesehen werden. Die von der Beschwerdegegnerin angeordnete MRT-Untersuchung zur Feststellung der Unfallkausalität hat sich mit dem Gutachten der B.____ wohl erübrigt. Die Beschwerdegegnerin selbst verlangte die Durchführung dieser diagnostischen Massnahme nach Vorliegen des Gutachtens vom 23. August 2010 nicht mehr, sondern ordnete das arthroskopische subacromiale Débridement an. Dabei handelt es sich aber gemäss dem empfehlenden Gutachten nicht um eine diagnostische Massnahme, sondern um eine Heilbehandlung, die weder neue Erkenntnisse zur (festgestellten) Unfallkausalität verspricht, noch im Hinblick auf die Mitwirkungspflicht von Art. 43 ATSG erfasst wird (vgl. FUCHS, a.a.O., S. 306). Nach dem Ausgeführten ist festzustellen, dass gemäss den vorliegenden Akten der (mittelbare) Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden des Beschwerdeführers und dem versicherten Unfallereignis zu bejahen ist. Eine Leistungseinstellung aufgrund fehlender oder weggefallener Kausalität kommt somit nicht in Betracht.

4.4 Ob die von der Beschwerdegegnerin erstmals in der Vernehmlassung vom 21. August 2012 vorgebrachte aktenkundige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit im vorliegender Verfahren Streitgegenstand bildet, was vom Beschwerdeführer bestritten wird, kann letztlich ebenfalls offen gelassen werden. Dieser Punkt ist von der Beschwerdegegnerin in verschiedener Hinsicht nicht genügend abgeklärt worden. Namentlich hat sich die Beschwerdegegnerin – wie aus den Akten ersichtlich wird – nicht mit der Zumutbarkeit einer angepassten Tätigkeit bzw. Verwertbarkeit einer Restarbeitsfähigkeit beim Beschwerdeführer, der bereits das Pensionsalter erreicht hat, auseinander gesetzt. Fraglich ist ausserdem die Einhaltung der prozessualen Vorgaben zu Art. 6 Satz 2 ATSG, namentlich die Aufforderung zu einem Berufswechsel und die Einräumung einer Übergangsfrist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2008, 8C_173/2008, E. 2.3). Zu prüfen wäre ausserdem – aufgrund Ziffer 9 des Gutachtens vom 23. August 2010 – die allfällige Ausrichtung einer Integritätsentschädigung, gegebenenfalls unter Berücksichtigung einer hypothetischen Annahme gemäss Art. 61 UVV. Eine Verweigerung oder Kürzung weiterer Leistungen aufgrund der Möglichkeit eines taggeld- und rentenausschliessenden Einkommens bedürfte somit weiterer vorgängiger Abklärungen durch die Beschwerdegegnerin.

5. Bei der Einstellung ihrer Leistungen stützt sich die Beschwerdegegnerin des Weiteren auf Art. 21 Abs. 4 ATSG. Der Beschwerdeführer habe die Behandlung eines arthroskopischen Débridements verweigert, obwohl der Eingriff minimalinvasiv und nicht überdurchschnittlich risikobehaftet und somit in Anbetracht der Folge einer möglichen Beschwerdefreiheit als zumutbar zu erachten sei. Damit beruft sich die Beschwerdegegnerin auf eine Verletzung der Schadenminderungspflicht. Auch bezüglich dieses Punktes ist vorab zu prüfen, ob das zwingende Mahn- und Bedenkzeitverfahren rechtsgenüglich eingehalten worden ist. Bejahendenfalls ist umstritten, ob die angeordnete Behandlung zumutbar und die (dauerhafte) Einstellung der Leistungen rechtmässig ist.

