



Fall-Nr.: UV 2012/36
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 30.08.2019
Entscheiddatum: 30.04.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 30.04.2013

Art. 43 Abs. 3 ATSG: Sanktionsverfügung infolge Verletzung der Auskunfts- und Mitwirkungspflicht der versicherten Person nach Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens aufgrund der Akten. Art. 53 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 67 VwVG: Eintretensvoraussetzung der Fristwahrung für die Einreichung eines Revisionsbegehrens nicht erfüllt. Art. 53 Abs. 2 ATSG: Wiedererwägungsvoraussetzungen der erheblichen Bedeutung der Berichtigung und der zweifellosen Unrichtigkeit erfüllt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.Gallen vom 30. April 2013, UV 2012/36). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_472/2013.

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichterin Marie Löhner, Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Della Batliner

Entscheid vom 30. April 2013

in Sachen

SWICA Krankenversicherung AG, Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur,

Beschwerdeführerin,

gegen

Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG, Bundesgasse 35, Postfach, 3001 Bern,

Beschwerdegegnerin,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Fürsprecherin Barbara Künzi-Egli, Thunstrasse 84, Postfach 256,
3074 Muri b. Bern,

und

A.____,

Beigeladene,

vertreten durch Soziale Dienste Z.____, Amtsvormund B.____,

betreffend

Versicherungsleistungen (i.S. Revision / A.____)

Sachverhalt:

A.

A.a Die 1990 geborene A.____ war seit 4. August 2010 bei C.____, Gasthof D.____, als Serviceangestellte tätig und dadurch bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Mobiliar) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 7. September 2010 meldete der Arbeitgeber der Mobiliar einen "Unfall mit Pferd", den die Versicherte am 31. August 2010 im Stall E.____ erlitten habe. Unter der Rubrik "erstbehandelnder Arzt bzw. Spital/Klinik" wurden die Angaben "Helikopter" sowie "Kant. Spital Chur" gemacht und als nachbehandelndes Spital wurde das Kantonsspital St. Gallen (nachfolgend: KSSG) genannt. Weitere Auskünfte könnten bei der sich zur Zeit im KSSG aufhaltenden Versicherten eingeholt werden (act. G 5.2/1 ff.). Am 13. September 2010 ging bei der Mobiliar das Einweisungsformular des KSSG vom 6. September 2010 zur klinisch-stationären Behandlung/Rehabilitation in der Klinik Valens ein (act. G 5.2/13-15). Mit Schreiben vom 14. September 2010 ersuchte die Mobiliar die Versicherte insbesondere um eine präzise Beschreibung des Hergangs des Ereignisses vom 31. August 2010 sowie um Angabe der erlittenen Verletzungen und des Grundes für die aufgebotene Rega (act. G 5.2/4). Am 15. September 2010 teilte die Sachbearbeiterin des Krankenversicherers von A.____, der Swica Krankenversicherung



AG (nachfolgend: Swica), telefonisch mit, dass bei der Versicherten gemäss Auskunft der behandelnden Ärztin des KSSG von einer Rückenprellung bei psychischer Überlagerung auszugehen, auf dem MRI jedoch nicht viel zu sehen sei. Die Swica gehe von ihrer Vorleistungspflicht aus und werde die Indikation sowie die Ziele, die zum vorgesehenen Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik Valens führen sollten, abklären. Die Mobiliar erklärte ebenfalls, weitere Abklärungen vorzunehmen (act. G 5.2/5). Mit Schreiben vom 15. September 2010 teilte die Mobiliar dem Kantonsspital Graubünden, dem KSSG sowie der Klinik Valens mit, dass sie zur Zeit ihre Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung prüfe und zu dieser Frage abschliessend Stellung nehmen könne, sobald sie im Besitz sämtlicher Abklärungsergebnisse sei. Im Weiteren wies sie die Spitäler bzw. die Klinik auf die in Art. 70 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsgesetzes (ATSG; SR 830.1) statuierte Vorleistungspflicht der Krankenversicherung hin, wenn die Übernahme für Sachleistungen und Taggelder durch die Kranken- und die Unfallversicherung umstritten sei (act. G 5.2/6, G 5.2/7, G 5.2/10). Am 13. Oktober 2010 bestätigte die Mobiliar gegenüber der Klinik Valens nochmals telefonisch die Vorleistungspflicht des Krankenversicherers und verlangte die zur Abklärung ihrer Leistungspflicht benötigten Berichte der Kantonsspitäler Graubünden und St. Gallen sowie der Klinik Valens (act. G 5.2/11). In einer Telefonnotiz vom 16. Oktober 2010 hielt die Mobiliar fest, die Versicherte habe kurz nach Erhalt ihres Schreibens vom 14. September 2010 bei ihr angerufen und sei darüber informiert worden, dass sie - die Mobiliar - für die Beurteilung ihrer Leistungspflicht auf die verlangten Angaben angewiesen sei. Die Versicherte habe zugesichert, diese in den nächsten Tagen zuzustellen (act. G 5.2/12). Mit Schreiben vom 26. Oktober 2010 erinnerte die Mobiliar die Versicherte an die unerledigte Beantwortung ihrer Fragen und erbat diese innerhalb der nächsten zehn Tage (act. G 5.2/16). Mit eingeschriebenem Brief vom 17. November 2010 mahnte die Mobiliar die Versicherte unter Hinweis auf Art. 43 Abs. 3 ATSG bzw. die Möglichkeit des Versicherungsträgers, auf Grund der Akten zu verfügen oder die Erhebungen einzustellen und Nichteintreten zu beschliessen, wenn die versicherte Person ihrer Auskunftspflicht und Mitwirkungspflicht in unentschuldigbarer Weise nicht nachkomme, die am 26. Oktober 2010 innert zehn Tagen angeforderten Antworten spätestens bis zum 28. November 2010 einzureichen (act. G 5.2/17 f.). Die Versicherte holte den Einschreibbrief bei der Post nicht ab (act. G 5.2/26).



A.b Mit Verfügung vom 3. Dezember 2010 lehnte die Mobiliar eine Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung für das Ereignis vom 31. August 2010 ab. Aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen sei weder ein Unfallereignis ersichtlich, noch hätten ihr Verletzungsfolgen genannt werden können, welche auf ein solches schliessen lassen würden (act. G 5.2/19 f.). Die Verfügung wurde sowohl der Versicherten als auch der Swica per Einschreiben zugestellt (act. G 5.2/19, G 5.2/25). Nachdem von der Versicherten auch die Verfügung bei der Poststelle nicht abgeholt worden war (act. G 5.2/29), stellte ihr die Mobiliar das Schreiben vom 17. November 2010 und die Verfügung nochmals mit einfacher Post zu (act. G 5.2/27, G 5.2/30).

A.c Am 10. Oktober 2011 meldeten die Sozialen Dienste Z.____, Amtsvormundschaft, der Swica einen Unfall der Versicherten vom 31. August 2010. Sie habe hinter einem Pferd gestanden, welches sich erschreckt und mit den Hinterhufen ausgeschlagen habe. Die Versicherte sei dabei getroffen worden und habe sich am Rücken und an den Beinen eine Prellung sowie eine Nervenschädigung zugezogen (act. G 5.2/35 f.). Die Swica beantragte daraufhin bei der Mobiliar Akteneinsicht (act. G 5.2/32), welche ihr mit Schreiben vom 19. Oktober 2011 gewährt wurde (act. G 5.2/33).

A.d Mit Schreiben vom 20. Dezember 2011 stellte die Swica, insbesondere unter Beibringung der ihr eingereichten Unfallmeldung vom 10. Oktober 2011 (act. G 5.2/35f.) und des Austrittsberichts der Klinik Valens vom 29. Oktober 2010 (act. G 5.2/38 f.), ein Revisions- sowie ein Wiedererwägungsgesuch betreffend die Verfügung der Mobiliar vom 3. Dezember 2010 (act. G 5.2/40 f.). Am 4. Januar 2012 reichte sie den Austrittsbericht des Kantonsspitals Graubünden vom 5. September 2010 nach (act. G 5.2/42 ff.).

A.e Am 9. Januar 2012 legte die Schweizerische Rettungsflugwacht (nachfolgend: Rega) der Mobiliar die von ihr einverlangten Unterlagen - den Medizinischen Rapport Heli sowie die ärztliche Bestätigung, beide vom 31. August 2010 (act. G 5.2/47 f.) - vor (act. G 5.2/49).

A.f Am 9. Februar 2012 verfügte die Mobiliar das Nichteintreten auf das Revisionsgesuch. Das Wiedererwägungsgesuch wurde abgewiesen (act. G 5.2/65 ff.).

B.



St.Galler Gerichte

B.a Mit Eingabe vom 14. Februar 2012 erhob die Swica gegen diese Verfügung Einsprache (act. G 5.2/69 ff.)

B.b Mit Schreiben vom 12. März 2012 bestätigten die Sozialen Dienste Z.____ der Mobiliar, dass mit Beschluss der Vormundschaftsbehörde Y.____ vom 5. Mai 2011 (act. G 5.2/76f.) für die Versicherte gemäss Art. 372 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) eine Vormundschaft errichtet worden sei (act. G 5.2/78).

B.c Mit Entscheid vom 3. April 2012 wies die Mobiliar die Einsprache vom 14. Februar 2012 ab (act. G 5.2/79 ff.).

C.

C.a Dagegen richtet sich die von der Swica eingereichte Beschwerde vom 20. April 2012 mit dem Antrag, der Einspracheentscheid vom 3. April 2012 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, Versicherungsleistungen für den Unfall vom 31. August 2010 zu erbringen (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 18. Juni 2012 beantragt die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwältin Barbara Künzi-Egli, Muri b. Bern, Abweisung der Beschwerde unter Kostenfolge (act. G 5).

C.c Von der ihr mit Schreiben vom 16. Juli 2012 eingeräumten Möglichkeit zur Stellungnahme hat die vom Gericht zum Verfahren beigeladene Amtsvormundschaft, Soziale Dienste Z.____, keinen Gebrauch gemacht (act. G 7). Der Amtsvormund der Versicherten, B.____, Vormundschaftsbehörde Y.____, hat dem Gericht lediglich die Unterlagen zu den aktuellen Vormundschaftsverhältnissen zukommen lassen (act. G 8).

C.d Auf die näheren Begründungen in den Rechtsschriften sowie die Ausführungen in den weiteren Akten wird, soweit entscheidnotwendig, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.



1.1 Soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Art. 4 ATSG umschreibt als Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Das Geschehnis wird also in der Definition als "Einwirkung ... eines Faktors auf den menschlichen Körper" bezeichnet. Diese Einwirkung muss die Ursache der gesundheitlichen Störung sein, d.h. zwischen Einwirkung und Störung wird ein Kausalzusammenhang gefordert. Die Versicherung wird somit im Weiteren nur leistungspflichtig, wenn der Unfall solche Auswirkungen verursacht hat (Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 164 f.). Gemäss gefestigter Praxis des Bundesgerichts kann ein nach einem versicherten Unfall aufgetretenes Leiden nur dann als dessen Folge betrachtet werden, wenn und soweit es sicher oder doch zumindest überwiegend wahrscheinlich von jenem Unfall herrührt (natürliche Kausalität). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen).

1.2 Im Sozialversicherungsprozess herrscht der Grundsatz der Untersuchungspflicht. Laut Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Allerdings ist die leistungsansprechende Person gesetzlich verpflichtet, dabei mitzuwirken (vgl. dazu auch Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, Art. 43 N 9 ff., Art. 43 N 47 ff.). Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgericht haben zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 110 V 53 E. 4a in fine). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Vorliegend obliegt es der Leistungsansprecherin, das Vorliegen eines Unfalls sowie des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem



Beschwerdebild nachzuweisen. Nur wenn diese beiden Tatbestandsmerkmale mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sind, entsteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers. Im Falle der Beweislosigkeit fällt der Entscheid nach den dargestellten Grundsätzen zu Lasten der versicherten Person bzw. vorliegend der Beschwerdeführerin als Krankenversicherer aus, die aus dem unbewiesen gebliebenen Unfall und natürlichen Kausalzusammenhang als anspruchsbegründenden Tatsachen Rechte ableiten wollte (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 f. E. 1, 3b).

1.3 Nach Art. 43 Abs. 3 ATSG kann der Versicherungsträger, wenn die versicherte Person oder andere Personen, die Leistungen beanspruchen, den Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nachkommen, aufgrund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Er muss diese Personen vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen; ihnen ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Ein Entscheid aufgrund der Akten bedeutet, dass aufgrund der vorhandenen (unvollständigen) Akten - ohne das Ergebnis, welches wegen der fehlenden Mitwirkung nicht zustande kam - materiell über den Anspruch zu entscheiden ist (Urteil des Bundesgerichts vom 8. August 2007, I 874/06, E. 5.1). Eine Verfügung nach Art. 43 Abs. 3 ATSG stellt mithin eine Sanktionsverfügung dar, welche erst nach Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens erlassen werden kann, und ausschliesslich auf einer Verletzung der Mitwirkungspflicht bei der Sachverhaltsabklärung beruht (vgl. dazu Kieser, a.a.O., Art. 43 N 47 ff.).