5.1 Wie unter Erwägung 4.1 hiervor ausgeführt, hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer seit November 2009 zunächst im Hinblick auf die angeordnete MRT-Untersuchung, danach fälschlicherweise auch im Hinblick auf die Heilbehandlung eines arthroskopischen subacromialen Débridements, mehrfach auf seine Mitwirkungspflicht hingewiesen. In den Schreiben vom 8. September 2011 erwähnt sie in Zusammenhang mit der angeordneten Heilbehandlung auch die Schadenminderungspflicht, welche dem Beschwerdeführer obliegt. Hingegen fehlt in allen Schreiben ausser dem vom 2. Juni 2010, welches sich jedoch noch auf die diagnostische Massnahme der MR-Arthroskopie bezog, ein Hinweis auf die korrekte gesetzliche Bestimmung. In sämtlichen Schreiben betreffend die Heilbehandlung – und damit die Schadenminderungspflicht – fehlt es ausserdem an der Androhung einer in Art. 21 Abs. 4 ATSG vorgesehenen Rechtsfolge. Die Androhung der konkreten Rechtsfolge bildet jedoch massgeblicher Bestandteil des zwingenden Mahn- und Bedenkzeitverfahrens, da sich die versicherte Person nur so der Folgen ihrer Weigerung vollumfänglich bewusst werden kann (vgl. Erwägung 3.8 hiervor). Somit ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Sanktionen bei Verletzung der Schadenminderungspflicht das zwingend vorgeschriebene Mahn- und Bedenkzeitverfahren nicht korrekt durchgeführt hat. Der angefochtene Entscheid ist bereits aus diesem Grund aufzuheben. Sollte die Beschwerdegegnerin weiterhin eine Kürzung oder Einstellung der Leistungen wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht anstreben, so hat sie vorgängig das in Art. 21 Abs. 4 Satz 2 ATSG vorgeschriebene Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen.

5.2 Ergänzend ist festzustellen, dass die Eignung des angeordneten arthroskopischen subacromialen Débridements, eine vollständige Heilung oder zumindest erhebliche Besserung des Leidens des Beschwerdeführers herbeizuführen und – damit zusammenhängend – die Zumutbarkeit dieses Eingriffs unter den Parteien weiterhin umstritten ist, was möglicherweise Anlass zu weiteren Abklärungen geben könnte. Zu bedenken ist in diesem Zusammenhang insbesondere auch, dass gemäss Art. 61 UVV der Unfallversicherer bei Verweigerung von Heilbehandlungen weiterhin diejenigen Leistungen zu gewähren hat, die beim erwarteten Erfolg der Massnahmen wahrscheinlich gewährt werden müssten. Der Umfang der allenfalls zu erwartenden Verbesserung ist von der Beschwerdegegnerin bisher nicht beurteilt worden. Zu dieser Frage wären demnach von der Beschwerdegegnerin gegebenenfalls weitere Abklärungen vorzunehmen.

6. Zusammenfassend ergibt sich somit, dass die vorliegende Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen ist, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. April 2012 aufzuheben und die Angelegenheit zu allfälligen weiteren Abklärungen sowie zum weiteren Vorgehen im Sinne der vorstehenden Ausführungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

7. Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurück, so gilt in pro-

zessualer Hinsicht die beschwerdeführende Partei als (vollständig) obsiegende und die Beschwerdegegnerin als unterliegende Partei (vgl. BGE 137 V 61 f. E. 2.1, 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). Gestützt auf Art. 61 lit. a ATSG sind für das vorliegende Verfahren keine ordentlichen Kosten zu erheben. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Beschwerdeführer als obsiegende Partei ist demnach eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der in der Honorarnote vom 4. Februar 2013 für das vorliegende Verfahren geltend gemachte Zeitaufwand von 14 Stunden erweist sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen. Nicht zu beanstanden sind sodann – auch im Hinblick auf den vorliegenden doppelten Schriftenwechsel – die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen in der Höhe von Fr. 738.–. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der geltend gemachten Höhe von Fr. 4'577.05 (14 Stunden à Fr. 250.– + Auslagen von Fr. 738.00 zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

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

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

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 17. April 2012 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung und zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen sowie zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'577.05 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu entrichten.

Gegen dieses Urteil wurde am 16. September 2013 Beschwerde beim Bundesgericht (siehe nach Vorliegen des Urteils: Verfahrens-Nr. 8C_662/2013) erhoben.