1.4 Nach Art. 53 Abs. 1 ATSG müssen formell rechtskräftige Verfügungen in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war (sog. prozessuale Revision). Damit können Tatsachen und Beweismittel angerufen werden, die trotz hinreichender Sorgfalt bisher nicht bekannt waren bzw. nicht in das Verfahren eingebracht werden konnten (vgl. Kieser, a.a.O., N 18 zu Art. 53; vgl. dazu auch BGE 122 V 273 E. 4). Der Revisionsgrund der erheblichen neuen Tatsachen setzt voraus, dass die Tatsache bei Fällung des Entscheids bereits bestanden haben musste (Kieser, a.a.O., N 12 zu Art. 53). Das in Art. 53 Abs. 1 ATSG genannte Beweismittel muss dazu dienen, eine erhebliche neue



oder eine "alte", d.h. eine früher bereits erkannte oder erkennbare, aber unverschuldeterweise unbewiesen gebliebene Tatsache zu beweisen (Urteil des Bundesgerichts vom 15. Februar 2011, 8C_717/2010, E. 7.1.2; BGE 110 V 141 E. 2). Liegt ein solches Beweismittel vor und konnte dieses im Vorfeld des Erlasses der ursprünglichen Verfügung noch nicht beigebracht werden, so spielt es ausnahmsweise keine Rolle, ob die letztlich relevante Tatsache qualifiziert neu ist oder gegebenenfalls bereits früher behauptet wurde oder hätte erkannt (aber noch nicht bewiesen) werden können. Gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG kann die Verwaltung sodann eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, in Wiedererwägung ziehen, wenn sie zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 127 V 469 E. 2c mit Hinweisen).

2. Die Beschwerdegegnerin hat mit Verfügung vom 3. Dezember 2010 eine Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung für das Ereignis vom 31. August 2010 abgelehnt. Aus den vorliegenden medizinischen Akten sei weder ein Unfallereignis ersichtlich noch hätten Verletzungsfolgen genannt werden können, welche auf ein solches schliessen lassen würden (act. G 5.2/19). Diese Verfügung stellt eine Sanktionsverfügung gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG dar, welche die Beschwerdegegnerin infolge Verletzung der Auskunft- und Mitwirkungspflicht der Versicherten nach Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens (vgl. dazu act. G 5.2/12, act. G 5.2/16 ff.), auf Grund der Akten erlassen hat. Diese Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen. Mit Eingabe vom 20. Dezember 2011 (act. G 5.2/40 f.) beantragte nun die Beschwerdeführerin, bezüglich der Verfügung vom 3. Dezember 2010 sei eine prozessuale Revision bzw. eine Wiedererwägung vorzunehmen (act. G 5.2/40 f.). Mit Verfügung vom 9. Februar 2012 trat die Beschwerdegegnerin auf das Gesuch um Revision nicht ein. Hinsichtlich des Wiedererwägungsgesuchs erliess sie einen neuen Sachentscheid und wies das Gesuch um Wiedererwägung materiell ab (act. G 5.2/65 ff.). Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 3. April 2012 bestätigte die Beschwerdegegnerin ihre Verfügung vom 9. Februar 2012 (act. G 5.2/79 ff.).

3.



3.1 Das Revisionsverfahren umfasst zunächst die Eintretensprüfung und gegebenenfalls nachfolgend eine neue materiell-rechtliche Entscheidung in der Sache. Wird von der versicherten Person ein Gesuch um Revision eingereicht, gilt es zunächst das Verwaltungsverfahren zu eröffnen und dabei insbesondere zu prüfen, ob das Revisionsbegehren in formeller Hinsicht den Eintretensvoraussetzungen genügt. Gemäss Art. 55 Abs. 1 ATSG bestimmen sich die in den Art. 27-54 ATSG oder in den Einzelgesetzen nicht abschliessend geregelten Verfahrensbereiche nach dem Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVG; SR 172.021). In Verbindung mit Art. 67 VwVG ist das Revisionsbegehren nach Art. 53 Abs. 1 ATSG innert 90 Tagen nach Entdeckung des Revisionsgrundes, spätestens aber innert 10 Jahren nach Eröffnung der rechtskräftigen Verfügung bzw. des rechtskräftigen Einspracheentscheids schriftlich einzureichen (vgl. Kieser, a.a.O., N 23 zu Art. 53). Grundsätzlich bestimmt sich der Zeitpunkt, in welchem die Partei den angerufenen Revisionsgrund hätte entdecken können, nach dem Prinzip von Treu und Glauben. Mit "Entdecken" ist die sichere Kenntnis der früher unbekannteten Tatsachen und Beweismittel gemeint. Blosser Ahnungen oder Vermutungen über erst nachträglich entdeckte Tatsachen oder Beweismittel genügen dafür nicht. Wird ein Revisionsgesuch erst nach Ablauf der relativen oder der absoluten Frist eingereicht, so ist darauf nicht einzutreten (Kommentar zum Bundesgesetz über das Verwaltungsverfahren [VwVG], Auer/Müller/Schindler [Hrsg.], Art. 67 N 2 und N 5; Praxiskommentar VwVG, Waldmann/Weissenberger [Hrsg.], Art. 67 N 4).

3.2 Die Vormundschaftsbehörde Y.____ meldete der Beschwerdeführerin am 10. Oktober 2011, d.h. mehr als ein Jahr nach Erlass der rechtskräftigen Verfügung vom 3. Dezember 2010 einen Unfall vom 31. August 2010, worin beschrieben wurde, die Versicherte habe hinter einem Pferd gestanden, welches sich erschreckt, mit den Hinterhufen ausgeschlagen und die Versicherte getroffen habe. Angeblich war der Beschwerdeführerin zudem im März 2011 eine Rechnung der Rega eingereicht worden, welche einen Primärtransport am 31. August 2010 beinhaltete (act. G 5.2/34). Nach der Unfallmeldung verlangte die Beschwerdeführerin vom Kantonsspital Graubünden und der Klinik Valens die Austrittsberichte vom 5. September bzw. 29. Oktober 2010, welche bei ihr beide im Dezember 2011 eingingen (act. G 5.2/38 f., act. G 5.2/42 f.). Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, aufgrund der Abklärungspflicht des Unfallversicherers als zuständigem Versicherungsträger habe sie davon ausgehen



dürfen, dass die Verfügung vom 3. Dezember 2010 richtig gewesen sei. Erst in Folge der bei ihr eingereichten Unfallmeldung sei sie dem fraglichen Ereignis nachgegangen. Die 90-tägige Frist für die Einreichung des Revisionsbegehrens habe erst im Zeitpunkt der Einreichung der Austrittsberichte des Kantonsspitals Graubünden und der Klinik Valens, in welchen ein Pferdetritt als Unfallereignis erwähnt werde, zu laufen begonnen.

3.3 Ist bei Krankheit oder Unfall die Leistungspflicht der Unfallversicherung nach UVG oder der Militärversicherung zweifelhaft, so darf der Krankenversicherer - wie im konkreten Fall unbestrittenermassen geschehen - die bei ihm versicherten Leistungen ohne Antrag bei voller Wahrung seiner Rückerstattungsrechte von sich aus vorläufig ausrichten (Art. 112 Abs. 1 der Verordnung über die Krankenversicherung [KVV; SR 832.102]). Erlässt ein Versicherungsträger eine Verfügung, welche die Leistungspflicht eines anderen Trägers berührt, so hat er auch ihm die Verfügung zu eröffnen. Dieser kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person (Art. 49 Abs. 4 ATSG). Es liegt in der Natur verschiedener Gesundheitsschäden, dass diese sowohl traumatisch als auch krankheitsbedingt auftreten können. Hinzu kommt, dass Zweifel darüber bestehen können, ob ein Ereignis einen Unfall im Rechtssinne (Art. 4 ATSG) darstellt oder nicht. Lehnt ein Unfallversicherer in Bezug auf ein Ereignis oder einen Gesundheitsschaden seine Leistungspflicht ab, wird in der Regel der Krankenversicherer leistungspflichtig. Insofern ist letzterer von einer ablehnenden Leistungsverfügung des Unfallversicherers berührt. Mit Verfügung vom 3. Dezember 2010 verneinte die Beschwerdegegnerin sowohl das Vorliegen eines Unfalls als auch einer bei einem Unfall erlittenen Verletzung, weshalb sie die Verfügung richtigerweise nicht nur der Versicherten, sondern auch der Beschwerdeführerin zustellte (act. G 5.2/19). Letztere hatte damit sichere Kenntnis vom ablehnenden Entscheid bzw. der sich daraus grundsätzlich nunmehr ergebenden Konsequenz ihrer Leistungspflicht, verbunden mit dem Ausschluss einer Rückvergütung der im Rahmen ihrer Vorleistungspflicht erbrachten Leistungen (vgl. Art. 117 Abs. 1 KVV). Bekannt war aber auch dessen Begründung, dass aufgrund der fehlenden Mitwirkung der Versicherten bei der Sachverhaltsermittlung die Entscheidungsfindung gestützt auf die zur Verfügung stehenden Akten erfolgt ist. Die Verneinung der Leistungspflicht der Beschwerdeführerin konnte einzig über die Bejahung eines Unfallereignisses bzw. unfallkausaler Verletzungsfolgen erfolgen. Angesichts dieses Umstandes wäre die vorsorgliche Einspracheerhebung verbunden mit einem Gesuch um Akteneinsicht



durch die Beschwerdeführerin die logische Reaktion gewesen. Eine solche war jedoch bereits unterblieben. Spätestens mit der Zustellung der Verfügung hätte die Beschwerdeführerin jedoch gestützt auf ihre Vorleistungspflicht aktiv werden bzw. ihrer Abklärungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG nachkommen müssen. Eine solche kam ihr aufgrund ihrer Vorleistungspflicht und möglichen definitiven Leistungspflicht - unabhängig davon, ob parallel auch der Unfallversicherer gestützt auf eine Unfallmeldung abklärungspflichtig war - zu. Die Beschwerdeführerin war über die verschiedenen Leistungserbringer im Falle der Versicherten genau informiert und erbrachte die entsprechenden Versicherungsleistungen (vgl. dazu act. G 5.2/34). Die Beschwerdegegnerin war mit der Sachbearbeiterin der Beschwerdeführerin zudem am 15. September 2010 telefonisch so verblieben, dass diese die Indikation sowie die Ziele betreffend den vorgesehenen Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik Valens abklären werde (act. G 5.2/5). Wäre sie ihrer Abklärungspflicht nachgekommen, hätte die Beschwerdeführerin die von ihr mit dem Revisionsgesuch vom 20. Dezember 2011 eingereichten Akten - den Austrittsbericht des Kantonsspitals Graubünden und der Klinik Valens - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit innerhalb von 90 Tagen nach Zustellung der Verfügung vom 3. Oktober 2010 entdeckt und diese revisionsweise beibringen bzw. im Rahmen eines Revisionsgesuchs reagieren können.

3.4 In Anbetracht des Gesagten ist festzuhalten, dass die Eintretensvoraussetzung der Fristwahrung gemäss Art. 67 VwVG für die Einreichung eines Revisionsbegehrens nicht erfüllt ist und die Beschwerdegegnerin damit zu Recht auf das am 20. Dezember 2011 von der Beschwerdeführerin eingereichte Revisionsgesuch nicht eingetreten ist.

3.5 Selbst wenn auf das Revisionsgesuch hätte eingetreten werden können, wären jedoch die Revisionsvoraussetzungen zu verneinen. Eine Revision ist zum vornherein ausgeschlossen, wenn die vorgebrachten neuen Tatsachen und Beweismittel bereits im Rahmen des vorangehenden Verfahrens oder auf dem Weg der Beschwerde hätten geltend gemacht werden können (BGE 110 V 141 E. 2; RKUV 2001 Nr. KV 150 S. 68, 1991 Nr. K 855 S. 16, je mit Hinweisen; SVR 1997 IV Nr. 104 S. 319; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 467 f.). Sie soll grundsätzlich nicht dazu dienen, eine vermeidbare Nachlässigkeit nachzuholen (Kieser, a.a.O., Art. 53 N 18). Die Austrittsberichte der Klinik Valens und des Kantonsspitals Graubünden lagen bei Erlass der ursprünglichen Verfügung vom 3. Dezember 2010



bereits vor und deren Beibringung durch die Beschwerdeführerin wäre, hätte sie ihre Abklärungspflicht sorgfältig wahrgenommen, im Rahmen des Einspracheverfahrens ohne weiteres möglich gewesen. Die erst am 10. Oktober 2011 bei der Beschwerdeführerin eingegangene Unfallmeldung der Versicherten (act. G 5.2/35 f.) vermag an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Der darin beschriebene Unfallhergang war hinsichtlich der wesentlichen Punkte vergleichbar in den Austrittsberichten festgehalten: Trauma nach Pferdetrift/Pferdetrift 31. August 2010/Pferd schlug mit den Hinterhufen aus und traf die Versicherte; Contusio spinalis, schlaffe Parese der Beine mit sensibler Querschnittssymptomatik/Commotio cerebri et spinalis, intermittierend Paraplegie und sensorischer Ausfall ab Th 12/Prellung und Nervenschädigung. Als Indiz für ein Trauma war darin zudem eine Bewusstlosigkeit bzw. eine retrograde Amnesie erwähnt.

3.6 Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass aufgrund der Erwägungen 3.3 und 3.5 keine Möglichkeit einer prozessualen Revision besteht. Diesbezüglich ist die Beschwerde abzuweisen.

4.

4.1 Nachdem die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid bzw. der Verfügung vom 9. Februar 2012 auf das Wiedererwägungsgesuch der Beschwerdeführerin eingetreten ist, gilt es demnach im Folgenden zu prüfen, ob bezüglich der Verfügung vom 3. Dezember 2010 die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung erfüllt sind bzw. ob sich die Verneinung der Leistungspflicht hinsichtlich des Ereignisses vom 31. August 2010 mit der Begründung, es seien weder ein Unfallereignis noch natürlich kausale Verletzungsfolgen nachgewiesen, als zweifellos unrichtig erweist und die Berichtigung der Verfügung vom 3. Dezember 2010 von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Würde dies bejaht und ist deshalb auf die entsprechende Entscheidung zurückzukommen, wäre in einem zweiten Schritt unter Berücksichtigung der massgebenden Umstände ein erneuter Entscheid zu fällen (Kieser, a.a.O., Art. 53 N 43).

4.2 Weil das Vorliegen eines Unfallereignisses und der Kausalität zwischen Unfall und gesundheitlichen Beschwerden Grundvoraussetzungen für eine Leistungspflicht des



Unfallversicherers bilden, ist die Wiedererwägungsvoraussetzung der erheblichen Bedeutung der Berichtigung im vorliegenden Fall offensichtlich erfüllt. Zu prüfen bleibt mithin die Wiedererwägungsvoraussetzung der zweifellosen Unrichtigkeit der Verfügung vom 3. Dezember 2010. Wann die Unrichtigkeit zweifellos ist, beurteilt sich nicht nach der Grobheit des Fehlers. Massgebend muss vielmehr das Ausmass der Überzeugung sein, dass die bisherige Entscheidung unrichtig war. Mit "zweifellos" wird dabei ein hoher Grad umschrieben. Es darf kein vernünftiger Zweifel daran möglich sein, dass eine Unrichtigkeit vorliegt; es ist ein einziger Schluss - eben derjenige auf eine Unrichtigkeit - möglich. Die Frage der Unrichtigkeit beurteilt sich dabei nach dem ursprünglichen Sachverhalt und nach dem im Zeitpunkt des Verfügungserlasses herrschenden Rechtszustand, wozu auch die seinerzeitige Rechtspraxis gehört (Kieser, a.a.O, Art. 53 N 31; René Schaffhauser/Franz Schlauri, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Veröffentlichungen des Schweizerischen Instituts für Verwaltungskurse an der Universität St. Gallen, Neue Reihe, St. Gallen 1999, S. 22 f.; BGE 117 V 17 E. 2c).

4.3

4.3.1 Die von der Beschwerdegegnerin am 3. Dezember 2010 auf Grund der Akten erlassene Sanktionsverfügung gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG mit Ablehnung ihrer Leistungspflicht erfolgte mit der Begründung, die Versicherte habe ihre Auskunfts- und Mitwirkungspflicht verletzt, indem sie den ihr von der Beschwerdegegnerin am 14. September 2010 zugestellten Fragenkatalog auch nach vorschriftsgemässer Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nicht eingereicht habe. Insofern stellt sich in Bezug auf die Unrichtigkeit der fraglichen Verfügung im wiedererwägungsrechtlichen Sinn zunächst die Frage, ob die Beantwortung des Fragenkatalogs zur Abklärung des Anspruchs erforderlich war (vgl. dazu Art. 28 Abs. 2 ATSG) oder ob der rechtserhebliche Sachverhalt genauso von der Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer Untersuchungspflicht hätte erhoben werden können (vgl. dazu Art. 43 Abs. 1 ATSG). Hierbei ist erheblich, ob die Beschwerdegegnerin ihrer Untersuchungspflicht genügend nachgekommen ist bzw. ihre Abklärungspflicht erschöpft war. Die Beschwerdegegnerin durfte aufgrund der ihr vorliegenden Akten entscheiden, wenn sie den Untersuchungsgrundsatz nicht verletzt hat bzw. die Beantwortung des Fragenkatalogs durch die Versicherte erforderlich war.



4.3.2 Die versicherte Person muss die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens glaubhaft machen. Kommt sie dieser Forderung nicht nach, indem sie unvollständige, ungenaue oder widersprüchliche - oder gar keine - Angaben macht, die das Bestehen eines unfallmässigen Schadens als unglaubwürdig erscheinen lassen, besteht keine Leistungspflicht des Unfallversicherers (BGE 114 V 305 E. 5b; RKUV 1990 Nr. U 86 S. 50). Zur Glaubhaftmachung eines Unfalls genügt es nicht, einen Gesundheitsschaden nachzuweisen, der möglicherweise auf ein Unfallereignis zurückgehen könnte, sondern es müssen über das konkrete Geschehen wahre, genaue und wenn möglich ins Einzelne gehende Daten namhaft gemacht werden, aufgrund derer der Versicherer in die Lage versetzt wird, sich über die Tatumstände ein Bild zu machen und diese in objektiver Weise abzuklären (Alexandra Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich 2003, S. 20 f.). Weil die versicherte Person den Unfall erleidet und damit im Regelfall dessen konkrete Umstände am besten kennt, ist deren Aufforderung zur weiteren Substantiierung des gemeldeten Geschehens notwendig und wird von den Unfallversicherern gewohnheitsmässig durchgeführt. Die tatsächlichen Verhältnisse werden - wie im konkreten Fall getätigt - üblicherweise mittels eines Fragenkatalogs detailliert erhoben. Im Vordergrund stehen die Fragen betreffend die für die Leistungspflicht des Unfallversicherers massgebenden Voraussetzungen des Unfallgeschehens sowie der zugezogenen Verletzungen (vgl. Erwägung 1.1 und act. G 5.2/4, Ziff. 1 und 2). Aufgrund des Gesagten ist die Beantwortung eines Fragenkatalogs für eine umfassende Prüfung der Leistungspflicht des Unfallversicherers unerlässlich, womit bei dessen Nichteinreichung von einer Verletzung der Mitwirkungs- und Auskunftspflicht der versicherten Person ausgegangen werden müsste, was im Regelfall - nach vorschriftsgemässer Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens - zu einer Verfügung aufgrund der Akten berechtigen würde.

4.3.3 Anhand der vorliegenden Akten lässt sich nun aber nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststellen, ob die Versicherte ihrer Auskunfts- und Mitwirkungspflicht überhaupt nachzukommen vermochte, und ob es sich darum um eine schuldhafte Verletzung dieser Pflicht handeln konnte, was jedoch eine Voraussetzung für den Erlass einer Sanktionsverfügung gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG und damit deren Richtigkeit bildet (vgl. Kieser, a.a.O, N 51 zu Art. 43). Die



Beschwerdeführerin bringt vor, die Versicherte sei schon im Zeitpunkt der Abklärungen der Beschwerdegegnerin psychisch beeinträchtigt gewesen und habe die Bedeutung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht verstanden. Tatsächlich lassen sich den medizinischen Akten Anzeichen bzw. Hinweise auf eine (stattgefundene) psychische Problematik - die Diagnose (Begleiterkrankung) einer Borderline-Störung, eine Hospitalisation in Littenheid 2007 sowie die Differentialdiagnose einer funktionellen Überlagerung/Somatisierungsstörung (act. G 5.2/15, G 5.2/39, G 5.2/43) - entnehmen. Dass die Fähigkeit der Versicherten, ihre Angelegenheiten adäquat zu erledigen, beeinträchtigt sein konnte, ergibt sich auch aus der kurze Zeit nach Erlass der Verfügung und weniger als ein Jahr nach dem Unfall erfolgten Bevormundung. Die genauen Umstände der Bevormundung sind zwar nicht aktenkundig, es darf jedoch festgehalten werden, dass allein die Tatsache der Bevormundung zeigt, dass bei der Versicherten eine gravierende Hilfsbedürftigkeit vorliegt und wahrscheinlich schon einige Zeit vor der Bevormundung vorgelegen hat. Insgesamt liegt damit ein abklärungsbedürftiger Sachverhalt vor. Die Frage der Entschuldigbarkeit der Verletzung der Auskunfts- und Mitwirkungspflicht rückt jedoch insofern in den Hintergrund, als sich die Sanktionsverfügung - wie die nachfolgenden Erwägungen (Ziff. 4.4.1 ff.) zeigen - unabhängig von der Versicherten bzw. ihrem Verhalten im Verwaltungsverfahren als zweifellos unrichtig erweist.

4.4

4.4.1 So hätte der rechtserhebliche Sachverhalt von der Beschwerdegegnerin im Rahmen ihrer Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) erhoben werden können bzw. wurden von ihr von Amtes wegen notwendige Abklärungen vor Erlass der Sanktionsverfügung nicht getätigt. Im Rahmen des Erlasses der Verfügung vom 3. Dezember 2010 lag der Beschwerdegegnerin neben der Unfallmeldung das von ihr eingeholte Einweisungsformular des KSSG vom 6. September 2010 zur klinisch-stationären Behandlung/Rehabilitation in der Klinik Valens vor (act. G 5.2/13 f.). Nachdem ihr damit bekannt war, dass ein Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik Valens vorgesehen war (vgl. dazu auch act. G 5.2/5), und aus der Unfallmeldung hervorging, dass die Versicherte am Ereignistag mit dem Helikopter der Rega ins Kantonale Spital Chur gebracht worden war, hätten zur Prüfung der Unfall- sowie Verletzungs- bzw. Kausalitätsfrage auch die entsprechenden Berichte der vorgenannten Beteiligten



gehört. Die Beschwerdegegnerin hat zwar vor Erlass der Verfügung auch das Kantonsspital Chur sowie die Klinik Valens angeschrieben und sie auf die Prüfung ihrer Leistungspflicht aus der obligatorischen Unfallversicherung sowie die Vorleistungspflicht des Krankenversicherers hingewiesen, hat jedoch nicht explizit die Einreichung ihrer Berichte verlangt (act. G 5.2/6, G 5.2/10). Ein medizinischer Rapport der Rega wurde von der Beschwerdegegnerin vor Erlass der Verfügung ebenfalls nicht einverlangt. Die fraglichen Beweismittel lagen der Beschwerdegegnerin erst nach Erlass der Verfügung vor (act. G 5.2/37 ff., G 5.2/42 f., G 5.2/47 ff.). Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass die Abklärungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 3. Dezember 2010 nicht erschöpft war. Damit war ein Sachverhalt, von dem auf Grund der Akten - dabei muss es sich mit Blick auf die Untersuchungspflicht der Beschwerdegegnerin um sämtliche für die Abklärung ihrer Leistungspflicht massgebende Akten handeln - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hätte angenommen werden können, er treffe zu, nicht rechtsgenügend erhoben. Massgebend ist jedoch letztlich auch, dass sich bei Vorliegen der vollständigen Akten ein anderer materiell-rechtlicher Entscheid ergeben hätte. So hätte ein Unfallereignis bejaht werden müssen und das Vorliegen natürlicher kausaler Verletzungsfolgen nicht ohne weitere Abklärungen verneint werden dürfen.

4.4.2 Im Einsatzbericht der Rega vom 31. August 2010 sind die Verdachtsdiagnosen einer Rückenverletzung mit Paraplegie Th 12 sowie einer Thorax-/Beckenverletzung vermerkt. Unter der Rubrik "Ereignis" ist festgehalten "In Koje von Pferd getreten/an Zaun gedrückt? Mechanismus unklar/unbeobachtet. Keine Bewusstlosigkeit, aber Amnesie für Ereignis. Liegt auf Bauch." (act. G 5.2/47). In der ärztlichen Bestätigung der Rega-Ärztin vom 31. August 2010 sind die Diagnosen Rückenverletzung mit Paraplegie sowie Verdacht auf Rippenverletzung angeführt (act. G 5.2/48). Die Versicherte wurde mit der Rega ins Kantonsspital Graubünden geflogen, wo sie sich laut Austrittsbericht vom 5. September 2010 (act. G 5.2/42 f.) bis 2. September 2010 stationär aufhielt. Diagnostiziert wurde eine Commotio cerebri et spinalis durch Pferdetritt am 31. August 2010 mit/bei intermittierender Paraplegie sowie sensorischem Ausfall ab Th 12, retrograder Amnesie, Differentialdiagnose Somatisierungsstörung. Unter der Rubrik "Anamnese und Befund" wurde ausgeführt, die Patientin sei von der Rega gebracht worden. Die Notärztin habe berichtet, die Patientin sei in einem Pferdestall unbeobachtet bei ihrem Pferd in der Box gewesen, sei dann in der Folge



reglos auf dem Bauch liegend aufgefunden worden. Bei Eintreffen der Rega sei die Patientin ansprechbar gewesen, habe jedoch ab Niveau Th 12 einen kompletten sensomotorischen Ausfall gehabt. Bei Eintreffen auf der Notfallstation sei die Patientin ebenfalls ansprechbar gewesen, habe jedoch keine Auskunft über den genauen Unfallhergang geben können. Im Verlauf der Untersuchungen habe sie angegeben, sich daran erinnern zu können, dass sich eine Katze in der Pferdebox aufgehalten und das Pferd daraufhin ausgeschlagen habe. Die radiologischen Abklärungen (Röntgen Thorax und Becken; CT Schädel, HWS, und BWS; MRI Wirbelsäule) hätten keinen pathologischen Befund ergeben. Die Patientin habe stets einen Sensibilitätsverlust ab Höhe Th 12 angegeben. Bezüglich Motorik habe sie nur noch leicht die Zehen bewegt. Ansonsten habe sie eine Lähmung bis Th 12 aufgewiesen. Wärme/Kälte-Gefühl, Vibrationssinn sowie Schmerzsinne seien nicht mehr vorhanden gewesen. Abgesehen von einem beidseits abgeschwächten Händedruck seien die oberen Extremitäten unauffällig gewesen. Am 2. September 2010 wurde die Versicherte zur Weiterbehandlung ins KSSG verlegt. Auf dessen Einweisungsformular vom 6. September 2010 zur klinisch-stationären Behandlung/Rehabilitation in der Klinik Valens (act. G 5.2/13 ff.) sind die Diagnosen einer Querschnittssymptomatik mit/bei schlaffer Paraparese, sensorischem Ausfall ab Th 11; Status nach Trauma mit fraglich Pferdetritt am 31. August 2010; Differentialdiagnose funktionelle Überlagerung/Somatisierungsstörung bei Dg 2 sowie einer Borderline-Störung mit/bei anamnestisch aktueller Beschwerdefreiheit und Status nach Hospitalisation in Littenheid 2007 vermerkt. Auf dem Zusatzblatt zum Einweisungsformular wurde eine mittelschwere Aggressivität/Euphorie/Depression/Apathie/Unruhe angekreuzt und bemerkt, dass sich die Versicherte sehr kindlich benehme, Stimmungsschwankungen, ein bekanntes Borderline-Syndrom und dass sie bereits einen Aufenthalt in einer Psychiatrie hinter sich habe. Das Vorliegen von Wunden und Verletzungen wurde verneint. Der Austrittsbericht der Klinik Valens vom 29. Oktober 2010 (act. G 5.2/38 f.) enthält im Grundsatz die gleichen, nur etwas anders formulierten Diagnosen. Ausserdem wird ausgeführt, die Zuweisung sei mit der Diagnose einer Contusio spinalis in Folge eines berichteten Traumas nach Pferdetritt am 31. August 2010 erfolgt. Hierbei habe die Patientin auch das Bewusstsein verloren. Klinisch hätten initial eine schlaffe Paraparese der Beine mit sensibler



Querschnittssymptomatik sub Th 11 sowie eine anamnestische Blasenfunktionsstörung imponiert.

4.4.3 Wird eine Person von einem ausschlagenden Pferd getroffen und erleidet dadurch einen Gesundheitsschaden, stellt dies unstreitig einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG dar. Die in Erwägung 4.4.2 angeführten medizinischen Akten enthalten eindeutige Indizien, aufgrund derer ein Unfall bzw. ein Pferdetritt als mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen gelten kann. Das fragliche Ereignis hat sich zwar ohne Zeugen abgespielt. Ein Unfall "unter Ausschluss von Zeugen" gilt jedoch nicht an sich als unbewiesen. Doch müssen die Aussagen der versicherten Person als glaubwürdig erscheinen, dürfen keine Widersprüche aufweisen und müssen mit den vorhandenen Indizien im Wesentlichen übereinstimmen (Rumo-Jungo, a.a.O., S. 21). Im konkreten Fall liegen ereignisnah die Eindrücke der Rega vor, welche die Versicherte reglos auf dem Bauch liegend in der Kojе ihres Pferdes vorfand. Die Rega-Ärztin, Dr. med. X.____, hielt zwar fest, dass der Mechanismus unklar sei, erwog jedoch aufgrund der angetroffenen Situation, dass die Versicherte "in der Kojе von Pferd getreten / an Zaun gedrückt?" wurde. Die Schilderung der Versicherten im Verlauf der Untersuchungen auf der Notfallstation des Kantonsspitals Graubünden geht sodann mit dem von der Rega-Ärztin gedeuteten Sachverhaltsablauf vollständig zusammen. Dass die Beschwerdeführerin vom Pferd getreten oder gegen die Kojе gedrückt wurde, erscheint denn auch bei der von der Rega angetroffenen Situation in keiner Weise rätselhaft, sondern rundum einleuchtend. Insgesamt muss damit die Verneinung eines Unfalls bezogen auf das Ereignis vom 31. August 2010 durch die Beschwerdegegnerin als zweifellos unrichtig bezeichnet werden.

4.4.4 Als ebenso unrichtig erweist sich die in der Sanktionsverfügung vom 3. Dezember 2010 angenommene Verneinung des Nachweises natürlich kausaler Unfallfolgen. Aus den üblicherweise als traumatisch angesehenen Verletzungen im Bereich Rücken, Rippen, Thorax und Becken sowie aus der Contusio spinalis kann zwar zunächst nicht auf das Vorliegen organischer Unfallfolgen geschlossen werden. Die "Verletzungs-"Diagnosen wurden von der Rega lediglich als Verdachtsdiagnosen gestellt. Für die Annahme unfallkausaler somatischer Gesundheitsschäden wird im Regelfall eine radiologisch objektivierte strukturelle Läsion verlangt. Die anschliessend an die Verdachtsdiagnosen im Kantonsspital Graubünden durchgeführten



radiologischen Abklärungen (Röntgen Thorax und Becken, HWS, und BWS sowie MRI Wirbelsäule) zeigten jedoch keine pathologischen Befunde, womit sich diesbezügliche traumatische Verletzungen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausschliessen lassen. Den infolge einer Contusio spinalis auftretenden bzw. durch sie ausgelösten Beschwerden ist zwar eigen, dass sie im Rahmen des posttraumatischen Verlaufs nie wirklich - d.h. in Form struktureller Läsionen - sichtbar gemacht werden können. Dennoch ist dies ein Faktum, welches gegen massgebende Verletzungsfolgen spricht. Typische klinische Befunde - wie Wunden, Schürfungen, Prellmarken, Hämatome etc. - fanden sich sodann ebenfalls keine. Die fragliche Diagnose wurde wohl als Folge des berichteten Traumas - Pferdetritt - oder des aufgrund der vorgefundenen Situation mutmasslichen Traumas gestellt. Auch die im Austrittsbericht des Kantonsspitals Graubünden vom 5. September 2010 angeführte Diagnose einer Commotio cerebri muss sodann nicht mit einer radiologisch feststellbaren strukturellen Läsion in Verbindung stehen. Entsprechend blieb auch die CT-Untersuchung des Schädels ohne Befund. Dennoch handelt es sich bei der Commotio cerebri um eine traumatische Verletzung bzw. Diagnose, die anhand spezifischer Untersuchungen, beispielsweise durch eine - wie im konkreten Fall erfolgte (vgl. act. G 5.2/47) - Abschätzung der Bewusstseinsstörung nach dem Punkte-Bewertungsschema der Glasgow-Koma-Skala [GCS], gesichert werden kann. Als Erstbefund erhob die Rega-Ärztin bei der Versicherten 12 Punkte, was einem mittelschweren Schädelhirntrauma entspricht. Als massgebendes Indiz für eine Commotio cerebri ist im Übrigen die bei der Versicherten nach dem Ereignis vom 31. August 2010 aufgetretene Amnesie für das Ereignis zu werten (vgl. dazu Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl. Berlin 2010, S. 400; <http://de.wikipedia.org/wiki/Sch%C3%A4del-Hirn-Trauma>; <http://www.neurologen-und-psiater-im-netz.de/npin/npinkrankheit/show.php?p=2&id=125&nodeid=24>, beide abgerufen am 18. April 2013). Die Versicherte wies sodann echtzeitlich eine intermittierende Paraplegie und einen sensorischen Ausfall ab Th 12 auf, wobei es sich nicht um eigentliche Gesundheitsschäden, sondern vielmehr um Symptome handelt, welche nicht in jedem Fall einem organischen Gesundheitsschaden zuzuordnen sind. Auch eine psychogene Ursache ist denkbar (vgl. dazu; <https://de.wikipedia.org/wiki/Querschnittl%C3%A4hmung>; <http://www.dgn.org/leitlinien-online-2012/inhalte-nach-kapitel/2412-II-71-2012-querschnittlaehmung.html>; <http://books.google.ch/books?>



id=WYx0IJWiEK8C&pg=PA308&lpg=PA308&dq=psychogene
+paraplegie&source=bl&ots=-
y6CymYsO1&sig=QZHqqgOWY5Q7GvKWucxbLUyGISc&hl=de&sa=X&ei=MCNxUZnE
NOqL4ASZwoDABQ&sqi=2&ved=0CF8Q6AEwBQ#v=onepage&q=psychogene
%20paraplegie&f=false, alle abgerufen am 19. April 2013). In den Austrittsberichten
des Kantonsspitals Graubünden und der Klinik Valens sowie im Einweisungsformular
des KSSG sind Hinweise auf eine psychische Komponente der Versicherten enthalten.
Entsprechend führten das Kantonsspital Graubünden und das KSSG im
Zusammenhang mit ihren Diagnosen der *Commotio cerebri et spinalis* bzw.
Querschnittssymptomatik die Differenzialdiagnose einer funktionellen Überlagerung/
Somatisierungsstörung an, womit als Ursache für die im Stall von der Rega
angetroffene Situation sowie die Beschwerden der Versicherten (Paraparese,
sensorischer Ausfall) offensichtlich auch von den Medizinern eine psychische
Komponente in Erwägung gezogen wurde. Nachdem laut Ausführungen in Erwägung
4.4.3 ein Unfall am 31. August 2010 mit dem Beweisgrad der überwiegenden
Wahrscheinlichkeit als nachgewiesen zu gelten hat, lässt sich damit im konkreten Fall
nicht ausschliessen, dass die bei der Versicherten aufgetretenen gesundheitlichen
Störungen im Sinne einer psychischen Reaktion auf das Unfallereignis aufgetreten sein
könnten. Immerhin ist im Austrittsbericht des Kantonsspitals Graubünden vom 5.
September 2010 im Zusammenhang mit der Diagnose einer *Commotio cerebri et
spinalis* durch Pferdetrift 31. August 2010 ein Status nach ähnlicher Episode im
Rahmen eines Schlittelunfalls 2008 angeführt (vgl. act. G 5.2/43). Eine abschliessende
Beurteilung der Frage, ob die Paraplegie und der sensorische Ausfall der Versicherten
eine psychische Reaktion auf das Unfallereignis darstellt, lässt sich auch anhand der
vorliegenden medizinischen Akten nicht vornehmen. Vielmehr drängt sich hierzu die
Durchführung weiterer Abklärungen bzw. einer psychiatrischen Kausalitätsbeurteilung
auf. Indem die Beschwerdegegnerin eine solche unterliess, vermochte sie die Frage,
inwiefern die Versicherte als Folge des Ereignisses vom 31. August 2010 psychisch
bedingte Unfallfolgen aufwies, nicht abschliessend zu beantworten, womit sich die
Verneinung des Nachweises natürlich kausaler Unfallfolgen in der Verfügung vom 3.
Dezember 2010 auch unter diesem Aspekt als unrichtig erweist.

4.4.5 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in Bezug auf die organischen
Unfallfolgen - *Commotio cerebri* - ein überwiegend wahrscheinlicher Sachverhalt als



ausgewiesen gilt. Hinsichtlich allfälliger psychischer Unfallfolgen steht hingegen der massgebende Sachverhalt nicht ausreichend fest bzw. kann der Schadenfall nicht abschliessend beurteilt werden. Die Beschwerdegegnerin wird dazu weitere Abklärungen vorzunehmen haben, wozu die Sache an sie zurückzuweisen ist.

5.

5.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde in Bezug auf die Möglichkeit einer prozessualen Revision unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 3. April 2012 abzuweisen. Hinsichtlich der Wiedererwägung ist die Beschwerde hingegen gutzuheissen und der Einspracheentscheid vom 3. April 2012 aufzuheben. Die Sache wird im Sinne der Erwägungen zu weiteren Abklärungen und zur neuen Verfügung im Wiedererwägungsverfahren an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

5.2 Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

5.3 Da sich die Sanktionsverfügung vom 3. Dezember 2010 als unrichtig bzw. rechtswidrig herausgestellt hat, ist dieser Verfahrensausgang als Unterliegen der Beschwerdegegnerin zu werten. Der Beschwerdeführerin steht jedoch, als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Institution, keine Parteientschädigung zu (vgl. BGE 128 V 133 f. E. 5b).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden:

1. Die Beschwerde ist in Bezug auf die Möglichkeit einer prozessualen Revision unter Bestätigung des Einspracheentscheids vom 3. April 2012 abzuweisen. Hinsichtlich der Wiedererwägung ist die Beschwerde gutzuheissen und der Einspracheentscheid vom 3. April 2012 aufzuheben. Die Sache wird im Sinn der Erwägungen zu weiteren Abklärungen und anschliessender neuer Verfügung im Wiedererwägungsverfahren an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.